

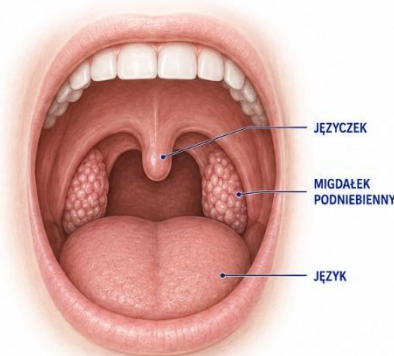
OPERACJA USUNIĘCIA MIGDAŁKÓW PODNIEBIENNYCH - TONSILLEKTOMIA

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

Co to są migdałki podniebienne?

Migdałki podniebienne stanowią element tkanki limfatycznej gardła – oprócz nich w skład tzw. pierścienia Waldeyera wchodzi migdałki językowe, grudki i pasma chłonne gardła, a u dzieci jeszcze migdałek gardłowy. Zbudowane one są głównie z tkanki limfatycznej i stanowią ważną część układu odpornościowego organizmu. W wieku dorosłym migdałek gardłowy całkowicie zanika, w związku z tym wtedy najczęściej spotykamy choroby migdałków podniebiennych. Migdałki te mają charakterystyczny wygląd i budowę – są owalne, wielkością i kształtem przypominają orzech włoski. Na swojej powierzchni mają liczne zagłębienia – tzw. krypty.

Zadaniem tkanki limfatycznej migdałków jest rozpoznawanie i zwalczanie wnikaćcych do organizmu patogenów (bakterii, wirusów, grzybów, zanieczyszczeń, alergenów i innych czynników szkodliwych dla organizmu) oraz przekazywanie informacji o tych patogenach do pozostałych części układu odpornościowego.



Gdzie znajdują się migdałki podniebienne?

Znajdują się one w gardle, w swoich niszach, między fałdami śluzówkowo-mięśniowymi, po obu stronach gardła. Widać je dokładnie, przy szeroko otwartych ustach po naciśnięciu szpatułką na nasadę języka.

Jakie są wskazania do operacji usunięcia migdałków podniebiennych?

Ostre zapalenie migdałków podniebiennych – angina charakteryzuje się zaczerwienieniem i obrzękiem migdałków, czasem mogą wystąpić białe naloty na migdałkach. Towarzyszą temu bardzo silne bóle gardła utrudniające połykanie, bóle głowy i szyi, gorączka do 38-40 stopni, dreszcze, powiększone węzły chłonne szyi i zuchwy. Przyczyną anginy jest wnikięcie do migdałków wirusów lub bakterii. Zwykle angina jest łatwa do wyleczenia – w przypadku anginy bakteryjnej konieczne jest stosowanie antybiotyków. Nie można anginy bagatelizować ze względu na liczne i poważne powikłania.

Najczęstsze to nacieki i ropnie około migdałkowe spowodowane są nagromadzeniem ropy między migdałkiem a jego torebką – towarzyszy im bardzo silny, z reguły jednostronny ból gardła promieniujący do ucha oraz towarzyszący mu szczękocisk, często także ślinotok. Jest to stan niebezpieczny dla chorego i wymagający z reguły nacięcia i drenażu ropnia.

W przypadku, gdy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpiły 3 albo więcej anginy albo w ciągu ostatnich 2 lat było 5 nawrotów anginy przyjmuje się, że migdałki przeszły w przewlekły stan zapalny i stały się źródłem (ogniskiem) zapalnym. W migdałkach utrzymuje się płynna treść ropna lub gęsta, kaszowata półpłynna masa widoczna po uciśnięciu szpatułką na okolicę migdałka. Migdałki wtedy są z reguły powiększone, tkanki wokół migdałków zaczerwienione, nacieczone zapalnie.

Przewlekłe zapalenie migdałków może nie powodować objawów ostrych (podwyższonej temperatury, silnych bólów gardła) niemniej jest poważnym zagrożeniem dla zdrowia, mogącym źle wpływać na ogólną kondycję ustroju chorego, powodować schorzenia nerek, serca, stawów i inne.

Bardzo częstym i trudnym do wyeliminowania problemem związanym z chorobą migdałków bywa przykry zapach z ust. Dzieje się to wtedy, gdy w kryptach migdałków zalegają resztki pokarmowe, złuszczone komórki nabłonka - bakterie rozkładają tę substancję, powodując niezwykle uciążliwy dla chorego nieświeży oddech. Dlatego po wykluczeniu innych przyczyn powstawania nieświeżego oddechu należy rozważyć (przy braku poprawy po leczeniu zachowawczym) operację usunięcia migdałków.

Powiększone, zmienione zapalnie migdałki mogą powodować także chrapanie, a nawet wywoływać okresy bezdechów w czasie snu blokując drogi oddechowe chorego.

Szczególne uwagę należy zwrócić na asymetrię migdałków-jednostronne powiększenie migdałka u osoby dorosłej może być pierwszym objawem nowotworu migdałka.

Reasumując migdałki podniebienne usuwa się, gdy:

1. chory przebył w ciągu ostatnich 12 miesięcy 3 lub więcej nawroty anginy albo miał ich 5 w ciągu ostatnich 2 lat
2. w trakcie anginy miał powikłania w postaci nacieku lub ropnia okołomigdałkowego
3. chory ma dokuczliwe cuchnienie z ust, a wykluczono inne przyczyny przykrego oddechu
4. cierpi na zespół bezdechów w czasie snu z powodu przerostu migdałków
5. mowa chorego z powodu przerośniętych migdałków jest niewyraźna, bełkotliwa, „kluskowata“
6. doszło u chorego do zaburzeń połykania, a wynika to z przerostu migdałków podniebiennych
7. istnieje podejrzenie, że migdałki są ogniskiem zapalnym odpowiedzialnym za wystąpienie innych schorzeń ogólnych nerek, serca, stawów i in.
8. przy podejrzeniu u chorego choroby nowotworowej migdałków.

Czy wycięcie migdałków podniebiennych wpłynie negatywnie na odporność chorego?

Należy pamiętać, że każda operacja jest wyborem „mniejszego zła”, ale w tym przypadku usuwa się migdałki, które są chore, zropiałe, nie spełniające już swojej roli ochronno-obronnej wobec organizmu, a są, o czym należy pamiętać, jedynie jednym z wielu elementów bardzo rozbudowanego i bardzo efektywnego układu odpornościowego człowieka. Ich usunięcie więc nie powinno w żaden sposób wpłynąć negatywnie na odporność chorego.

Na czym polega zabieg usunięcia migdałków - tonsillektomia?

Jest to chirurgiczne usunięcie migdałków podniebiennych. Wykonywane jest w znieczuleniu ogólnym (narkozie) - polega na oddzieleniu migdałków od otaczających ich tkanek -dokładnym „wyłuszczeniu” migdałków pod kontrolą wzroku operującego.

Operacja trwa średnio około 1 godziny.

Pacjent pozostaje pod obserwacją szpitalną przez 24 godziny i zazwyczaj potem jest wypisywany do domu. Rekonwalescencja po zabiegu trwa zwykle 10-14 dni aż do momentu całkowitego wygojenia nisz po usuniętych migdałkach.

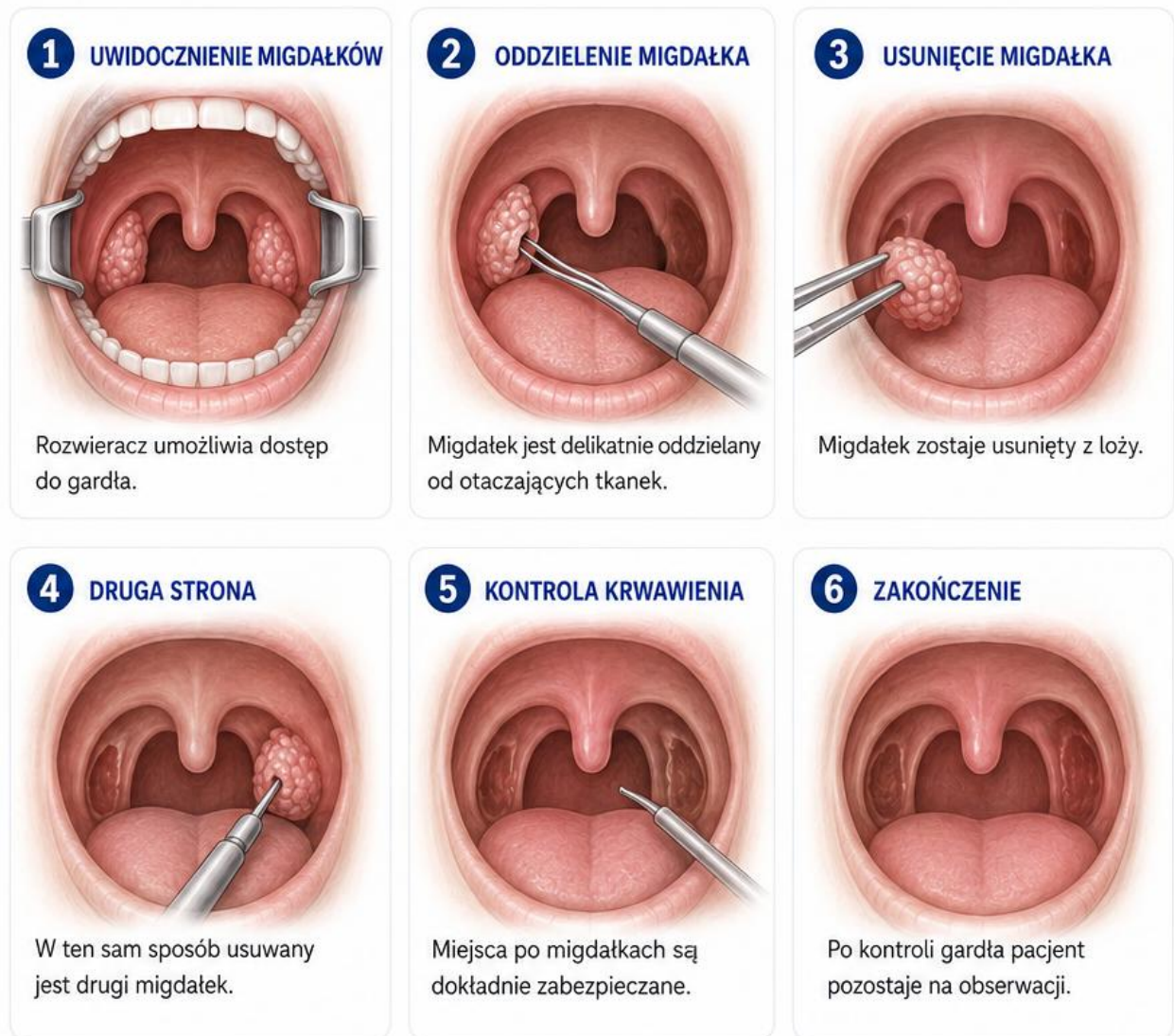
Czy możliwe są powikłania po tonsillektomii?

W medycynie nie jest możliwe udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej kuracji. Możliwe komplikacje możemy podzielić na ogólne i chirurgiczne.

Ogólne wiążą się z możliwymi infekcjami, zastosowanym znieczuleniem, podawanymi lekami i in.

Powikłania chirurgiczne to przedłużające się krwawienie po zabiegu, lub powtarzające się krwawienia z nisz po usuniętych migdałkach oraz uszkodzenia struktur anatomicznych leżących w pobliżu - łuki podniebienne, przestrzeń przygardłowa.

Wymienione powikłania są rzadkie, a ich ilość zależy od doświadczenia zespołu operacyjnego.



Jak przygotować się do operacji?

Jeśli chory ma poważne schorzenia ogólne (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa serca, zaburzenia rytmu serca, alergia itd.) lub przyjmuje leki zmniejszające krzepliwość krwi, należy poinformować o tym lekarza operującego i zgłosić się do swojego Lekarza Rodzinnego w celu odpowiedniego przygotowania do operacji.

Jeśli chory ma próchnicę zębów, należy zgłosić się do dentysty i wyleczyć zęby odpowiednio wcześniej.

W przypadku stosowania na stałe leków, należy je zabrać ze sobą do szpitala w oryginalnych opakowaniach.

Ostatni posiłek chory powinien zjeść najpóźniej 6 godzin przed operacją.

Do szpitala należy zabrać dowód tożsamości, skierowanie na operację oraz podpisaną zgodę na zabieg.

W wyznaczonym dniu odbędzie się rozmowa z anestezjologiem, podczas której omówiony zostanie sposób znieczulenia oraz postępowanie z lekami własnymi.

Kilka dni przed zabiegiem pielęgniarka pobierze krew do badań niezbędnych do zabiegu.

Gdzie zgłosić się w dniu operacji?

W dniu operacji należy zgłosić się do izby przyjęć szpitala z niezbędnymi dokumentami (skierowanie na operację, podpisaną zgodę na operację, dowód tożsamości). Po przyjęciu do szpitala jeszcze raz będzie można porozmawiać z lekarzem operującym oraz anestezjologiem i zadać ewentualne pytania.

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

Pobyt w szpitalu po operacji

Po zabiegu pacjentem opiekuje się pielęgniarka dyżurna. Do niej należy zwracać się w przypadkach dolegliwości, bólów, chęci wstania z łóżka itp. Ponadto w oddziale jest lekarz dyżurny, który interweniuje w nagłych przypadkach.

Po zabiegu, dopiero po 3-4h, można się napić trochę niegazowanej, chłodnej wody.

Po tonsillektomii obowiązuje półpłynna, chłodna dieta - galaretki, jogurty, lody oraz chłodne napoje do picia. Zawsze przedtem należy upewnić się, pytając pielęgniarki dyżurnej.

Następnego dnia po operacji odbywa się wizyta lekarza operującego. Następuje badanie chorego i jest podejmowana decyzja o wypisie do domu. W przypadku wypisu chory otrzymuje kartę informacyjną, receptę na potrzebne leki, dodatkowe ustne zalecenia od operatora oraz ewentualnie zwolnienie z pracy. Ma też wyznaczony termin wizyty kontrolnej u lekarza, który go operował.

UWAGA! Pierwszy spacer po zabiegu powinien odbyć się pod opieką pielęgniarki lub członka rodziny.

Ogólne zalecenia pooperacyjne

Przed operacją pacjent powinien zapewnić sobie transport do domu. Nie powinien prowadzić samochodu ani jechać środkami transportu publicznego.

Należy zrealizować przepisane recepty oraz przyjmować leki zgodnie z zaleceniem lekarza.

Przez pierwszych 10 dni należy unikać potraw gorących, kwaśnych oraz twardych ponieważ mogą one podrażnić gardło, zwiększyć ból lub nawet spowodować krwawienie.

Należy stosować chłodną dietę półpłynną lub papkowatą oraz pić chłodne, niegazowane napoje.

Po każdym posiłku i przed snem należy przepłukać gardło roztworem 3% wody utlenionej albo roztworem Tantum Verde.

Przed okres 10-14 dni należy unikać jakiegokolwiek wysiłku fizycznego oraz w miarę możliwości ograniczyć kontakt z innymi osobami ze względu na zwiększoną podatność na infekcje w okresie rekonwalescencji.

Bezwzględnie zakazuje się spożywania alkoholu w tym czasie.

W razie wystąpienia wysokiej gorączki, obfitego krwotoku, nieustępującego po lekach przeciwbólowych bólu gardła należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem operującym.

WSTĘPNY PLAN OPIEKI I LECZENIA

W oparciu o badanie podmiotowe, badanie przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, diagnozę, ocenę stopnia zaawansowania choroby oraz stanu ogólnego pacjenta, a także potencjalne ryzyka (zgodnie z wymogami standardów akredytacyjnych OP 1.2), lekarz kwalifikujący zaproponował następujący wstępny plan postępowania z pacjentem przed, w trakcie oraz po hospitalizacji:

DZIAŁANIA PRZEDOPERACYJNE (DIAGNOSTYKA I PRZYGOTOWANIE W DOMU):

- **KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA:** Zgłosić się do Rejestracji celem ustalenia terminu obowiązkowej, przedoperacyjnej konsultacji anestezjologicznej, która odbywa się na około 7-10 dni przed każdą operacją. Szczegółowa ocena anestezjologiczna pozwala z wyprzedzeniem rozpoznać ewentualne nieprawidłowości i ustabilizować stan zdrowia pacjenta przed zabiegiem, a w konsekwencji ograniczyć ryzyko samej operacji.
- **DIAGNOSTYKA PRZEDOPERACYJNA:** Po zakwalifikowaniu przez anestezjologa na ok. 7 dni przed zabiegiem zgłosić się do Medycznego Laboratorium Diagnostycznego SALUS celem wykonania obowiązkowego pakietu badań przedoperacyjnych (pobranie krwi i inne niezbędne badania). Ich wyniki podlegają bezpośredniej analizie, a w przypadku jakichkolwiek nieprawidłowości pacjent otrzymuje zalecenie wykonania dodatkowej diagnostyki lub ponownych badań. Decyzja o przyjęciu pacjenta do szpitala i wykonaniu operacji zapada po uzyskaniu prawidłowych wyników.
- **PRZYGOTOWANIE INTERNISTYCZNE I LEKI:** Jeśli chory ma poważne schorzenia ogólne (takie jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa serca, zaburzenia rytmu serca, alergia itp.) lub przyjmuje leki zmniejszające krzepliwość krwi, należy bezwzględnie poinformować o tym lekarza operującego i zgłosić się do swojego Lekarza Rodzinnego w celu odpowiedniego przygotowania do operacji. W przypadku stosowania leków na stałe, należy je bezwzględnie zabrać ze sobą do szpitala w oryginalnych opakowaniach.
- **SANACJA JAMY USTNEJ:** Jeśli chory ma próchnicę zębów, należy zgłosić się do dentysty i wyleczyć zęby odpowiednio wcześniej przed planowanym zabiegiem, aby zminimalizować ryzyko powikłań infekcyjnych.
- **REŻIM DIETETYCZNY (NA CZCZO):** Ostatni posiłek oraz napoje chory powinien spożyć najpóźniej 6 godzin przed planowanym rozpoczęciem operacji. Przed zabiegiem pacjent musi bezwzględnie pozostawać na czczo.
- **DOKUMENTY DO SZPITALA:** Do szpitala należy zabrać dowód tożsamości, skierowanie na operację, podpisaną zgodę na operację oraz niezbędne rzeczy osobiste.

POSTĘPOWANIE W ODDZIALE (OPIEKA I PROFILAKTYKA POWIKŁAŃ):

- **PRZYJĘCIE DO SZPITALA:** W wyznaczonym dniu operacji należy zgłosić się do Izby Przyjęć szpitala z kompletem dokumentów. Procedura przyjęcia obejmuje dopełnienie niezbędnych formalności administracyjnych w Sekretariacie Szpitalnym, wywiad, badanie lekarskie oraz ocenę pielęgniarstwa. Po przyjęciu pacjent jest kierowany do oddziału, przygotowujący do zabiegu i ma ponowną możliwość rozmowy z operatorem oraz anestezjologiem w celu zadania ewentualnych pytań.
- **OPERACJA:** Zabieg polega na chirurgicznym usunięciu (tonsillektomii) migdałków podniebiennych, poprzez ich oddzielenie od otaczających tkanek (tzw. wyłuszczenie) pod kontrolą wzroku operującego. Procedura wykonywana jest w znieczuleniu ogólnym (narkozie) na Bloku Operacyjnym. Operacja trwa średnio około 1 godziny. Po operacji pacjent przewożony jest na Salę Intensywnego Nadzoru Medycznego w obrębie Bloku Operacyjnego, gdzie przebywa pod bezpośrednim nadzorem anestezjologicznym, a następnie po uzyskaniu zgody anestezjologa jest transportowany na salę chorych w oddziale.
- **MONITOROWANIE I OPIEKA MEDYCZNA:** W oddziale pacjentem opiekuje się pielęgniarka dyżurna oraz lekarz dyżurny interweniujący w nagłych przypadkach. Do personelu należy niezwłocznie zgłaszać wszelkie dolegliwości, silny ból gardła, trudności w oddychaniu czy chęć wstania z łóżka. Parametry życiowe (temperatura, tętno, ciśnienie krwi) oraz poziom bólu są monitorowane regularnie przez pielęgniarki.

- **REŻIM RUCHOWY I PIONIZACJA:** Pierwszy spacer po zabiegu powinien odbyć się wyłącznie pod nadzorem pielęgniarki lub członka rodziny. Siadanie w łózkach i/lub wstawanie z łóżek po operacji jest dozwolone wyłącznie za zgodą personelu medycznego.
- **ODŻYWIANIE W ODDZIALE:** Po zabiegu, dopiero po upływie 3-4 godzin, można się napić małej ilości chłodnej wody niegazowanej. W okresie pobytu w oddziale po tonsillektomii obowiązuje chłodna dieta półpłynna lub papkowata (np. galaretki, jogurty, lody, chłodne płyny). Spożywanie pierwszego posiłku oraz napojów jest dopuszczalne wyłącznie na podstawie decyzji personelu medycznego.
- **PROCEDURA WYPISU ZE SZPITALA:** Następnego dnia po operacji odbywa się wizyta lekarza operującego. Następuje badanie chorego i podejmowana jest decyzja o wypisie do domu. W przypadku wypisu chory otrzymuje kartę informacyjną (Karta Informacyjna z leczenia szpitalnego), receptę na potrzebne leki (w tym leki przeciwbólowe), dodatkowe ustne i pisemne zalecenia od operatora oraz ewentualnie zwolnienie z pracy. Pacjent ma też wyznaczony termin i miejsce wizyty kontrolnej u operatora.

ZALECENIA POOPERACYJNE I HARMONOGRAM KONTROLI:

- **OPIEKA TRANSPORTOWA:** Przed operacją pacjent powinien zapewnić sobie bezpieczny transport do domu. Bezpośrednio po wypisie nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych ani korzystać z transportu publicznego po przebytym znieczuleniu.
- **LEKI PO WYPISIE:** Należy niezwłocznie zrealizować przepisane przy wypisie recepty oraz przyjmować zalecane leki (zwłaszcza przeciwbólowe i przeciwzapalne) ściśle według wskazań lekarza.
- **POOPERACYJNY REŻIM DIETETYCZNY:** Przez pierwszych 10 dni po zabiegu należy bezwzględnie unikać potraw gorących, kwaśnych, ostrych oraz twardych, ponieważ mogą one podrażnić gardło, nasilić ból lub spowodować niebezpieczne krwawienie z nisz migdałkowych. Należy stosować chłodną dietę półpłynną lub papkowatą oraz pić chłodne, niegazowane napoje.
- **PIELĘGNACJA JAMY USTNEJ I GARDŁA:** Po każdym posiłku i przed snem należy delikatnie przepłukać gardło roztworem 3% wody utlenionej albo roztworem Tantum Verde, co sprzyja prawidłowej higienie gardła i zapobiega nadkażeniom.
- **REŻIM OSZCZĘDZAJĄCY I AKTYWNOŚĆ:** Przez okres 10-14 dni po zabiegu należy bezwzględnie unikać jakiegokolwiek wysiłku fizycznego, dźwigania ciężarów, schylania się oraz gorących kąpiel. W tym czasie bezwzględnie zakazuje się spożywania alkoholu. Należy również ograniczyć kontakt z innymi osobami w celu zminimalizowania ryzyka infekcji dróg oddechowych w okresie rekonwalescencji.
- **POSTĘPOWANIE W STANACH ALARMOWYCH:** W razie wystąpienia wysokiej gorączki, obfitego krwotoku z gardła (nisz po usuniętych migdałkach) lub silnego bólu gardła, który nie ustępuje po przyjęciu leków przeciwbólowych, pacjent musi niezwłocznie i bezzwłocznie skontaktować się z lekarzem operującym lub zgłosić się do szpitala.
- **REKONWALESCENCJA I KONTROLE:** Pacjent ma wyznaczony termin wizyty kontrolnej u operatora następnego dnia przy wypisie. Pełna rekonwalescencja po tonsillektomii, prowadząca do całkowitego wygojenia nisz po usuniętych migdałkach podniebiennych, trwa zwykle od 10 do 14 dni.
- **ZABEZPIECZENIE CIĄGŁOŚCI OPIEKI PO WYPISIE (Standard CO 8):** Zgodnie z krajowymi standardami jakości i ciągłości opieki po wypisie (Standard CO 8), w przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjenta po zabiegu w okresie do 30 dni od wypisu ze szpitala, szpital zapewnia możliwość

szybkiej konsultacji, ponownej hospitalizacji i kontynuacji leczenia. Dokładne miejsce, do którego pacjent może się zgłosić oraz kontaktowy numer telefonu są wpisane w Karcie Informacyjnej wydawanej przy wypisie.

ZGODA NA USUNIĘCIE MIGDAŁKÓW PODNIEBIENNYCH - TONSILLEKTOMIĘ

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 krwio pochodnych. **TAK / NIE (NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ).**

Wyrażam świadomą zgodę na wycięcie migdałków podniebiennych.

..... 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 pielęgniarzką w ramach leczenia zamkniętego.

§ 2

Czynności diagnostyczne i lecznicze w zakresie swoich kompetencji wykonują samodzielnie lekarze specjaliści przy wsparciu personelu pielęgniarzkiego. 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
- jakiegokolwiek 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.