

LIMFADENEKTOMIA

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

Wskazania do wykonania limfadenektomii.

Limfadenektomia jest to wycięcie grupy węzłów chłonnych położonych w jednej okolicy. Do tej grupy węzłów służy chłonka (inaczej limfa, płyn śródtkankowy) z określonego obszaru ciała – na przykład grupa węzłów chłonnych pachowych otrzymuje chłonkę z kończyny górnej i powłok klatki piersiowej. Limfadenektomię wykonuje się najczęściej w leczeniu chirurgicznym chorób nowotworowych, przede wszystkim raka. Podstawą chirurgicznego leczenia raka jest bowiem usunięcie zasadniczego guza oraz regionalnych węzłów chłonnych, w których najczęściej lokalizują się przerzuty. Takie postępowanie zwiększa szanse na chirurgiczne opanowanie choroby i wyleczenie pacjenta.

Zazwyczaj limfadenektomię wykonuje się razem z operacją wycięcia guza, jednocześnie. Niekiedy jednak decyzja o wycięciu regionalnych węzłów chłonnych następuje po zbadaniu materiału pooperacyjnego po pierwotnym zabiegu. Dzieje się tak niekiedy po biopsji węzła wartowniczego w leczeniu np. raka piersi albo czerniaka. Jeśli badanie pooperacyjne węzła wartowniczego ujawni przerzuty, to prawie zawsze trzeba usunąć wszystkie pozostałe węzły chłonne danej grupy.

W leczeniu raka piersi wykonuje się limfadenektomię pachową, w leczeniu raka skóry i czerniaka. tułowia i kończyn – limfadenektomię pachową lub pachwinową. W leczeniu nowotworów skóry głowy i szyi – limfadenektomię szyjną.

Przeciwwskazania do limfadenektomii.

Ponieważ zabiegi limfadenektomii wykonuje się głównie w znieczuleniu ogólnym, a w przypadku limfadenektomii pachwinowej także w znieczuleniu rdzeniowym – przeciwwskazania do tych znieczuleń uniemożliwiają wykonanie zabiegu. Poza tym przeciwwskazaniem jest oczywiście brak zgody pacjenta a także ropne schorzenia skóry.

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

Ponieważ limfadenektomia najczęściej ma na celu usunięcie zmienionych przerzutowo węzłów chłonnych, zaniechanie tego zabiegu oznacza dalszy rozwój nowotworu w węzłach chłonnych, możliwość rozsiewu nowotworowego i powstawanie dalszych przerzutów.

Jakie są alternatywne metody leczenia?

Oprócz chirurgicznego usunięcia węzłów chłonnych, w wybranych przypadkach można stosować chemioterapię lub radioterapię. Zależy to jednak od rodzaju nowotworu i na ogół jest mniej skuteczne.

Jak przebiega zabieg?

Limfadenektomia wykonywana jest w znieczuleniu ogólnym lub rdzeniowym. Chirurg wykonuje zaplanowane cięcie skórne umożliwiające usunięcie węzłów chłonnych, następnie usuwa na ogół całą zawartość danej okolicy – tkankę tłuszczową i łączną, w której zlokalizowana jest grupa węzłów chłonnych. Po zabiegu pozostawia się dren w ranie dla odprowadzania wydzieliny pooperacyjnej i chłonki. Następnie zeszywa się warstwowo tkankę podskórną i skórę i zakłada jałowy opatrunek. W czasie zabiegu należy

zaoszczędzić ważne struktury – naczynia krwionośne i nerwy ruchowe oraz – w miarę możliwości – czuciowe, aby nie wystąpiły powikłania w postaci krwotoków czy niedowładów mięśniowych po operacji.

Jakie mogą wystąpić komplikacje?

- Krwotok śródoperacyjny wskutek uszkodzenia naczyń krwionośnych dołu pachowego lub pachwiny, szczególnie w przypadku obecności licznych i znacznie powiększonych węzłów chłonnych – powikłanie bardzo rzadkie, wymaga zaopatrzenia w czasie operacji.
- Uszkodzenie pęczków nerwowych dołu pachowego. W polu operacyjnym przebiega wiele nerwów, które unerwiają czuciowo i ruchowo kończynę górną i mięśnie ściany klatki piersiowej. Niektóre z tych nerwów muszą zostać przecięte w czasie operacji, gdyż bez tego nie można byłoby jej przeprowadzić – stąd normalnym objawem po operacji jest na przykład uczucie drętwienia skóry ramienia czy klatki piersiowej w okolicy pachy. Inne nerwy, przede wszystkim unerwiające mięśnie, chirurg stara się oszczędzić, żeby nie doprowadzić do niedowładów pooperacyjnych. Trzeba jednak pamiętać, że podstawowym celem przy operacji jest usunięcie nowotworowo zmienionych węzłów chłonnych, bo to ratuje życie, a niekiedy nie jest to możliwe bez wycięcia fragmentu nerwu. Uszkodzenie nerwów ruchowych objawia się upośledzeniem ruchów w stawie barkowym i tak zwaną „łopatką odstającą”. Niedowłady powstałe po uszkodzeniu nerwów wymagają odpowiedniej rehabilitacji po operacji.
- Podczas limfadenektomii pachwinowej rzadko może dojść do uszkodzenia nerwu udowego.
- Uszkodzenie nerwu udowego przebiega z zaburzeniami czucia przedniej powierzchni uda i wewnętrznej powierzchni podudzia i stopy, a także osłabieniem czynności zginania uda oraz niemożnością prostowania podudzia. Chory nie może prostować kończyny zgiętej w stawie kolanowym, co manifestuje się szczególnymi problemami z wchodzeniem po schodach i wstawaniem z krzesła. W pozycji leżącej na plecach pacjenci nie unoszą wyprostowanej kończyny dolnej, ponieważ jej zginanie w stawie biodrowym (zależne od czynności mięśnia lędźwiowo-biodrowego) jest znacznie upośledzone. Z czasem dochodzi do zaniku włókien mięśnia czworogłowego.
- Obrzęk chłonny kończyny po stronie operacji – wywołany jest uszkodzeniem naczyń chłonnych w dole pachowym lub w pachwinie. Naczynia chłonne odprowadzają płyn śródtkankowy (chłonkę, limfę), mogą zostać uszkodzone podczas usuwania węzłów chłonnych, co powoduje zastój chłonki w kończynie i jej obrzęk. Powikłanie rzadkie, ale niemożliwe do uniknięcia, wymaga odpowiedniej rehabilitacji i fizykoterapii.
- Krwawienie pooperacyjne – wymaga czasem interwencji chirurgicznej i reoperacji.
- Zakażenie rany pooperacyjnej – zdarza się rzadko, wymaga podawania antybiotyków, czasem drenażu rany.
- Zakrzepica w żyłach głębokich kończyn dolnych i miednicy – może wystąpić pomimo profilaktyki przeciwzakrzepowej 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.

Przebieg pooperacyjny

- Po zabiegu operacyjnym pacjent najczęściej powraca na swoją salę, jedynie w wyjątkowej sytuacji wymagać może dłuższego pobytu na sali pooperacyjnej. Po zbiegu 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

- Następnego dnia po operacji 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.**
- Pobyt w szpitalu po operacji trwa zazwyczaj 1-2 doby. Codziennie odbywa się wizyta chirurga, który przeprowadzał zabieg, zmieniane są opatrunki i kontrolowany jest przebieg gojenia się rany. Pacjenci najczęściej wypisywani są do domu z drenem i jest on usuwany w poradni ambulatoryjnie. W takim przypadku pacjent jest instruowany, jak obchodzić się z drenem w domu.
- W dniu wypisu pacjent otrzymuje kartę informacyjną, recepty na potrzebne leki, dodatkowe ustne zalecenia od operatora oraz w razie potrzeby zwolnienie z pracy. Ponadto, w uzasadnionych przypadkach skierowanie do poradni rehabilitacyjnej. Ma też wyznaczony termin kontrolnej wizyty u lekarza, który go operował.

Jak postępować po wyjściu ze szpitala?

- 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. Można brać prysznic obmywając okolicę ran delikatnie i osuszać ją po kąpieli czystym ręcznikiem. W przypadku zaczerwienienia, bólu i obrzęku rany pooperacyjnej oraz gorączki, należy skontaktować się z lekarzem.
- Zwykle po około 9-10 dniach w poradni chirurgicznej zdejmuje się szwy i kontroluje gojenie. Regułą jest, że po usunięciu drenu, w ranie zbiera się płyn surowiczy, który co kilka dni musi być usuwany przez punkcję. Po kilku punkcjach płyn przestaje się zbierać i rana ulega pełnemu zagojeniu.
- Po uzyskaniu wyniku badania histopatologicznego następuje rozmowa z chirurgiem-onkologiem i decyzja o ewentualnym dalszym pooperacyjnym leczeniu uzupełniającym.

Jak przygotować się do operacji?

- Jeśli chorujesz na schorzenia takie, jak **cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca, alergie 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.
- 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 osobisty/paszport, zgodę na zabieg i skierowanie na operację oraz wyniki badań dodatkowych (USG, mammografia, wyniki biopsji).
- 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.

Usuwanie owłosienia przed operacją 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.
- Wykluczyć ciążę.

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). 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.

- szybkie powiększenie się węzłów chłonnych

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, RTG i inne oraz 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.

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:** Należy zgłosić się do Rejestracji celem ustalenia terminu obowiązkowej konsultacji na ok. 7-10 dni przed operacją. Podczas rozmowy zostanie ustalony sposób znieczulenia oraz postępowanie z lekami własnymi.
- **DIAGNOSTYKA:** Na ok. 7 dni przed zabiegiem należy wykonać pakiet badań krwi w Laboratorium SALUS. Do szpitala należy zabrać wyniki badań dodatkowych (USG, mammografia, wyniki biopsji, RTG).
- **PRZYGOTOWANIE MEDYCZNE:** Osoby z chorobami przewlekłymi (cukrzyca, nadciśnienie, choroby serca, alergie) lub przyjmujące leki przeciwkrzepliwe (np. aspiryna, xarelto, eliquis i inne) muszą skonsultować się z chirurgiem i lekarzem rodzinnym.
- **HIGIENA:** W dniu zabiegu należy wykonać dokładną poranną toaletę całego ciała. **Prosimy NIE USUWAĆ OWŁOSIENIA** z miejsca operowanego – uczyni to personel bezpośrednio przed operacją (golenie w domu zwiększa ryzyko zakażenia).
- **STYL ŻYCIA:** Należy zaprzestać palenia tytoniu w okresie okołoperacyjnym (palenie utrudnia gojenie rany i pogarsza wydolność oddechową).
- **DIETA:** Ostatni posiłek należy zjeść najpóźniej 6 godzin przed operacją.
- **ORGANIZACJA:** Zabrać piżamę, szlafrok, kapcie, ręcznik, przybory toaletowe, leki własne w oryginalnych opakowaniach, skierowanie i dowód osobisty/paszport.

- **OBJAWY ALARMOWE:** Szybkie powiększenie się węzłów chłonnych w okresie oczekiwania wymaga pilnego kontaktu z lekarzem kwalifikującym lub SOR.

POSTĘPOWANIE W ODDZIALE (OPIEKA I PROFILAKTYKA POWIKŁAŃ):

- **PRZYJĘCIE:** Zgłoszenie do Izby Przyjęć z dokumentacją. Procedura obejmuje badanie lekarskie i ocenę pielęgniarstwa. Następuje ponowna rozmowa z operatorem i anestezjologiem.
- **OPERACJA:** Wykonanie zaplanowanego zabiegu usunięcia grupy węzłów chłonnych.
- **NADZÓR POOPERACYJNY:** Pacjent trafia na Salę Intensywnego Nadzoru Medycznego, a następnie na salę chorych. Parametry życiowe i ból monitorują pielęgniarki.
- **URUCHAMIANIE:** Następnego dnia siadanie, wstawanie i chodzenie. **Pierwszy spacer musi odbyć się pod opieką personelu lub rodziny.**
- **ŻYWIENIE:** Picie i jedzenie możliwe zazwyczaj w ciągu pierwszych 24 godzin po zabiegu.
- **PIELĘGNACJA:** Codzienna wizyta chirurga, zmiana opatrunków i kontrola gojenia.
- **WYPIS:** Następuje zazwyczaj po 1-2 dobach. Pacjent otrzymuje kartę informacyjną, recepty i instruktaż obsługi drenu (jeśli z nim wychodzi).

ZALECENIA POOPERACYJNE I HARMONOGRAM KONTROLI:

- **TRANSPORT I OPIEKA:** Należy zapewnić sobie transport do domu (zakaz prowadzenia pojazdów i korzystania z komunikacji publicznej) oraz opiekę bliskich przez pierwszą dobę po wypisie.
- **BEZPIECZEŃSTWO PRAWNE:** Ze względu na znieczulenie nie wolno podpisywać ważnych dokumentów przez 48 godzin od operacji.
- **PIELĘGNACJA RANY:** Opatrunki zmieniać codziennie, przemywając rany środkiem odkażającym (np. Octenisept). Możliwy delikatny prysznic (osuszanie rany czystym ręcznikiem). W razie gorączki, silnego bólu, zaczerwienienia lub obrzęku – kontakt z lekarzem.
- **WIZYTY KONTROLNE:**
 - Termin i miejsce wizyty u operatora są wyznaczane przy wypisie.
 - **Zwykle po ok. 9–10 dniach:** zdjęcie szwów i kontrola gojenia w poradni chirurgicznej.
 - **Punktacje:** Po usunięciu drenu może zachodzić konieczność okresowego usuwania płynu surowiczego z rany przez lekarza.
 - **Wyniki:** Po uzyskaniu wyniku histopatologicznego – rozmowa z chirurgiem-onkologiem i decyzja o dalszym leczeniu.
- **REHABILITACJA:** Zgłoszenie się do poradni rehabilitacyjnej w uzasadnionych przypadkach.
- **BEZPIECZEŃSTWO:** 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 LIMFADENEKTOMIĘ

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 krwiopochodnych. **TAK / NIE (NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ).**

Wyrażam świadomą zgodę na limfadenektomię.

..... 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 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 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 przeznaczonych 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.