

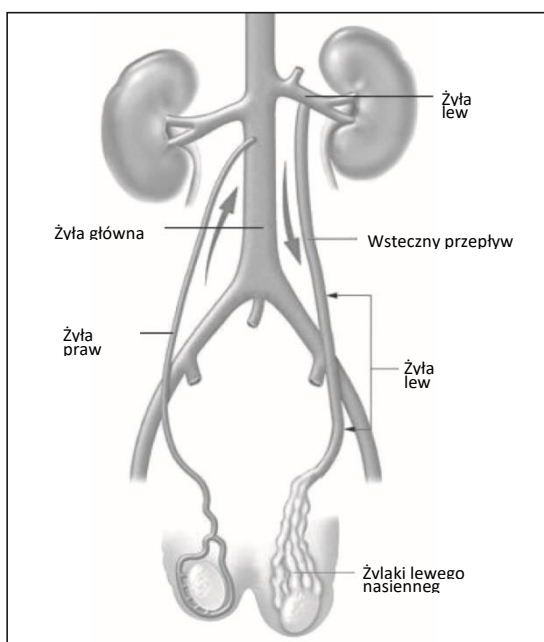
WARIKOCELEKTOMIA - LAPAROSKOPOWE ZAOPATRZENIE ŻYŁAKÓW POWRÓZKA NASIENNEGO

**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 żylaki powróżka nasiennego. Z tego powodu jest Pan zakwalifikowany do zabiegu warikocelktomii laparoskopowej. 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.

Czym są żylaki powróżka nasiennego

Żylaki powróżka nasiennego to poszerzenie, poskręcanie i wydłużenie naczyń żylnych odprowadzających krew z jądra oraz moszny i tworzących w worku mosznowym oraz ponad nim tzw. splot wiciowaty. Splot ten wchodzi w skład powróżka nasiennego nad jądrem i wraz z powróżkiem nasiennym przez kanał pachwinowy wchodzi do jamy brzusznej. Naczynia jądrowe w miarę przemieszczania się w kierunku jamy brzusznej łączą się w coraz większe i mniej liczne pnie żyłne, ostatecznie uchodzą jako pojedyncza żyła jądrowa do żyły głównej dolnej (strona prawa) i żyły nerkowej (strona lewa).



Tworzenie się żylaków związane jest głównie z opisaną powyżej anatomią. Lewa żyła jądrowa jest znacznie dłuższa od prawej, jest ona jednym z najdłuższych naczyń w ciele mężczyzny, ponadto

uchodzi do lewej żyły nerkowej pod kątem prostym, co powoduje w miejscu jej ujścia przepływ turbulentny i znacznie utrudnia spływ krwi z lewego jądra. Jeśli mężczyzna dodatkowo ma niewydolne zastawki żyłne lub cierpi na ich wrodzony brak, bardzo łatwo dochodzi do znacznych utrudnień w odpływie krwi z lewej części moszny, co prowadzi do stopniowego poszerzania żył splotu wiciowatego i tworzenia żylaków po stronie lewej. Brak prawidłowo funkcjonujących zastawek żylnych i poszerzenie naczyń umożliwia wsteczny (odwrócony) przepływ krwi żyłnej z jamy brzusznej do jąder, szczególnie nasilający się przy napinaniu mięśni brzucha, co ma miejsce podczas większości aktywności fizycznych. Prowadzi to do niedotlenienia komórek jąder oraz do podwyższenia ich temperatury, która w warunkach prawidłowych powinna być o około 2 stopni C niższa niż w pozostałych częściach ciała. W efekcie może to prowadzić do przewlekłych dolegliwości bólowych w mosznie i okolicach pachwinowych oraz do upośledzenia tworzenia i dojrzewania plemników, co skutkuje zaburzeniami płodności, a w skrajnych przypadkach całkowitą bezpłodnością.

Kiedy wykonuje się laparoskopowe zaopatrzenie żylaków powrózka nasiennego

Operację laparoskopowego zaopatrzenia żylaków powrózka nasiennego wykonuje się jedynie u części pacjentów z tym rozpoznaniem. Obecność żylaków musi zostać potwierdzona nie tylko w fizykalnym badaniu urologicznym, ale także w badaniu USG Doppler, podczas którego zostanie zobrazowane nieprawidłowe poszerzenie naczyń jądrowych oraz uwidoczniona zostanie tzw. fala zwrotna, czyli nieprawidłowy wsteczny przepływ krwi z jamy brzusznej do moszny podczas wykonywania przez pacjenta parcia tłoczną brzuszną. Rozpoznanie żylaków w opisanych powyżej badaniach nie jest wystarczającym wskazaniem do wykonania operacji. Kwalifikacja do leczenia operacyjnego uzasadniona jest wyłącznie wtedy, gdy obecności żylaków powrózka nasiennego towarzyszą następujące objawy:

- bóle w mosznie promieniujące do okolicy pachwinowej (jednocześnie nasilenie i częstość występowania dolegliwości jest nieakceptowalna dla pacjenta);
- zaburzenia płodności potwierdzone dwukrotnie w badaniu nasienia, stanowiące istotny problem dla danego pacjenta (tzn. planującego posiadanie w przyszłości potomstwa);
- duże, widoczne gołym okiem żylaki moszny i powrózka nasiennego, stanowiące dla pacjenta istotny defekt kosmetyczny (rzadko stawiane wskazanie).

Na czym polega i jak przebiega zabieg

Operacja laparoskopowego zaopatrzenia żylaków powrózka nasiennego jest obecnie najskuteczniejszym sposobem leczenia tej choroby. Jest ona wykonywana w znieczuleniu ogólnym (narkozie), podczas którego pacjent jest całkowicie uspijony, a podstawowe funkcje życiowe są stale monitorowane i wspomagane przez aparaturę anestetyczną. Na początku operacji urolog wykonuje trzy niewielkie nacięcia skóry, przeważnie zlokalizowane pod pępkiem i obustronnie w podbrzuszu. Położenie nacięć może być czasem modyfikowane w zależności od operowanej strony i budowy ciała pacjenta. W nacięciach umieszczone zostaną specjalne porty (tzw. trokary) umożliwiające wprowadzenie do wnętrza ciała pacjenta cienkich narzędzi chirurgicznych i kamery endoskopowej. Podczas operacji zostaje wypreparowana i następnie zamknięta specjalnymi klipsami żyła jądrowa. Żylaki nie są usuwane z powrózka nasiennego, ponieważ zamknięcie głównego pnia żyły jądrowej wyłącza całkowicie wsteczny spływ krwi do moszny. Operację

kończy usunięcie narzędzi i portów laparoskopowych oraz zszycie powłok brzusznych. Przeważnie w tym celu używa się szwów wchłaniających, które samoistnie rozpuszczają się po około 2–4 tygodniach, dzięki czemu nie jest konieczne ich usuwanie.

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.

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 2–3 dni. W celu ograniczenia bólu pooperacyjnego będzie Pan otrzymywał środki przeciwbólowe. W pierwszej dobie po operacji będzie Pan mógł pić bez ograniczeń oraz spożywać pokarmy płynne i lekkostrawne. Po operacji

przeważnie nie pozostawia się drenu ani cewnika, jednakże w wyjątkowych sytuacjach może okazać się to konieczne.

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 około 1 tygodnia. W tym czasie nie powinien Pan wykonywać żadnej ciężkiej pracy fizycznej.

W większości przypadków operacja kończy leczenie i nie są potrzebne żadne dodatkowe terapie. Ryzyko nawrotu żylaków po operacji laparoskopowej jest bardzo małe. Tym niemniej zaleca się kontrolę u urologa prowadzącego po okresie 3 miesięcy. Jeśli główną przyczyną operacji były zaburzenia płodności, wskazane jest powtórzenie badania nasienia najwcześniej po upływie 6 miesięcy. Leczenie operacyjne żylaków powrózka nasiennego poprawia parametry nasienia średnio u 60% pacjentów. Na pierwszą zauważalną zmianę trzeba czekać około 3 miesięcy, ponieważ powstanie i dojrzewanie plemnika trwa około 80 dni. Na pełne efekty należy czekać przez około rok czasu.

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

Chociaż laparoskopowe zaopatrzenie żylaków powrózka nasiennego jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia, z operacją tą związane jest ryzyko wystąpienia pewnych następstw i powikłań. Należą do nich:

- **Wodniak jądra.** Jest rodzajem torbieli w mosznie, tworzącej się wokół jądra. Ma on postać owalnego tworzywa otoczonego osłonkami jądra, które jednocześnie stanowią ścianę wodniaka. Jego powstanie po warikocelktomii jest zwykle następstwem zmienionych warunków odpływu krwi z moszny, prowadzących do powstania podwyższonego oporu naczyniowego, w efekcie czego część płynu z naczyń krwionośnych i chłonnych może ulegać przesączaniu do wolnej przestrzeni wokół jądra.

Wodniak jest stosunkowo częstym następstwem operacji żylaków powrózka nasiennego, dotyczy około 5–10% pacjentów. Prawdopodobieństwo jego powstania zwiększa się, jeśli jednocześnie operowane były żylaki po obu stronach. Powiększenie moszny u części pacjentów bywa zjawiskiem przejściowym, ale niekiedy może mieć charakter utrwalony, powodować ból lub dyskomfort i wymagać ponownej operacji polegającej na otwarciu moszny i usunięciu wodniaka jądra.

- **Krwawienie.** Istotne krwawienie podczas warikocelktomii zdarza się bardzo rzadko. Jakkolwiek leki wpływające na czynność płytek krwi lub krzepnięcia należy odstawić w określonym czasie przed zabiegiem i poinformować o tym lekarza prowadzącego. Jest to niezmiernie ważne. W czasie operacji może występować nieznaczne krwawienie z drobnych naczyń położonych w okolicy powrózka nasiennego.

Zwykle jest ono dobrze kontrolowane i nie stanowi istotnego zagrożenia. Żyła jądrowa jest dużym naczyniem, dlatego w trakcie operacji zaopatrywana jest specjalnymi klipsami naczyniowymi. W wyjątkowych przypadkach, jeśli w trakcie operacji naczynie jądrowe było klipsowane i jednocześnie przecinane, może wystąpić śródoperacyjnie lub po operacji silne krwawienie, którego przyczyną zwykle jest samoistne spadnięcie klipsu z kikuta przeciętego naczynia. W takim przypadku konieczna może być pilna reoperacja polegająca na ewakuacji krwiaka i ponownym zaopatrzeniu krwawiącego naczynia.

- **Uszkodzenie jelita.** Jest to bardzo rzadkie i poważne powikłanie. Może do niego dojść w przypadku, gdy u pacjenta występują liczne masywne zrosty (jelita są przyrośnięte do ściany jamy brzusznej) i aby dotrzeć do powrózka nasiennego, konieczne jest ich uwolnienie. Uszkodzenie jelita może zostać rozpoznane śródoperacyjnie – wówczas jest zwykle jednoczasowo zaopatrywane, lub po operacji, gdy pojawią się objawy ze strony przewodu pokarmowego – wtedy konieczna jest zazwyczaj kolejna operacja. Może ona polegać na płukaniu jamy brzusznej oraz zaopatrzeniu uszkodzenia, w wyjątkowych przypadkach może zaistnieć potrzeba wyłonienia czasowej stomii kałowej.
- **Odma podskórna.** Do stosunkowo częstych i niegroźnych następstw zabiegów laparoskopowych należy odma podskórna. Polega ona na przedostaniu gazu pod skórę, który ulega spontanicznemu wchłonięciu, jednak zanim to nastąpi może dawać objawy w postaci bólu barków i karku oraz/lub obrzęku twarzy i szyi.
- **Powikłania sercowo-naczyniowe i infekcyjne.** Bardzo rzadko mogą wystąpić powikłania natury sercowo-naczyniowej, takie jak zatorowość płucna, zawał serca, zatrzymanie akcji serca, udar mózgowy bądź czasowe niedotlenienie, oraz stany zapalne dróg oddechowych czy zakażenie organizmu (sepsa). Niektórzy pacjenci wymagają czasowego pobytu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej. Ryzyko zgonu jest nikłe, jednak nie można go wykluczyć całkowicie.
- **Konwersja.** Jeśli w trakcie zabiegu wystąpią niespodziewane trudności w operowaniu techniką laparoskopową (każda wcześniejsza operacja w obrębie jamy brzusznej lub przestrzeni zaotrzewnowej zwiększa prawdopodobieństwo zrostów), lekarz urolog może podjąć decyzję o konwersji do operacji „otwartej”, czyli klasycznego przecięcia skóry i mięśni.

Ogólne zalecenia pooperacyjne

- Należy codziennie dbać o odpowiednią higienę w miejscu operowanym. Wskazana jest codzienna kąpiel pod prysznicem, podczas której zaleca się mycie mydłem w płynie. Po kąpeli nie należy wycierać okolicy ran ręcznikiem, tylko odkazić je za pomocą zaleconego preparatu (np. Octenisept) i pozostawić do wyschnięcia. Następnie wskazane jest założenie czystego, jałowego opatrunku. Tak należy postępować przez okres od 1 do 2 tygodni po zabiegu.
- Należy powstrzymać się od podejmowania intensywnej aktywności przez okres 6 tygodni od zabiegu. Intensywne ćwiczenia, zwłaszcza siłowe, mogą wpłynąć niekorzystnie na ryzyko powstania wodniaka jądra.
- Nie należy stosować żadnych doustnych leków hamujących krzepnięcie krwi. Ich zażycie może przyczynić się do wystąpienia krwawienia pooperacyjnego. 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 zrealizować przepisane recepty i przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza.

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 WARIKOCELEKTOMIĘ - LAPAROSKOPOWE ZAOPATRZENIE
ŻYŁAKÓW POWRÓZKA NASIENNEGO**

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.

DI-PP-OS-1/141

- 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 warikocelktomii - laparoskopowego zaopatrzenia żyłaków powrózka nasiennego**

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 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 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).

