

## PRZECZEWKOWA ELEKTRORESEKCJA STERCZA (TURP)

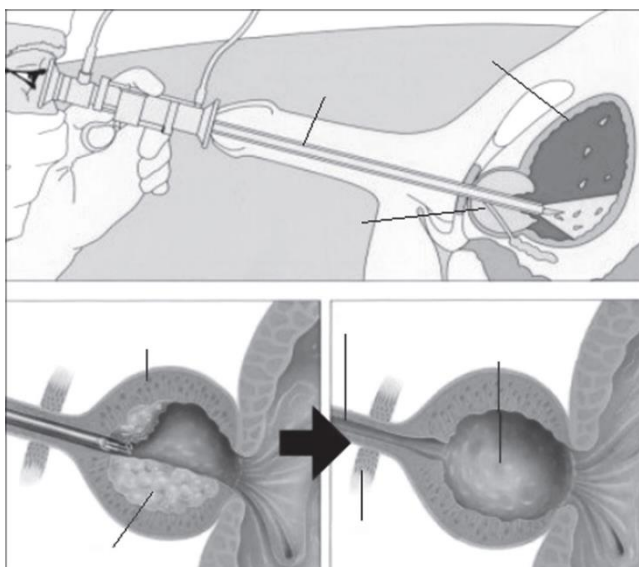
**NINIEJSZY DOKUMENT NALEŻY PRZECZYTAĆ  
I ZABRAĆ Z SOBĄ DO SZPITALA W DNIU OPERACJI**

Na podstawie zgłaszanych przez Pana objawów oraz przeprowadzonych badań rozpoznano u Pana łagodny rozrost gruczołu krokowego (BPH). Z tego powodu został Pan zakwalifikowany do zabiegu przezcewkowej elektroresekcji stercza - w skrócie TURP. 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 lepszemu 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

Przeczekowa elektroresekcja stercza (inne nazwy tego narządu to gruczoł krokowy, prostata) jest procedurą wykonywaną w celu zlikwidowania kłopotliwych objawów z dolnych dróg moczowych o umiarkowanym i znacznym nasileniu, które spowodowane są powiększeniem prostaty. TURP zwykle trwa 45-90 minut i jest wykonywana w znieczuleniu ogólnym lub podpajęczynówkowym (przewodowym, lędźwiowym). 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 wycina po kawałku tkankę prostaty, która zwęża cewkę, pozostawiając nienaruszoną zewnętrzną część stercza, stanowiącą jego torebkę. W ten sposób uzyskuje się szerokie światło cewki moczowej w odcinku wewnątrzsterczowym. Skrawki gruczołaka po wycięciu są wypłukiwane z pęcherza moczowego. Pod koniec zabiegu przeprowadza się koagulację łoży powstałej po wycięciu tkanki. Ma to na celu zahamowanie krwawienia. Po zabiegu pozostawia się w 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.

W leczeniu operacyjnym BPH dostępnych jest wiele metod zabiegowych. TURP jest spośród nich najczęściej wykonywaną procedurą minimalnie inwazyjną. Umożliwia szybkie uzyskanie poprawy w zakresie oddawania moczu, przy jednocześnie niewielkim urazie operacyjnym dla pacjenta. Jest to operacja zaliczana do grupy zabiegów minimalnie inwazyjnych — dzięki zastosowaniu endoskopii możliwe jest chirurgiczne usunięcie części narządu bez przecinania powłok ciała.



### **Kiedy wykonuje się przezcewkową elektroresekcję stercza (TURP)**

TURP jest wykonywana 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, całkowite zatrzymanie moczu, znaczne zaleganie moczu po jego oddaniu, 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.
- Często 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 konieczne 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 moc.

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 3 do 6 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 TURP związane jest ryzyko wystąpienia pewnych następstw i powikłań. Należą do nich:

- **Masywne krwawienie.** Nieznaczne i umiarkowane krwawienie śród- i pooperacyjne ma miejsce w większości przypadków, ale zwykle jest dobrze kontrolowane i nie stanowi dla pacjenta poważnego zagrożenia. Jednak niektórzy pacjenci w trakcie TURP mogą stracić na tyle dużo krwi, że może być konieczne jej uzupełnienie. W praktyce zdarza się to bardzo rzadko, dotyczy 2-5% operowanych. Wystąpieniem tego powikłania w większym stopniu zagrożeni są pacjenci ze znacznie powiększoną prostatą.
- **Zespół poresekcyjny.** Obecnie jest to bardzo rzadko występujące powikłanie TURP. Dochodzi do niego, gdy do układu krążenia pacjenta przedostanie się duża ilość płynu używanego do płukania dróg moczowych w trakcie operacji. Może on prowadzić do znacznego obniżenia poziomu sodu we krwi i następnie do hemolizy (rozpadu krwinek czerwonych). Czasami zespół poresekcyjny może stanowić poważne zagrożenie dla życia operowanego pacjenta. Obecnie stosowane nowoczesne płyny płuczące bardzo znacznie ograniczają ryzyko wystąpienia tego powikłania (poniżej 1%). Prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu poresekcyjnego jest wyższe u chorych z bardzo powiększoną prostatą i z towarzyszącą niewydolnością krążenia.
- **Przejęciowe utrudnienie oddawania moczu.** Może wystąpić w pierwszych dniach po operacji u około 20% pacjentów. 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.
- **Trudności z utrzymaniem moczu.** Mogą wystąpić u mężczyzn z jednoczesnym uszkodzeniem pęcherza moczowego, do którego doszło na skutek długo nieleczzonego BPH. Dolegliwości te zwykle nie są bezpośrednio związane z wykonanym TURP.
- **Całkowite nietrzymanie moczu.** To bardzo rzadkie powikłanie przebytej elektroresekcji 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 resekcji tkanki 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 albo 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 wszczepienie sztucznego, hydraulicznego zwieracza cewki. W razie wątpliwości proszę powyższe zagadnienie szczegółowo omówić z urologiem prowadzącym.

- **Wytrysk wsteczny.** To stosunkowo często występujące następstwo przebytego TURP (dotyczy ponad połowy operowanych). Polega ono na braku wytrysku nasienia na zewnątrz cewki po stosunku płciowym. Na skutek wytworzenia dużej łoży w sterzowym odcinku cewki moczowej nasienie podczas ejakulacji wpływa do pęcherza moczowego. Zjawisko to, inaczej zwane „suchym orgazmem”, nie jest groźne, ale może w wybranych przypadkach stanowić istotne ograniczenie komfortu życia operowanego mężczyzny oraz uniemożliwić naturalne zapłodnienie.
- **Zaburzenia wzrodu prącia.** To częściowe lub całkowite pogorszenie możliwości osiągnięcia i utrzymania wzrodu prącia umożliwiającego odbycie satysfakcjonującego stosunku płciowego. Jest to bardzo rzadkie następstwo TURP, ale jego wystąpienia nie można całkowicie wykluczyć.
- **Konieczność dalszego leczenia po TURP.** Nieliczni mężczyźni w różnym czasie po przebytych TURP mogą potrzebować dalszego leczenia z powodu objawów rozrostu prostaty. Może być to spowodowane niewystarczającą poprawą w zakresie oddawania moczu lub nawrotem dolegliwości. Czasami po TURP może rozwinąć się zwężenie cewki moczowej (poniżej 4% operowanych), wymagające osobnego leczenia zabiegowego. Po długim czasie od operacji może również dojść do odrostu gruczołaka, wymagającego ponownego zabiegu przezcewkowego. Jest to rzadka sytuacja, w większości przypadków dotyczy pacjentów, którzy w młodym wieku przeszli pierwszy zabieg przezcewkowej elektroresekcji stercza.

#### Ogólne zalecenia pooperacyjne

- Należy pić dużo płynów (co najmniej 2,5 l/dobę). Ma to na celu sprawne wypłukanie pęcherza ze skrzepów oraz przyspieszenie 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 wątpliwości proszę to omówić z lekarzem prowadzącym.

- Nie należy stosować żadnych leków doustnych hamujących krzepnięcie krwi. Ich zażycie może przyczynić się do wystąpienia masywnego krwiomoczu. 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 3-6 tygodni po operacji.
- Należy zrealizować przepisane recepty i przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza.

**W pierwszych tygodniach po TURP mogą pojawić się następujące problemy:**

- Ból podczas oddawania moczu, uczucie częstego parcia na mocz, przejściowe utrudnienie w oddawaniu moczu. Dolegliwości te wynikają zwykle z pooperacyjnego obrzęku śluzówki dróg moczowych i ustępują po upływie kilku tygodni.
- Krwiomocz. Jest częstym następstwem w pierwszych dniach po operacji. W tym czasie z cewki mogą wydostawać się pojedyncze skrzepy i fragmenty tkanek. Krwawienie może również nawracać po kilku dniach oddawania czystego, słomkowego moczu. Jeśli zaobserwuje Pan obfite krwawienie oraz wydostawanie się dużych ilości skrzepów, proszę niezwłocznie skontaktować się z urologiem prowadzącym lub zgłosić się do szpitala, gdzie był Pan operowany.

Po upływie kilku do kilkunastu dni po operacji otrzyma Pan wynik badania histopatologicznego. Po uzyskaniu wyniku badania należy w każdym przypadku zgłosić się do urologa prowadzącego. Kłopoty z oddawaniem moczu przeważnie nie są związane z rakiem prostaty, ale nie można jednoznacznie wykluczyć współistnienia raka stercza u pacjenta operowanego z powodu BPH.

**Wyniki i leczenie uzupełniające**

Większość mężczyzn po TURP odnotowuje znaczną poprawę w zakresie oddawania moczu już w pierwszych dniach po operacji. Należy jednak pamiętać, że podczas zabiegu usunięto jedynie wewnętrzną część stercza, a część zewnętrzna (torebka) pozostała nienaruszona. W związku z tym po upływie wielu lat może dojść do nawrotu dolegliwości związanych z BPH. Dlatego po TURP nadal należy zgłaszać się raz w roku na rutynową kontrolę urologiczną, gdyż nadal 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 PRZECZEWKOWĄ ELEKTRORESEKCJĘ STERCZA (TURP)**

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 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 przezcewkowej elektroresekcji stercza (TURP)**

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).

