

PRZECZEWKOWE NACIĘCIE STERCZA - TUIP

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

Na podstawie zgłaszanych przez Pana objawów oraz przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana nieznaczne powiększenie stercza (inne nazwy: prostata, gruczoł krokowy), powodujące kłopotliwe objawy ze strony dolnych dróg moczowych (lower urinary tract symptoms - LUTS). Z tego powodu został Pan zakwalifikowany do zabiegu przezcewkowego nacięcia stercza (TUIP). 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.

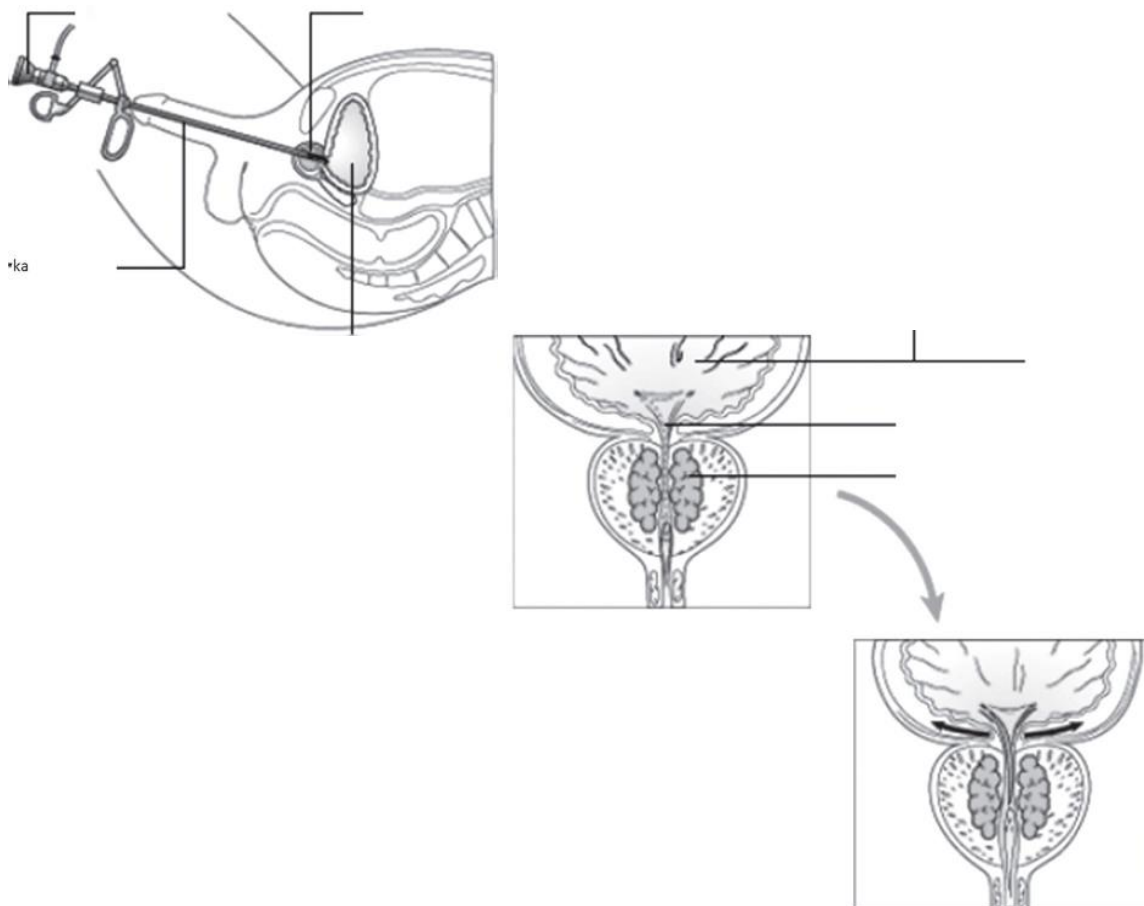
Na czym polega i jak przebiega zabieg

TUIP jest operacją wykonywaną u pacjentów z nieznacznie powiększoną prostatą (objętość poniżej 35 ml) i z towarzyszącym zwężeniem szyi pęcherza moczowego, które powodują występowanie zaburzeń oddawania moczu o umiarkowanym i znacznym nasileniu.

TUIP zwykle trwa 20-30 minut. Standardowo stosuje się znieczulenie dokręgowo podpajęczynówkowe, dzięki czemu pacjent pozostanie przytomny, ale nie będzie odczuwał żadnego bólu związanego z operacją. Czasami może być potrzebne znieczulenie ogólne.

Podczas tej operacji specjalne narzędzie - resektoskop, jest wprowadzane do cewki moczowej i następnie do pęcherza moczowego. Resektoskop zbudowany jest z układu optycznego przekazującego obraz endoskopowy bezpośrednio do oka operatora lub na ekran monitora oraz z części pracującej wyposażonej w ruchomą pętlę diatermiczną, przez którą przepływa prąd elektryczny o wysokiej częstotliwości, co umożliwia cięcie tkanek i koagulację krwawiących naczyń. Po sprawdzeniu anatomii cewki i pęcherza resektoskop jest sprowadzany do odcinka cewki, który otoczony jest przez prostatę. Następnie urolog wykonuje dwa niewielkie nacięcia w okolicy, gdzie łączą się pęcherz moczowy i prostata (szyja pęcherza moczowego). Nacięcia prowadzone są z tej okolicy wzdłuż wewnątrzsterczowego odcinka cewki moczowej.

W ten sposób uzyskuje się poszerzenie sterczowego odcinka cewki i szyi pęcherza moczowego, co umożliwia swobodny wypływ moczu i przyczynia się do znacznej redukcji nasilenia zaburzeń oddawania moczu. moczowego.



Pod koniec zabiegu przeprowadza się elektrokoagulację krwawiących naczyń w linii wykonanych nacięć. Ma to na celu zahamowanie krwawienia z prostaty i szyi pęcherza moczowego. Po zabiegu pozostawia się w cewce i pęcherzu cewnik w celu zapewnienia stałego odpływu moczu i powstających skrzepów krwi. Cewnik przeważnie usuwany jest w następnym dniu po operacji, po czym pacjent jest wypisywany do domu.

Kiedy wykonuje się przezcewkowe nacięcie stercza (TUIP)

TUIP jest wykonywane u pacjentów z umiarkowanymi i znacznie nasilonymi zaburzeniami oddawania moczu, które nie ustępują po podaniu leków lub gdy na skutek zaburzeń oddawania moczu dochodzi do rozwoju takich powikłań powiększenia prostaty jak: kamica pęcherza moczowego, nawrotowe całkowite zatrzymanie moczu, znaczne zaleganie moczu po mikcji, uszkodzenie pęcherza moczowego oraz upośledzenie wydolności nerek.

Objawy związane z powiększeniem prostaty mogą być następujące:

- Słaby, przerywany strumień moczu.
- Trudności w rozpoczęciu oddawania moczu (mikcji).
- Wykapywanie moczu pod koniec mikcji.
- Częsta lub nagła potrzeba oddania moczu.
- Częstomocz dzienny i nocny.
- Niecałkowite opróżnianie pęcherza.
- Infekcje układu moczowego.

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 2-3-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.

Zwykle przed zabiegiem nie jest konieczne usunięcie owłosienia z okolic intymnych. Niezmiernie ważna jest jednak dokładna higiena całego ciała, a w szczególności genitaliów. Może Pani/Pan otrzymać opakowanie płynnego mydła ze środkiem odkażającym w celu użycia go w przededniu lub w dniu operacji. Prosimy o zastosowanie się do zaleceń personelu oddziału w tej kwestii.

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.

Pobyt w szpitalu po zabiegu

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. Przez jedną dobę będzie Pan miał pozostawiony cewnik w pęcherzu moczowym. Konieczne może być płukanie pęcherza ze skrzepów. Cewnik zwykle usuwany jest następnego dnia po operacji, jednak czasami może okazać

się konieczne utrzymanie cewnika przez kilka dni, do czasu aż będzie Pan w stanie samodzielnie oddać mocz.

Wskazane jest wcześniejsze zorganizowanie transportu do miejsca zamieszkania, gdyż w tak krótkim czasie po operacji nie powinien Pan prowadzić żadnych pojazdów. Należy również w planach osobistych i zawodowych uwzględnić pooperacyjny okres przeznaczony na rekonwalescencję. Trwa on zwykle od 2 do 4 tygodni. W tym czasie nie powinien Pan wykonywać żadnej ciężkiej pracy fizycznej.

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.

Ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych

Z zabiegiem TUIP związane jest ryzyko wystąpienia pewnych następstw i powikłań. Należą do nich:

- **Masywne krwawienie.** Nieznaczne i umiarkowane krwawienie śród- i pooperacyjne występuje w większości przypadków, ale zwykle jest dobrze kontrolowane i nie stanowi dla pacjenta poważnego zagrożenia. W wyjątkowo rzadkich przypadkach (poniżej 1% operowanych) pacjenci w trakcie TUIP mogą stracić na tyle dużo krwi, że może być konieczne jej uzupełnienie. W praktyce zdarza się to bardzo rzadko. Pacjenci ze znacznie powiększoną prostatą są w większym stopniu zagrożeni wystąpieniem tego powikłania.
- **Przejęciowe utrudnione oddawanie moczu.** Może wystąpić w pierwszych dniach po operacji. Czasami może dojść do zatrzymania moczu, wymagającego dłuższego utrzymania cewnika w pęcherzu moczowym. Jest to przeważnie wynikiem obrzęku błony śluzowej cewki moczowej lub zatkania światła cewki przez skrzepy.
- **Infekcja układu moczowego.** Może się rozwinąć u każdego operowanego pacjenta. Ryzyko wystąpienia zakażenia wzrasta wraz z czasem utrzymywania cewnika w drogach moczowych i w wybranych przypadkach może być konieczne leczenie antybiotykami. U niektórych mężczyzn po TUIP mogą też występować nawrotowe infekcje układu moczowego.
- **Trudności z utrzymaniem moczu.** Mogą wystąpić u mężczyzn z uszkodzeniem pęcherza moczowego, do którego doszło na skutek długo nieleczzonego łagodnego rozrostu gruczołu krokowego (BPH). Dolegliwości te zwykle nie są bezpośrednio związane z wykonanym TUIP.
- **Całkowite nietrzymanie moczu.** To bardzo rzadkie powikłanie przebytego przezcewkowego nacięcia stercza. Występuje u mniej niż 1% operowanych. Jego przyczyną jest częściowe lub pełne uszkodzenie mięśnia zwieracza zewnętrznego cewki moczowej, który położony jest około 0,5-1 cm od wierzchołka gruczołu krokowego. Ze względu na tak bliskie położenie względem operowanej okolicy może dojść do jego

przecięcia w trakcie nacinania prostaty. W zależności od stopnia uszkodzenia zwieracza wystąpić może częściowe nietrzymanie moczu (trudność z utrzymaniem moczu przy dobrze wypełnionym pęcherzu) lub może mieć ono charakter stałego, niekontrolowanego wypływu moczu z cewki, wymagającego stosowania podkładow higienicznych bądź przewlekłego cewnikowania pęcherza moczowego. W części przypadków nasilenie nietrzymania moczu może zmniejszać się i ustąpić wraz z czasem upływającym od operacji, jednak nie można wykluczyć trwałego, nieodwracalnego charakteru tego powikłania. Stosowanie coraz doskonalszej aparatury chirurgicznej oraz stałe usprawnianie techniki operacyjnej zmniejszyły ryzyko wystąpienia całkowitego, nieodwracalnego nietrzymania moczu do poziomu poniżej 1%, jednak nie wyeliminowały go całkowicie. W wybranych przypadkach możliwa jest chirurgiczna korekcja nietrzymania moczu poprzez implantację taśmy podwieszającej cewkę moczową lub wszczępienie sztucznego, hydraulicznego zwieracza cewki. W razie wątpliwości proszę powyższe zagadnienie szczegółowo omówić z urologiem prowadzącym.

- **Wytrysk wsteczny.** To stosunkowo często występujące następstwo przebytego TUIP (dotyczy ok. 40% operowanych). Polega na braku wytrysku nasienia na zewnątrz cewki po stosunku płciowym. Na skutek znacznego poszerzenia sterczowego odcinka cewki moczowej i szyi pęcherza nasienie podczas ejakulacji wpływa do pęcherza moczowego. Zjawisko to, inaczej zwane suchym orgazmem, nie jest groźne dla pacjenta, ale w wybranych przypadkach może stanowić istotne ograniczenie komfortu życia operowanego mężczyzny i uniemożliwić zapłodnienie.
- **Zaburzenia wzwodu prącia.** Jest to częściowe lub całkowite pogorszenie możliwości osiągnięcia i utrzymania wzwodu prącia umożliwiającego odbycie satysfakcjonującego stosunku płciowego. To bardzo rzadkie następstwo TUIP, ale jego wystąpienia nie można całkowicie wykluczyć.
- **Konieczność dalszego leczenia po TUIP.** Nieliczni mężczyźni w różnym czasie po przebyciu TUIP mogą potrzebować dalszego leczenia BPH. Może być to spowodowane niewystarczającą poprawą w zakresie oddawania moczu lub nawrotem dolegliwości. Czasami po TUIP może rozwinąć się zwężenie cewki moczowej, wymagające osobnego leczenia zabiegowego. Po długim czasie od operacji może również dojść do nawrotowego zwężenia szyi pęcherza, które może wymagać ponownego zabiegu przezcewkowego.

Ogólne zalecenia pooperacyjne

- Należy pić dużo płynów (co najmniej 2,5 l/dobę). Ma to na celu sprawne wypłukanie pęcherza ze skrzepów oraz przyśpieszenie gojenia się cewki i pęcherza moczowego.
- Należy nie dopuszczać do zaparć. W tym celu należy spożywać pokarmy zawierające dużo błonnika i unikać produktów działających zapierająco. W razie problemów proszę się zwrócić o pomoc do lekarza prowadzącego.
- Nie należy stosować żadnych leków doustnych hamujących krzepnięcie krwi. Ich zażycie może przyczynić się do wystąpienia masywnego krwimoczku. Jeśli z powodu obciążeń kardiologicznych przed zabiegiem odstawił Pan doustne leki przeciwkrzepliwe i rozpoczął stosowanie iniekcji heparyny, proszę kontynuować leczenie iniekcjami przez co najmniej 2 tygodnie lub zgodnie z zaleceniami lekarza.

- Należy powstrzymać się od podejmowania aktywności seksualnej i wykonywania ciężkiej pracy fizycznej przez co najmniej 2-4 tygodnie po operacji.
- Należy zrealizować przepisane recepty i przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza.

Wyniki i leczenie uzupełniające

Większość mężczyzn po TUIP odnotowuje znaczną poprawę w zakresie oddawania moczu już w pierwszych dniach po operacji. Należy jednak pamiętać, że podczas zabiegu nie usuwano, a jedynie nacięto stercz i szyję pęcherza moczowego. W związku z tym po upływie kilku, kilkunastu lat może dojść do nawrotu dolegliwości związanych z BPH. Dlatego po TUIP nadal należy zgłaszać się raz w roku na rutynową kontrolę urologiczną, gdyż wciąż istnieje ryzyko rozwoju raka prostaty.

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 PRZECZEWKOWE NACIĘCIE STERCZA - TUIP

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-1/139

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 przezcewkowego nacięcia stercza - tuip**

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 lecznictwa 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).

