

AMPUTACJA PIERSI

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

Kiedy wykonuje się amputację piersi?

Podstawowym wskazaniem do amputacji piersi (mastektomii) jest stwierdzenie nowotworu złośliwego, przede wszystkim **raka piersi**. Rozpoznanie raka piersi stawia się na podstawie badań przeprowadzonych przed operacją: badania lekarskiego, mammografii, ultrasonografii lub mammografii rezonansu magnetycznego, które mogą wykazać podejrzaną zmianę w piersi. Potwierdzenie złośliwego charakteru podejrzonej zmiany uzyskuje się na podstawie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej, biopsji gruboigłowej, biopsji mammotomicznej lub chirurgicznej. Jedynie wyniki tych badań, potwierdzające złośliwy charakter zmiany w piersi są podstawą do podjęcia decyzji o amputacji piersi.

Jakie są przeciwwskazania do wykonania zabiegu?

Przeciwwskazaniem do wykonania amputacji piersi w przypadku raka jest przede wszystkim miejscowe zaawansowanie nowotworu – naciekanie skóry lub ściany klatki piersiowej przez guz nowotworowy oraz obecność powiększonych, nieruchomych węzłów chłonnych pachy. W tym przypadku należy odroczyć leczenie operacyjne do czasu zmniejszenia wymiarów guza po zastosowaniu przedoperacyjnej chemioterapii. Inne przeciwwskazania obejmują zaawansowany wiek chorej i ciężkie choroby współistniejące znacznie pogarszające stan ogólny i wykluczające możliwość zastosowania znieczulenia ogólnego.

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

Ponieważ amputację piersi wykonuje się przede wszystkim z powodu raka piersi i jest to podstawowa metoda leczenia tej choroby, zaniechanie leczenia operacyjnego prowadzi do powiększania się guza, jego naciekania na okoliczne tkanki, powstawania przerzutów w innych narządach, stopniowego wyniszczenia organizmu i w końcu do śmierci. Opóźnienie operacji może spowodować, że w tym czasie dojdzie do powstania przerzutów i, mimo, że operacja w końcu się odbędzie, ostateczny wynik leczenia będzie niekorzystny.

Jak przebiega zabieg?

Współcześnie, podstawową metodą amputacji piersi, jest tak zwana zmodyfikowana radykalna mastektomia sposobem Patey'a. Polega ona na usunięciu całej tkanki gruczołu piersiowego wraz z zawartością dołu pachowego. Chodzi o to, by jednocześnie usunąć guz nowotworowy wraz z otaczającymi tkankami oraz węzły chłonne pachy, które w pierwszej kolejności mogą być siedliskiem przerzutów raka.

Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym – pacjentka głęboko śpi. Chirurg wykonuje cięcie okalające pierś, wycina cały gruczoł piersiowy aż do mięśni piersiowych i wycina węzły chłonne pachy, starając się oszczędzić ważne naczynia krwionośne i pęczki nerwowe w dole pachowym. Następnie zeszywa się ranę, pozostawiając dren z tworzywa sztucznego, który odprowadza wydzielinę z rany przez kilka dni po operacji.

Tkanki usunięte podczas zabiegu badane są histopatologicznie, a wyniki badania gotowe są w przeciągu 3-4 tygodni.

Przebieg pooperacyjny.

- Po zabiegu operacyjnym pacjentka najczęściej powraca na swoją salę, jedynie w wyjątkowej sytuacji wymagać może dłuższego pobytu na sali pooperacyjnej lub w oddziale intensywnej opieki medycznej. 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 pacjentka może pić i jeść już w ciągu pierwszych 24 godzin po zabiegu operacyjnym
- Następnego dnia po operacji pacjentka powinna zacząć siadać na łóżku, a następnie wstawać i chodzić, choć zwykle pierwszy spacer po zabiegu powinien odbyć się pod opieką pielęgniarki lub członka rodziny. Ponadto już w tym dniu należy rozpoczynać ćwiczenia rehabilitacyjne w celu usprawniania kończyny górnej po stronie operowanej i zachowania prawidłowej postawy ciała po amputacji piersi.
- 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. Przed wyjściem do domu najczęściej usuwany jest dren z rany pooperacyjnej, choć zdarza się, że pacjentki wypisywane są do domu z drenem i jest on usuwany w poradni ambulatoryjnie. W takim przypadku pacjentka jest instruowana, jak obchodzić się z drenem w domu.
- W dniu wypisu pacjentka otrzymuje kartę informacyjną, recepty na potrzebne leki, dodatkowe ustne zalecenia od operatora oraz w razie potrzeby zwolnienie z pracy. Ponadto skierowanie do poradni rehabilitacyjnej w celu kontynuowania procesu rehabilitacji. Ma też wyznaczony termin kontrolnej wizyty u lekarza, który ją operował.

Jak postępować po wyjściu ze szpitala?

- Przed operacją pacjentka powinna zapewnić sobie transport do domu – nie powinna prowadzić samochodu ani jechać środkami transportu publicznego. Powinna mieć zapewnioną opiekę bliskich w ciągu pierwszej doby po wypisaniu.
- 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 rany delikatnie i osuszać ją po kąpieli czystym ręcznikiem. W przypadku zaczerwienienia, bólu i obrzęku rany pooperacyjnej oraz gorączki, należy skontaktować się z lekarzem.
- 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 dalszym pooperacyjnym leczeniu uzupełniającym.

Jakie mogą wystąpić komplikacje?

- Krwotok śródoperacyjny wskutek uszkodzenia naczyń krwionośnych dołu pachowego, 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, które obejmuje duży obszar, 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 nowotworu, 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.

- Obrzęk chłonny kończyny górnej po stronie operacji – wywołany jest uszkodzeniem naczyń chłonnych w dole pachowym. 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.
- Niedokrwienie lub martwica płatów skórnych – czasem, szczególnie przy dużych guzach płaty skórne po usunięciu piersi są cienkie, co powoduje zaburzenia ich ukrwienia do martwicy włącznie. Powikłanie niekiedy wymaga korekcy chirurgicznej.
- Zniekształcenie blizny pooperacyjnej – występuje najczęściej w okolicy pachy i zdarza się przy amputacji dużych piersi. Najczęściej jest korygowane odpowiednią plastyką skóry przy pierwotnej operacji, ale niekiedy wymaga chirurgicznej korekty już po wygojeniu się rany.
- Inne, rzadkie i trudne do przewidzenia powikłania.

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 i skierowanie na operację oraz wyniki badań dodatkowych (USG, mammografia, wyniki biopsji), a także kapcie, piżamę, ręcznik i przybory toaletowe.
- W dniu zabiegu, w domu, pacjentka powinna wykonać dokładną poranną toaletę (kąpiel lub prysznic) całego ciała.
- 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 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.

- szybkie powiększenie się guza piersi
- pojawienie się wyczuwalnych węzłów chłonnych pod pachą
- zaczerwienienie skóry i/ lub owrzodzenie piersi

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, mammografii i biopsji 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.

Na okres pobytu w szpitalu koniecznie należy zabrać z sobą wszelkie przyjmowane leki!

WSTĘPNY PLAN OPIEKI I LECZENIA

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

DZIAŁANIA PRZEDOPERACYJNE (DIAGNOSTYKA I PRZYGOTOWANIE W DOMU):

- **KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA:** Odbywa się zazwyczaj kilka dni przed zabiegiem celem omówienia sposobu znieczulenia i postępowania z lekami własnymi oraz pobrania krwi do badań.
- **DIAGNOSTYKA:** Należy posiadać komplet wyników badań obrazowych (USG, mammografia) oraz wynik biopsji potwierdzający nowotwór.
- **PRZYGOTOWANIE MEDYCZNE:** Osoby chorujące na cukrzycę, nadciśnienie, choroby serca lub przyjmujące leki przeciwkrzepliwe (np. aspiryna, xarelto, eliquis) muszą skonsultować się z chirurgiem i lekarzem rodzinnym celem przygotowania do operacji.
- **LEKI:** Wszystkie stale przyjmowane leki należy zabrać do szpitala w oryginalnych opakowaniach.
- **HIGIENA:** W dniu zabiegu należy wykonać dokładną poranną kąpiel lub prysznic całego ciała.
- **DIETA:** Ostatni posiłek należy zjeść najpóźniej 6 godzin przed operacją.
- **ORGANIZACJA:** Należy zabrać dowód osobisty/paszport, skierowanie, dokumentację medyczną, piżamę, kapcie, ręcznik i przybory toaletowe.

POSTĘPOWANIE W ODDZIALE (OPIEKA I PROFILAKTYKA POWIKŁAŃ):

- **PRZYJĘCIE:** Zgłoszenie do Izby Przyjęć z dokumentacją. Następuje rozmowa z chirurgiem-operatorem oraz anestezjologiem.
- **OPERACJA:** Wykonanie zmodyfikowanej radykalnej mastektomii sposobem Patey'a w znieczuleniu ogólnym (usunięcie gruczołu piersiowego i węzłów chłonnych pachy z pozostawieniem drenu).
- **NADZÓR POOPERACYJNY:** Powrót na salę chorych (wyjątkowo na salę intensywnego nadzoru). Opieka pielęgniarska nad dolegliwościami i bólem oraz nadzór lekarza dyżurnego.
- **URUCHAMIANIE:** Następnego dnia po operacji pacjentka powinna zacząć siadać, wstawać i chodzić. Pierwszy spacer musi odbyć się pod opieką personelu lub rodziny.

- **REHABILITACJA:** Już w pierwszej dobie po operacji należy rozpocząć ćwiczenia rehabilitacyjne kończyny górnej i postawy ciała.
- **ŻYWIENIE:** Picie i jedzenie możliwe w ciągu pierwszych 24 godzin po zabiegu (w przypadkach niepowikłanych).
- **OPIEKA NAD RANĄ:** Codzienna wizyta chirurga, zmiana opatrunków, kontrola gojenia i drenażu.
- **WYPIS:** Następuje zazwyczaj po 1-2 dobach, po usunięciu drenu (lub z instruktażem obsługi drenu w domu).

ZALECENIA POOPERACYJNE I HARMONOGRAM KONTROLI:

- **TRANSPORT:** Należy zapewnić sobie transport do domu (zakaz prowadzenia pojazdów i korzystania z komunikacji publicznej).
- **OPIEKA DOMOWA:** Konieczne zapewnienie opieki bliskich w ciągu pierwszej doby po wypisie.
- **PIELĘGNACJA RANY:** Codzienna zmiana opatrunku, przemywanie rany środkiem odkażającym (np. Octenisept). Możliwy delikatny prysznic z osuszaniem okolicy rany czystym ręcznikiem. W razie gorączki, silnego bólu lub obrzęku – kontakt z lekarzem.
- **PROFILAKTYKA:** Częsta punkcja (usuwanie płynu surowiczego) po usunięciu drenu, aż do wygojenia rany.
- **WIZYTY KONTROLNE:**
 - **9–10 dni po zabiegu:** zdjęcie szwów i kontrola gojenia w poradni chirurgicznej.
 - **Po 3–4 tygodniach:** odbiór wyniku badania histopatologicznego tkanek.
 - **Konsultacja onkologiczna:** po uzyskaniu wyniku histopatologicznego – decyzja o dalszym leczeniu uzupełniającym.
- **KONTYNUACJA REHABILITACJI:** Zgłoszenie się do poradni rehabilitacyjnej zgodnie ze skierowaniem.

ZGODA NA AMPUTACJĘ PIERSI

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. Zostałam szczegółowo poinformowana 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. Zostałam 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 zaakceptowałam przedstawiony powyżej wstępny plan opieki
3. Zostałam 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. Zostałam poinformowany/a o możliwości wystąpienia powikłań wymagających śródoperacyjnej zmiany postępowania (konwersji do metody otwartej), na co wyrażam zgodę.
6. Potwierdzam, że miałam 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. Ujawniłam wszystkie znane mi schorzenia i nie zataiłam istotnych informacji o stanie zdrowia.
9. Zostałam poinformowany/a o prawie do rezygnacji z zabiegu w każdym czasie, nawet po podpisaniu niniejszego oświadczenia.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie, w razie wystąpienia takiej konieczności, preparatów krwio pochodnych. **TAK / NIE (NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ).**

Wyrażam świadomą zgodę na amputację piersi.

..... Imię i nazwisko pacjentki (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 rodziny, 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.