

URETERORENOSKOPIA Z LITOTRYPSJĄ (URS/URSL)

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

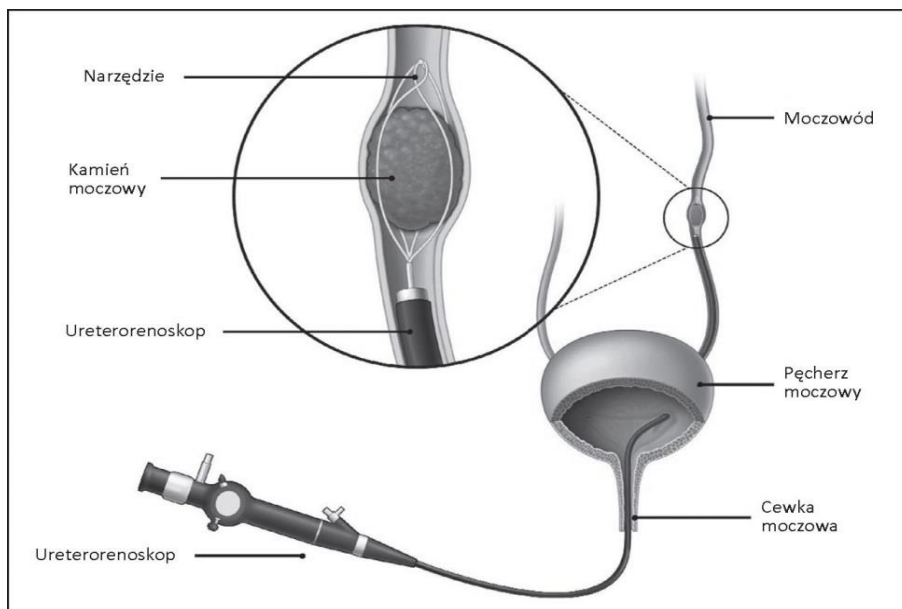
Stwierdzono u Pani/Pana obecność przeszkody w odpływie moczu z nerki. Na tej podstawie zakwalifikowano Panią/Pana do zabiegu ureterorenoskopii. Poniżej znajdują się podstawowe informacje o chorobie oraz leczeniu, które Pani/Panu zaproponowano. Zachęcamy do zapoznania się z nimi i przedyskutowania ewentualnych 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 ureterorenoskopii

Jest to zabieg, w trakcie którego urolog wprowadzi cienki aparat optyczny (ureterorenoskop) przez cewkę moczową i dalej przez pęcherz bezpośrednio do moczowodu, bez wykonywania nacięć skóry. Aparatem tym oceni wnętrze moczowodu, zlokalizuje nieprawidłowości w jego obrębie i jeśli będzie to możliwe, postara się je usunąć. Jeżeli zachodzi taka konieczność, zabieg ten można wykonać jednocześnie po obu stronach. Aparat URS oprócz przekazywania obrazu wnętrza moczowodu umożliwia wprowadzenie dodatkowych przyrządów przystosowanych do kruszenia kamieni (np. włókno laserowe), usuwania ich fragmentów (kleszczyki, koszycki) i pobierania tkanki podejrzanej o zmiany nowotworowe. Operacja ta zazwyczaj jest przeprowadzana w znieczuleniu lędźwiowym podpajęczynówkowym, w trakcie którego pacjent nie odczuwa bólu, ale pozostaje przytomny, co pozytywnie wpływa na jego bezpieczeństwo i umożliwia współpracę z zespołem operacyjnym.

Pacjent do zabiegu ułożony jest w pozycji „litotomijnej” (na plecach, z uniesionymi i odwiedzionymi w biodrach nogami). Skóra okolicy kroczka zostanie umyta środkiem dezynfekcyjnym. Aparatem URS urolog oceni wnętrze moczowodu. Jeśli zlokalizuje w jego obrębie nieprawidłowe zmiany, postara się je usunąć. W zależności od rodzaju przeszkody może być to skruszenie kamienia laserem lub litotrypterem hydraulicznym, wykonanie nacięcia lub poszerzenia zwężenia moczowodu, pobranie fragmentów guza do badania histopatologicznego. Jeśli zajdzie taka konieczność, po zabiegu zostanie pozostawiony cewnik podwójnie zagięty (cewnik DJ) w moczowodzie na okres od kilku dni do kilku tygodni. Cewnik DJ to cienka rurka wykonana z tworzywa sztucznego. Jest on wprowadzony do moczowodu w ten sposób, że jego jeden koniec jest zwinięty w nerce, a drugi znajduje się w pęcherzu moczowym. Wprowadzenie cewnika ma na celu zapewnienie prawidłowego odpływu moczu z nerki po przebytych zabiegach URS i umożliwia właściwe wygojenie moczowodu po przebytych kruszeniach kamienia. Czasami, jeśli planuje się pozostawienie cewnika DJ na okres 1-2 tygodni, zostawia się wyprowadzoną na zewnątrz cewki moczowej cienką nitkę, przymocowaną do końca cewnika znajdującego się w pęcherzu moczowym. Umożliwia to łatwe usunięcie cewnika w warunkach ambulatoryjnych, bez konieczności wprowadzania do pęcherza cystoskopu. Nitka pozostawiona na zewnątrz cewki

moczowej nie powoduje poważniejszych dolegliwości, ale wymaga od pacjenta ostrożnego postępowania, szczególnie podczas czynności higienicznych, aby uniknąć przypadkowego, przedwczesnego usunięcia cewnika DJ. Jeśli cewnik DJ jest założony na dłuższy czas, nie pozostawia się na zewnątrz cewki nitki. Wówczas usunięcie cewnika wymaga wykonania wziernikowania pęcherza moczowego (cystoskopii). Termin tego zabiegu zostanie ustalony w dniu wypisania pacjenta do domu. Dodatkowo może zostać pozostawiony cewnik w pęcherzu moczowym na okres od kilku godzin do kilku dni.



Kiedy wykonuje się ureterorenoskopię

Najczęstszym wskazaniem do wykonania URSL jest obecność przeszkody w moczowodzie. Może to być kamica moczowodu niekwalifikująca się do leczenia metodą „rozbijania”, niejasny obraz badań obrazowych budzący podejrzenie zmiany nowotworowej lub zwężenie moczowodu. Wskazaniem może być również powtarzające się krwawienie z dróg moczowych.

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 dzień. Wskazane jest zatem wcześniejsze zorganizowanie transportu do miejsca zamieszkania.

Przez jedną dobę po zabiegu będzie Pani/Pan miała/miał pozostawiony cewnik w pęcherzu moczowym. Cewnik pęcherzowy zwykle usuwany jest następnego dnia po operacji. Jeśli w trakcie zabiegu był pobierany materiał do badania histopatologicznego, zostanie Pani/Pan o tym poinformowany. Po upływie kilku do kilkunastu dni od operacji otrzyma Pani/Pan wynik badania histopatologicznego. Po uzyskaniu wyniku należy się w każdym przypadku zgłosić do urologa prowadzącego. Ustalenie ostatecznego rozpoznania pooperacyjnego w oparciu o wynik badania histopatologicznego może mieć istotny wpływ na dalsze leczenie.

Jeśli zostanie pozostawiony w moczowodzie cewnik DJ w celu zapewnienia lepszego gojenia moczowodu, musi on zostać usunięty. Wymagać to będzie zgłoszenia się ponownie do szpitala lub poradni urologicznej. O terminie zostanie Pani/Pan poinformowana/ poinformowany przez urologa prowadzącego.

Cewnik DJ, mimo iż może ograniczać sprawność, w dłuższej perspektywie nie jest przeciwwskazaniem do wykonywania normalnych, codziennych czynności zawodowych i domowych.

W większości wypadków po zabiegu pić można niegazowane płyny bezpośrednio po powrocie do łóżka, jeśli 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

- **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 i zatrzymania moczu w pęcherzu. W takim przypadku zachodzi konieczność wprowadzenia cewnika przez cewkę moczową i wypłukania skrzepów z pęcherza moczowego. Może zajść też konieczność przyjmowania przez pacjenta leków przeciwkrwotocznych lub czasowego pozostania w szpitalu do obserwacji.
- **Krwawienia późne.** Czasami zdarza się zaobserwować krwiomocz jakiś czas po zabiegu. Jest to spowodowane podrażnieniem błony śluzowej dróg moczowych przez cewnik DJ. Najczęściej występuje to po wysiłku fizycznym. W takim przypadku stosuje się leczenie zachowawcze w postaci, jeśli to możliwe, eliminacji czynnika wyzwalającego i ewentualnie sporadycznie leków przeciwkrwotocznych.
- **Dolegliwości bólowe podbrzusza, uczucie parcia na mocz.** Objawy te także są spowodowane drażnieniem błony śluzowej pęcherza moczowego przez cewnik DJ. Zazwyczaj występują one przez kilka dni po zabiegu i stopniowo zanikają. Sporadycznie pacjent całkowicie nie toleruje cewnika DJ, w takim przypadku cewnik jest usuwany przez cewkę moczową.
- **Uraz moczowodu.** Niewielki lub średniego stopnia uraz moczowodu, jaki powstaje w trakcie prowadzenia cewnika DJ, zazwyczaj goi się bezpośrednio na samym cewniku i nie wymaga żadnych dodatkowych czynności. W bardzo rzadkich przypadkach, kiedy dojdzie do całkowitego oderwania fragmentu moczowodu, konieczne jest leczenie operacyjne, polegające na wykonaniu plastyki i zszyciu uszkodzenia moczowodu.
- **Powikłania sercowo-naczyniowe i infekcyjne.** Bardzo rzadko mogą wystąpić powikłania natury sercowo-naczyniowej, takie jak utrata przytomności, arytmia serca i w konsekwencji zatrzymanie akcji serca na skutek zaburzeń jonowych, czy zakażenie organizmu (sepsa). Ryzyko poważnych powikłań jest nikłe, jednak nie można go wykluczyć całkowicie.

Ogólne zalecenia pooperacyjne

- Wskazane jest spożycie minimum 2,5 litra płynów na dobę. Ma to na celu zwiększenie produkcji moczu, co przyspiesza oczyszczenie się nerki ze skrzepów i powrót jej prawidłowej funkcji.
- Proszę 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.
- Proszę powstrzymać się od wykonywania ciężkiej pracy fizycznej przez okres co najmniej 6 tygodni.
- Jeśli po zabiegu założono u Pana/Pani w moczowodzie cewnik DJ, mogą utrzymywać się objawy podrażnienia pęcherza moczowego (uczucie częstego, uporczywego parcia na mocz). Ponadto czasami pozostawiana jest na zewnątrz cewki moczowej cienka nitka. Jest ona przymocowana do końca cewnika znajdującego się w pęcherzu moczowym. Proszę tę nitkę samodzielnie nie usuwać, gdyż może to doprowadzić do przemieszczenia się lub całkowitego usunięcia cewnika DJ. Wyłącznie urolog jest upoważniony do usuwania cewnika DJ poprzez wyciągnięcie nitki z cewki moczowej. Musi to nastąpić w terminie określonym przez lekarza wykonującego zabieg.
- 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 URETERORENOSKOPIĘ Z LITOTRYPSJĄ (URS/URSL)

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 ureterorenoskopii z litotrypsją (urs/ursl)**

Imię..... Nazwisko.....

.....
data

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

Szpital SALUS®

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 pielęgniarską. 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).

