

USUNIĘCIE PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO (cholecystectomy)

**NINIEJSZY DOKUMENT NALEŻY PRZECZYTAĆ
I ZABRAĆ Z SOBĄ DO SZPITALA W DNIU OPERACJI**

Kiedy wykonuje się cholecystektomię? (wskazania do zabiegu).

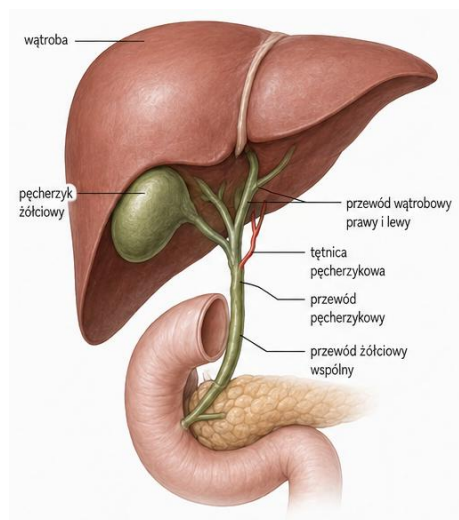
- Zabieg wykonywany jest najczęściej w przypadku stwierdzenia w pęcherzyku żółciowym kamieni, które wywołują dolegliwości, takie jak bóle i gniecenie w prawej górnej części brzucha, uczucie pełności w żołądku, nudności i wymioty gorzką treścią, zwykle pojawiające się po obfitym posiłku. Rozpoznanie kamicy pęcherzyka żółciowego wymaga w takim przypadku potwierdzenia w badaniu ultrasonograficznym (usg) jamy brzusznej. W tej grupie pacjentów zabieg operacyjny wykonuje się w trybie planowym, a więc po starannym przygotowaniu pacjenta, w terminie najbardziej dla niego korzystnym.
- Wskazaniem do zabiegu jest też podejrzenie łagodnego (polip) nowotworu pęcherzyka żółciowego, albo raka pęcherzyka żółciowego. Są to choroby bardzo rzadkie, zwykle nie dające wyraźnych objawów i dlatego rozpoznawane najczęściej przypadkowo.

Jakie są przeciwwskazania do zabiegu?

- ◆ Brak zgody pacjenta na zabieg operacyjny
- ◆ Ciężki stan ogólny pacjenta, zwłaszcza niewyrównane, groźne choroby ogólnoustrojowe, takie jak choroba niedokrwienna serca, niewydolność krążenia, niewydolność oddechowa, zaburzenia rytmu serca, wysokie nadciśnienie tętnicze
- ◆ Ropne choroby skóry brzucha zwykle wymagające wyleczenia przed zabiegiem operacyjnym

Co może się stać, jeśli nie wykona się operacji, mimo wskazań medycznych?

Nie leczona objawowa kamica pęcherzyka żółciowego może doprowadzić do poważnych powikłań, takich jak: ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, żółtaczka mechaniczna i ostre zapalenie trzustki. Długotrwałą, nie leczoną kamica może być przyczyną rozwoju raka pęcherzyka żółciowego.



Alternatywne sposoby leczenia.

We współczesnej medycynie nie ma innych sposobów leczenia jak leczenie operacyjne.

Jak przygotować się do operacji?

- Jeśli chorujesz na schorzenia takie, jak **cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, alergię lub jeśli przyjmujesz leki zmniejszające**

krzepliwość krwi (np. aspiryna, acard, polocard, acenokumarol, sintrom, warfin, xarelto, pradaxa, eliquis, poltixa, lixiana, INN-Edoxaban lub inne nowoczesne leki przeciwkrzepliwe) poinformuj o tym swojego chirurga i zgłoś się do swojego Lekarza Rodzinnego w celu odpowiedniego przygotowania do operacji.

- Jeśli przyjmujesz hormonalne środki antykoncepcyjne lub stosujesz hormonalną terapię zastępczą w okresie menopauzy – poinformuj o tym lekarza. W okresie okołoperacyjnym ta metoda antykoncepcji może być niewystarczająca.
- Jeśli cierpisz na próchnicę zębów – zgłoś się do dentysty i wylecz zęby odpowiednio wcześniej.
- W przypadku stosowania na stałe leków – zabierz je ze sobą do szpitala w oryginalnych opakowaniach.
- Ostatni posiłek powinien być zjedzony najdalej sześć godzin przed operacją.
- Do szpitala prosimy zabrać skierowanie na operację (nie obowiązuje w przypadku operacji opłacanych prywatnie) oraz wyniki badań dodatkowych (USG), a także przybory toaletowe.
- W dniu zabiegu, w domu, pacjent powinien wykonać dokładną poranną toaletę (kąpiel lub prysznic) całego ciała.
- Prosimy o zabranie piżamy, szlafroka, kapci, ręcznika oraz przyborów toaletowych.
- Prosimy **NIE GOLIĆ** miejsca operowanego, uczyni to fachowy personel bezpośrednio przed operacją. Golenie w domu powoduje ryzyko **zakażenia** ran operacyjnych i może być przyczyną **odmowy przyjęcia** pacjenta do szpitala!
- Palacze tytoniu powinni zaprzestać palenia w okresie okołoperacyjnym. Palenie powoduje skurcz naczyń krwionośnych, co utrudnia gojenie rany oraz pogarsza wydolność oddechową, co powoduje wzrost częstości powikłań oddechowych po operacji.

W wyznaczonym terminie, zazwyczaj kilka dni przed zabiegiem, odbędzie się rozmowa z anestezjologiem, podczas której zostanie omówiony sposób znieczulenia oraz postępowanie z lekami własnymi (które przyjmować, a które odstawić przed zabiegiem). Tego samego dnia pielęgniarka pobierze krew do badań niezbędnych do operacji.

Objawy, jakie powinny skłonić do wcześniejszej konsultacji medycznej.

Jeżeli w okresie oczekiwania na operację wystąpią u Pani/Pana wymienione poniżej objawy, bardzo prosimy o niezwłoczne skontaktowanie się z lekarzem kwalifikującym lub najbliższym szpitalem, udzielającym pomocy w stanach nagłych / SOR-em.

- nasilone bóle w prawym podżebrzu z promieniowaniem pod prawą łopatkę
- bóle połączone z gorączką
- zażółcenie białkówki i skóry, ciemny kolor moczu
- bóle nadbrzusza i pleców w połączeniu z wymiotami

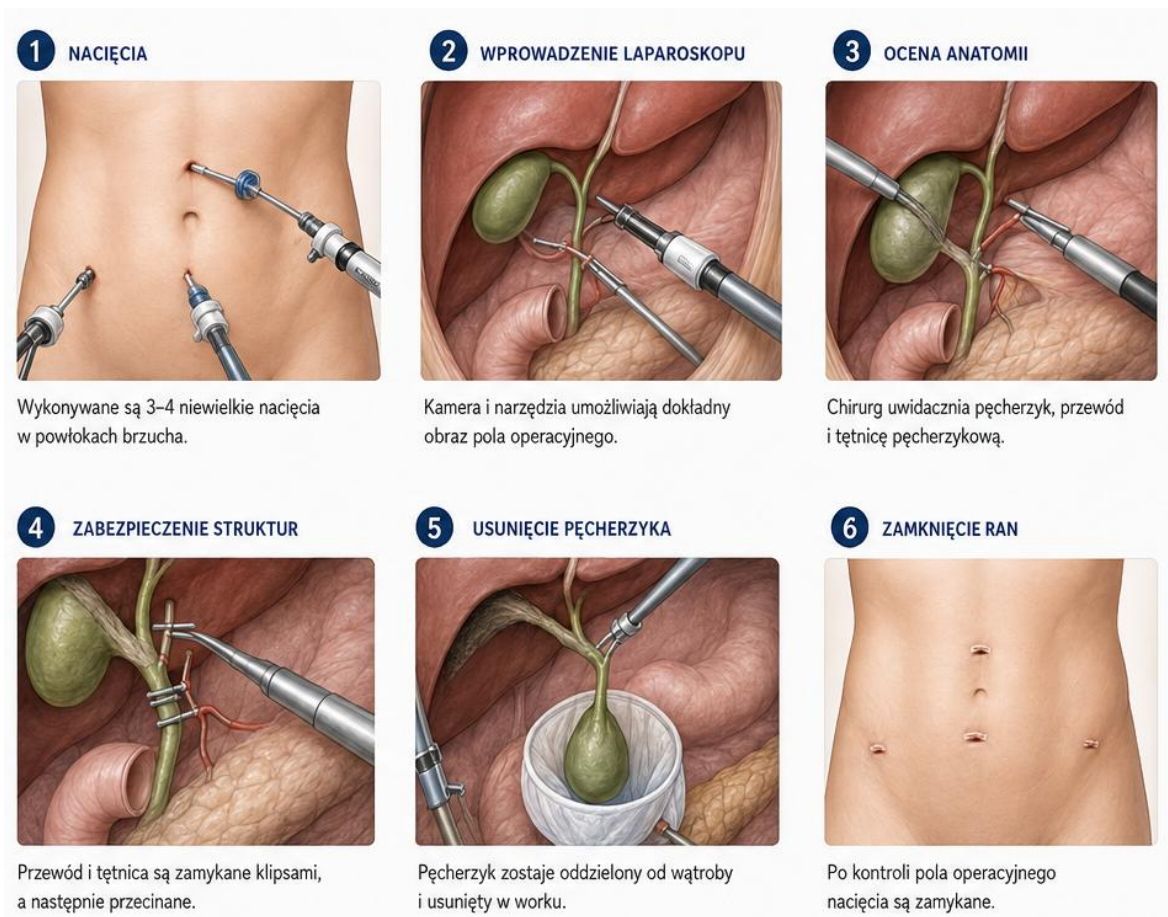
Gdzie zgłosić się w dniu operacji?

W dniu operacji prosimy zgłosić się z niezbędnymi dokumentami (skierowanie na operację, podpisana zgoda na operację, wyniki badań USG i dowód osobisty/paszport) do Izby Przyjęć. Po

przyjęciu do szpitala jeszcze raz można będzie porozmawiać z chirurgiem – operatorem oraz z anestezjologiem i zadać im ewentualne pytania.

Jak przebiega zabieg?

- Cholecystektomię wykonuje się w znieczuleniu ogólnym (narkoza - pacjent śpi w czasie zabiegu)
- Usunięcie pęcherzyka żółciowego można wykonać dwiema metodami – tak zwaną klasyczną (tradycyjną, otwartą) i laparoskopową. W obu przypadkach zabieg operacyjny ma na celu dokładne oddzielenie pęcherzyka żółciowego od otaczających go narządów, a następnie, po odnalezieniu i zabezpieczeniu (podwiązaniu) zaopatrujących go naczyń krwionośnych oraz przewodu pęcherzykowego łączącego pęcherzyk z przewodem żółciowym wspólnym, usunięcie pęcherzyka wraz ze znajdującymi się w jego wnętrzu kamieniami.
- **Cholecystektomia tradycyjna** polega na nacięciu brzucha w jego górnej części (cięcie przebiega pionowo w dół lub skośnie, pośrodku jamy brzusznej lub po jej prawej stronie), a następnie po odnalezieniu pęcherzyka, podwiązaniu jego naczyń i przewodu pęcherzykowego, na usunięciu go w całości.



- **Cholecystektomia laparoskopowa** różni się od tradycyjnej tym, że chirurg nie wykonuje dużego cięcia na brzuchu, lecz jedynie kilka (zwykle trzy lub cztery) niewielkie otwory, przez które wprowadza do wnętrza jamy otrzewnej specjalną niewielką kamerę oraz długie i

cienkie narzędzia chirurgiczne. Tak więc, cały przebieg zabiegu, który jest bardzo podobny jak w metodzie tradycyjnej, lekarze obserwują na ekranie monitora. Aby wewnątrz jamy otrzewnej stało się lepiej widoczne, do jej wnętrza pompuje się specjalny gaz, który unosi powłoki brzucha. Obecnie cholecystektomia laparoskopowa stała się podstawową metodą usuwania pęcherzyka żółciowego i w wielu oddziałach liczba pacjentów operowanych w ten sposób przewyższa liczbę chorych operowanych tradycyjnie. Wybór danej metody operacyjnej jest jednak kwestią woli pacjenta, który podejmuje decyzję w porozumieniu z operującym chirurgiem.

- Należy podkreślić, że w razie jakichkolwiek trudności w trakcie przeprowadzania zabiegu metodą laparoskopową chirurg zdecydować może o zmianie metody operacyjnej, naciąć jamę brzuszną i przeprowadzić zabieg w tradycyjny sposób. Decyzja taka jest zawsze podyktowana dobrem pacjenta i nie można jej traktować jako błędu lekarza.
- Niezależnie od metody operacyjnej, po zabiegu w jamie brzusznej pacjenta pozostawia się zwykle dren, czyli cienką rurkę, przez którą na zewnątrz wypływać może krew lub inny gromadzący się często po operacji płyn.

Przebieg pooperacyjny.

- Po zabiegu operacyjnym pacjent najczęściej powraca na swoją salę, jedynie w wyjątkowej sytuacji wymagać może dłuższego pobytu na sali pooperacyjnej lub w oddziale intensywnej opieki medycznej. Po zabiegu pacjentami opiekuje się pielęgniarka dyżurna, do niej należy zwracać się w przypadku dolegliwości, bólów, chęci wstania z łóżka itp. Ponadto w oddziale szpitalnym jest lekarz dyżurny, który interweniuje w nagłych przypadkach.
- W przypadkach niepowikłanych pacjent może pić i jeść już w ciągu pierwszych 24 godzin po zabiegu operacyjnym
- Także w pierwszej dobie pooperacyjnej pacjent powinien zacząć siadać na łóżku, a następnie wstawać i chodzić. **Uwaga!!! Pierwszy spacer po zabiegu powinien odbyć się pod opieką pielęgniarki lub członka rodziny.**
- Następnego dnia po operacji odbywa się wizyta chirurga – operatora, zmienia się opatrunki i podejmuje decyzję o wypisie do domu. W przypadku wypisu pacjent otrzymuje kartę informacyjną, recepty na potrzebne leki, dodatkowe ustne zalecenia od operatora oraz w razie potrzeby zwolnienie z pracy. Ma też wyznaczony termin kontrolnej wizyty u lekarza, który go operował.
- Przed operacją pacjent powinien zapewnić sobie transport do domu – nie powinien prowadzić samochodu ani jechać środkami transportu publicznego. Powinien mieć zapewnioną opiekę bliskich w ciągu pierwszej doby po wypisaniu. Ze względu na przebyte znieczulenie ogólne nie powinien podpisywać żadnych ważnych dokumentów ani zobowiązań przez 48 godzin po operacji.
- Należy zrealizować przepisane recepty i przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Opatrunki należy zmieniać codziennie przemywając rany środkami odkażającymi (np. octenisept) i utrzymywać je w czystości. W przypadku zaczerwienienia, bólu i obrzęku rany pooperacyjnej oraz gorączki, należy skontaktować się z lekarzem.
- Po wypisaniu ze szpitala pacjent wraca do domu, a po upływie dwu-, trzytygodniowego okresu rehabilitacji powraca do pełnej aktywności zawodowej. Ze względu na możliwość

powstania przepukliny w bliźnie pooperacyjnej zwykle należy unikać przez około dwa, trzy miesiące intensywnego wysiłku fizycznego (dotyczy głównie chorych operowanych w sposób tradycyjny).

- Po zabiegu operacyjnym wskazane jest przestrzeganie diety wątrobowej przez okres 2-3 miesięcy. Żywnienie obejmuje ograniczenie tłuszczów (zwierzęcych i roślinnych) w posiłkach oraz spożywanie niewielkich ilości jedzenia kilka (6-7) razy dziennie. Nieprzestrzeganie diety prowadzi do dolegliwości brzusznych – wzdęć, bólów brzucha, biegunek. Większość operowanych wraca do normalnego sposobu żywienia w ciągu kilku miesięcy.

Możliwe powikłania.

Wskutek leczenia operacyjnego dojść może do powikłań:

- Krwawienie do wnętrza jamy otrzewnej wymagające zwykle powtórnego zabiegu operacyjnego celem jego zatrzymania.
- Wyciek żółci do jamy otrzewnej z przewodu pęcherzykowego lub obecnych dodatkowych, niewidocznych w czasie zabiegu przewodów żółciowych.
- Uszkodzenie w trakcie operacji przewodu żółciowego wspólnego prowadzące do wystąpienia żółtaczki, a nawet do ciężkiego uszkodzenia wątroby (powikłanie rzadkie).
- Zakażenie lub opóźnione gojenie rany pooperacyjnej.
- Przepuklina w bliźnie pooperacyjnej.
- Bóle barków, które ustępują po zwykłych środkach przeciwbólowych i na ogół są krótkotrwałe.
- Zakrzepica w żyłach głębokich kończyn dolnych i miednicy (dotyczy zabiegów w znieczuleniu ogólnym) – może wystąpić pomimo profilaktyki przeciwwątrobowej stosowanej rutynowo w każdej tego typu operacji. Zakrzepica żył głębokich wymaga leczenia, niesie ze sobą ryzyko zatorowości płucnej, ostrej lub przewlekłej niewydolności oddechowej i krążeniowej, a także nagłego zgonu.
- Inne, rzadkie i trudne do przewidzenia powikłania.

WSTĘPNY PLAN OPIEKI I LECZENIA

W oparciu o badanie podmiotowe, przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, diagnozę oraz oszacowanie ryzyka, lekarz kwalifikujący ustalił dla Pani/Pana następujący plan postępowania przed, w trakcie i po hospitalizacji (zgodnie ze standardem OP 1.2):

DZIAŁANIA PRZEDOPERACYJNE (DIAGNOSTYKA I PRZYGOTOWANIE W DOMU):

- **KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA:** Obowiązkowa rozmowa z anestezjologiem na ok. 7-10 dni przed operacją celem ustalenia sposobu znieczulenia oraz postępowania z lekami własnymi.
- **DIAGNOSTYKA:** Na ok. 7 dni przed zabiegiem należy wykonać pakiet badań krwi w laboratorium SALUS. Należy posiadać aktualny wynik badania USG.
- **PRZYGOTOWANIE MEDYCZNE:** Osoby z chorobami przewlekłymi (cukrzyca, nadciśnienie, serce) lub przyjmujące leki przeciwkrzepliwe (np. aspiryna, xarelto) muszą skonsultować się z chirurgiem i lekarzem rodzinnym. Leki hormonalne (antykontracepcja, HTZ) należy odstawić miesiąc przed operacją. Należy wyleczyć próchnicę zębów.

- **STYL ŻYCIA:** Należy zaprzestać palenia tytoniu (utrudnia gojenie rany i pogarsza wydolność oddechową).
- **HIGIENA:** W dniu zabiegu należy wykonać poranną kąpiel całego ciała. **PROSIMY NIE GOLIĆ miejsca operowanego** – uczyni to personel bezpośrednio przed operacją.
- **DIETA:** Ostatni posiłek należy zjeść najpóźniej 6 godzin przed operacją.
- **ORGANIZACJA:** Zabrać piżamę, kapcie, przybory toaletowe, skierowanie oraz wszystkie stale przyjmowane leki w oryginalnych opakowaniach.

POSTĘPOWANIE W ODDZIALE (OPIEKA I PROFILAKTYKA POWIKŁAŃ):

- **PRZYJĘCIE:** Zgłoszenie do Izby Przyjęć z dokumentacją (skierowanie, zgoda, USG, dowód osobisty/paszport). Następuje badanie lekarskie i ocena pielęgnarska.
- **PRZYGOTOWANIE:** Dodatkowa rozmowa z chirurgiem-operatorem i anestezjologiem w oddziale.
- **OPERACJA:** Wykonanie zaplanowanego usunięcia pęcherzyka żółciowego.
- **NADZÓR POOPERACYJNY:** Pacjent trafia na Salę Intensywnego Nadzoru Medycznego, a następnie na salę chorych. Parametry życiowe i ból są monitorowane przez pielęgniarki.
- **URUCHAMIANIE:** W pierwszej dobie pooperacyjnej pacjent zaczyna siadać i wstawać. **Pierwszy spacer musi odbyć się pod opieką personelu lub rodziny.**
- **ŻYWIENIE:** Picie i jedzenie możliwe zazwyczaj w ciągu pierwszych 24 godzin po zabiegu.
- **WYPIS:** Następuje zazwyczaj następnego dnia po wizycie operatora i zmianie opatrunku.

ZALECENIA POOPERACYJNE I HARMONOGRAM KONTROLI:

- **TRANSPORT:** Należy zapewnić sobie transport do domu (zakaz prowadzenia pojazdów i korzystania z komunikacji publicznej).
- **OPIEKA I BEZPIECZEŃSTWO:** Zapewnić opiekę bliskich przez 24h po wypisie. Nie podpisywać ważnych dokumentów przez 48h od znieczulenia.
- **PIELĘGNACJA RANY:** Codzienna zmiana opatrunków, przemywanie rany środkiem odkażającym (np. octenisept). W razie gorączki, silnego bólu lub obrzęku – kontakt z lekarzem.
- **DIETA:** Przez 2-3 miesiące stosować dietę wątrobową (ograniczenie tłuszczów, 6-7 małych posiłków dziennie).
- **AKTYWNOŚĆ:** Powrót do pracy po 2-3 tygodniach rehabilitacji. Unikać intensywnego wysiłku fizycznego przez 2-3 miesiące (szczególnie po operacji klasycznej).
- **WIZYTY KONTROLNE:**
 - Termin i miejsce wizyty kontrolnej u operatora są wyznaczane w dniu wypisu.
 - W razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia (do 30 dni od wypisu) szpital zapewnia szybką konsultację lub rehospitalizację (miejsce i numer telefonu w karcie informacyjnej).

ZGODA NA WYCIĘCIE PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO

OŚWIADCZENIE LEKARZA

Z pacjentką(em) przeprowadziłem rozmowę, podczas której w sposób zrozumiały przedstawiłem celowość przeprowadzenia zabiegu, oczekiwane korzyści, jego przewidywany przebieg, ryzyko i ocenę zagrożeń, możliwe powikłania (w tym skutki odległe) oraz alternatywne metody leczenia i skutki odmowy leczenia. Pacjent miał możliwość zadawania pytań, na które uzyskał wyczerpujące odpowiedzi.

.....
Pieczętka i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE WOLI – ZGODA PACJENTA

Oświadczam, że:

1. Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o rozpoznanym schorzeniu oraz proponowanym zabiegu operacyjnym. Wiem na czym ten zabieg ma polegać, jaki jest jego cel i oczekiwany wynik oraz rokowania z nim związane.
2. Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o ryzyku i zagrożeniach związanych z przeprowadzeniem zabiegu, dających się przewidzieć konsekwencjach (w tym skutkach odległych) oraz skutkach rezygnacji z leczenia i zaakceptowałem/am przedstawiony powyżej wstępny plan opieki
3. Zostałem/am poinformowany/a jakie są alternatywne możliwości leczenia i mam świadomość zalet oraz wad proponowanego zabiegu.
4. Poinformowano mnie o prawie do leczenia bólu i stosowania Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej dla mojego bezpieczeństwa.
5. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia powikłań wymagających śródoperacyjnej zmiany postępowania (konwersji do metody otwartej), na co wyrażam zgodę.
6. Potwierdzam, że miałem/am czas na zapoznanie się z treścią niniejszej informacji i planu opieki w domu przed podjęciem decyzji.
7. Potwierdzam, że zapoznałem się z treścią „Regulaminu oddziału szpitalnego SALUS” i zobowiązuję się stosować do jego zapisów.
8. Ujawniłem/am wszystkie znane mi schorzenia i nie zataiłem/am istotnych informacji o stanie zdrowia.
9. Zostałem/am poinformowany/a o prawie do rezygnacji z zabiegu w każdym czasie, nawet po podpisaniu niniejszego oświadczenia.
10. Wyrażam zgodę na przetaczanie, w razie wystąpienia takiej konieczności, preparatów krwipochodnych. **TAK / NIE (NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ).**

Wyrażam świadomą zgodę na wycięcie pęcherzyka żółciowego.

..... Imię i nazwisko pacjenta (CZYTELNIE)

..... Data i godzina podpisania zgody

..... Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

REGULAMIN ODDZIAŁU SZPITALNEGO SALUS

§ 1

Zadaniem Oddziału Szpitalnego SALUS jest wykonywanie usług zdrowotnych, obejmujących diagnozowanie i leczenie oraz opiekę pielęgniarską w ramach lecznictwa zamkniętego.

§ 2

Czynności diagnostyczne i lecznicze w zakresie swoich kompetencji wykonują samodzielnie lekarze specjaliści przy wsparciu personelu pielęgniarskiego. Nadzór nad pracą personelu medycznego sprawuje Z-ca Dyrektora ds. Medycznych oraz Z-ca Dyrektora ds. pielęgniarstwa.

§ 3

Oddziałem kieruje Ordynator, którego zadaniem jest zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych dla działania oddziału, nadzór nad przestrzeganiem zasad współczesnej wiedzy medycznej, przyjętych standardów i procedur w postępowaniu leczniczym oraz nadzór nad

prawkładowym prowadzeniem obowiązującej dokumentacji. Ordynator prowadzi również nadzór nad monitorowaniem i zapobieganiem zakażeniom szpitalnym.

§ 4

Ordynator wykonuje swoje funkcje przy pomocy pielęgniarki oddziałowej, której podstawowym zadaniem jest zapewnienie najlepszej opieki oraz warunków pobytu chorym. Pielęgniarka oddziałowa realizuje swoje zadania przy wsparciu zespołu pielęgniarek, którym zarządza, nadzoruje i jest odpowiedzialna za ich stan wiedzy fachowej oraz poziom etyczny. Pielęgniarka oddziałowa współdziała z lekarzami i właściwym personelem fachowym w zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń szpitalnych.

§ 5

Lekarze specjaliści w ramach wykonywania świadczeń ambulatoryjnych kwalifikują chorych do leczenia szpitalnego, decydują o sposobie leczenia i samodzielnie wykonują zabiegi operacyjne, jak również, przy udziale lekarza anestezjologa ustalają postępowanie pooperacyjne, a następnie prowadzą leczenie ambulatoryjne, aż do całkowitego wyleczenia. Przy wykonywaniu powyższych czynności, lekarze specjaliści obowiązani są do przestrzegania przyjętych standardów i procedur w postępowaniu profilaktyczno-leczniczym oraz przestrzegania zaleceń krajowego nadzoru specjalistycznego.

§ 6

Pielęgniarka dyżurna wykonuje zlecenia lekarskie, prowadzi obserwację i pielęgnację chorych. Przy wykonywaniu zleceń i czynności pielęgnacyjnych, przestrzega ustalonych standardów i procedur postępowania.

ZASADY POBYTU I ODWIEDZIN W ODDZIALE

§ 7

Oddział Szpitalny SALUS zapewnia warunki i możliwość **całodobowego** przebywania na jego terenie rodzinie, bliskim i opiekunom pacjenta. Pacjenci oddziału mają możliwość spotkania się z osobami odwiedzającymi w osobnym, przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu lub miejscu w oddziale. Osoby małoletnie mogą odwiedzać pacjentów tylko pod opieką dorosłego, który ponosi za nie pełną odpowiedzialność. W sytuacjach wyjątkowych (np. epidemiologicznych) odwiedzanie chorych przez bliskich może być decyzją Ordynatora lub Dyrektora Medycznego ograniczone lub wstrzymane. **Nie jest dozwolone przebywanie rodziny, bliskich i opiekunów pacjenta na sali intensywnego nadzoru pooperacyjnego.**

§ 8

Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego i za pośrednictwem Internetu z osobami z zewnątrz, jak również prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej przez osoby bliskie lub inne wskazane, dlatego krewni lub opiekunowie na życzenie pacjenta mogą uczestniczyć w opiece nad nim. Zakres i czas opieki ustalany jest indywidualnie, w porozumieniu z Ordynatorem, lekarzem prowadzącym oraz z pielęgniarką.

Czynności rekomendowane i możliwe do wykonywania przez przedstawiciela ustawowego lub osoby bliskie we wszystkich oddziałach Szpitala SALUS:

- zaspakajanie potrzeb emocjonalnych i duchowych (czytanie, rozmowa)
- pomoc w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych i pielęgnacyjnych (higiena ciała)
- karmienie, ściśle według określonej przez Ordynatora lub lekarza diety (z wyłączeniem pacjentów mających trudności w połykaniu)
- uczestniczenie w procesie mobilizacji i rehabilitacji pozabiegowej w porozumieniu z lekarzem i rehabilitantem (spacer po korytarzu, sadzanie w łóżku).

Zakazane czynności do wykonywania przez przedstawiciela ustawowego lub osoby bliskie we wszystkich oddziałach Szpitala SALUS:

- wejście na blok operacyjny / sale operacyjne i sale nadzoru pooperacyjnego
- jakakolwiek ingerencja w zasady leczenia i farmakoterapii

§ 9

Pacjenci winni zgłaszać personelowi medycznemu wszelkie swoje dolegliwości, a także, gdy okoliczności tego wymagają, a możliwości pozwalają, dolegliwości innych pacjentów, mogące wskazywać na potrzebę pilnej pomocy.

§ 10

Pacjenci przed zabiegami powinni zgłaszać personelowi medycznemu fakt ewentualnego spożycia posiłku lub napoju.

§ 11

Pacjenci po zabiegach:

- siadają w łóżkach i/lub wstają z łóżek wyłącznie na podstawie decyzji personelu medycznego, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego
- spożywają pierwszy posiłek i wypijają napoje na podstawie decyzji personelu medycznego
- opuszczają oddział po otrzymaniu wypisu (Karty Informacyjnej z leczenia szpitalnego) lub na własne żądanie – wyłącznie po zgłoszeniu lekarzowi prowadzącemu, lekarzowi dyżurnemu lub Ordynatorowi i po odnotowaniu powyższego faktu w dokumentacji medycznej

§ 12

W Oddziale Szpitalnym SALUS zabronione jest:

- bieganie (dzieci) z wyjątkiem sytuacji wymagających pilnej interwencji
- wnoszenie i spożywanie alkoholu oraz palenie papierosów
- wnoszenie i pozostawianie w pokojach produktów spożywczych łatwo psujących
- wnoszenie i używanie wszelkich urządzeń zakłócających spokój pacjentów i pracę personelu
- zachowywanie się w sposób głośny, wulgarny i/lub stwarzający zagrożenie dla innych
- jakiegokolwiek zakłócanie i ingerowanie w proces leczenia i opieki nad pacjentem bez wiedzy i zgody upoważnionego personelu medycznego
- fotografowanie i filmowanie osób znajdujących się na terenie oddziału szpitalnego (art. 20 u.p.p.)

Wszelkie odstępstwa od wymienionych zasad dopuszczalne są wyłącznie za zgodą Ordynatora lub innego upoważnionego personelu medycznego Oddziału Szpitalnego SALUS.

§ 13

Produkty spożywcze łatwo psujące przyniesione przez krewnych pacjentów mogą być przechowywane wyłącznie w specjalnie do tego celu przeznaczonej lodówce, znajdującej się w szpitalnej kuchni. Pozostałe produkty spożywcze i inne mogą być przechowywane w szafkach przy łóżkach szpitalnych. Pacjenci spożywający własne pokarmy lub napoje nie powinni częstować innych pacjentów bez zgody personelu medycznego.

§ 14

Pacjenci przebywający na terenie Oddziału Szpitalnego SALUS mają zapewnioną możliwość komunikacji z otoczeniem zewnętrznym. Mogą korzystać z własnych telefonów komórkowych, bezprzewodowego telefonu stacjonarnego na oddziale oraz bezprzewodowego internetu WI-FI. Komunikacja z otoczeniem zewnętrznym powinna być prowadzona bez zakłócania spokoju oraz procesu leczenia i opieki pozostałych pacjentów i personelu medycznego.

§ 15

Pacjenci obcojęzyczni i głuchoniemi mają zapewnioną całodobową możliwość porozumiewania z personelem medycznym. Z uwagi na planowy tryb leczenia, dyżury podczas pobytu pacjentów, wymagających komunikacji w języku obcym lub migowym obsadzone są przez personel medyczny porozumiewający się w danym języku lub za zgodą obu stron na czas pobytu pacjenta zatrudniony jest tłumacz.

§ 16

Pacjenci przebywający na oddziale szpitalnym SALUS mają prawo do korzystania z opieki duszpasterskiej. Na życzenie pacjenta lub jego najbliższych personel oddziału skontaktuje się telefonicznie z duchownym wskazanego wyznania.

§ 17

Pacjenci przebywający na oddziale szpitalnym SALUS, ich rodzina, bliscy i opiekunowie mają prawo do składania skarg, wniosków i uwag ustnie - Ordynatorowi lub zastępcy Dyrektora ds. Medycznych lub pisemnie – listownie, mailem lub z wykorzystaniem skrzynek na opinie pacjentów, znajdujących się w szpitalu i przychodni SALUS.