

CYSTOLITOTRYPSJA – ENDOSKOPOWE KRUSZENIE KAMIENI W PĘCHERZU MOCZOWYM

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

Rozpoznano u Pani/Pana kamicę pęcherza moczowego. Z tego powodu jest Pani/Pan zakwalifikowana/zakwalifikowany do zabiegu cystolitotrypsji - endoskopowego kruszenia i usunięcia kamieni. 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.

Czym jest kamica pęcherza moczowego

Kamica pęcherza moczowego to obecność w pęcherzu jednego lub większej liczby złogów. Kamienie tworzą się, gdy mocz w pęcherzu ulega zagęszczeniu i zachodzi krystalizacja zawartych w nim minerałów. Obecność w pęcherzu zagęszczonego, zastoinowego moczu jest często spowodowana trudnościami w całkowitym opróżnianiu pęcherza moczowego. Kamica pęcherza nie zawsze powoduje objawy i może być wykryta przypadkowo w trakcie badań wykonywanych z innych przyczyn. Jeśli objawy występują, mogą przybierać różną formę - od bólu w podbrzuszu do krwimoczu. Niewielkie złogi mogą zostać wydalone samoistnie z moczem, ale większe wymagają interwencji urologicznej. Nieleczona kamica pęcherza moczowego może powodować zakażenia i poważne powikłania.

Objawy związane z kamicą pęcherza moczowego mogą być następujące:

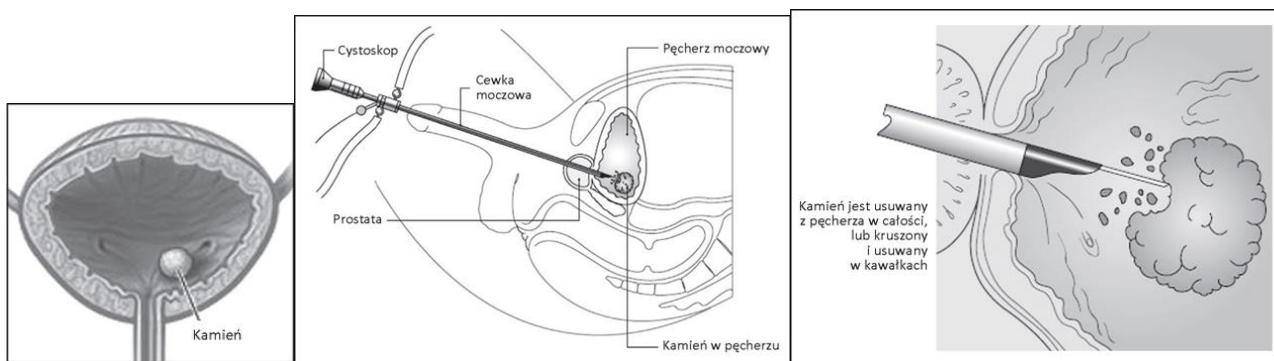
- Ból w podbrzuszu.
- U mężczyzn ból i dyskomfort w okolicy penisa.
- Ból podczas oddawania moczu.
- Częste oddawanie moczu.
- Trudności w oddawaniu moczu lub przerywany strumień.
- Krwimocz.
- Obecność wtrętów, „kłaczków”, lub nietypowy, ciemny kolor moczu.

Czym jest cytolitotrypsja

Cystolitotrypsja jest powszechnie stosowaną metodą leczenia kamicy pęcherza moczowego. Umożliwia małoinwazyjne (bez cięcia powłok ciała) wprowadzenie narzędzi do pęcherza poprzez cewkę moczową i skruszenie oraz usunięcie złogów.

Cystolitotrypsja jest wykonywana przeważnie w znieczuleniu podpajęczynówkowym (przewodowym, lędźwiowym), w trakcie którego pacjent nie odczuwa bólu, ale pozostaje

przytomny, co pozytywnie wpływa na jego bezpieczeństwo i umożliwia współpracę z zespołem operacyjnym. W szczególnych przypadkach może być zastosowane znieczulenie ogólne (narkoza), wówczas pacjent zostaje całkowicie uśpiony.



Podczas tej operacji specjalne narzędzie - cystolitotrypter, jest wprowadzane do cewki moczowej i następnie do pęcherza moczowego. Aparat zbudowany jest z układu optycznego przekazującego obraz endoskopowy oraz z części pracującej, która służy do kruszenia i usuwania kamieni. Po sprawdzeniu anatomii cewki i pęcherza jest on wprowadzany do pęcherza moczowego. Następnie urolog kruszy dostępnymi narzędziami zlokalizowane uprzednio kamienie i usuwa lub wypłukuje fragmenty na zewnątrz. Jeśli po tym zabiegu występuje krwawienie z błony śluzowej pęcherza moczowego, operator przed zakończeniem procedury przeprowadza koagulację krwawiących miejsc. Po zabiegu pozostawia się cewnik w pęcherzu moczowym w celu zapewnienia stałego odpływu moczu i ewentualnych drobnych odłamków pokruszonych podczas zabiegu kamieni. Cewnik przeważnie usuwany jest w następnym dniu po operacji, po czym pacjent jest wypisywany do domu.

W leczeniu operacyjnym kamicy pęcherza moczowego cystolitotrypsja jest najczęściej wykonywaną procedurą. Umożliwia małoinwazyjne usunięcie kamieni i szybki powrót do codziennej aktywności.

Cystolitotrypsja jest wykonywana u pacjentów z małymi i średnimi kamieniami w pęcherzu moczowym, u których nie ma istotnych przeszkód w dostępie przezcewkowym do pęcherza moczowego (np. olbrzymi gruczolak stercza uniemożliwia wprowadzenie aparatu). Leczeniu poddaje się pacjentów z kamieniami, które nie rokują samoistnego wydalenia przez cewkę (większość przypadków).

Cystolitotrypsja zwykle trwa około 60 minut. W tym czasie pacjent jest znieczulony. Standardowo stosuje się znieczulenie dokręgowo podpajęczynówkowe. Dzięki temu pacjent pozostaje przytomny, ale nie odczuwa żadnego bólu związanego z operacją. Czasami może być potrzebne znieczulenie ogólne.

Ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych

Każdy zabieg urologiczny wiąże się z ryzykiem wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Większość pacjentów czuje się dobrze po zabiegu cystolitotrypsji, jednak w niektórych przypadkach mogą wystąpić zdarzenia niepożądane, takie jak:

- **Masywne krwawienie.** Nieznaczne i umiarkowane krwawienie, które może wystąpić podczas zabiegu cystolitotrypsji (zwłaszcza u chorych z dużymi kamieniami), nie stanowi dla pacjenta większego zagrożenia. Natomiast masywne krwawienie, wymagające

ponownej oceny endoskopowej i zaopatrzenia krwawiących miejsc, zdarza się po zabiegu cystolitotrypsji wyjątkowo rzadko. W większym stopniu wystąpieniem tego powikłania są zagrożeni pacjenci ze znacznie powiększonym sterczem.

- **Przejęciowe utrudnienie w oddawaniu moczu.** Może wystąpić w pierwszych dniach po operacji u niektórych pacjentów. Czasami może dojść do zatrzymania moczu, wymagającego dłuższego utrzymania cewnika w pęcherzu moczowym. Jest to przeważnie wynikiem obrzęku błony śluzowej cewki moczowej bądź zatkania światła cewki przez skrzepy lub okruchy kamienia.
- **Infekcja układu moczowego i uogólnione zakażenie.** U pacjentów z kamcią pęcherza moczowego zakażenie układu moczowego występuje już przed operacją, na skutek rozwoju bakterii w sprzyjających warunkach. Z tego powodu stosuje się profilaktyczną antybiotykoterapię w trakcie zabiegu cystolitotrypsji.
W bardzo rzadkich przypadkach kamica pęcherza moczowego, zarówno nieleczone, jak i po leczeniu operacyjnym, może doprowadzić do uogólnionego zakażenia bakteryjnego organizmu (sepsy). Wówczas konieczny jest dłuższy pobyt pacjenta w szpitalu i leczenie antybiotykami podawanymi dożylnie.
- Najcięższe powikłania występują wyjątkowo rzadko. Należą do nich takie stany, jak:
 - perforacja (przedziurawienie) pęcherza moczowego,
 - uszkodzenie cewki moczowej,
 - przetoka pęcherzowo-jelitowa,
 - przetoka pęcherzowo-pochwowa (u kobiet).

Wymienione powikłania dotyczą zwykle skomplikowanych przypadków, w których kamicy pęcherza moczowego towarzyszą inne poważne choroby pęcherza moczowego i dolnych dróg moczowych. Takie powikłania mogą wymagać dalszego leczenia chirurgicznego (w tym operacji otwartych).

Gdzie zgłosić się w dniu operacji?

W dniu operacji prosimy zgłosić się z niezbędnymi dokumentami (skierowanie na operację, podpisana zgoda na operację, dowód ubezpieczenia) do Izby Przyjęć. Należy przygotować się na około 1-2 dniowy pobyt i zabrać rzeczy, które w takim czasie mogą być przydatne. Absolutnie niezbędne jest wzięcie całej posiadanej dokumentacji medycznej, w tym wyników badań obrazowych (opis w formie pisemnej oraz płyta CD/DVD z nagrany 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 zabiegu 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 trwa zwykle 1-2 dni. Pozostawiony w pęcherzu cewnik zwykle usuwany jest następnego dnia po operacji, jednak czasami może okazać się konieczne utrzymanie cewnika przez kilka dni.

Wskazane jest wcześniejsze zorganizowanie transportu do miejsca zamieszkania, gdyż w tak krótkim czasie po operacji pacjent nie powinien prowadzić żadnych pojazdów. Może okazać się niezbędne utrzymanie cewnika w pęcherzu przez kilka dni po wypisaniu do domu. Należy również w planach osobistych i zawodowych uwzględnić pooperacyjny okres przeznaczony na rehabilitację. Trwa on zwykle około 2-4 tygodni. W tym czasie pacjent nie powinien 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 chirurga – 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.

Potencjalne dolegliwości pozabiegowe

- 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 około 4 tygodni.
- Krwimocz. Jest częstym następstwem w pierwszych dniach po operacji.

W tym czasie z cewki mogą wydostawać się pojedyncze skrzepy i fragmenty tkankowe. Krwawienie może również nawracać po kilku dniach oddawania czystego, słomkowego moczu.

Jeśli zaobserwuje Pani/Pan obfite krwawienie oraz duże ilości skrzepów, proszę niezwłocznie skontaktować się z urologiem prowadzącym lub zgłosić się do szpitala. Po około 3-4 tygodniach wskazana jest kontrola w ambulatorium u urologa prowadzącego. Proszę pamiętać o zabraniu na kontrolę całej dokumentacji medycznej oraz karty wypisowej ze szpitala.

Ogólne zalecenia pooperacyjne

- Należy pić dużo płynów (minimum 2,5 l/dobę). Ma to na celu sprawne płukanie pęcherza moczowego i zapobiega tworzeniu się złożeń.
- Należy nie dopuszczać zaparć. W tym celu należy spożywać pokarmy zawierające dużo błonnika i unikać produktów działających zapierająco. W razie wątpliwości proszę to przedyskutować z lekarzem lub dietetykiem.
- Nie należy stosować żadnych leków doustnych hamujących krzepnięcie krwi. Ich zażycie może przyczynić się do wystąpienia masywnego krwimoczu. Jeśli z powodu obciążeń kardiologicznych przed zabiegiem odstawiła Pani/ odstawił Pan doustne leki przeciwkrzepliwe i stosuje iniekcje heparyny, proszę kontynuować to leczenie przez minimum 2 tygodnie.
- Należy powstrzymać się od podejmowania aktywności seksualnej i wykonywania ciężkiej pracy fizycznej co najmniej przez 2 tygodnie po operacji.
- Należy zrealizować przepisane recepty i przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza.

Wyniki i leczenie uzupełniające

W zdecydowanej większości przypadków zabieg cystolitotrypsji kończy się całkowitym usunięciem wszystkich kamieni z pęcherza moczowego. W rzadkich przypadkach doszczętne usunięcie złożeń może być niemożliwe. Urolog może rozłożyć zabieg na kilka etapów lub zdecydować o wyborze procedury bardziej inwazyjnej (np. cystolitotomii). Samo usunięcie kamieni nie likwiduje przyczyny ich powstawania, którą najczęściej jest przeszkoda w odpływie moczu z pęcherza moczowego. Z tego powodu, nawet po całkowitym usunięciu wszystkich kamieni z pęcherza moczowego, może być konieczne dalsze leczenie urologiczne w celu poprawy odpływu moczu z pęcherza. Przeważnie po tym zabiegu wymagana jest okresowa

ZGODA NA CYSTOLITOTRYPSJĘ – ENDOSKOPOWE KRUSZENIE KAMIENI W PĘCHERZU MOCZOWYM

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 cystolitotrypsji – endoskopowego kruszenia kamieni w pęcherzu moczowym**

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 anestezjologicznej, która odbywa się na około 7-10 dni przed każdą operacją. Szczegółowa ocena anestezjologiczna pozwala z wyprzedzeniem rozpoznać ewentualne nieprawidłowości i ustabilizować stan zdrowia pacjenta przed zabiegiem, a w konsekwencji ograniczyć ryzyko samej operacji.
2. Po zakwalifikowaniu przez anestezjologa 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 anestezjolog 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).

§ 9

Pacjenci winni zgłaszać personelowi medycznemu wszelkie swoje dolegliwości, a także, gdy okoliczności tego wymagają, a możliwości pozwalają, dolegliwości innych pacjentów, mogące wskazywać na potrzebę pilnej pomocy.

§ 10

Pacjenci przed zabiegami powinni zgłaszać personelowi medycznemu fakt ewentualnego spożycia posiłku lub napoju.

§ 11

Pacjenci po zabiegach:

- siadają w łóżkach i/lub wstają z łóżek wyłącznie na podstawie decyzji personelu medycznego, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego
- spożywają pierwszy posiłek i wypijają napoje na podstawie decyzji personelu medycznego
- opuszczają oddział po otrzymaniu wypisu (Karty Informacyjnej z leczenia szpitalnego) lub na własne żądanie – wyłącznie po zgłoszeniu lekarzowi prowadzącemu, lekarzowi dyżurnemu lub Ordynatorowi i po odnotowaniu powyższego faktu w dokumentacji medycznej

§ 12

Ponadto na Oddziale Szpitalnym SALUS zabronione jest:

- bieganie (dzieci) z wyjątkiem sytuacji wymagających pilnej interwencji
- wnoszenie i spożywanie alkoholu oraz palenie papierosów
- wnoszenie i pozostawianie w pokojach pacjentów produktów spożywczych łatwo psujących
- wnoszenie i używanie wszelkich urządzeń zakłócających spokój pacjentów i pracę personelu
- zachowywanie się w sposób głośny, wulgarny i/lub stwarzający zagrożenie dla innych
- jakiegokolwiek zakłócanie i ingerowanie w proces leczenia i opieki nad pacjentem bez wiedzy i zgody upoważnionego personelu medycznego

Wszelkie odstępstwa od wymienionych zasad dopuszczalne są wyłącznie za zgodą Ordynatora lub innego upoważnionego personelu medycznego Oddziału Szpitalnego SALUS.

§ 13

Produkty spożywcze łatwo psujące przyniesione przez krewnych pacjentów mogą być przechowywane wyłącznie w specjalnie do tego celu przeznaczonej lodówce, znajdującej się w szpitalnej kuchni. Pozostałe produkty spożywcze i inne mogą być przechowywane w szafkach przy łóżkach szpitalnych. Pacjenci spożywający własne pokarmy lub napoje nie powinni częstować innych pacjentów bez zgody personelu medycznego.

§ 14

Pacjenci przebywający na terenie Oddziału Szpitalnego SALUS mają zapewnioną możliwość komunikacji z otoczeniem zewnętrznym. Mogą korzystać z własnych telefonów komórkowych, bezprzewodowego telefonu stacjonarnego na oddziale oraz bezprzewodowego internetu WI-FI. Komunikacja z otoczeniem zewnętrznym powinna być prowadzona bez zakłócania spokoju oraz procesu leczenia i opieki pozostałych pacjentów i personelu medycznego.

§ 15

Pacjenci obcojęzyczni i głuchoniemi mają zapewnioną całodobową możliwość porozumiewania z personelem medycznym. Z uwagi na planowy tryb leczenia, dyżury podczas pobytu pacjentów, wymagających komunikacji w języku obcym lub migowym obsadzone są przez personel medyczny porozumiewający się w danym języku lub za zgodą obu stron na czas pobytu pacjenta zatrudniony jest tłumacz.

§ 16

Pacjenci przebywający na oddziale szpitalnym SALUS mają prawo do korzystania z opieki duszpasterskiej. Na życzenie pacjenta lub jego najbliższych personel oddziału skontaktuje się telefonicznie z duchownym wskazanego wyznania.

Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią Regulaminu Oddziału Szpitalnego SALUS i zobowiązuję się stosować do jego zapisów. Mam świadomość, że celowo naruszając zapisy regulaminu mogę spowodować zagrożenie dla życia i/lub zdrowia swojego oraz innych pacjentów.

.....
data podpis pacjentki(a)