

## LECZENIE ŻYŁAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH METODĄ ŁĄCZONĄ – KROSEKTOMIA ZE SKLEROTERAPIĄ

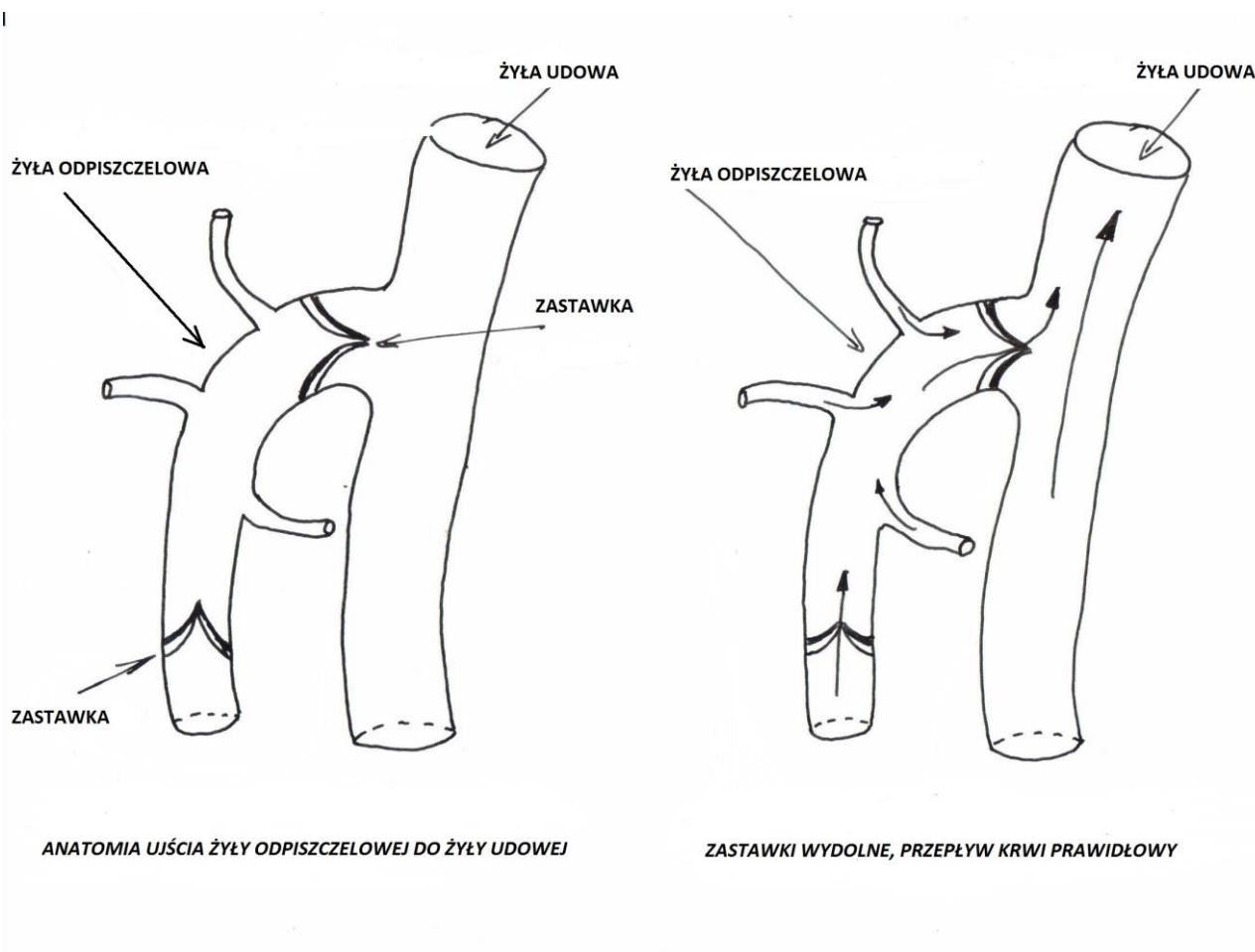
### Co to są żylaki kończyn dolnych?

Żylaki kończyn dolnych to rozszerzenia żył podskórnych, powstałe najczęściej wskutek nabytej niewydolności zastawek żylnych, co doprowadza do odcinkowego odwrócenia kierunku przepływu krwi w żyłach i stopniowego poszerzania się żył. Towarzyszą temu objawy, takie jak: bóle, uczucie ciężkości nóg, świąd skóry, pieczenie, obrzęki, nocne kurcze łydek.

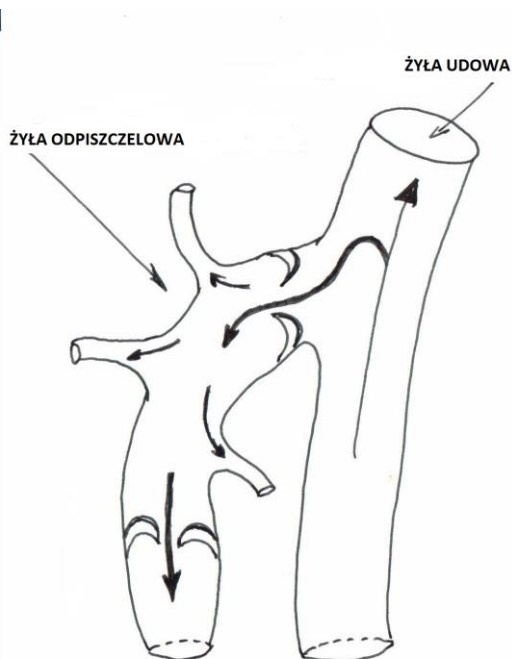
Poszerzenia żył śródskórnych, zwane „pajęczkami”, choć mogą wyglądać podobnie, nie są żylakami.

### Dlaczego powstają żylaki?

Naczynia krwionośne (tętnice i żyły) rozprawdają krew po całym organizmie. Tętnice rozprawdają krew bogatą w tlen od serca do wszystkich tkanek, a żyły wiodą krew ubogą w tlen z tkanek w kierunku serca. Przepływ krwi żyłami jest powolny i odbywa się wskutek działania pompującego mięśni i zasysania przez ruchy oddechowe klatki piersiowej oraz dzięki zastawkom umieszczonym w świetle żył, co zapobiega cofaniu się krwi.



Zastawki żylnie u niektórych ludzi w młodym wieku, a u większości wskutek starzenia się organizmu, mogą ulec uszkodzeniu. Powoduje to w kończynach dolnych wsteczny (w kierunku stóp) przepływ krwi i rozszerzanie się żył w postaci żylaków.



ZASTAWKI NIEWYDOLNE, PRZEPŁYW KRWI WSTECZNY (REFLUKS)

Zaniechanie leczenia prowadzi do postępu choroby i może spowodować powikłania, takie jak zakrzepica żył powierzchownych i głębokich, a także trudno gojące się owrzodzenia podudzi. Przeprowadzenie leczenia operacyjnego po wystąpieniu powikłań jest trudniejsze, mniej skuteczne, a niekiedy niemożliwe.

### Jakie są sposoby leczenia żylaków?

- Leczenie farmakologiczne – przyjmowanie leków, które przynoszą ulgę i poprawiają samopoczucie.
- Bandażowanie i noszenie pończoch uciskowych (tzw. kompresjoterapia) powoduje zmniejszenie dolegliwości oraz spowalnia postępowanie choroby.
- Ostrzykiwanie żylaków środkami, które powodują ich zarastanie i znikanie (tzw. skleroterapia) – leczenie stosowane w przypadku małych żylaków, zwłaszcza pozostałych po leczeniu operacyjnym, nie może być stosowane do leczenia dużych żylaków.
- Skleroterapia dużych żył podskórnych przy pomocy podania do światła żyły środków farmakologicznych przez cewnik, wprowadzenia do żyły sondy laserowej lub emitującej fale radiowe – metody te powodują zarośnięcie żyły, są mniej inwazyjne od klasycznej operacji, lecz nie każde żylaki mogą być w ten sposób leczone.
- Leczenie operacyjne – polega przede wszystkim na usunięciu chorobowo zmienionych odcinków żył lub całych żył i usunięciu żylaków. Leczenie operacyjne jest najbardziej

radykalnym, ale też w większości wypadków najskuteczniejszym sposobem leczenia niewydolności żylniej.

Leczenie operacyjne u większości pacjentów przynosi ustąpienie dolegliwości, bardzo często na wiele lat, a w wielu przypadkach na trwałe. Zdarza się, że po pewnym czasie, najczęściej po kilku latach, dochodzi do powstawania nowych żylaków. Jest to najczęściej spowodowane postępowaniem choroby i pojawianiem się niewydolności kolejnych żył, czemu zapobiegać powinny działania profilaktyczne stosowane po operacji (zmniejszenie nadwagi, ruch fizyczny, noszenie uciskowych pończoch, rajstopy itp.).

Leczenie operacyjne niestety, łączy się zazwyczaj z powstaniem rozległych krwiniaków podskórnych, które ulegają powolnemu wchłanianiu, są niekiedy bolesne i utrudniają chodzenie, co powoduje dłuższy (do kilku tygodni) okres rekonwalescencji.

Podstawowym zaburzeniem w niewydolności żylniej, a więc i w przypadku żylaków, jest zastój krwi żylniej w kończynie, nieprawidłowe oczyszczanie tkanek ze szkodliwych produktów przemiany materii i związane z tym, wspomniane na początku dolegliwości.

Ustąpienie dolegliwości i likwidację zastoju żylnego można osiągnąć dwoma sposobami: albo poprzez operacyjne usunięcie niewydolnej części układu żylnego, albo poprzez wyłączenie tej części z krążenia poprzez spowodowanie zarośnięcia niewydolnych żył. Ten drugi sposób zapewnia skleroterapię.

Skleroterapię nazywamy metodą leczenia żylaków poprzez wstrzyknięcie do ich światła lub do niewydolnej żyły środka chemicznego, co powoduje początkowo zapalenie ściany, a następnie zwłóknienie i zarośnięcie żyły. Jeśli doprowadzimy do zarośnięcia chorych żył, nie będą one powodowały wstecznego przepływu krwi, a pozostała, wydolna część układu żylnego z powodzeniem odprowadzi sprawnie krew żylną z kończyny.

Przewaga skleroterapii nad leczeniem operacyjnym sprowadza się do minimalnej inwazji chirurgicznej oraz do znacznego skrócenia okresu rekonwalescencji. Pacjent o własnych siłach schodzi ze stołu operacyjnego, tego samego dnia odbywa dłuższe spacerowanie i może powrócić do normalnej aktywności po 2-3 dniach od zabiegu.

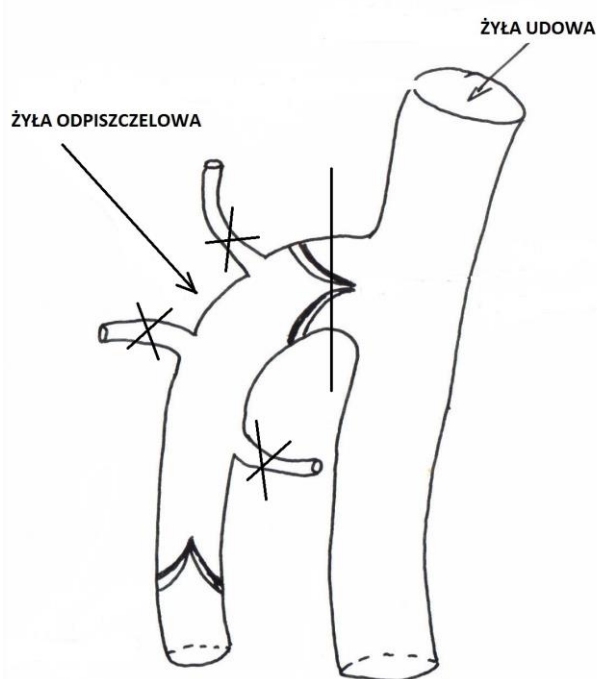
Niekiedy stan krążenia w układzie żylnym kończyny wymaga połączenia dwóch metod – minimalnego zabiegu chirurgicznego ze skleroterapią. Ten sposób leczenia stosuje się wtedy, gdy zastawka w ujściu żyły odpiszczelowej do żyły udowej jest niewydolna.

Żyła odpiszczelowa jest żyłą powierzchowną, podskórną, przebiega od kostki przyśrodkowej na podudziu aż do pachwiny, gdzie uchodzi do żyły udowej. Żyła udowa jest częścią układu głębokiego żył na kończynie i powstaje w dolnej części uda z żyły podkolanowej, a powyżej pachwiny przechodzi w żyłę biodrową.

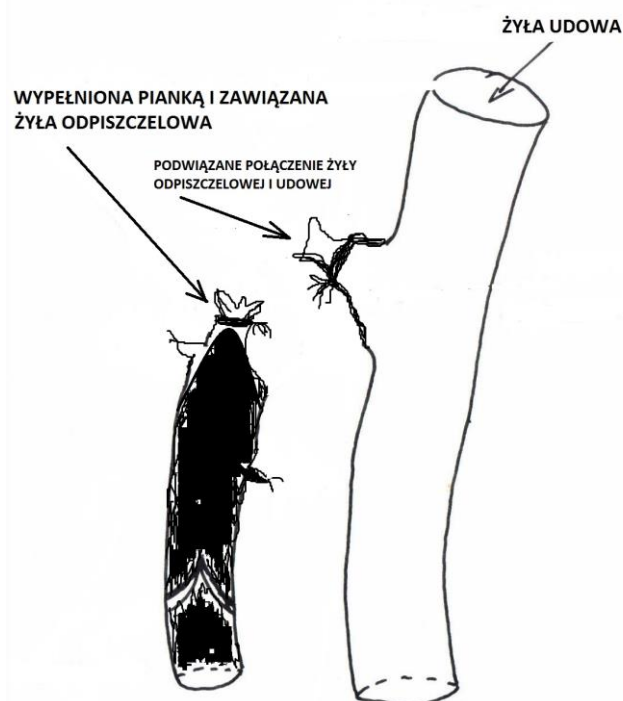
Niewydolność zastawki w ujściu żyły odpiszczelowej do udowej wykazuje badanie Dopplera – USG, które zawsze należy wykonać przed kwalifikacją pacjenta do leczenia. W takim przypadku należy precyzyjnie zamknąć ujście żyły odpiszczelowej do żyły udowej, aby wyeliminować przepływ wsteczny (refluks) w tym miejscu. Niestety, żadna metoda skleroterapii nie pozwala na taką precyzję, jaką umożliwia ingerencja chirurgiczna. Jeśli środek obliterujący (zamykający żyłę i powodujący jej zwłóknienie i zarośnięcie) zostanie wstrzyknięty zbyt blisko żyły udowej, może dostać się do niej i wywołać zakrzepicę w żyły udowej – bardzo poważne powikłanie. Jeśli natomiast środek obliterujący zostanie umieszczony zbyt daleko od połączenia

żyły odpiszczelowej z udową, wtedy mechanizm niewydolności zastawki w połączeniu tych dwóch żył doprowadzi do szybkiego nawrotu żylaków.

W takiej sytuacji najlepszym rozwiązaniem jest połączenie tzw. krosektomii ze skleroterapią żyły odpiszczelowej. Krosektomia polega na chirurgicznym dostępie do połączenia żyły odpiszczelowej z żyłą udową, odcięciu drobnych gałęzi żyły odpiszczelowej i precyzyjnym odcięciu jej pnia od żyły udowej. Powstały w ten sposób krótki kikut żyły odpiszczelowej zostaje w tym miejscu zawiązany. Do pozostałego odcinka żyły odpiszczelowej wstrzykuje się lek powodujący jej zarośnięcie.



*KROSEKTOMIA - odcięcie żyły odpiszczelowej od żyły udowej i odcięcie gałązek żyły odpiszczelowej*



*KROSEKTOMIA - odcięcie żyły odpiszczelowej od żyły udowej i odcięcie gałązek żyły odpiszczelowej stan po zabiegu*

### Jak przebiega zabieg?

- W pierwszym etapie wykonuje się krosektomię. Po przygotowaniu pola operacyjnego – dezynfekcji skóry i obłożeniu jałowymi serwetami – chirurg wykonuje podskórny zastrzyk znieczulający w obrębie pachwiny
- Następnie wykonuje się kilkucentymetrowe nacięcie skóry, poprzez które, przy pomocy specjalistycznych narzędzi wypreparowuje końcowy odcinek żyły odpiszczelowej wraz z jej ujściem do żyły udowej, odcina ją i podwiązuje, oraz odcina drobne gałązki żyły odpiszczelowej.

- Kolejnym etapem zabiegu jest sklerotertapia żyły odpiszczelowej. Do jej światła wprowadza się cewnik, którego koniec zostaje doprowadzony najczęściej do odcinka na podudziu. Następnie powoli wycofując cewnik chirurg wstrzykuje przez niego do światła żyły lek w postaci pianki, która wypełnia pień żyły odpiszczelowej oraz jej gałęzie – zmienione żylakowato.
- Po wypełnieniu żyły środkiem sklerotyzującym zawiązuje się ją. Rana zostaje zaszyta, a na kończynę zakłada się opaski elastyczne lub pończochy uciskowe.
- Po zabiegu pacjent sam wstaje ze stołu operacyjnego i od razu zaczyna chodzić, co zmniejsza ryzyko zakrzepicy w układzie żył głębokich. Po kilkunastu minutach zostaje wypisany ze szpitala i udaje się na dłuższy spacer. Powinien pozostawać w ruchu (15 minut spaceru co godzina) do końca dnia. Następnego dnia na ogół odbywa się wizyta kontrolna. Szwy zdejmowane są po 7 – 10 dniach od zabiegu.

### **Wskazania do zabiegu skleroterapii w połączeniu z krosektomią.**

Pojawienie się żylaków w przebiegu zastawkowej niewydolności żył, potwierdzonej w badaniu ultrasonograficznym stanowi wskazanie do ich likwidacji. Można to uzyskać usuwając żyły i żylaki lub doprowadzając do ich zarośnięcia. Wskazaniem do połączenia tych metod jest wykazanie w badaniu USG Dopplera niewydolności zastawki w połączeniu żyły odpiszczelowej z żyłą udową.

### **Przeciwwskazania do operacji.**

- Ciężkie choroby ogólnoustrojowe
- Brak zgody pacjenta
- Obecność niewygojonego owrzodzenia podudzia
- Ropne i alergiczne schorzenia skóry
- Świeża zakrzepica żylna
- Niedrożność pozakrzepowa żył głębokich kończyny
- Uczulenia na niektóre leki
- Rozległe zmiany skórne w przebiegu chorób układowych tkanki łącznej
- Zmiany niedokrwienne kończyn w przebiegu miażdżycy, cukrzycy i zapaleń naczyń
- Zaburzenia krzepnięcia, szczególnie o typie nadkrzepliwości

### **Jakie mogą pojawić się komplikacje?**

Skleroterapia uważana jest powszechnie za bezpieczny sposób leczenia, niemniej, jak w każdej terapii mogą zdarzyć się niekorzystne następstwa. Zalicza się do nich:

- Zakrzepica żył głębokich – bardzo rzadkie, najpoważniejsze powikłanie. Przestrzegając ustalonych reguł można uniknąć tego powikłania. Przede wszystkim, stosuje się ograniczoną ilość środka leczniczego wstrzykiwanego jednorazowo do żyły. Chodzi o to, żeby lek pozostał w żyłach powierzchownych i nie przedostał się do układu żył głębokich. Standardowo można stosować 5 do 10 ml leku na jednorazową sesję leczniczą, tak więc, przy rozległych żylakach, leczenie musi być rozłożone na kilka etapów. Najczęściej pozostałe po zabiegu tak zwane żylaki resztkowe zamyka się podczas wizyt w ambulatorium. Poza tym bardzo ważne jest założenie po zabiegu opaski uciskowej i intensywne chodzenie, ponieważ znacznie zmniejsza to ryzyko powstania zakrzepicy. Na

wystąpienie tego powikłania szczególnie narażone są pacjentki przyjmujące doustne środki antykoncepcyjne lub prowadzące z innych powodów leczenie żeńskimi hormonami płciowymi – leczenie takie powinno zostać przerwane na miesiąc przed planowanym zabiegiem skleroterapii.

- Reakcje alergiczne – od pokrzywki skórnej do ogólnych reakcji, ze wstrząsem alergicznym włącznie.
- Przebarwienia skórne – po wstrzyknięciu leku, wzdłuż przebiegu żyłaków dochodzi do zaczerwienienia skóry, które następnie zmienia się w brązową pręgę. Zmiany te ustępują z czasem, ale niekiedy mogą utrzymywać się przez wiele miesięcy. Powoduje to, że efekt kosmetyczny zabiegu może odbiegać od oczekiwanego.
- Zakrzepica żyłaków – niekiedy po podaniu leku w żyłaku nie dochodzi do oczekiwanego zwłóknienia, a jedynie powstaje skrzeplina. Nie jest to groźne, ale po kilku miesiącach skrzeplina ulega rozpuczeniu, żyłak ulega tak zwanej rekanalizacji i ponownie pojawia się pod skórą. Wymaga to powtórzenia zabiegu bądź zastosowania innej metody leczenia.
- Martwica skóry – w przypadku niezamierzonego podania leku poza naczynie.
- Zatorowość płucna.
- Przemijające zaburzenia widzenia – u pacjentów cierpiących na migrenowe bóle głowy.

Mogą też wystąpić powikłania po krosektomii – typowe dla zabiegu chirurgicznego, jak krwawienie czy zakażenie rany pooperacyjnej. Ich wystąpienie wymaga na ogół interwencji chirurgicznej.

### 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** (aspiryna, acard, polocard, acenokumarol, sintrom, warfin, ticlopidyna, klopidogrel) 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 – odstaw leki hormonalne (hormony płciowe) miesiąc przed operacją.
- 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 dowód ubezpieczenia i skierowanie na operację (nie obowiązuje w przypadku operacji opłacanych prywatnie).
- W dniu zabiegu pacjent powinien wykonać dokładną poranną toaletę (kąpiel lub prysznic) całego ciała. Prosimy nie balsamować nóg po kąpeli.
- Prosimy o zabranie ze sobą piżamy, szlafroka i kapci.

- 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 i powoduje wzrost częstości powikłań oddechowych po operacji.

W wyznaczonym dniu, zazwyczaj kilka dni przed zabiegiem, odbędzie się rozmowa z anestezjologiem. Tego samego dnia pielęgniarka pobierze krew do badań niezbędnych do operacji.

### **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 Dopplera żył i dowód ubezpieczenia) do Izby Przyjęć. Po przyjęciu do szpitala jeszcze raz można będzie porozmawiać z chirurgiem – operatorem oraz z anestezjologiem i zadać im ewentualne pytania.

### **Pobyt w szpitalu po operacji.**

Po zbiegu pacjent jest wypisywany do domu. Zaleca się intensywny spacer oraz pozostanie w ruchu do wieczora. Następnego dnia na wizycie kontrolnej zdejmuje się opaskę elastyczną lub pończochę uciskową i ustala termin zdjęcia szwów. Przy wypisie pacjent otrzymuje kartę informacyjną, dodatkowe ustne zalecenia od operatora oraz w razie potrzeby zwolnienie z pracy. Okres pozabiegowy na ogół nie wymaga podawania leków przeciwbólowych. W przypadku wystąpienia tego typu dolegliwości zaleca się leki przeciwbólowe ogólnie dostępne w aptece bez recepty.

### **Ogólne zalecenia pooperacyjne.**

- Przez pierwsze 48 godzin rany powinny pozostać suche, osłonięte opatrunkiem. Po tym czasie można zdjąć opatrunki, delikatnie umyć kończynę i wysuszyć czystym ręcznikiem. Opatrunki należy zmieniać codziennie przemywając rany środkami odkażającymi (np. octenisept) i utrzymywać je w czystości. W przypadku krwawienia z rany pooperacyjnej należy ucisnąć ranę jałowym gazikiem około 15 minut i unieść nogę. Jeśli w tym czasie krwawienie nie ustanie, należy skontaktować się z lekarzem. W przypadku zaczerwienienia, bólu i obrzęku rany pooperacyjnej oraz gorączki, również należy skontaktować się z lekarzem.
- Chodzenie na krótkich dystansach po operacji jest wskazane, ponieważ usprawnia krążenie, codziennie pokonywane odległości powinny być zwiększane.
- Do chodzenia kończyna powinna być bandażowana bandażem elastycznym od palców stopy do kolana, przy czym ucisk bandaża powinien być największy na stopie i zmniejszać się ku górze. Bandaż powinno się zakładać w pozycji leżącej na plecach, z uniesioną nogą.

- **Unikaj!** długiego siedzenia ze spuszczoneymi nogami, długiego stania i zakładania nogi na nogę. Nie prowadź samochodu przez tydzień po zabiegu. **Staraj się** jak najczęściej trzymać nogi uniesione.
- Pojawienie się podskórnych, bolesnych zgrubień w miejscu, gdzie były żyłaki i wzdłuż żył jest zjawiskiem naturalnym i nie powinno budzić niepokoju. Umiarkowany obrzęk nogi również może wystąpić w okresie pozabiegowym.

---

## **ZGODA NA LECZENIE ŻYŁAKÓW Z ZASTOSOWANIEM SKLEROTERAPII W POŁĄCZENIU Z KROSEKTOMIĄ**

Z pacjentem przeprowadzono rozmowę, podczas której w sposób zrozumiały przedstawiłem celowość przeprowadzenia zabiegu, jego przewidywany przebieg i możliwe do wystąpienia powikłania. Pacjenta zakwalifikowano do zabiegu.

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

### **OŚWIADCZENIE WOLI – ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU**

Oświadczam, że:

- Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o rozpoznanym schorzeniu oraz proponowanym zabiegu operacyjnym. Wiem na czym ten zabieg ma polegać, jaki będzie jego zakres i przebieg, jaki jest cel i oczekiwany wynik oraz rokowania z nim związane.
- Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o ryzyku i zagrożeniach związanych z przeprowadzeniem zabiegu, a także ewentualnych, dających się przewidzieć konsekwencjach zarówno przebiegu jak i wyniku zabiegu oraz skutkach rezygnacji z jego kontynuacji. Zostałem/am poinformowany/a przez lekarza, że niemożliwe jest zagwarantowanie korzystnego wyniku zabiegu i może nastąpić konieczność kolejnych operacji. Zostałem/am poinformowany/a jakie są alternatywne możliwości leczenia rozpoznanego schorzenia i mam świadomość zalet oraz wad proponowanego zabiegu, również w porównaniu z tymi możliwościami.
- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia powikłań, wymagających śródoperacyjnej zmiany postępowania dyktowanej wskazaniami medycznymi, na co wyrażam zgodę.
- Miałem/am możliwość zadawania pytań lekarzowi i przedstawienia mu swoich wątpliwości, a na zadane pytania i przedstawione wątpliwości uzyskałem/am zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi i wyjaśnienia.
- W historii choroby oraz podczas wywiadu i przeprowadzonych badań ujawniłem/am wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości i zarazem nie zataiłem/am istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia oraz przebytych chorób.
- Poinformowano mnie o konieczności odpowiedniego postępowania po przeprowadzeniu zabiegu i zobowiązuję się dokładnie przestrzegać zaleceń pozabiegowych i wizyt kontrolnych.





## REGULAMIN ODDZIAŁU SZPITALNEGO SALUS

## § 1

Zadaniem Oddziału Szpitalnego SALUS jest wykonywanie usług zdrowotnych, obejmujących diagnozowanie i leczenie oraz opiekę pielęgniarską w ramach leczenia 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 prawidłowym 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 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 w oddziale.

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 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.

Przez opiekę nad Pacjentem rozumiemy:

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

