

## WPROWADZENIE CEWNIKA PODWÓJNIE ZAGIĘTEGO (DOUBLE J - DJ)

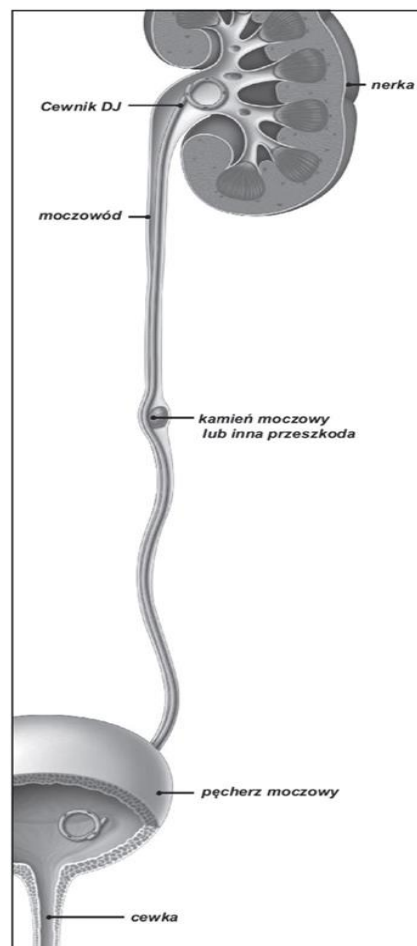
**NINIEJSZY DOKUMENT NALEŻY PRZECZYTAĆ  
I ZABRAĆ Z SOBĄ DO SZPITALA W DNIU OPERACJI**

Stwierdzono u Pani/Pana obecność przeszkody w odpływie moczu powodującej wodonercze (zastój moczu w nerce). Na tej podstawie zakwalifikowano Panią/Pana do zabiegu wprowadzenia cewnika DJ. Poniżej znajdują się podstawowe informacje o chorobie oraz leczeniu, które Pani/Panu zaproponowano. Zachęcamy do zapoznania się z nimi i przedyskutowania ewentualnych pytań z prowadzącym Panią/Pana urologiem. Pomoże to lepszym zrozumieniu czynności podejmowanych przez personel medyczny, których celem jest poprawa stanu Pani/Pana zdrowia. Informujemy również, że podczas pobytu na bloku operacyjnym znajdować się Pani/Pan będzie w obszarze objętym monitoringiem wizyjnym.

### Na czym polega zabieg

Założenie cewnika DJ jest to zabieg, podczas którego urolog, bez wykonywania nacięć skóry, pod kontrolą cystoskopu (endoskop służący do wżernikowania cewki i pęcherza moczowego) wprowadza przezcewkowo do moczowodu cienki cewnik wykonany z tworzywa sztucznego. Cewnik ten jednym końcem znajduje się w pęcherzu moczowym, a drugim w miedniczce nerkowej, dzięki czemu mocz spływa z nerki do pęcherza bez przeszkód. Zabieg wykonywany jest przeważnie w krótkim znieczuleniu dożylnym, podczas którego anestezjolog podaje leki przeciwbólowe i usypiające. Czasami, stosownie do wskazań medycznych, może być zastosowane znieczulenie podpajęczynówkowe (przewodowe, lędźwiowe). Pacjent nie odczuwa wówczas bólu od pasa w dół, jednak pozostaje świadomy podczas całego zabiegu.

Pacjent zostanie ułożony na plecach, w pozycji litotomijnej - z nogami zgiętymi oraz odwiedzionymi w stawach biodrowych i kolanowych i ułożonymi na specjalnych podpórkach, dzięki czemu operator uzyska swobodny dostęp do okolicy krocza. Skóra krocza zostanie umyta środkiem dezynfekcyjnym. Po wprowadzeniu cewnika DJ, jeśli zajdzie taka konieczność, może zostać pozostawiony dodatkowo cewnik w pęcherzu moczowym na okres od kilku godzin do kilku dni.



### Wskazania do zabiegu

Wskazaniem do założenia cewnika DJ jest utrudnienie odpływu moczu z nerki powodujące zastój moczu, tzw. wodonercze. Temu stanowi często towarzyszą silne bóle - tzw. kolka nerkowa, a niekiedy może dojść do niewydolności nerek i rozwoju uogólnionego zakażenia organizmu - tzw. urosepsy. Sytuacje te stanowią bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjenta. Podstawowym postępowaniem w takim przypadku jest jak najszybsze przywrócenie prawidłowego odpływu moczu z nerki. W tym celu wykonuje się wprowadzenie cewnika DJ do moczowodu. Czasami cewnik DJ wprowadza się również przed rozległymi operacjami wykonywanymi z innych powodów bądź w ich trakcie. Ma to na celu zabezpieczenie moczowodu przed uszkodzeniem lub zapewnienie sprawnego odpływu moczu z nerki i umożliwienie zagojenia moczowodu.

### Pobyt w szpitalu po zabiegu

W zależności od wskazań i rodzaju zastosowanego znieczulenia pacjent może opuścić szpital w dniu zabiegu lub pozostać na oddziale w celu dalszego leczenia – decyzja o długości pobytu podejmowana jest przez urologa prowadzącego.

Cewnik DJ może być rozwiązaniem tymczasowym lub też długoterminowym, a w niektórych sytuacjach nawet definitywnym. O tym, na jak długo planowane jest pozostawienie cewnika DJ w moczowodzie, pacjent zostanie poinformowany przez urologa prowadzącego. Jeśli zaistnieje konieczność długotrwałego lub stałego utrzymywania cewnika DJ, lekarz wyjaśni, jak ważna jest jego regularna wymiana, zgodnie z zaleceniami. Terminy wymiany ustalane są indywidualnie przez lekarza prowadzącego. Ważne jest, aby nie przedłużać okresu do wymiany ponad zalecony przez urologa, gdyż grozi to poważnymi powikłaniami. Na zbyt długo utrzymywanym cewniku mogą odkładać się kamienie, co może być przyczyną jego niedrożności i nawrotu wodonercza oraz uniemożliwić wymianę lub usunięcie cewnika z moczowodu.

### Ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych

- **Krwiomocz.** Obecność krwi w moczu o różnym nasileniu to częste, niegroźne powikłanie. Związane jest z podrażnieniem błony śluzowej dróg moczowych. Nie wymaga leczenia, ustępuje samoistnie w ciągu kilku dni.
- **Krwawienie z dróg moczowych z tamponadą pęcherza moczowego.** Sporadycznie krwawienie po zabiegu jest silniejsze, co może doprowadzić do powstania skrzepów w obrębie pęcherza moczowego które powodują zatrzymanie moczu. W takim przypadku zachodzi konieczność wprowadzenia cewnika przez cewkę moczową i wypłukania skrzepów z pęcherza moczowego. Może też zaistnieć konieczność przyjmowania przez pacjenta leków przeciwkrwotocznych lub czasowego pozostania w szpitalu celem obserwacji.
- **Krwawienia późne.** Czasami krwiomocz pojawia się po upływie dłuższego czasu od zabiegu. Jest to zwykle spowodowane podrażnieniem błony śluzowej dróg moczowych przez sam cewnik. Najczęściej krwiomocz występuje po wysiłku fizycznym. W takim przypadku stosuje się leczenie zachowawcze polegające na wyeliminowaniu czynnika sprawczego oraz stosowaniu kroplówek płuczących i leków przeciwkrwotocznych.
- **Dolegliwości bólowe w podbrzuszu, uczucie parcia na mocz.** Objawy te także są spowodowane drażnieniem błony śluzowej pęcherza moczowego przez cewnik DJ. Zazwyczaj występują przez kilka dni po zabiegu i stopniowo zanikają. Sporadycznie

nietolerancja cewnika może być przyczyną jego przedwczesnego usunięcia lub wymiany i repozycji (zmiany ułożenia w pęcherzu moczowym).

- **Uraz moczowodu.** Niewielki lub średniego stopnia uraz moczowodu, jaki powstaje w trakcie wprowadzania cewnika DJ, zazwyczaj goi się bezpośrednio na samym cewniku i nie wymaga żadnych dodatkowych czynności. W bardzo rzadkich przypadkach, kiedy dojdzie do poważnego uszkodzenia moczowodu, konieczne może być leczenie operacyjne polegające na plastyce i zszyciu uszkodzenia moczowodu.
- **Powikłania sercowo-naczyniowe i infekcyjne.** Bardzo rzadko mogą wystąpić powikłania natury sercowo-naczyniowej związane ze znieczuleniem lub zakażenie organizmu (sepsa). Ryzyko poważnych powikłań tego typu jest niskie, jednak nie można go wykluczyć całkowicie.

### Gdzie zgłosić się w dniu operacji?

W dniu operacji prosimy zgłosić się z niezbędnymi dokumentami (skierowanie na operację, podpisana zgoda na operację, dowód ubezpieczenia) do Izby Przyjęć. Należy przygotować się na około 1-2 dniowy pobyt i zabrać rzeczy, które w takim czasie mogą być przydatne. Absolutnie niezbędne jest wzięcie całej posiadanej dokumentacji medycznej, w tym wyników badań obrazowych (opis w formie pisemnej oraz płyta CD/DVD z nagraniem badaniem), kart wypisowych z innych oddziałów, a także od lekarza rodzinnego, wyników badań zleconych przed operacją, konsultacji specjalistycznych, informacji o przyjmowanych na stałe lekach, informacji i „paszportów” dotyczących implantów.

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

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

W wyznaczonym terminie, zazwyczaj kilka dni przed zabiegiem, odbędzie się rozmowa z anestezjologiem, podczas której zostanie ustalony sposób znieczulenia. Tego samego dnia pielęgniarka pobierze krew do badań niezbędnych do operacji.

### Bezpośrednio przed zabiegiem

Przed zabiegiem konieczne będzie całkowite usunięcie biżuterii (kolczyki, łańcuszki, pierścionki). Proszę zwłaszcza o zdjęcie obrączek i pierścionków z palców przed przyjęciem do szpitala, gdyż często okazuje się, że nie da się ich usunąć w dniu zabiegu bez ich uszkodzenia.

Opiekujący się Panią/Panem urolog przed operacją sprawdzi wyniki następujących badań: USG jamy brzusznej, badania laboratoryjne, badanie palcem przez odbytnicę (w przypadku mężczyzn). Bardzo istotne jest udzielenie lekarzowi dokładnych informacji o przyjmowanych lekach, ze szczególnym uwzględnieniem leków hamujących krzepnięcie krwi. Proszę o przygotowanie kartki z nazwami leków, które Pani/Pan stosuje.

Spożywanie posiłków i napojów w dniu operacji jest zabronione. Personel szpitala poprosi Panią/Pana o pozostanie na czczo. W praktyce oznacza to całkowity zakaz spożywania posiłków i płynów od północy dnia poprzedzającego operację. W dniu operacji, rano, proszę jedynie przyjąć te leki, które wskaże Pani/Panu urolog lub anestezjolog i popić je minimalną ilością wody. W razie jakichkolwiek wątpliwości należy skonsultować się z lekarzem prowadzącym. Nieprzestrzeganie powyższych zasad może poważnie zagrozić Pani/Pana zdrowiu i życiu oraz może być powodem czasowego zdyskwalifikowania Pani/Pana z zaplanowanej operacji.

### Ogólne zalecenia pooperacyjne.

- Należy pić dużo płynów (minimum 2,5 l/dobę). Ma to na celu zwiększenie produkcji moczu i ułatwienie ewakuacji ewentualnych skrzepów krwi z pęcherza moczowego. Ponadto przyjmowanie zwiększonej ilości płynów zmniejsza prawdopodobieństwo odłożenia się kamieni na cewniku.
- Należy nie dopuścić do zaparć. W tym celu należy spożywać pokarmy zawierające dużo błonnika i unikać produktów działających zapierająco. W razie wątpliwości proszę to przedyskutować z lekarzem prowadzącym lub dietetykiem.
- Należy powstrzymać się od wykonywania ciężkiej pracy fizycznej przez okres minimum 6 tygodni.
- Należy unikać przepełniania pęcherza moczowego (oddawać mocz przy pierwszym odczuwalnym parciu).
- Należy zrealizować przepisane recepty i przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza.

### Pobyt w szpitalu po operacji.

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.

Pobyt w szpitalu po zabiegu zwykle trwa 1-2 dni. Niekiedy pacjent może opuścić szpital kilka godzin po zabiegu. Szczegółowe informacje uzyska Pani/Pan od lekarza prowadzącego.

Obecność cewnika w moczowodzie przeważnie nie powoduje żadnych dolegliwości. Pacjenci często w ogóle nie odczuwają jego obecności. Czasami mogą występować objawy związane z podrażnieniem pęcherza moczowego. Wówczas pacjent może odczuwać częste parcie na mocz, wyjątkowo ból w podbrzuszu lub podczas oddawania moczu. Ważne, żeby nie przepełniać pęcherza moczowego (oddawać mocz już przy pierwszym odczuwalnym parciu), gdyż w przypadku nadmiernego wypełnienia pęcherza może dochodzić do cofania się moczu do nerki i związanych z tym dolegliwości kolkowych (ból w okolicy nerki).

W niektórych przypadkach (np. po zabiegach usunięcia kamieni z moczowodu) cewnik DJ zakładany jest na krótki czas (zwykle 2-4 tygodnie). Wówczas urolog wykonujący zabieg może zdecydować o wyprowadzeniu na zewnątrz cewki moczowej cienkiej nitki, przymocowanej do pęcherzowego końca cewnika DJ. Nitka ta umożliwia usunięcie cewnika z moczowodu bez konieczności wprowadzania do pęcherza wziernika (cystoskopu). Wówczas w wyznaczonym terminie pacjent zgłasza się do ambulatorium, gdzie prowadzący go urolog usuwa cewnik DJ z moczowodu. Zabieg ten jest bezbolesny i pozwala uniknąć dodatkowej hospitalizacji. Pozostawienie nitki na zewnątrz cewki wiąże się z niewielkim dyskomfortem. Wymusza też na pacjencie konieczność zachowania odpowiedniej ostrożności, szczególnie podczas czynności higienicznych, tak aby uniknąć przypadkowego przedwczesnego usunięcia cewnika z moczowodu.

W pozostałych przypadkach, to znaczy, gdy planowane jest dłuższe lub stałe utrzymywanie cewnika, nitka nie jest pozostawiana i żadne ciało obce nie wystaje na zewnątrz cewki moczowej. Wówczas konieczne jest usunięcie cewnika lub jego wymiana w wyznaczonym terminie w warunkach szpitalnych za pomocą cystoskopu.

Cewnik DJ, mimo że w nieznacznym stopniu może ograniczać sprawność, nie jest przeciwwskazaniem do wykonywania normalnych, codziennych czynności. Bezpośrednio po

zabiegu, jeśli to jest potrzebne, pacjent otrzymuje zwolnienie lekarskie (prosimy o przygotowanie numeru NIP pracodawcy).

W większości wypadków po zabiegu pić można niegazowane płyny bezpośrednio po powrocie do łóżka, jeść po kilku godzinach - zawsze należy upewnić się, pytając pielęgniarki dyżurnej.

Następnego dnia po operacji odbywa się wizyta urologa – operatora, zmienia się opatrunki i podejmuje decyzję o wypisie do domu. W przypadku wypisu pacjent otrzymuje kartę informacyjną, recepty na potrzebne leki, dodatkowe ustne zalecenia od operatora oraz w razie potrzeby zwolnienie z pracy. Ma też wyznaczony termin kontrolnej wizyty u lekarza, który go operował.

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

**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.

- kolkowe bóle brzucha, nudności i wymioty, wzdęcia brzucha

---

**ZGODA NA WPROWADZENIA CEWNIKA PODWÓJNIE ZAGIĘTEGO  
(DOUBLE J - DJ)**

Z pacjentką(em) przeprowadzono rozmowę, podczas której w sposób zrozumiały przedstawiłem celowość przeprowadzenia zabiegu, jego przewidywany przebieg i możliwe do wystąpienia powikłania. Pacjentkę(ta) 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



## DI-PP-OS-1/134

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.
- Zostałem/am poinformowany/a o prawie do rezygnacji od proponowanego zabiegu, nawet po podpisaniu niniejszego oświadczenia.
- Wyrażam zgodę na przetaczanie, w razie wystąpienia takiej konieczności, preparatów krwiopochodnych. (JEŚLI NIE, PROSZĘ SKREŚLIĆ)
- Wyrażam zgodę na wykonanie **zabiegu wprowadzenia cewnika podwójnie zagiętego (DOUBLE J - DJ)**

Imię..... Nazwisko.....

.....  
data

.....  
podpis pacjentki/ pacjenta / opiekuna prawnego

## PLAN LECZENIA I OPIEKI

**W oparciu o badanie podmiotowe, badanie przedmiotowe i wyniki badań dodatkowych, diagnozę, ocenę stopnia zaawansowania choroby oraz stanu ogólnego pacjenta, a także potencjalne ryzyka lekarz kwalifikujący zaproponował następujący plan postępowania z pacjentem:**

1. Zgłosić się do Rejestracji celem ustalenia terminu obowiązkowej, przedoperacyjnej konsultacji anestezyjologicznej, która odbywa się na około 7-10 dni przed każdą operacją. Szczegółowa ocena anestezyjologiczna pozwala z wyprzedzeniem rozpoznać ewentualne nieprawidłowości i ustabilizować stan zdrowia pacjenta przed zabiegiem, a w konsekwencji ograniczyć ryzyko samej operacji.
2. Po zakwalifikowaniu przez anestezyjologa na ok. 7 dni przed zabiegiem zgłosić się do Medycznego Laboratorium Diagnostycznego SALUS celem wykonania obowiązkowego pakietu badań przedoperacyjnych. 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.
3. W wyznaczonym dniu operacji zgłosić się w Izbie Przyjęć Szpitala SALUS. Procedura przyjęcia obejmuje załatwienie niezbędnych formalności administracyjnych w Sekretariacie Szpitalnym, wywiad i badanie lekarskie oraz ocenę pielęgniarstwa. W przypadku jakichkolwiek nieprawidłowości na miejscu wykonywane są dodatkowe badania (laboratoryjne, EKG, itp.).
4. Przy braku przeciwwskazań do operacji pacjent przyjmowany jest do oddziału i przygotowywany do zabiegu oraz konsultowany jest przez lekarza operującego. W ustalonym terminie pacjent przewożony jest przez pielęgniarkę na Blok Operacyjny.
5. Wykonanie zaplanowanego leczenia operacyjnego. Bezpośrednio po operacji pacjent trafia na znajdującą się w obrębie Bloku Operacyjnego Salę Intensywnego Nadzoru Medycznego, gdzie przebywa do momentu, gdy anestezyjolog nie wyda zgody na przewiezienie ponownie do oddziału.
6. W czasie pobytu w pokoju szpitalnym lekarz operujący dokonuje pierwszej oceny stanu zdrowia pacjenta. Wszystkie istotne parametry zdrowotne monitorowane są przez dyżurujące pielęgniarki, a posiłki uwzględniają zalecenia dietetyczne. W opiece pooperacyjnej mogą brać udział najbliżsi i rodzina pacjenta, o ile lekarz nie zdecyduje inaczej. Jeżeli powrót do zdrowia po operacji przebiega zgodnie z planem, lekarz wypisuje pacjenta do domu, wyznaczając datę i miejsce wizyty kontrolnej.

## 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 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).



