

CHECK-LISTY CZYNNOŚCI I ZABIEGÓW PIEŁĘGNIARSKICH

PODSTAWY PIEŁĘGNIARSTWA

KIERUNEK: PIEŁĘGNIARSTWO

CHECK-LISTY CZYNNOŚCI I ZABIEGÓW PIELĘGNIARSKICH

PODSTAWY PIELĘGNIARSTWA

KIERUNEK: PIELĘGNIARSTWO

Redakcja naukowa

Katarzyna Augustyniuk

Elżbieta Grochans



Wydawnictwo
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego
w Szczecinie

Redaktor naczelny: prof. dr hab. n. med. Dariusz Chlubek

Recenzja: prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułał

Redakcja i korekta: Aleksandra Kacianowska, Katarzyna Lutyńska-Nadolnik

Skład i łamanie, projekt okładki: Eliza Świtalska

Weryfikacja: Ryszard Sędkiewicz

Publikacja została sfinansowana z projektu nr POWR.05.03.00-00-0007/15-03 pn. „Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Umowa o dofinansowanie projektu nr POWR.05.03.00-00-0007/15-00.

© Copyright by Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, 2020

ISBN 978-83-64906-29-9 (I tom)

ISBN 978-83-64906-30-5 (seria)

Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin
tel. 91 48 00 861
www.pum.edu.pl/uczelnia/wydawnictwo
e-mail: wydawnictwo@pum.edu.pl

Wydanie I. Format: B-5. Objętość: ark. druk. 23.

Druk i oprawa: printgroup.pl

Autorzy

- dr n. med. Katarzyna Augustyniuk, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
- dr hab. n. zdr. Grażyna Bączyk, Zakład Praktyki Pielęgniarskiej, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
- mgr Anna Bielawska, Zakład Praktyki Pielęgniarskiej, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
- dr n. med. Iwona Bodys-Cupak, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum
- mgr Beata Bożek-Bezler, Zakład Praktyki Pielęgniarskiej, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
- dr n. zdr. Mariola Czajkowska, Zakład Propedeutyki Położnictwa, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- dr n. zdr. Grażyna Gebuza, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
- dr n. med. Małgorzata Gierszewska, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
- dr n. med., prof. UM Jolanta Glińska, Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- dr n. med., mgr piel. Hanna Grabowska, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Gdański Uniwersytet Medyczny
- dr n. zdr., mgr piel. Władysław Grabowski, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Gdański Uniwersytet Medyczny
- prof. dr hab. n. med. i n. zdr. Elżbieta Grochans, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
- dr n. med. Marzena Humańska, Pracownia Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
- dr n. med. Barbara Jankowiak, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- dr n. med. Iwona Jarocka, Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

- dr n. med. Alicja Kamińska, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum
- dr n. zdr. Marzena Kaźmierczak, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
- dr n. med. Bożena Kirpsza, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- dr hab. n. zdr. Grażyna Kobus, Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- dr n. zdr. Aleksandra Kołtuniuk, Zakład Chorób Układu Nerwowego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
- dr n. zdr. Agata Kosobucka, Katedra i Zakład Promocji Zdrowia, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
- dr n. med. Beata Kowalewska, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- dr n. hum. Halina Kulik, Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- mgr Agata Kulikowska, Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- mgr Małgorzata Lewandowska, Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- dr hab. n. zdr. Jolanta Lewko, Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- mgr Joanna Łatka, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum
- dr n. med. Anna Majda, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum
- dr n. zdr. Estera Mieczkowska, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
- mgr Renata Miller, Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- dr n. zdr. Anna Nawalana, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum
- dr n. hum. Beata Ogórek-Tęcza, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum
- mgr Katarzyna Olczak, Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

- mgr Małgorzata Pawlaczyk, Zakład Pielęgniarstwa Operacyjnego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- dr n. zdr. Dorota Piechocka, Zakład Ginekologii i Położnictwa Praktycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- dr n. med. Danuta Ponczek, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
- dr n. med. Monika Przechlewska, Zakład Ginekologii i Położnictwa, Katedra Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
- dr n. zdr. Krystyna Rochala, Zakład Położnictwa Praktycznego, II Katedra Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- dr n. med. Hanna Rolka, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- dr n. zdr. Anna Rozensztrauch, Zakład Neonatologii, Katedra Pediatrii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
- dr n. zdr. Anita Rybicka, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
- dr n. zdr. Daria Schneider-Matyka, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
- dr hab. n. zdr. Matylda Sierakowska, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- dr n. med. Regina Sierżantowicz, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- mgr Jolanta Sługocka, Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- dr n. med. Katarzyna Snarska, Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- dr n. med. Marzanna Stanisławska, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
- dr n. zdr. Małgorzata Starczewska, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
- dr n. zdr. Katarzyna Szymoniak, Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
- mgr Renata Tokarska, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum
- mgr Agata Ulenberg, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

- mgr Grzegorz Ulenberg, Zakład Pielęgniarstwa Zabiegowego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
- dr n. med. Sylwia Wieder-Huszla, Zakład Pielęgniarstwa Specjalistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
- dr n. zdr. Barbara Wrońska, Zakład Położnictwa Praktycznego, II Katedra Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- dr n. med. Joanna Zalewska-Puchała, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum
- dr n. med. Ewa Ziarko, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum

Spis treści

Czynności w zakresie postępowania higienicznego	13
1. Technika higieny rąk	14
2. Technika higienicznego mycia rąk	17
3. Technika higienicznej dezynfekcji rąk	19
Czynności w zakresie oceny podstawowych parametrów życiowych	21
4. Technika pomiaru i obserwacji oddechu	22
5. Technika pomiaru tętna	24
6. Technika pomiaru ciśnienia tętniczego krwi	26
7. Technika pomiaru temperatury ciała	29
8. Technika oceny stanu świadomości pacjenta	31
Czynności w zakresie oceny stanu ogólnego	33
9. Technika pomiaru wzrostu i masy ciała	34
10. Technika oceny ostrości wzroku	36
11. Technika oceny słuchu	39
12. Technika oceny napięcia mięśniowego	41
13. Technika oceny stanu powłok skórnych, włosów, jamy ustnej i narządów żucia	43
Czynności w zakresie zapewnienia komfortu i wygody pacjentowi	47
14. Technika prześcielenia łóżka pustego	48
15. Technika prześcielenia łóżka przez dwie pielęgniarki choremu leżącemu	52
16. Technika prześcielenia łóżka przez jedną pielęgniarkę choremu leżącemu	56
17. Technika zmiany bielizny pościelowej choremu leżącemu	60
18. Technika zmiany bielizny osobistej choremu leżącemu – zmiana piżamy	65
19. Technika zmiany bielizny osobistej choremu leżącemu – zmiana koszuli	68
Czynności w zakresie higieny osobistej pacjenta	71
20. Technika mycia chorego w łóżku	72
21. Technika kąpieli pacjenta pod prysznicem	78
22. Technika mycia głowy w łóżku	82
23. Technika kąpieli noworodka	86
24. Technika kąpieli niemowlęcia	91
25. Technika wykonywania toalety jamy ustnej u ciężko chorego	95
26. Technika założenia czepca przeciwwszawicznego	98

Czynności w zakresie odżywiania pacjenta	101
27. Technika karmienia i pojenia pacjenta	102
28. Technika karmienia pacjenta przez założony zgłębnik żołądkowy	105
29. Technika karmienia przez przetokę – gastrostomię	109
30. Technika karmienia przez przetokę – metodą grawitacyjną	112
Czynności w zakresie wykonywania zabiegów przeciwzapalnych	115
31. Technika wykonania okładu zimnego (wysychającego)	116
32. Technika wykonania okładu rozgrzewającego	119
33. Technika stawiania baniek leczniczych	122
34. Technika zastosowania lampy Sollux	125
Czynności w zakresie wykonywania zabiegów i podawania leków w obrębie przewodu pokarmowego	127
35. Technika podawania leków drogą doustną	128
36. Technika podania do odbytnicy leku w postaci czopka	131
37. Technika podania leku w postaci mikrowlewki doodbytniczej	134
38. Technika wykonania kroplowego przyspieszonego wlewu doodbytniczego	137
39. Technika wykonania przeczyszczającej wlewki doodbytniczej (enemy)	141
40. Technika wykonania lewatywy przeczyszczającej	144
41. Technika założenia suchej rurki doodbytniczej	148
42. Technika zgłębnikowania żołądka	151
43. Technika płukania żołądka	154
Czynności w zakresie wykonywania badań i pobierania materiału do badań laboratoryjnych	157
44. Technika pobrania moczu do badania ogólnego	158
45. Technika pobrania moczu do badania ogólnego u pacjenta leżącego	161
46. Technika pobrania moczu na posiew	164
47. Technika pobrania moczu na posiew przez cewnik	167
48. Technika przeprowadzenia dobowej zbiórki moczu	170
49. Technika przeprowadzenia bilansu płynów	173
50. Technika pobrania wymazu z ucha	176
51. Technika pobrania wymazu z worka spojówkowego	179
52. Technika pobrania materiału biologicznego z gardła	182
53. Technika pobrania materiału biologicznego z nosa	185
54. Technika pobrania materiału biologicznego z odbytu	188
55. Technika pobrania materiału biologicznego z rany	191
56. Technika pobrania materiału biologicznego z dróg moczowo-płciowych u mężczyzny	195

57. Technika pobrania materiału biologicznego z pochwy	198
58. Technika pobierania kału na obecność pasożytów i/lub ich jaj	201
59. Technika pobierania kału na krew utajoną	204
60. Technika pobrania krwi włośniczkowej do badania glukometrem (urządzeniem pomiarowym)	207
61. Technika pobrania krwi żyłnej metodą próżniową	210
62. Technika pobrania krwi żyłnej metodą próżniowo-strzykawkową	213
 Czynności w zakresie usprawniania wybranych układów	217
63. Technika oklepywania klatki piersiowej	218
64. Technika masażu skóry	221
65. Technika nacierania skóry	224
 Czynności w zakresie usprawniania układu oddechowego	227
66. Technika wykonywania toalety drzewa oskrzelowego	228
67. Technika wykonywania drenażu ułożeniowego	232
68. Technika wykonywania ćwiczeń oddechowych	235
69. Technika wykonania inhalacji	238
70. Technika podawania tlenu	241
71. Technika pielęgnowania tracheostomii	244
 Czynności w zakresie usprawniania wydalania	247
72. Technika podawania kaczki	248
73. Technika podawania basenu	251
74. Technika założenia cewnika do pęcherza moczowego u mężczyzny	254
75. Technika założenia cewnika do pęcherza moczowego u kobiety	258
76. Technika płukania pęcherza moczowego	262
77. Technika zmiany worka stomijnego jednoczęściowego	266
78. Technika zmiany worka stomijnego dwuczęściowego	270
79. Technika zmiany worka stomijnego za pomocą systemu synergicznego	273
80. Technika wykonania irygacji kolostomii	277
 Czynności w zakresie podawania leków różnymi drogami	281
81. Technika podawania leków drogą domięśniową	282
82. Technika podawania leków drogą dożylną	287
83. Technika podawania leków drogą podskórną	290
84. Technika podania podskórnie heparyny drobnocząsteczkowej w ampułko-strzykawce	293
85. Technika podawania insuliny penem	296
86. Technika wykonywania wstrzyknięcia śródskórnego	300

87. Technika wykonywania wstrzyknięcia śródskórnego. Próba uczuleniowa (penicylina krystaliczna)	304
88. Technika założenia wkłucia obwodowego	309
89. Technika podawania leków drogą dożylną – kroplowy wlew dożylny leku gotowego	312
90. Technika podania leku w postaci maści na skórę	315
91. Technika podawania leku w postaci roztworu na skórę	318
92. Technika podawania leku do nosa	321
93. Technika podania leku do ucha	324
94. Technika podania leku do worka spojówkowego	327
95. Technika płukania oka	330
Czynności w zakresie wykonywania badań specjalistycznych	333
96. Technika asystowania pielęgniarki podczas nakłucia otrzewnej	334
97. Technika asystowania pielęgniarki podczas nakłucia opłucnej	338
98. Technika asystowania pielęgniarki podczas nakłucia lędźwiowego	342
99. Technika asystowania pielęgniarki podczas pobrania szpiku	346
100. Technika wykonania badania EKG	350
Czynności w zakresie stosowania opatrunków	353
101. Technika zmiany opatrunku na ranie	354
102. Technika zakładania rękawic jednorazowych jałowych	357
Piśmiennictwo	359

Czynności w zakresie postępowania higienicznego

1. Technika higieny rąk

GRAŻYNA BĄCZYK, ANNA BIELAWSKA, BEATA BOŻEK-BEZLER,
MAŁGORZATA STARCZEWSKA

Pacjentka, K.K., lat 23, diagnozowana na izbie przyjęć oddziału chirurgii z powodu silnego bólu brzucha. Zlecono domięśniowe podanie 1 g Pyralginy.

Polecenie: wykonaj procedurę higienicznego mycia i dezynfekcji rąk.

Niezbędny sprzęt:

- dozownik z płynem dezynfekcyjnym,
- dozownik z mydłem płynnym,
- stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk,
- papierowe ręczniki jednorazowego użytku,
- kosz do segregacji odpadów medycznych.

Technika higieny rąk (czas wykonania: mycie rąk 40–60 sek., dezynfekcja rąk 20–30 sek.)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach zakładu opieki zdrowotnej (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, podwinięte rękawy fartucha w przypadku odzieży z długimi rękawami, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, krótkie i czyste paznokcie, bez lakieru lub sztucznych paznokci)	1	0
	2.	Przygotowanie stanowiska do przeprowadzenia higieny rąk (dostęp do mydła i preparatu antyseptycznego, ręczników papierowych, odkręcenie wody letniej, bieżący strumień)*	1	0
Etap wykonania	3.	Nawilżenie rąk wodą*	1	0
	4.	Ułożenie dłoni w kształt kubka i nabranie z dozownika 3–5 ml mydła tak, aby pokryć całe powierzchnie dłoni*	1	0
	5.	Pocieranie o siebie rozprostowanych dłoni*	1	0
	6.	Pocieranie częścią dłoniową prawej dłoni o powierzchnię grzbietową lewej dłoni z jednoczesnym przeplataniem palców, a następnie zmiana rąk*	1	0
	7.	Złożenie dłoni razem, przeplecenie palców, a następnie przesuwanie palców jednej dłoni między palcami drugiej, aż do zagłębień między palcami*	1	0
	8.	Pocieranie grzbietowej powierzchni zgiętych palców jednej dłoni pod zgiętymi palcami drugiej*	1	0
	9.	Pocieranie ruchami obrotowymi lewego kciuka zaciśniętego w prawej dłoni, a następnie zmiana dłoni*	1	0

Technika higieny rąk (czas wykonania: mycie rąk 40–60 sek., dezynfekcja rąk 20–30 sek.)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	10.	Pocieranie obrotowo zagłębienia dłoniowego lewej dłoni opuszkami zaciśniętych palców prawej dłoni, a następnie zmiana rąk*	1	0
	11.	Opłukiwanie rąk letnią bieżącą wodą przez 15 sek. ze skierowanymi dłońmi ku górze*	1	0
	12.	Wytarcie rąk do sucha jednorazowym ręcznikiem (bez pocierania skóry)*	1	0
	13.	Użycie ręcznika jednorazowego do zakręcenia kranu lub postużenie się łokciem w przypadku kranu łokciowego	1	0
	14.	Wyrzucenie ręcznika jednorazowego do kosza na odpady medyczne	1	0
	15.	Ułożenie dłoni w kształt kubka i nabranie z dozownika 3–5 ml preparatu antyseptycznego tak, aby pokryć całe powierzchnie dłoni*	1	0
	16.	Pocieranie o siebie rozprostowanych dłoni*	1	0
	17.	Pocieranie częścią dłoniową prawej dłoni o powierzchnię grzbietową lewej dłoni z jednoczesnym przepłataniem palców, a następnie zmiana rąk*	1	0
	18.	Złożenie dłoni razem, przeplecenie palców, a następnie przesuwanie palców jednej dłoni między palcami drugiej, aż do zagłębień między palcami*	1	0
	19.	Pocieranie grzbietowej powierzchni zgiętych palców jednej dłoni pod zgiętymi palcami drugiej*	1	0
	20.	Pocieranie ruchami obrotowymi lewego kciuka zaciśniętego w prawej dłoni, a następnie zmiana dłoni*	1	0
	21.	Pocieranie obrotowo zagłębienia dłoniowego lewej dłoni opuszkami zaciśniętych palców prawej dłoni, a następnie zmiana rąk*	1	0
	22.	Zakończenie wcierania preparatu dezynfekcyjnego w momencie, gdy ręce są suche*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 15			Max. 22 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

* Każdy ruch należy wykonać 5-krotnie wg techniki Ayliffe'a.

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22,
- jeśli student wykonał procedurę w czasie krótszym niż 1 min (higieniczne mycie rąk w czasie krótszym niż 40 sek. lub dezynfekcję rąk w czasie krótszym niż 20 sek.), umiejętność będzie niezaliczona,
- *jeśli student nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 22 pkt.

SKALA OCENY:

- 22–21 pkt. – bardzo dobry
- 20–19 pkt. – ponad dobry
- 18–17 pkt. – dobry
- 16 pkt. – dość dobry
- 15 pkt. – dostateczny
- poniżej 15 pkt. – niedostateczny

2. Technika higienicznego mycia rąk

MAŁGORZATA STARCZEWSKA, GRAŻYNA BĄCZYK, ANNA BIELAWSKA,
BEATA BOŻEK-BEZLER

Niezbędny sprzęt:

- dozownik z mydłem płynnym,
- stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk,
- papierowe ręczniki jednorazowego użytku,
- kosz do segregacji odpadów medycznych.

Technika higienicznego mycia rąk (czas wykonania: 40–60 sek.)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach zakładu opieki zdrowotnej (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, podwinięte rękawy fartucha w przypadku odzieży z długimi rękawami, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, krótkie i czyste paznokcie, bez lakieru lub sztucznych paznokci)	1	0
	2.	Przygotowanie stanowiska do higienicznego mycia rąk (dostęp do mydła, ręczników papierowych, odkręcenie wody letniej, bieżący strumień)*	1	0
Etap wykonania	3.	Nawilżenie rąk wodą*	1	0
	4.	Ułożenie dłoni w kształt kubka i nabranie z dozownika 3–5 ml mydła tak, aby pokryć całe powierzchnie dłoni*	1	0
	5.	Pocieranie o siebie rozprostowanych dłoni*	1	0
	6.	Pocieranie częścią dłoniową prawej dłoni o powierzchnię grzbietową lewej dłoni z jednoczesnym przeplataniem palców, a następnie zmiana rąk*	1	0
	7.	Złożenie dłoni razem, przeplecenie palców, a następnie przesuwanie palców jednej dłoni między palcami drugiej dłoni, aż do zagłębień między palcami*	1	0
	8.	Pocieranie grzbietowej powierzchni zgiętych palców jednej dłoni pod zgiętymi palcami drugiej*	1	0
	9.	Pocieranie ruchami obrotowymi lewego kciuka zaciśniętego w prawej dłoni, a następnie zmiana dłoni*	1	0
	10.	Pocieranie obrotowo zagłębienia dłoniowego lewej dłoni opuszkami zaciśniętych palców prawej dłoni, a następnie zmiana rąk*	1	0
	11.	Opłukiwanie rąk letnią bieżącą wodą przez 15 sek. ze skierowanymi dłońmi ku górze*	1	0

Technika higienicznego mycia rąk (czas wykonania: 40–60 sek.)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	12.	Wytarcie rąk do sucha jednorazowym ręcznikiem (bez pocierania skóry)*	1	0
	13.	Użycie ręcznika jednorazowego do zakręcenia kranu lub posłużenie się łokciem w przypadku kranu łokciowego	1	0
	14.	Wyrzucenie ręcznika jednorazowego do kosza na odpady medyczne	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 10			Max. 14 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

* Każdy ruch należy wykonać 5-krotnie wg techniki Ayliffe'a.

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12,
- jeśli student wykonał procedurę w czasie krótszym niż 40 sek., umiejętność będzie niezaliczona,
- *jeśli student nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 14 pkt.

SKALA OCENY:

- 14 pkt. – bardzo dobry
- 13 pkt. – ponad dobry
- 12 pkt. – dobry
- 11 pkt. – dość dobry
- 10 pkt. – dostateczny
- poniżej 10 pkt. – niedostateczny

3. Technika higienicznej dezynfekcji rąk

MAŁGORZATA STARCZEWSKA, GRAŻYNA BĄCZYK, ANNA BIELAWSKA,
BEATA BOŻEK-BEZLER

Niezbędnym sprzętem jest dozownik z płynem dezynfekcyjnym.

Technika higienicznej dezynfekcji rąk (czas wykonania: 20–30 sek.)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach zakładu opieki zdrowotnej (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, podwinięte rękawy fartucha w przypadku odzieży z długimi rękawami, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, krótkie i czyste paznokcie, bez lakieru lub sztucznych paznokci)	1	0
Etap wykonania	2.	Ułożenie dłoni w kształt kubka i nabranie z dozownika 3–5 ml preparatu antyseptycznego tak, aby pokryć całe powierzchnie dłoni*	1	0
	3.	Pocieranie o siebie rozprostowanych dłoni*	1	0
	4.	Pocieranie częścią dłoniową prawej dłoni o powierzchnię grzbietową lewej dłoni z jednoczesnym przepłataniem palców, a następnie zmiana rąk*	1	0
	5.	Złożenie dłoni razem, przeplecenie palców, a następnie przesuwanie palców jednej dłoni między palcami drugiej dłoni, aż do zagłębień między palcami*	1	0
	6.	Pocieranie grzbietowej powierzchni zgiętych palców jednej dłoni pod zgiętymi palcami drugiej dłoni*	1	0
	7.	Pocieranie ruchami obrotowymi lewego kciuka zaciśniętego w prawej dłoni, a następnie zmiana dłoni*	1	0
	8.	Pocieranie obrotowo zagłębienia dłoniowego lewej dłoni opuszkami zaciśniętych palców prawej dłoni, a następnie zmiana rąk*	1	0
	9.	Zakończenie wcierania preparatu dezynfekcyjnego w momencie, gdy ręce są suche*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 6			Max. 9 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

* Każdy ruch należy wykonać 5-krotnie wg techniki Ayliffe'a.

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,
- jeśli student wykonał procedurę w czasie krótszym niż 20 sek., umiejętność będzie niezaliczona,
- *jeśli student nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 9 pkt.

SKALA OCENY:

- 9 pkt. – bardzo dobry
- 8 pkt. – dobry
- 7 pkt. – dość dobry
- 6 pkt. – dostateczny
- poniżej 6 pkt. – niedostateczny

Czynności w zakresie oceny podstawowych
parametrów życiowych

4. Technika pomiaru i obserwacji oddechu

HANNA GRABOWSKA, WŁADYSŁAW GRABOWSKI

Pacjentka, K.B., lat 56, hospitalizowana z powodu zapalenia płuc przebiegającego z gorączką, osłabieniem, uczuciem duszności i kaszlem. Zlecono pomiar i ocenę oddechu.

Polecenie: dokonaj u pacjenta oceny oddechu.

Niezbędny sprzęt:

- zegarek z sekundnikiem,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- (opcjonalnie) rękawice jednorazowe niejałowe,
- (opcjonalnie) kosz na odpady medyczne.

Technika pomiaru i obserwacji oddechu (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach podmiotu leczniczego (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu (pod pretekstem oceny tętna)*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalnie założenie rękawic jednorazowych niejałowych*	1	0
	5.	Zapewnienie warunków ciszy i spokoju (zamknięcie drzwi i okien)	1	0
Etap wykonania	6.	Ułożenie pacjentki w pozycji siedzącej/leżącej (w zależności od stanu) z odstąpieniem klatki piersiowej i/lub nadbrzusza	1	0
	7.	Pod pretekstem pomiaru tętna obserwacja ruchów klatki piersiowej i/lub nadbrzusza (ewentualne położenie ręki na klatce piersiowej w celu ułatwienia obserwacji)	1	0
	8.	Ocena oddechu w czasie 30 sek. (wynik wymaga pomnożenia przez 2) lub 60 sek. (zawsze w sytuacji odchyień od normy) z uwzględnieniem wszystkich elementów (szybkości, rytmu, zapachu, proporcji czasu trwania wdechu i wydechu, słyszalności, udziału dodatkowych mięśni oddechowych)	1	0
	9.	Interpretacja uzyskanych wyników pomiaru/oceny oddechu	1	0

Technika pomiaru i obserwacji oddechu (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	10.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych (jeśli były stosowane) oraz ich segregacja, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	11.	Udokumentowanie wykonania pomiaru w dokumentacji medycznej chorej, ewentualne zgłoszenie lekarzowi odchyień od normy*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 8			Max. 11 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 10, 11,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 11 pkt.

SKALA OCENY:

- 11 pkt. – bardzo dobry
- 10 pkt. – dobry
- 9 pkt. – dość dobry
- 8 pkt. – dostateczny
- poniżej 8 pkt. – niedostateczny

5. Technika pomiaru tętna

HANNA GRABOWSKA, WŁADYSŁAW GRABOWSKI

Pacjentka, K.B., lat 56, hospitalizowana z powodu zapalenia płuc przebiegającego z gorączką, osłabieniem, uczuciem duszności i kaszlem. Pacjentka w trakcie diagnozowania.

Polecenie: dokonaj oceny tętna u pacjenta.

Niezbędny sprzęt:

- zegarek z sekundnikiem,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- (opcjonalnie) rękawice jednorazowe niejałowe,
- (opcjonalnie) kosz na odpady medyczne.

Technika pomiaru tętna (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach podmiotu leczniczego (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie istoty, celu i przebiegu zabiegu, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalnie założenie rękawic jednorazowych niejałowych*	1	0
	5.	Przeprowadzenie wywiadu z chorą (odpoczynek po wysiłku, przeżycia emocjonalne, palenie papierosów, picie alkoholu i/lub mocnej kawy/herbaty), zapewnienie ciszy w czasie pomiaru	1	0
Etap wykonania	6.	Ułożenie pacjentki w pozycji siedzącej lub leżącej (w zależności od stanu pacjentki), odsłonięcie docelowego miejsca pomiaru tętna	1	0
	7.	Wybór właściwej okolicy oceny tętna / przeprowadzenie pierwszego badania na obu kończynach oraz, jeśli to możliwe, w tym samym czasie	1	0
	8.	Delikatne uciśnięcie okolicy nad tętnicą (3 palcami – wskazującym, środkowym i serdecznym, ułożonymi równoległe do przebiegu tętnicy)	1	0
	9.	Ocena wszystkich cech tętna (częstość/liczba, rytm/miarowość, napięcie/stopień wypełnienia) w czasie 15 sek. (wynik należy pomnożyć razy 4), jeśli tętno jest nieregularne, dokonanie oceny tętna w czasie 1 min	1	0
	10.	Interpretacja uzyskanych wyników oceny tętna oraz przekazanie pacjentce informacji o wyniku pomiaru i ewentualnych dalszych zaleceniach (w zakresie posiadanych kompetencji)	1	0

Technika pomiaru tętna (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	11.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych (jeśli były stosowane) oraz ich segregacja, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	12.	Udokumentowanie wykonania pomiaru w karcie gorączkowej pacjentki lub w innej dokumentacji medycznej, ewentualne zgłoszenie lekarzowi odchyleń od normy*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 8			Max. 12 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 4, 11, 12,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 12 pkt.

SKALA OCENY:

- 12 pkt. – bardzo dobry
- 11 pkt. – ponad dobry
- 10 pkt. – dobry
- 9 pkt. – dość dobry
- 8 pkt. – dostateczny
- poniżej 8 pkt. – niedostateczny

6. Technika pomiaru ciśnienia tętniczego krwi

HANNA GRABOWSKA, WŁADYSŁAW GRABOWSKI

Pacjentka, L.B., lat 42, hospitalizowana w celach diagnostycznych z podejrzeniem układowej choroby tkanki łącznej. Cztery lata temu przebyła prawostronną mastektomię. Aktualnie zgłasza dolegliwości bólowe w okolicach skroni. Zlecono pomiar ciśnienia tętniczego.

Polecenie: dokonaj u pacjentki pomiaru ciśnienia tętniczego krwi metodą osłuchową z wykorzystaniem sfigmomanometru sprężynowego.

Niezbędny sprzęt:

- ciśnieniomierz,
- mankiety różnej wielkości,
- stetoskop,
- miara krawiecka,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- (opcjonalnie) rękawice jednorazowe niejałowe,
- preparat do dezynfekcji sprzętu,
- kosz na odpady medyczne.

Technika pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach podmiotu leczniczego (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie istoty, celu i przebiegu zabiegu, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu ze zwróceniem uwagi, czy nie jest zagięty przewód ciśnieniomierza, a wskazówka ciśnieniomierza znajduje się w pozycji „0” (zerowej) – na wysokości wzroku osoby dokonującej pomiaru*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalnie założenie rękawic jednorazowych niejałowych*	1	0

Technika pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	5.	Przeprowadzenie wywiadu z chorą (ukierunkowanego na wysiłek fizyczny, czas, który upłynął od spożytego posiłku/alkoholu/mocnej kawy/herbaty, wypalonego tytoniu, uczucie parcia na mocz/stolec, ból, zimno, przeżycia emocjonalne, stan zdrowia, w szczególności: stan po mastektomii, przetoka tętniczko-żylna, porażenie/niedowład kończyny górnej), ocena lokalizacji założonych kaniul dożylnych, zapewnienie cichego i ciepłego pomieszczenia w czasie pomiaru	1	0
Etap wykonania	6.	Ułożenie pacjentki w pozycji siedzącej (z podpartymi plecami, nieskrzyżowanymi kończynami dolnymi i stopami płasko spoczywającymi na podłodze) lub leżącej (w zależności od stanu pacjentki), podparcie kończyny lewej o nieuginające się podłoże (np. blat stołu), ułożenie ramienia (bez względu na pozycję pacjentki) na wysokości serca*	1	0
	7.	Przygotowanie kończyny górnej do pomiaru: odsłonięcie tętnicy ramiennej, ewentualne zdjęcie ciasnego ubrania, pomiar obwodu ramienia (½ długości między wyrostkiem kruczym a wyrostkiem łokciowym) oraz wybór odpowiedniej wielkości mankietu (obwód ramienia <33 cm – mankiety 12 x 26 cm, obwód ramienia >33 cm – mankiety 12 x 40 cm, osoby szczupłe, dzieci starsze – mankiety 12 x 18 cm)	1	0
	8.	Założenie mankietu na ramię pacjentki tak, aby marker mankietu przebiegał nad tętnicą, dolny brzeg mankietu był usytuowany w odległości 2–3 cm powyżej zgięcia łokciowego i przylegał ściśle do ramienia (tak, aby maksymalnie pomiędzy mankiety i ramię pacjentki zmieścił się 1 palec pielęgniarki/pielęgniarsza)	1	0
	9.	Założenie stetoskopu do uszu, zamknięcie zaworu pompki ciśnieniomierza, palpacyjna ocena tętna na tętnicy promieniowej, wprowadzenie powietrza (trwające ok. 30 sek.) przy jednoczesnej ocenie tętna na tętnicy promieniowej, od momentu zaniku tętna wprowadzenie jeszcze ok. 30 mmHg powietrza	1	0
	10.	Przyłożenie membrany stetoskopu nad tętnicą ramienną, otwarcie zaworu, wypuszczanie powietrza powoli z szybkością 2–3 mm/s na skali manometru; ocena pierwszego wyraźnego dźwięku (I faza Korotkowa) oraz dźwięku ostatniego (V faza Korotkowa) – odczyt na skali ciśnieniomierza z dokładnością do 2 mm, usunięcie pozostałego powietrza z mankietu. W przypadku nieudanej próby pomiaru powtórzenie pomiaru po upływie co najmniej 1 min	1	0
	11.	Przekazanie pacjentce informacji o wyniku pomiaru i ewentualnych dalszych zaleceniach (w zakresie posiadanych kompetencji) oraz zapewnienie wygodnej i bezpiecznej pozycji	1	0

Technika pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	12.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych (jeśli były stosowane) oraz ich segregacja, dezynfekcja oliwek i membrany stetoskopu oraz mankietu ciśnieniomierza i miary krawieckiej*	1	0
	13.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	14.	Udokumentowanie wykonania pomiaru w karcie gorączkowej pacjentki lub w innej dokumentacji medycznej, ewentualne zgłoszenie lekarzowi odchylenia od normy*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 10			Max. 14 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 6, 12, 13, 14,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 14 pkt.

SKALA OCENY:

- 14 pkt. – bardzo dobry
- 13 pkt. – ponad dobry
- 12 pkt. – dobry
- 11 pkt. – dość dobry
- 10 pkt. – dostateczny
- poniżej 10 pkt. – niedostateczny

7. Technika pomiaru temperatury ciała

HANNA GRABOWSKA, WŁADYSŁAW GRABOWSKI

Pacjent, L.M., lat 87, hospitalizowany z powodu zapalenia płuc. Chory osłabiony z powodu utrzymującej się od kilku dni gorączki oraz duszności. Powłoki skórne pacjenta blade, pokryte lepkiem potem.

Polecenie: dokonaj u pacjenta pomiaru temperatury ciała w okolicy dołu pachowego z wykorzystaniem termometru elektronicznego.

Niezbędny sprzęt:

- taca,
- termometr,
- gaziki,
- miska nerkowata,
- jednorazowe osłonki na termometr,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- (opcjonalnie) rękawice jednorazowe niejałowe,
- kosz na odpady medyczne.

Technika pomiaru temperatury ciała (czas wykonania: 5–10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach podmiotu leczniczego (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie choremu istoty, celu i przebiegu zabiegu, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu ze zwróceniem uwagi na bezpieczeństwo pacjenta (brak widocznych uszkodzeń termometru) i usytuowanie sprzętu na stoliku przyłóżkowym chorego*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie rękawic jednorazowych niejałowych*	1	0
Etap wykonania	5.	Ułożenie pacjenta w pozycji siedzącej lub leżącej (w zależności od stanu pacjenta), odsłonięcie okolicy pomiaru oraz usunięcie ewentualnego nadmiaru potu gazikiem (następnie odrzucenie gazika do miski nerkowatej)	1	0
	6.	Poinformowanie pacjenta o pożądanym sposobie zachowania i konieczności przestrzegania zasad bezpieczeństwa	1	0
	7.	Przygotowanie termometru, założenie jednorazowej osłonki na termometr, włączenie termometru	1	0

Technika pomiaru temperatury ciała (czas wykonania: 5–10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	8.	Umieszczenie końcówki termometru w dole pachowym, polecenie choremu, aby przywiódł ramię blisko ciała/klatki piersiowej, ewentualne wykonanie tej czynności przez pielęgniarkę/pielęgniарza w zależności od stanu i możliwości pacjenta, przytrzymywanie termometru do momentu pojawienia się sygnału dźwiękowego	1	0
	9.	Usunięcie termometru z dołu pachowego pacjenta i odczytanie wyniku pomiaru, zdjęcie jednorazowej osłonki z termometru i jej odrzucenie do miski nerkowatej	1	0
	10.	Przekazanie pacjentowi informacji o wyniku pomiaru i ewentualnych dalszych zaleceniach (w zakresie posiadanych kompetencji) oraz zapewnienie wygodnej i bezpiecznej pozycji	1	0
Etap porządkowania	11.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych oraz segregacja odpadów, dezynfekcja sprzętu*	1	0
	12.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	13.	Udokumentowanie wykonania pomiaru w karcie gorączkowej pacjenta (wykreślenie krzywej ciepłoty ciała) lub w innej dokumentacji medycznej, ewentualne zgłoszenie lekarzowi odchyleń od normy*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 9			Max. 13 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 11, 12, 13,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 13 pkt.

SKALA OCENY:

- 13 pkt. – bardzo dobry
- 12 pkt. – ponad dobry
- 11 pkt. – dobry
- 10 pkt. – dość dobry
- 9 pkt. – dostateczny
- poniżej 9 pkt. – niedostateczny

8. Technika oceny stanu świadomości pacjenta

HANNA GRABOWSKA, WŁADYSŁAW GRABOWSKI

Chory, C.F., lat 63, jest hospitalizowany na oddziale gastroenterologii i hepatologii z powodu dekompensacji czynności wątroby w przebiegu marskości poalkoholowej. Pacjent wymaga dokonywania codziennej oceny stanu świadomości z uwagi na potencjalne ryzyko jej zaburzeń.

Polecenie: dokonaj u pacjenta oceny stanu świadomości z wykorzystaniem skali GCS (Glasgow Come Scale).

Niezbędny sprzęt:

- skala GCS,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- (opcjonalnie) rękawice jednorazowe niejałowe,
- (opcjonalnie) kosz na odpady medyczne.

Technika oceny stanu świadomości pacjenta (czas wykonania: 5–10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach podmiotu leczniczego (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu (jeśli to możliwe)*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalnie założenie rękawic jednorazowych niejałowych*	1	0
Etap wykonania	5.	Ułożenie pacjenta w pozycji leżącej	1	0
	6.	Dokonanie oceny reakcji otwierania oczu	1	0
	7.	Ocena odpowiedzi słownej	1	0
	8.	Ocena reakcji ruchowej pacjenta	1	0
	9.	Poinformowanie pacjenta o wyniku oceny z udzieleniem dalszych zaleceń	1	0

Technika oceny stanu świadomości pacjenta (czas wykonania: 5–10 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	10.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych (jeśli były stosowane) oraz ich segregacja, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	11.	Udokumentowanie wykonania oceny świadomości w dokumentacji medycznej, ewentualne zgłoszenie lekarzowi odchyleń od normy*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 8			Max. 11 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 10, 11,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 11 pkt.

SKALA OCENY:

- 11 pkt. – bardzo dobry
- 10 pkt. – dobry
- 9 pkt. – dość dobry
- 8 pkt. – dostateczny
- poniżej 8 pkt. – niedostateczny

Czynności w zakresie oceny stanu ogólnego

9. Technika pomiaru wzrostu i masy ciała

HANNA GRABOWSKA, WŁADYSŁAW GRABOWSKI

Pacjentka, B.C., lat 25, przyjęta do szpitala w celu diagnostycznym. Aktualnie pielęgniarka przyjmuje ją na oddział i gromadzi niezbędne dla opieki pielęgniarstwiej informacji o stanie zdrowia chorej.

Polecenie: dokonaj u pacjentki pomiaru wzrostu i masy ciała z wykorzystaniem wagi lekarskiej kolumnowej mechanicznej z zainstalowanym wzrostomierzem.

Niezbędny sprzęt:

- waga lekarska kolumnowa ze wzrostomierzem,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- (opcjonalnie) rękawice jednorazowe niejałowe,
- preparat do dezynfekcji sprzętu,
- kosz na odpady medyczne.

Technika pomiaru wzrostu i masy ciała (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach podmiotu leczniczego (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie chorej, celu i przebiegu zabiegu, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu ze zwróceniem uwagi na bezpieczeństwo pacjentki (swobodny dostęp do wagi, jej stabilność), sprawdzenie sprawności, wypoziomowanie i wytarowanie wagi, dezynfekcja pomostu/platformy wagi, zapewnienie komfortu cieplnego pacjentce*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalne założenie rękawic jednorazowych niejałowych*	1	0
Etap wykonania	5.	Zebranie wywiadu od chorej (wykluczenie zawrotów głowy, potrzeby mikcji, defekacji), przygotowanie pacjentki do pomiaru (chora w białiznie, bez obuwia)	1	0
	6.	Poinformowanie pacjentki o pożądanym sposobie zachowania i konieczności przestrzegania zasad bezpieczeństwa	1	0
	7.	Pomoc pacjentce w wejściu na platformę wagi, odczytanie wyniku pomiaru z dokładnością do 100 g, zablokowanie wagi*	1	0

Technika pomiaru wzrostu i masy ciała (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	8.	Poinformowanie pacjentki, aby odwróciła się plecami do wzrostomierza i pomoc jej w tej czynności oraz w przyjęciu pozycji swobodnie wyprostowanej z kończynami górnymi swobodnie zwisającymi wzdłuż ciała, ze stopami złączonymi piętami, w płaszczyźnie oczno-usznej, tzn. tak, aby górne krawędzie otworów usznych i dolne krawędzie oczodołów znajdowały się na tym samym poziomie	1	0
	9.	Wysunięcie ramienia wzrostomierza i ustawienie stopki wzrostomierza na szczycie głowy pacjentki, odczytanie wyniku pomiaru, pomoc pacjentce podczas zejścia z wagi i ubierania się	1	0
	10.	Przekazanie pacjentce informacji o wynikach pomiaru (opcjonalnie obliczenie i interpretacja wskaźnika BMI) oraz ewentualnych dalszych zaleceniach (w zakresie posiadanych kompetencji), zapewnienie wygodnej i bezpiecznej pozycji	1	0
Etap porządkowania	11.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych oraz segregacja odpadów, dezynfekcja sprzętu*	1	0
	12.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	13.	Udokumentowanie wykonania pomiaru w karcie gorączkowej pacjentki (wykreślenie krzywej ciepłoty ciała) lub w innej dokumentacji medycznej, ewentualne zgłoszenie lekarzowi odchyłań od normy*	1	0
Suma punktów			Max. 13 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 9			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 7, 11, 12, 13,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 13 pkt.

SKALA OCENY:

- 13 pkt. – bardzo dobry
- 12 pkt. – ponad dobry
- 11 pkt. – dobry
- 10 pkt. – dość dobry
- 9 pkt. – dostateczny
- poniżej 9 pkt. – niedostateczny

10. Technika oceny ostrości wzroku

HANNA GRABOWSKA, WŁADYSŁAW GRABOWSKI

Dziewczynka, P.S., lat 13, uczennica. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania zobowiązana jest – zgodnie z wytycznymi – do przeprowadzenia testów przesiewowych w ramach tzw. bilansu zdrowia. Obecnie trwa badanie wzroku.

Polecenie: dokonaj u dziewczynki oceny ostrości wzroku z wykorzystaniem tablicy Snellena w warunkach gabinetu medycyny szkolnej.

Niezbędny sprzęt:

- tablica Snellena z optotypami w postaci cyfr,
- osłona oka (np. wykonana we własnym zakresie poprzez złożenie po przekątnej papierowego kwadratu o boku 10 cm),
- wskaźnik do pokazywania znaków na tablicy,
- (opcjonalnie) lampa biurkowa do oświetlenia tablicy,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk.

Technika oceny ostrości wzroku (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach podmiotu leczniczego (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z dzieckiem, przeprowadzenie identyfikacji dziecka, przedstawienie się, wyjaśnienie uczennicy istoty, celu i przebiegu zabiegu, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu (również pisemnej zgody rodziców dziecka)*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu ze zwróceniem uwagi na to, aby tablica była umieszczona na tle jasnej ściany i zawieszona na takiej wysokości, aby środek tablicy znajdował się na wysokości oczu badanego dziecka, tablica powinna być oświetlona padającym z boku światłem dziennym (naturalnym), a krzesło, na którym będzie siedzieć dziecko, należy ustawić w odległości 5 m od tablicy*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
Etap wykonania	5.	Zebranie wywiadu od uczennicy (wykluczenie objawów ostrych chorób i złego samopoczucia, ustalenie wskazań do noszenia okularów – dzieci noszące okulary powinny być badane wyłącznie w okularach)	1	0

Technika oceny ostrości wzroku (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	6.	Poinformowanie dziecka o pożądanym sposobie zachowania i konieczności przestrzegania zasad (wielkość płatk zasłaniającego oko powinna być tak dobrana, aby dokładnie zasłaniała oko, zwłaszcza od strony nosa, ręce badanej osoby powinny być czyste, dziecko nie powinno uciskać gałki ocznej)*	1	0
	7.	Rozpoczęcie badania od oka prawego, po zasłonięciu oka lewego pokazywanie wskaźnikiem cyfr w rzędzie oznaczonym cyfrą 5 i poproszenie, aby uczennica odczytała wskazaną cyfrę (jeśli uczennica nie czyta prawidłowo wszystkich cyfr w tym rzędzie, należy pokazać cyfry w rzędzie wyższym), zakończenie badania w momencie, gdy dziecko odczyta prawidłowo wszystkie cyfry w danym rzędzie)	1	0
	8.	Badanie ostrości wzroku oka lewego, po zasłonięciu oka prawego w ww. sposób	1	0
	9.	Rejestracja wyników testu w postaci ułamka zwykłego, w którego liczniku jest odległość, z jakiej badano ostrość wzroku, a w mianowniku najniższy rząd, w którym dziecko prawidłowo rozpoznało wszystkie optotypy (wynik zapisuje się dla każdego oka oddzielnie, np. OP 5/5; OL 5/10; jeśli dziecko było badane w okularach, wynik badania zakreśla się kółkiem)	1	0
	10.	Poinformowanie dziecka i jego rodziców o wyniku testu z udzieleniem dalszych zaleceń	1	0
Etap porządkowania	11.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	12.	Udokumentowanie wykonania pomiaru w karcie zdrowia uczennicy / książeczce zdrowia dziecka / karcie profilaktycznego badania lekarskiego / innej dokumentacji medycznej*	1	0
Suma punktów			Max. 12 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 8			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 6, 11, 12,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 12 pkt.

SKALA OCENY:

- 12 pkt. – bardzo dobry
- 11 pkt. – ponad dobry
- 10 pkt. – dobry
- 9 pkt. – dość dobry
- 8 pkt. – dostateczny
- poniżej 8 pkt. – niedostateczny

11. Technika oceny słuchu

HANNA GRABOWSKA, WŁADYSŁAW GRABOWSKI

Dziewczynka, P.S., lat 13, uczennica. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania zobowiązana jest – zgodnie z wytycznymi – do przeprowadzenia testów przesiewowych w ramach tzw. bilansu zdrowia.

Polecenie: dokonaj u uczennicy oceny słuchu (badanie orientacyjne szeptem „powtórz, co słyszysz”) w warunkach gabinetu medycyny szkolnej.

Niezbędny sprzęt:

- wydrukowany zestaw słów do badania (np. pies, targ, ściąć, staw, tak, karp, jest, świat, rząd, ślub),
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk.

Technika oceny słuchu (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach podmiotu leczniczego (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z dzieckiem, przedstawienie się, wyjaśnienie uczennicy istoty, celu i przebiegu zabiegu, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu (również pisemnej zgody rodziców dziecka)*	1	0
	3.	Stworzenie optymalnych warunków do przeprowadzenia badania (badanie należy wykonać w pomieszczeniu o długości co najmniej 5,5 m, bez źródła zbędnego dźwięku, odizolowane od hałasu zewnętrznego, przy zamkniętych oknach i drzwiach)*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
Etap wykonania	5.	Zebranie wywiadu od uczennicy (wykluczenie objawów infekcji nosa, gardła, uszu – aktualnych i w czasie ostatnich 2 tygodni)	1	0
	6.	Poinformowanie dziecka o pożądanym sposobie zachowania i konieczności przestrzegania zasad (w szczególności na temat sposobu zatykania przewodu słuchowego zewnętrznego ucha niebadanego oraz o pożądanym zamknięciu oczu, aby nie odczytywało słów z układu ust pielęgniarki)	1	0
	7.	Usytuowanie dziecka w pozycji stojącej lub siedzącej na krześle (zwrócone bokiem do pielęgniarki, z zachowaniem odległości 6 m)	1	0

Technika oceny słuchu (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	8.	Rozpoczęcie badania od ucha prawego (dziecko stoi prawym bokiem do pielęgniarki i ma zatykane ucho lewe, przy czym usta pielęgniarki powinny się znajdować na poziomie głowy dziecka), a w dalszej kolejności wypowiedzianie wyraźnym szeptem (na wydechu) kolejno słów zawartych w wybranym zestawie i poproszenie uczennicy o powtarzanie słyszanych słów	1	0
	9.	Powtórzenie badania w odniesieniu do ucha lewego	1	0
	10.	Poinformowanie dziecka i jego rodziców o wyniku testu z udzieleniem dalszych zaleceń	1	0
Etap porządkowania	11.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	12.	Udokumentowanie wykonania badania w karcie zdrowia uczennicy / książeczce zdrowia dziecka / karcie profilaktycznego badania lekarskiego / innej dokumentacji medycznej*	1	0
Suma punktów			Max. 12 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 8			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 11, 12,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 12 pkt.

SKALA OCENY:

- 12 pkt. – bardzo dobry
- 11 pkt. – ponad dobry
- 10 pkt. – dobry
- 9 pkt. – dość dobry
- 8 pkt. – dostateczny
- poniżej 8 pkt. – niedostateczny

12. Technika oceny napięcia mięśniowego

HANNA GRABOWSKA, WŁADYSŁAW GRABOWSKI

Pacjent, K.J., lat 86, jest podopiecznym zakładu opiekuńczo-leczniczego. Przed 8 laty rozpoznano u niego chorobę Parkinsona i włączono farmakoterapię.

Polecenie: dokonaj u chorego oceny napięcia mięśniowego.

Niezbędny sprzęt:

- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- parawan,
- (opcjonalnie) rękawice jednorazowe niejałowe,
- (opcjonalnie) kosz na odpady medyczne.

Technika oceny napięcia mięśniowego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach podmiotu leczniczego (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie choremu istoty, celu i przebiegu zabiegu, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu i otoczenia chorego (zapewnienie komfortu cieplnego, spokoju oraz intymności przez zastosowanie parawanu)*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalne założenie rękawic jednorazowych niejałowych*	1	0
Etap wykonania	5.	Ułożenie chorego w pozycji leżącej, skierowanie prośby o rozluźnienie / odwrócenie uwagi pacjenta poprzez rozmowę albo poproszenie, aby liczył od 100 wstecz	1	0
	6.	Wykonanie powtarzanych kilka razy ruchów zginania i prostowania w stawie łokciowym w pełnym zakresie ruchu ze zmienną szybkością (z jednoczesnym przytrzymaniem łokcia i przedramienia)	1	0
	7.	Podanie pacjentowi dłoni (jak przy powitaniu), a drugą przytrzymanie przedramienia pacjenta i wykonanie kilkakrotnych ruchów nawracania i odwracania przedramienia w pełnym zakresie ruchu, ze zmienną szybkością, a następnie w zakresie stawu łokciowego	1	0
	8.	Przytrzymanie dłonią od spodu stawu kolanowego, a drugą stawu skokowego i wykonywanie kilkakrotnych ruchów biernych zginania i prostowania w stawie kolanowym i biodrowym	1	0

Technika oceny napięcia mięśniowego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	9.	Interpretacja wyników oceny (napięcie mięśniowe prawidłowe, obniżone lub wzmożone)	1	0
	10.	Zapewnienie pacjentowi wygodnej, komfortowej pozycji, zadbanie o jego bezpieczeństwo	1	0
Etap porządkowania	11.	Opcjonalnie zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych oraz segregacja odpadów, odniesienie parawanu*	1	0
	12.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	13.	Udokumentowanie wyników oceny w dokumentacji medycznej / ewentualne zgłoszenie lekarzowi odchyień od normy*	1	0
Suma punktów			Max. 13 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 9			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 11, 12, 13,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 13 pkt.

SKALA OCENY:

- 13 pkt. – bardzo dobry
- 12 pkt. – ponad dobry
- 11 pkt. – dobry
- 10 pkt. – dość dobry
- 9 pkt. – dostateczny
- poniżej 9 pkt. – niedostateczny

13. Technika oceny stanu powłok skórnych, włosów, jamy ustnej i narządów żucia

HANNA GRABOWSKA, WŁADYSŁAW GRABOWSKI

Chory, M.T., lat 79, jest pacjentem oddziału neurologicznego, na którym przebywa z powodu udaru niedokrwiennego mózgu. Kontakt z chorym utrudniony z powodu afazji. U pacjenta stwierdzono m.in. niedowład połowiczny prawostronny oraz nietrzymanie moczu i stolca. Chory niezdolny do sprawowania samoopieki w zakresie czynności dnia codziennego.

Polecenie: dokonaj u chorego oceny stanu powłok skórnych, włosów, jamy ustnej oraz narządu żucia.

Niezbędny sprzęt:

- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- parawan,
- taca,
- miska nerkowata,
- szpatułka,
- (opcjonalnie) latarka laryngologiczna i gaziki,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- kosz na odpady medyczne.

Technika oceny stanu powłok skórnych, włosów, jamy ustnej i narządu żucia (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach podmiotu leczniczego (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie choremu istoty, celu i przebiegu zabiegu, uzyskanie zgody (niewerbalnej) na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu i otoczenia chorego (zapewnienie komfortu cieplnego, spokoju oraz intymności przez zastosowanie parawanu, a także dostępu dobrego oświetlenia – optymalnie naturalnego)	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie rękawic jednorazowych niejałowych*	1	0

Technika oceny stanu powłok skórnych, włosów, jamy ustnej i narządu żucia (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	5.	Pomoc pacjentowi w zdjęciu bielizny osobistej, ułożenie chorego w pozycji leżącej	1	0
	6.	Oglądanie i badanie palpacyjne skóry, ukierunkowane na jej zabarwienie, wilgotność, temperaturę, strukturę powierzchni, ruchomość i napięcie, stan higieniczny oraz zmiany skórne (lokalizacja anatomiczna i rozmieszczenie, ułożenie i kształt, typy zmian, kolor, w tym odleżyny) przy zachowaniu komfortu cieplnego oraz poszanowaniu intymności chorego	1	0
	7.	Oglądanie koloru, ilości i rozmieszczenia włosów, ich stanu higienicznego, ocena palpacyjna struktury owłosienia, potencjalne zaburzenia w owłosieniu, pomoc pacjentowi w ubraniu bielizny osobistej	1	0
	8.	Uniesienie wezgłowia łóżka, ochrona bielizny osobistej i pościelowej przed zabrudzeniem (zastosowanie podkładu ochronnego), ewentualne usunięcie protezy zębowej, oglądanie warg (kolor, nawilżenie, zmiany), błony śluzowej jamy ustnej z wykorzystaniem szpatałki (kolor, stopień wilgotności, zmiany, np. pleśniawki, afty, plamy, guzki), oglądanie dziąseł i zębów (próchnica, stan uzębienia) oraz sklepienia jamy ustnej (podniebienia), języka (zabarwienie, nalot) i dna jamy ustnej, ocena palpacyjna języka, zębów (ruchomość)	1	0
	9.	Dokonanie oceny maksymalnego rozwarcia ust oraz możliwości ruchowych żuchwy wraz z symetrią ruchów	1	0
	10.	Interpretacja wyników oceny, udzielenie informacji zwrotnej pacjentowi	1	0
	11.	Zapewnienie pacjentowi wygodnej, komfortowej pozycji, zadbanie o jego bezpieczeństwo	1	0
Etap porządkowania	12.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych oraz segregacja odpadów, odniesienie parawanu*	1	0
	13.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	14.	Udokumentowanie wyników oceny w dokumentacji medycznej, ewentualne zgłoszenie lekarzowi odchyłeń od normy*	1	0
Suma punktów			Max. 14 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 10			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 4, 12, 13, 14,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 14 pkt.

SKALA OCENY:

- 14 pkt. – bardzo dobry
- 13 pkt. – ponad dobry
- 12 pkt. – dobry
- 11 pkt. – dość dobry
- 10 pkt. – dostateczny
- poniżej 10 pkt. – niedostateczny

Czynności w zakresie zapewnienia komfortu i wygody pacjentowi

14. Technika prześcielenia łóżka pustego

KATARZYNA AUGUSTYNIUK, DARIA SCHNEIDER-MATYKA

Pacjentka, F.K., lat 76, przygotowywana do zabiegu operacyjnego w obrębie jamy brzusznej. Mało samodzielna, wymagająca pomocy w zabiegach higienicznych. W chwili obecnej pacjentka w trakcie badania EKG w gabinecie zabiegowym. Za zgodą pacjentki ustalono, że w czasie jej nieobecności w sali pielęgniarka prześcieli pacjentce łóżko.

Polecenie: przygotuj zestaw i wykonaj sianie łóżka pustego.

Niezbędny sprzęt:

- środek do dezynfekcji rąk,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- taca / wózek toaletowy,
- (opcjonalnie) fartuch niejałowy ochronny,
- krzesło dla pacjenta,
- krzesło/taboret na pościel,
- pojemnik/worek na odpady medyczne.

Technika prześcielenia łóżka pustego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie do pracy w warunkach szpitalnych (upięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, dokonanie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	5.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych i fartucha niejałowego ochronnego (opcjonalnie)*	1	0
Etap wykonania	6.	Dostosowanie wysokości łóżka do potrzeb pielęgniarki wykonującej zabieg	1	0
	7.	Przystawienie krzesła w dolnej części łóżka	1	0
	8.	Odstawienie szafki przyłóżkowej	1	0
	9.	Zabranie poduszki/poduszek z łóżka i odłożenie ich na krzesło	1	0

Technika prześcielenia łóżka pustego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	10.	Rozpoczęcie pracy w dolnej części łóżka po prawej stronie, odwiniecie założeń bocznych koca od strony dalszej i bliższej, następnie wyjęcie koca spod materaca i odłożenie na krzesło	1	0
	11.	Poluzowanie podkładu i prześcieradła od dołu łóżka ku górze, poluzowanie kołdry od góry ku dołowi	1	0
	12.	Przejście na lewą stronę łóżka, poluzowanie podkładu i prześcieradła od dołu łóżka ku górze, poluzowanie kołdry od góry ku dołowi	1	0
	13.	Uchwycenie za dolne rogi kołdry i dołożenie ich do rogów górnych, powtórzenie czynności raz jeszcze od dołu do góry, następnie odłożenie kołdry na krzesło	1	0
	14.	Przejście na prawą stronę łóżka, uchwycenie podkładu jedną ręką za górny bliższy róg, drugą ręką w połowie szerokości i złożenie podkładu na pół, zdjęcie podkładu z łóżka i złożenie kolejny raz na pół, odłożenie na krzesło	1	0
	15.	Podłożenie ręki pod prześcieradło i uniesienie go, następnie uchwycenie prześcieradła drugą ręką od góry i ściągnięcie go płasko z łóżka oraz odłożenie na krzesło	1	0
	16.	Odwrócenie materaca	1	0
	17.	Rozłożenie prześcieradła tą samą stroną, co poprzednio, i wyrównanie brzegu prześcieradła z dolnym brzegiem łóżka	1	0
	18.	Podciągnięcie nadmiaru prześcieradła do wezgłowia i podłożenie pod materac, następnie wykonanie narożnika kopertowego, podłożenie pozostałej części prześcieradła pod materac; gdy prześcieradło jest wystarczająco długie, wykonanie narożnika kopertowego u dołu łóżka	1	0
	19.	Ułożenie podkładu równo z brzegiem materaca, na wysokości dolnego brzegu poduszki tak, aby zewnętrzne (wolne) brzegi podkładu znajdowały się w środkowej części łóżka, następnie odwiniecie górnej części podkładu i podłożenie pod materac	1	0
	20.	Przejście na lewą stronę łóżka, naciągnięcie prześcieradła od dolnego brzegu ku górze, wykonanie u wezgłowia łóżka narożnika kopertowego, podłożenie pozostałej części prześcieradła pod materac; gdy prześcieradło jest wystarczająco długie, wykonanie narożnika kopertowego u dołu łóżka	1	0
	21.	Rozłożenie i naciągnięcie pozostałej części podkładu oraz podłożenie pod materac	1	0
22.	Przejście na prawą stronę łóżka, zabranie przygotowanej wcześniej kołdry, ułożenie jej ok. 40 cm poniżej wezgłowia łóżka. Rozłożenie kołdry ku dołowi, podłożenie i wyrównanie jej z brzegiem materaca, następnie podwiniecie jej pod materac u dołu łóżka	1	0	

Technika prześcielenia łóżka pustego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	23.	Przejście na lewą stronę łóżka, rozpoczęcie od wezglowia, podłożenie i wyrównanie kołdry z brzegiem materaca, następnie podwinięcie jej pod materac u dołu łóżka	1	0
	24.	Nałożenie koca i podwinięcie go pod materac, wykonanie narożnika kopertowego, następnie przejście na prawą stronę i powtórzenie czynności	1	0
	25.	Ułożenie poduszki/poduszek na łóżku	1	0
	26.	Przystawienie szafki przyłóżkowej i odstawienie krzesła	1	0
Etap porządkowania	27.	Wprowadzenie pacjentki do łóżka, zapytanie go o wygodę i komfort*	1	0
	28.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych oraz fartucha jednorazowego ochronnego, jeżeli był zakładany, i dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	29.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	30.	Uporządkowanie tacy / wózka toaletowego	1	0
	31.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 22			Max. 31 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 27, 29, 31,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 31 pkt.

SKALA OCENY:

- 31–30 pkt. – bardzo dobry
- 29–28 pkt. – ponad dobry
- 27–26 pkt. – dobry
- 25–24 pkt. – dość dobry
- 23–22 pkt. – dostateczny
- poniżej 22 pkt. – niedostateczny

15. Technika prześcielenia łóżka przez dwie pielęgniarki choremu leżącemu

KATARZYNA AUGUSTYNIUK, DARIA SCHNEIDER-MATYKA

Pacjentka, F.K., lat 78, w 1. dobie po zabiegu operacyjnym. Ze względu na duże ograniczenia mobilności pacjentki oraz konieczność pozostania w łóżku, podjęto działania mające na celu zapewnianie pacjentce wygody, komfortu oraz estetyki najbliższego otoczenia.

Polecenie: przygotuj zestaw i wykonaj prześcielenie łóżka w dwie pielęgniarki.

Niezbędny sprzęt:

- środek do dezynfekcji rąk,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- taca / wózek toaletowy,
- (opcjonalnie) fartuchy niejałowe ochronne,
- myjki,
- pojemnik/worek na odpady medyczne,
- krzesło/taboret,
- parawan.

Technika prześcielenia łóżka przez dwie pielęgniarki choremu leżącemu (czas wykonania: 10–15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie do pracy w warunkach szpitalnych (upięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, dokonanie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, przygotowanie parawanu, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	5.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych i fartucha jednorazowego ochronnego (opcjonalnie)	1	0

Technika prześcielenia łóżka przez dwie pielęgniarki choremu leżącemu (czas wykonania: 10–15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	6.	Dostosowanie wysokości łóżka do potrzeb pielęgniarek wykonujących zabieg (jeśli pielęgniarki różnią się wzrostem, wysokość łóżka powinna zostać dostosowana do potrzeb niższej pielęgniarki), postawienie parawanu*	1	0
	7.	Pielęgniarka I pracuje po prawej stronie łóżka, pielęgniarka II pracuje po lewej stronie łóżka	1	0
	8.	Odstawienie szafki przyłóżkowej (pielęgniarka I)	1	0
	9.	Przystawienie krzesła do dolnej części łóżka (pielęgniarka II)	1	0
	10.	Rozpoczęcie pracy w dolnej części łóżka, odwiniecie założeń bocznych koca po obu stronach jednocześnie, następnie wyjęcie koca spod materaca, złożenie i odłożenie na krzesło (pielęgniarka I i II)	1	0
	11.	Jednoczesne poluzowanie po obu stronach prześcieradła i podkładu od dołu łóżka ku górze, poluzowanie kołdry od góry ku dołowi (pielęgniarka I i II)	1	0
	12.	Pomoc pacjentce przy przyjęciu pozycji siedzącej (pielęgniarka I i II)	1	0
	13.	Ustalenie, czy występują przeciwwskazania do przyjęcia pozycji leżącej bez poduszki/poduszek pod głową (np. duszność), jeśli nie, odłożenie poduszki/poduszek na krzesło (pielęgniarka I), przytrzymanie pacjentki w pozycji siedzącej (pielęgniarka II). Ułożenie pacjentki w pozycji na plecach (pielęgniarka I i II)*	1	0
	14.	Uniesienie kołdry (pielęgniarka I), pomoc pacjentce przy przyjęciu pozycji na lewym boku i podtrzymanie pacjentki w tej pozycji (pielęgniarka II); w przypadku ciężko chorego pacjenta przy zmianie pozycji ułożeniowej uczestniczy pielęgniarka I i pielęgniarka II	1	0
	15.	Ośloniecie pacjentki kołdrą (pielęgniarka I)	1	0
	16.	Oczyszczenie podkładu i prześcieradła za pomocą myjki poprzez wykonywanie ruchów ręką od środka na zewnątrz, odłożenie oczyszczonych warstw białizny pościelowej na pacjentkę (pielęgniarka I) lub przekazanie ich pielęgnowarce II	1	0
	17.	Oczyszczenie materaca, przekazanie myjki pielęgniarce II, odwiniecie warstwy białizny pościelowej na materac (pielęgniarka I)	1	0
	18.	Uniesienie kołdry (pielęgniarka II), pomoc pacjentce przy zmianie ułożenia na prawy bok, podtrzymanie pacjentki w pozycji na prawym boku (pielęgniarka I); w przypadku ciężko chorego pacjenta przy zmianie pozycji ułożeniowej uczestniczy pielęgniarka I i pielęgniarka II	1	0

Technika prześcielenia łóżka przez dwie pielęgniarki choremu leżącemu (czas wykonania: 10–15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	19.	Oślonięcie pacjentki kołdrą (pielęgniarka II)	1	0
	20.	Oczyszczenie podkładu i prześcieradła za pomocą myjki poprzez wykonywanie ruchów ręką od środka na zewnątrz, odłożenie oczyszczonych warstw białiny pościelowej na pacjentkę (pielęgniarka II) lub przekazanie ich pielęgniarcie I	1	0
	21.	Oczyszczenie materaca i odwinięcie warstwy białiny pościelowej na materac (pielęgniarka II)	1	0
	22.	Pomoc pacjentce w przyjęciu pozycji na plecach (pielęgniarka I i II), złożenie brzegów kołdry oraz brzegów podkładu na pacjentkę (pielęgniarka I, II)	1	0
	23.	Naciągnięcie i podłożenie prześcieradła pod materac jednocześnie po obu stronach łóżka, wykonanie narożnika kopertowego u góry materaca (pielęgniarka I, II); gdy prześcieradło jest wystarczająco długie, wykonanie narożnika kopertowego u dołu łóżka (pielęgniarka I i II)	1	0
	24.	Naciągnięcie i podłożenie pod materac podkładu płóciennego jednocześnie po obu stronach łóżka oraz odwinięcie założonej kołdry (pielęgniarka I i II)	1	0
	25.	Pomoc pacjentce przy przyjęciu pozycji siedzącej (pielęgniarka I i II), wyrównanie koszuli na plecach pacjentki (pielęgniarka II). Przeniesienie poduszki/poduszek z krzesła na łóżko (pielęgniarka I)	1	0
	26.	Ułożenie poduszki pod plecami pacjentki (wypełnieniem do góry) – pielęgniarka I; gdy dysponuje się dwiema poduszkami, ułożenie pierwszej wypełnieniem do dołu, aby wypełniła krzywiznę lędźwiową, a drugiej wypełnieniem do góry	1	0
	27.	Pomoc pacjentce przy przyjęciu pozycji leżącej (pielęgniarka I i II)	1	0
	28.	Podłożenie i wyrównanie kołdry z brzegiem materaca jednocześnie po obu stronach łóżka (pielęgniarka I i II)	1	0
	29.	Nałożenie koca i podwinięcie go pod materac, wykonanie narożnika kopertowego jednocześnie po obu stronach łóżka (pielęgniarka I i II)	1	0
	30.	Przystawienie szafki przyłóżkowej (pielęgniarka I) i odstawienie krzesła (pielęgniarka II), odstawienie parawanu	1	0

Technika prześcielenia łóżka przez dwie pielęgniarki choremu leżącemu (czas wykonania: 10–15 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	31.	Zapytanie pacjentki o wygodę i komfort (pielęgniarka I i II)*	1	0
	32.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych i fartucha jednorazowego ochronnego; dokonanie segregacji odpadów medycznych (pielęgniarka I i II)	1	0
	33.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO (pielęgniarka I, II)*	1	0
	34.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 24			Max. 34 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 6, 13, 31, 33, 34,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 34 pkt.

SKALA OCENY:

- 34–32 pkt. – bardzo dobry
- 31–30 pkt. – ponad dobry
- 29–28 pkt. – dobry
- 27–26 pkt. – dość dobry
- 25–24 pkt. – dostateczny
- poniżej 24 pkt. – niedostateczny

16. Technika prześcielenia łóżka przez jedną pielęgniarkę choremu leżącemu

KATARZYNA AUGUSTYNIUK, DARIA SCHNEIDER-MATYKA

Pacjentka, F.K., lat 78, w 2. dobie po zabiegu operacyjnym. Ze względu na duże ograniczenia mobilności pacjentki oraz konieczność wyrabiania nawyków higienicznych podjęto działania mające na celu zapewnianie pacjentce wygody, komfortu oraz estetyki najbliższego otoczenia.

Polecenie: przygotuj zestaw i wykonaj prześcielenie łóżka.

Niezbędny sprzęt:

- środek do dezynfekcji rąk,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- taca / wózek toaletowy,
- (opcjonalnie) fartuch niejałowy ochronny,
- myjka,
- pojemnik/worek na odpady medyczne,
- krzesło/taboret,
- parawan.

Technika prześcielenia łóżka przez jedną pielęgniarkę choremu leżącemu (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie do pracy w warunkach szpitalnych (upięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, dokonanie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, przygotowanie parawanu, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	5.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych, fartucha jednorazowego ochronnego	1	0

Technika prześcielenia łóżka przez jedną pielęgniarkę choremu leżącemu (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	6.	Dostosowanie wysokości łóżka do potrzeb pielęgniarki wykonującej zabieg, postawienie parawanu*	1	0
	7.	Przystawienie krzesła do dolnej części łóżka	1	0
	8.	Odstawienie szafki przyłóżkowej	1	0
	9.	Rozpoczęcie pracy w dolnej części łóżka po prawej stronie, odwiniecie założeń bocznych koca od strony dalszej i bliższej, następnie wyjęcie koca spod materaca i odłożenie na krzesło	1	0
	10.	Poluzowanie prześcieradła i podkładu od dołu łóżka ku górze, poluzowanie kołdry od góry ku dołowi	1	0
	11.	Przejsięcie na lewą stronę łóżka, poluzowanie prześcieradła i podkładu od dołu łóżka ku górze, poluzowanie kołdry od góry ku dołowi	1	0
	12.	Zabezpieczenie łóżka barierką z lewej strony i przejście na prawą stronę łóżka*	1	0
	13.	Zachęcenie pacjentki do przyjęcia pozycji siedzącej	1	0
	14.	Ustalenie, czy występują przeciwwskazania do przyjęcia pozycji leżącej, bez poduszki/poduszek pod głową (np. duszność), jeśli nie, odłożenie poduszki/poduszek na krzesło. Pomoc pacjentce w przyjęciu pozycji leżącej*	1	0
	15.	Uniesienie kołdry i zachęcenie pacjentki do przyjęcia pozycji na lewym boku	1	0
	16.	Oślonięcie pacjentki kołdrą	1	0
	17.	Oczyszczenie podkładu i prześcieradła za pomocą myjki poprzez wykonywanie ruchów ręką od środka na zewnątrz, odłożenie oczyszczonych warstw bielizny pościelowej na pacjentkę	1	0
	18.	Oczyszczenie materaca	1	0
	19.	Naciągnięcie prześcieradła pod materac, wykonanie narożnika kopertowego u góry materaca i podłożenie prześcieradła pod materac; gdy prześcieradło jest wystarczająco długie, wykonanie narożnika kopertowego u dołu materaca	1	0
	20.	Naciągnięcie i podłożenie pod materac podkładu	1	0
	21.	Uniesienie kołdry i zachęcenie pacjentki do przyjęcia pozycji na plecach	1	0
	22.	Zabezpieczenie łóżka barierką z prawej strony*	1	0

Technika prześcielenia łóżka przez jedną pielęgniarkę choremu leżącemu (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	23.	Przejsięcie na lewą stronę, obniżenie barierki, uniesienie kołdry i zachęcenie pacjentki do przyjęcia pozycji na prawym boku	1	0
	24.	Oślonięcie pacjentkę kołdrą	1	0
	25.	Oczyszczenie prześcieradła i podkładu za pomocą myjki poprzez wykonywanie ruchów ręką od środka na zewnątrz, odłożenie oczyszczonych warstw białizny pościelowej na pacjentkę	1	0
	26.	Oczyszczenie materaca	1	0
	27.	Naciągnięcie i podłożenie prześcieradła pod materac, wykonanie narożnika kopertowego u góry materaca; gdy prześcieradło jest wystarczająco długie, wykonanie narożnika kopertowego u dołu łóżka	1	0
	28.	Naciągnięcie i podłożenie pod materac podkładu płóciennego	1	0
	29.	Uniesienie kołdry i zachęcenie pacjenta do przyjęcia pozycji na plecach	1	0
	30.	Przejsięcie na prawą stronę łóżka i obniżenie barierki	1	0
	31.	Zachęcenie pacjentki do przyjęcia pozycji siedzącej, wyrównanie koszuli na plecach pacjentki	1	0
	32.	Ułożenie poduszki pod plecami pacjentki (wypełnieniem do góry); gdy dysponuje dwiema poduszkami – ułożenie pierwszej wypełnieniem do dołu, aby wypełniła krzywiznę lędźwiową, drugiej wypełnieniem do góry	1	0
	33.	Pomoc pacjentce w przyjęciu pozycji leżącej	1	0
	34.	Podłożenie i wyrównanie kołdry z brzegiem materaca z prawej strony, przejście na lewą stronę łóżka i powtórzenie czynności	1	0
	35.	Nałożenie koca i podwinięcie go pod materac, wykonanie narożnika kopertowego, następnie przejście na prawą stronę i powtórzenie czynności	1	0
	36.	Przystawienie szafki przyłóżkowej i odstawienie krzesła, parawanu	1	0

Technika prześcielenia łóżka przez jedną pielęgniarkę choremu leżącemu (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	37.	Zapytanie pacjentki o wygodę i komfort*	1	0
	38.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych i fartucha jednorazowego ochronnego; dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	39.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	40.	Uporządkowanie tacy / wózka toaletowego i parawanu	1	0
	41.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 41 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 29			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 6, 12, 14, 22, 37, 38, 39, 41,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 41 pkt.

SKALA OCENY:

- 41–39 pkt. – bardzo dobry
- 38–37 pkt. – ponad dobry
- 36–34 pkt. – dobry
- 33–32 pkt. – dość dobry
- 31–29 pkt. – dostateczny
- poniżej 29 pkt. – niedostateczny

17. Technika zmiany bielizny pościelowej choremu leżącemu

KATARZYNA AUGUSTYNIUK, DARIA SCHNEIDER-MATYKA

Pacjentka, A.A., lat 69, w stanie ciężkim. Niesamodzielna, całkowicie leżąca, przyjęta na oddział urologii w celu diagnostycznym. Pacjentka wymaga całkowitej pomocy w czynnościach higieniczno-pielęgniacyjnych.

Polecenie: przygotuj zestaw i wykonaj zmianę bielizny pościelowej.

Niezbędny sprzęt:

- środek do dezynfekcji rąk,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- taca / wózek toaletowy,
- komplet bielizny pościelowej (poszewka na poduszkę, prześcieradło, podkład, poszwa),
- (opcjonalnie) fartuch niejałowy ochronny,
- myjka,
- pojemnik/worek na odpady medyczne,
- wózek/worek na brudną bieliznę,
- krzesło/taboret,
- parawan.

Technika zmiany bielizny pościelowej choremu leżącemu (czas wykonania: 15–20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie do pracy w warunkach szpitalnych (upięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, dokonanie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, przygotowanie parawanu, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	5.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych oraz fartucha jednorazowego ochronnego (opcjonalnie)	1	0
Etap wykonania	6.	Dostosowanie wysokości łóżka do potrzeb pielęgniarki wykonującej zabieg, postawienie parawanu*	1	0
	7.	Przystawienie krzesła do dolnej części łóżka	1	0

Technika zmiany bielizny pościelowej choremu leżącemu (czas wykonania: 15–20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	8.	Odstawienie szafki przyłóżkowej	1	0
	9.	Rozpoczęcie pracy w dolnej części łóżka po prawej stronie, odwiniecie założeń bocznych koca od strony dalszej i bliższej, następnie wyjęcie koca spod materaca i odłożenie na krzesło	1	0
	10.	Poluzowanie prześcieradła i podkładu od dołu łóżka ku górze, poluzowanie kołdry od góry ku dołowi	1	0
	11.	Przejście na lewą stronę łóżka, poluzowanie prześcieradła i podkładu od dołu ku górze, poluzowanie kołdry od góry ku dołowi	1	0
	12.	Zabezpieczenie łóżka barierką z lewej strony i przejście na prawą stronę łóżka*	1	0
	13.	Zachęcenie pacjentki do przyjęcia pozycji siedzącej lub gdy pacjentka nie siada samodzielnie, pomoc pacjentce przy przyjmowaniu pozycji siedzącej. Jeżeli stan pacjentki jest ciężki, chora ma trudności przy poruszaniu się, wówczas należy zapewnić sobie pomocy drugiej pielęgniarki	1	0
	14.	Ustalenie, czy występują przeciwwskazania do przyjęcia pozycji leżącej bez poduszki/poduszek pod głowę (np. duszność), jeśli nie, odłożenie poduszki/poduszek na krzesło	1	0
	15.	Zdjęcie brudnej poszewki/poszewek i umieszczenie jej/ich w worku na brudną bieliznę, założenie czystej/czystych poszewki/poszewek i odłożenie poduszki/poduszek na krzesło, jeśli stan pacjentki pozwala na leżenie bez poduszki/poduszek	1	0
	16.	Uniesienie kołdry i zachęcenie pacjentki do przyjęcia pozycji na lewym boku lub pomoc pacjentce przy przyjęciu pozycji na lewym boku. W przypadku ciężko chorego pacjenta przy zmianie pozycji ułożeniowej mogą uczestniczyć dwie pielęgniarki	1	0
	17.	Przykrycie pacjentki kołdrą	1	0
	18.	Zwinięcie brudnego podkładu pod pacjentkę	1	0
	19.	Zwinięcie brudnego prześcieradła pod pacjentkę i oczyszczenie myjką materaca poprzez wykonywanie ruchów ręką od środka na zewnątrz	1	0
	20.	Ułożenie czystego prześcieradła u dołu materaca, rozłożenie prześcieradła ku górze, odwiniecie górnej części prześcieradła, zwinięcie pod pacjentkę pozostałej części prześcieradła, wykonanie narożnika kopertowego, następnie podłożenie prześcieradła pod materac; gdy prześcieradło jest wystarczająco długie, wykonanie narożnika kopertowego u dołu łóżka	1	0
	21.	Rozłożenie czystego podkładu na środku materaca, podłożenie jego górnej części pod materac, następnie zwinięcie pozostałej części podkładu pod pacjentkę	1	0

Technika zmiany bielizny pościelowej choremu leżącemu (czas wykonania: 15–20 min)		Ocena punktowa		
Etap wykonania	22.	Uniesienie kołdry i zachęcenie pacjentki do przyjęcia pozycji na plecach lub pomoc pacjentce przy przyjęciu pozycji na plecach, zabezpieczenie łóżka z prawej strony barierką. W przypadku ciężko chorego pacjenta przy zmianie pozycji ułożeniowej uczestniczyć mogą dwie pielęgniarki*	1	0
	23.	Przejsie na lewą stronę łóżka i obniżenie barierki	1	0
	24.	Uniesienie kołdry i zachęcenie pacjentki do ułożenia się na czystej (prawej) stronie łóżka lub pomoc pacjentce przy zmianie pozycji, przykrycie pacjentki kołdrą. W przypadku ciężko chorego pacjenta przy zmianie pozycji ułożeniowej uczestniczyć powinny dwie pielęgniarki	1	0
	25.	Zwinięcie i umieszczenie podkładu oraz prześcieradła w worku/koszku na brudną bieliznę, oczyszczenie materaca myjką poprzez wykonywanie ruchów ręką od środka na zewnątrz	1	0
	26.	Naciągnięcie i wyprostowanie prześcieradła, wykonanie narożnika kopertowego u wezglowia łóżka, podłożenie pozostałej części prześcieradła pod materac; gdy prześcieradło jest wystarczająco długie, wykonanie narożnika kopertowego u dołu łóżka	1	0
	27.	Naciągnięcie i podłożenie pod materac podkładu	1	0
	28.	Uniesienie kołdry i zachęcenie pacjentki do przyjęcia pozycji na plecach lub pomoc pacjentce przy przyjęciu pozycji na plecach. W przypadku ciężko chorej pacjentki przy zmianie pozycji ułożeniowej uczestniczyć powinny dwie pielęgniarki	1	0
	29.	Przejsie na prawą stronę łóżka, obniżenie barierki	1	0
	30.	Zachęcenie pacjentki do przyjęcia pozycji siedzącej lub gdy pacjentka nie siada samodzielnie, pomoc przy przyjęciu pozycji siedzącej, wyrównanie koszuli na plecach pacjentki. W przypadku ciężko chorego pacjenta przy zmianie pozycji ułożeniowej uczestniczyć powinny dwie pielęgniarki	1	0
	31.	Podłożenie pacjentce poduszki pod głowę (wypełnieniem do góry), w przypadku, gdy dysponuje dwiema poduszkami, ułożenie pierwszej wypełnieniem do dołu, aby wypełniła krzywiznę lędźwiową, drugiej wypełnieniem do góry	1	0
	32.	Wyjęcie kołdry z poszwy. Zaangażowanie pacjentki w wykonywanie zabiegu poprzez przytrzymanie przez niego górnych brzegów poszwy, złożenie kołdry i odłożenie na krzesło. W sytuacji, gdy pacjent nie może współpracować z pielęgniarką, jedną ręką przytrzymanie poszwy, drugą wyciągnięcie kołdry (brudna poszwa pozostaje na pacjencie), ewentualnie w tym etapie zabiegu mogą uczestniczyć dwie pielęgniarki	1	0

Technika zmiany bielizny pościelowej choremu leżącemu (czas wykonania: 15–20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	33.	Stopniowe fałdowanie brudnej poszwy leżącej na pacjentce, a na to miejsce nałożenie czystej poszwy w kierunku od klatki piersiowej do stóp, umieszczenie brudnej poszwy w worku/koszu na brudną pościel	1	0
	34.	Włożenie kołdry do czystej poszwy	1	0
	35.	Wyrównanie i podłożenie kołdry z prawej strony równo z brzegiem materaca, a następnie przejście na lewą stronę łóżka i powtórzenie czynności	1	0
	36.	Założenie koca i podwinięcie pod materac, wykonanie narożnika kopertowego, a następnie przejście na prawą stronę łóżka i powtórzenie czynności	1	0
	37.	Przystawienie szafki i odstawienie krzesła oraz odstawienie parawanu	1	0
Etap porządkowania	38.	Zapytanie pacjentki o wygodę, samopoczucie i komfort*	1	0
	39.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych i fartucha jednorazowego ochronnego, jeżeli był zakładany; dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	40.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	41.	Uporządkowanie tacy / wózka toaletowego, parawanu, myjki, worka/kosza na brudną bieliznę	1	0
	42.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 42 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 29			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 6, 12, 22, 38, 40, 42,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 42 pkt.

SKALA OCENY:

- 42–40 pkt. – bardzo dobry
- 39–37 pkt. – ponad dobry
- 36–34 pkt. – dobry
- 33–32 pkt. – dość dobry
- 31–29 pkt. – dostateczny
- poniżej 29 pkt. – niedostateczny

18. Technika zmiany bielizny osobistej choremu leżącemu – zmiana piżamy

KATARZYNA AUGUSTYNIUK, DARIA SCHNEIDER-MATYKA

Pacjentka, A.A., lat 69, w stanie ciężkim. Niesamodzielna, całkowicie leżąca, przyjęta na oddział urologii w celu diagnostycznym. Pacjentka wymaga całkowitej pomocy w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych.

Polecenie: przygotuj zestaw i wykonaj zmianę bielizny osobistej.

Niezbędny sprzęt:

- środek do dezynfekcji rąk,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- taca / wózek toaletowy,
- bielizna osobista (piżama),
- (opcjonalnie) fartuch niejałowy ochronny,
- pojemnik/worek na odpady medyczne,
- wózek/worek na brudną bieliznę,
- krzesło/taboret,
- parawan.

Technika zmiany bielizny osobistej choremu leżącemu – zmiana piżamy (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie do pracy w warunkach szpitalnych (upięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, dokonanie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, przygotowanie parawanu, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	5.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0

Technika zmiany bielizny osobistej choremu leżącemu – zmiana piżamy (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	6.	Dostosowanie wysokości łóżka do potrzeb pielęgniarki wykonującej zabieg, postawienie parawanu	1	0
	7.	Odwiniecie górnego brzegu kołdry	1	0
	8.	Zastosowanie pozycji leżącej płaskiej lub półwysokiej, zachęcenie pacjentki do zgięcia kończyn dolnych w stawach kolanowych i biodrowych oraz uniesienia pośladków lub pomoc pacjentce w wykonaniu tych czynności. Podtrzymanie jedną ręką pośladków, a drugą zsuniecie spodni piżamy ku dołowi	1	0
	9.	Zdjęcie spodni od piżamy, zabezpieczenie i umieszczenie w szafce przyłóżkowej pacjentki; w przypadku bielizny szpitalnej umieszczenie jej w worku/koszu na brudną bieliznę	1	0
	10.	Założenie spodni od piżamy przez stopy, rozpoczęcie zakładania od kończyny dolnej dalszej	1	0
	11.	Zachęcenie pacjentki do uniesienia pośladków lub pomoc pacjentce w wykonaniu tej czynności i założenie spodni	1	0
	12.	Zachęcenie pacjentki do przyjęcia wygodnej pozycji lub pomoc pacjentce w wykonaniu tej czynności	1	0
	13.	Zachęcenie pacjentki do przyjęcia pozycji półwysokiej i odpięcie guzików bluzy, rozpoczęcie zdejmowania rękawa bluzy od kończyny górnej bliższej oraz zdjęcie rękawa z kończyny górnej dalszej; w przypadku, gdy jedna z kończyn jest niesprawna lub unieruchomiona, rozpoczęcie zdejmowania bluzy od kończyny w pełni sprawnej	1	0
	14.	Zabezpieczenie brudnej bluzy i umieszczenie jej w szafce przyłóżkowej pacjentki; w przypadku bielizny szpitalnej umieszczenie jej w worku/koszu na brudną bieliznę	1	0
	15.	Nałożenie rękawa bluzy na kończynę górną dalszą oraz bliższą; w przypadku, gdy jedna z kończyn jest niesprawna lub unieruchomiona, rozpoczęcie od niej ubierania bluzy	1	0
	16.	Zachęcenie pacjentki do przyjęcia pozycji półwysokiej, wyrównanie bluzy na plecach i zachęcenie pacjentki do zapięcia guzików bluzy	1	0
	17.	Wyrównanie kołdry	1	0
	Etap porządkowania	18.	Zapytanie pacjentki o wygodę i komfort	1
19.		Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych i fartucha jednorazowego ochronnego; dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
20.		Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0

Technika zmiany bielizny osobistej choremu leżącemu – zmiana piżamy (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	21.	Uporządkowanie tacy / wózka toaletowego, parawanu, worka/ kosza na brudną bieliznę	1	0
	22.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 22 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 15			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 20, 22,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 22 pkt.

SKALA OCENY:

- 22–21 pkt. – bardzo dobry
- 20 pkt. – ponad dobry
- 19–18 pkt. – dobry
- 17 pkt. – dość dobry
- 16–15 pkt. – dostateczny
- poniżej 15 pkt. – niedostateczny

19. Technika zmiany bielizny osobistej choremu leżącemu – zmiana koszuli

KATARZYNA AUGUSTYNIUK, DARIA SCHNEIDER-MATYKA

Pacjentka, A.A., lat 69, w stanie ciężkim. Niesamodzielna, całkowicie leżąca, przyjęta na oddział urologii w celu diagnostycznym. Pacjentka wymaga całkowitej pomocy w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych.

Polecenie: przygotuj zestaw i wykonaj zmianę bielizny osobistej.

Niezbędny sprzęt:

- środek do dezynfekcji rąk,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- taca / wózek toaletowy,
- bielizna osobista (koszula),
- (opcjonalnie) fartuch niejałowy ochronny,
- pojemnik/worek na odpady medyczne,
- wózek/worek na brudną bieliznę,
- krzesło/taboret,
- parawan.

Technika zmiany bielizny osobistej choremu leżącemu – zmiana koszuli (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie do pracy w warunkach szpitalnych (upięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, dokonanie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, przygotowanie parawanu, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	5.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych i fartucha foliowego (opcjonalnie)	1	0

Technika zmiany bielizny osobistej choremu leżącemu - zmiana koszuli (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	6.	Dostosowanie wysokości łóżka do potrzeb pielęgniarki wykonującej zabieg, postawienie parawanu*	1	0
	7.	Odwinięcie górnego brzegu kołdry	1	0
	8.	Zachęcenie pacjentki do ugięcia kończyn dolnych w stawach kolanowych i uniesienia pośladków, podniesienie koszuli ku górze lub pomoc pacjentce przy wykonywaniu tych czynności	1	0
	9.	Zachęcenie pacjentki do przyjęcia pozycji półwysokiej i podniesienie koszuli ku górze, aż do wysokości barków (w przypadku koszuli chirurgicznej odwiązanie troków), lub pomoc pacjentce przy wykonywaniu tych czynności	1	0
	10.	Zachęcenie pacjentki do przyjęcia pozycji leżącej lub pomoc pacjentce przy zmianie pozycji	1	0
	11.	Zdjęcie rękawa z kończyny górnej bliższej, zdjęcie koszuli przez głowę, następnie zdjęcie koszuli z kończyny dalszej pacjentki; w przypadku, gdy jedna z kończyn jest niesprawna lub unieruchomiona, rozpoczęcie zdejmowania koszuli od kończyny w pełni sprawnej	1	0
	12.	Zabezpieczenie brudnej koszuli i umieszczenie w szafce przyłóżkowej pacjentki; w przypadku bielizny szpitalnej umieszczenie jej w worku/koszu na brudną bieliznę	1	0
	13.	Założenie koszuli przez głowę, następnie na dalszą i bliższą kończynę górną pacjentki; w przypadku, gdy jedna z kończyn jest niesprawna lub unieruchomiona, rozpoczęcie ubierania koszuli od niej	1	0
	14.	Zachęcenie pacjentki do przyjęcia pozycji półwysokiej, wyrównanie koszuli na plecach, następnie zachęcenie pacjentki do przyjęcia pozycji leżącej i do uniesienia pośladków w celu podłożenia koszuli lub pomoc pacjentce przy wykonaniu tych czynności	1	0
	15.	Zachęcenie do wyprostowania kończyn dolnych lub pomoc pacjentce przy wykonywaniu tej czynności	1	0
	16.	Wyrównanie koszuli na klatce piersiowej, zachęcenie do zapięcia guzików lub pomoc w wykonaniu tej czynności	1	0
17.	Wyrównanie kołdry	1	0	
Etap porządkowania	18.	Zapytanie pacjentki o wygodę i komfort	1	0
	19.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych i fartucha jednorazowego ochronnego; dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0

Technika zmiany bielizny osobistej choremu leżącemu - zmiana koszuli (czas wykonania: 10 min)				Ocena punktowa	
Etap porządkowania	20.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0	
	21.	Uporządkowanie tacy/wózka toaletowego, parawanu, worka/kosza na brudną bieliznę	1	0	
	22.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0	
Suma punktów					Max. 22 pkt.
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 15					Liczba uzyskanych pkt.

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 20, 22,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 22 pkt.

SKALA OCENY:

- 22–21 pkt. – bardzo dobry
- 20 pkt. – ponad dobry
- 19–18 pkt. – dobry
- 17 pkt. – dość dobry
- 16–15 pkt. – dostateczny
- poniżej 15 pkt. – niedostateczny

Czynności w zakresie higieny osobistej pacjenta

20. Technika mycia chorego w łóżku

MARIOLA CZAJKOWSKA, HALINA KULIK, KATARZYNA AUGUSTYNIUK

Pacjent, lat 55, samotny, zaniedbany. W wywiadzie niewydolność nerek, nadciśnienie i cukrzyca. Zgłosił się do szpitala z powodu złego samopoczucia, obrzęków podudzi i bezmoczności. W chwili przyjęcia na oddział internistyczny miał podniesione wartości RR i tętna, zawroty głowy. Wykazywał objawy ogólnego splątania, chwilami był nielo-giczny. Zastosowano reżim łóżkowy, płynoterapię, wdrożono dalszą diagnostykę. Z uwagi na ogólne zaniedbanie pacjenta zaplanowano wykonanie całościowej toalety w łóżku.

Polecenie: przygotuj zestaw i wykonaj toaletę całego ciała.

Niezbędny sprzęt:

- taca / wózek mobilny zabiegowy,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- (opcjonalnie) fartuch ochronny jednorazowego użytku,
- miska nerkowata,
- miska do mycia z wodą o temperaturze 37–40°C,
- dzbanek z wodą o maksymalnej temperaturze 45°C,
- 2 myjki, jeżeli pacjent nie ma własnych myjek/gąbek, to można je wykonać z gazy, zwiniętego bandaża/chust,
- płatki kosmetyczne do demakijażu twarzy i okolic oczu,
- gaziki,
- maści/płyny pielęgnacyjne, ochronne, środki do nacierania pleców PC30V, emul-sje do ciała lub specjalne zawiesiny,
- wkładki ligninowe,
- podkład jednorazowy, chłonny,
- 2 ręczniki,
- mydło,
- szczoteczka do mycia zębów,
- kubek i pasta do zębów, dodatkowo nić dentystyczna oraz płyn do płukania jamy ustnej,
- (opcjonalnie) nożyczki i szczoteczka do paznokci,
- (opcjonalnie) pumeks,
- szczotka/grzebień do włosów,
- basen, jeżeli nie ma go przy łóżku pacjenta,
- parawan,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- źródło bieżącej wody, środek dezynfekcyjny,
- pojemnik/worek na odpady medyczne i przemysłowe,
- dokumentacja pacjenta.

Technika mycia chorego w łóżku (czas wykonania: 30 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem dotyczącym wykonania zadania lub wykonywanie zadania w ramach posiadanych uprawnień	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji pacjenta, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Sprawdzenie/wybór miejsca wykonania zadania: • zapewnienie właściwych warunków otoczenia (temperatura, wentylacja, zamknięte drzwi i okna), • zapewnienie intymności i spokoju (ustawienie parawanu, ewentualnie poproszenie osób/pacjentów z sali o opuszczenie jej na czas zabiegu)*	1	0
	5.	Udzielenie informacji dotyczących zachowania się podczas zabiegu, ustalenie zakresu współpracy z pacjentem	1	0
	6.	Przygotowanie sprzętu; przewiezienie wózka mobilnego zabiegowego do sali pacjenta, zwrócenie uwagi na upodobania pacjenta w zakresie środków higienicznych*	1	0
	7.	Ustawienie krzesła z oparciem przy łóżku pacjenta po stronie prawej	1	0
	8.	Ustawienie miski do mycia na krzesło, środków toaletowych na wózku	1	0
	9.	Zawieszenie ręczników i myjek na oparciu krzesła	1	0
	10.	Ustawienie basenu w uchwycie umocowanym przy ramie łóżka	1	0
	11.	Dbłość o bezpieczeństwo własne i pacjenta, postępowanie zgodnie z zasadami ergonomii wysiłku; ustawienie wysokości łóżka pacjenta do własnych potrzeb; zabezpieczenie dalszej strony łóżka (strona lewa) barierką przyłóżkową; obserwacja pacjenta oraz utrzymywanie kontaktu słownego podczas wykonywanej procedury; kontrola wygody pacjenta*	1	0
	12.	Przeprowadzenie higieny rąk, założenie odzieży ochronnej: fartucha i rękawic jednorazowych niejałowych*	1	0
	13.	Obluzowanie koca, poluzowanie wierzchniego przykrycia pacjenta, podniesienie wezgłowia łóżka do 30–45°	1	0

Technika mycia chorego w łóżku (czas wykonania: 30 min)		Ocena punktowa		
Etap wykonania	14.	<p>Procedura mycia zębów:</p> <ul style="list-style-type: none"> • podłożenie ręcznika przeznaczonego do mycia twarzy pod brodę pacjenta, • podanie kubka z wodą (temperatura ok. 30°C) do przepłukania jamy ustnej, odstawienie kubka, podanie miski nerkowatej, • przygotowanie przyborów do mycia zębów, • nałożenie na szczoteczkę pasty i podanie pacjentowi. Jeżeli jego możliwości w tym zakresie są ograniczone – mycie zębów wykonuje pielęgniarka, • naprzemienne podawanie kubka z wodą i miski nerkowatej aż do momentu całkowitego wypłukania jamy ustnej, • wytarcie ust przez pacjenta lub przez pielęgniarkę po umyciu zębów, • odłożenie ręcznika na krzesło 	1	0
	15.	<p>Procedura mycia twarzy, oczu, uszu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pomoc pacjentowi w zdjęciu koszuli/góry piżamy, • ułożenie ręcznika pod głowę pacjenta w taki sposób, aby jego dolne rogi znajdowały się na wysokości barków pacjenta, • uniesienie głowy pacjenta prawą ręką, lewą natomiast wsunięcie ręcznika, • przygotowanie myjki przeznaczonej do mycia twarzy, • namoczenie myjki w wodzie z miski bez mydła, • przetarcie oczu: najpierw oko dalsze, następnie oko bliższe – w kierunku od skroni do nosa, a następnie dokładne wytarcie oczu, • umycie twarzy z zachowaniem odpowiedniej kolejności: ruchami okrężnymi czoło, policzek dalszy, nasada nosa, policzek bliższy, broda, na koniec pod nosem, usta (zgodnie z preferencjami pacjenta myjemy wodą z mydłem lub samą wodą), • osuszenie umytej twarzy, • toaleta uszu za pomocą lekko zwilżonych gazików; delikatne obrócenie głowy i oczyszczenie zewnętrznych przewodów słuchowych ucha dalszego, następnie obrócenie głowy w przeciwnym kierunku i oczyszczenie przewodów słuchowych ucha bliższego; umycie małżowiny usznej ucha dalszego i bliższego, • zsuniecie ręcznika spod głowy niżej i umycie szyi, karku oraz dekoltu, a następnie osuszenie 	1	0
	16.	<p>Procedura mycia klatki piersiowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wyjęcie ręcznika spod głowy pacjenta i ułożenie go na klatce piersiowej, wywinięcie mankietu na koc, • uniesienie koca prawą ręką za mankiet z ręcznika, • lewą ręką umycie klatki piersiowej pacjenta, • staranne osuszenie skóry, zabranie i odłożenie ręcznika na krzesło, • zmiana wody, jeżeli uważamy, że jest zimna, zmydlona lub brudna 	1	0

Technika mycia chorego w łóżku (czas wykonania: 30 min)		Ocena punktowa		
Etap wykonania	17.	<p>Procedura mycia kończyn górnych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • odsłonięcie kończyny górnej dalszej (lewej), podłożenie pod nią ręcznika i wywinięcie go w okolicy pachy na pacjenta, odsłonięcie bielizny pościelowej, • postawienie miski z wodą na ręczniku, zanurzenie dłoni pacjenta w wodzie, • umycie kończyny górnej: pachy, ramienia, przedramienia, dłoni – jeżeli jest to konieczne, obcięcie i wyczyszczenie paznokci przygotowaną szczoteczką; gdy pacjent jest nieprzytomny, unosimy jego rękę samodzielnie, • odstawienie miski na krzesło, • osuszenie umytej kończyny, zabranie i odłożenie ręcznika na krzesło, • umycie w ten sam sposób kończyny górnej bliższej (prawej), • zmiana wody, jeżeli uważamy, że jest zimna, zmydlona lub brudna 	1	0
	18.	<p>Procedura mycia brzucha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • odwieszenie na krzesło ręcznika i myjki przeznaczonej do mycia górnych części ciała (!), • zsuniecie spodni piżamy poniżej brzucha, • ułożenie na brzuchu pacjenta ręcznika przeznaczonego do mycia dolnych części ciała i wywinięcie go na zewnątrz, stworzenie w ten sposób mankietu na kocu, • uniesienie koca prawą ręką za mankiety, • założenie na lewą rękę namydloną myjką (przeznaczonej do mycia dolnych części ciała) i umycie brzucha pacjenta, • osuszenie staranne skóry ręcznikiem tworzącym wcześniej mankiety na kocu, zabranie i odłożenie ręcznika na krzesło, • zmiana wody, jeżeli uważamy, że jest zimna, zmydlona lub brudna 	1	0
	19.	<p>Procedura mycia pleców i pośladków:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zdjęcie spodni piżamy, jeżeli pacjent ma ubraną bieliznę osobistą dwuczęściową, • uniesienie koca i zaproponowanie, aby pacjent zmienił pozycję na lewoboczną, • ułożenie ręcznika wzdłuż pleców i pośladków pacjenta, • umycie pleców oraz pośladków namydloną myjką, • osuszenie staranne skóry, a następnie natarcie skóry pleców, np. płynem PC30V, wykonanie masażu skóry pleców, • pomoc pacjentowi w zmianie pozycji na wznak i pomoc w założeniu koszuli lub górnej części piżamy pacjenta, • zmiana wody, jeżeli uważamy, że jest zimna, zmydlona lub brudna 	1	0
	20.	<p>Procedura mycia kończyn dolnych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • odsłonięcie kończyny dolnej dalszej (lewej), położenie ręcznika wzdłuż kończyny, • postawienie miski z wodą na ręczniku, • umycie kończyny dolnej: stopy, podudzia, uda, pachwiny; jeżeli jest to konieczne, użycie pumeksu w celu usunięcia zrogowaciałego naskórka lub nożyczek do paznokci, • osuszenie staranne skóry poprzez energiczny masaż ręcznikiem, • umycie w ten sam sposób kończyny dolnej bliższej (prawej), • zabranie i odłożenie ręcznika na krzesło 	1	0

Technika mycia chorego w łóżku (czas wykonania: 30 min)		Ocena punktowa		
Etap wykonania	21.	Procedura podmywania krocza: <ul style="list-style-type: none"> • zmiana wody w misce, • podłożenie pod poślądki podkładu jednorazowego, chłonnego, • wykonanie „budki” (opcjonalnie) – na zgięte w stawach kolanowych kończyny dolne pacjenta naciągamy kołdrę, osłaniając pacjenta 	1	0
	22.	Procedura podmywania krocza przez pacjenta (pielęgniarka asystuje): <ul style="list-style-type: none"> • namydlenie myjki, a następnie założenie jej na rękę pacjenta, • odciągnięcie napletka, • umycie żołądki w kierunku z góry na dół ruchem okrężnym, • naciągnięcie napletka tak, aby pokrywał żołądź, • umycie skóry okolicy dołu pachwinowego od strony dalszej i bliższej, • umycie worka mosznowego (obserwacja czy nie występują zmiany o charakterze odparzeń), • umycie okolicy krocza i osuszenie ręcznikiem, • zlikwidowanie „budki” (jeżeli była stosowana), usunięcie podkładu spod pośladków pacjenta, • osuszenie dłoni pacjenta, • założenie pacjentowi spodni od piżamy. Procedura wykonania toalety krocza przez pielęgniarkę: <ul style="list-style-type: none"> • odciągnięcie napletka, • umycie żołądki gazikiem lub wacikiem, ewentualnie myjką w kierunku z góry na dół ruchem okrężnym, • naciągnięcie napletka tak, aby pokrywał żołądź, • umycie skóry okolicy dołu pachwinowego od strony dalszej i bliższej namydloną myjką, • umycie worka mosznowego namydloną myjką (obserwacja czy nie występują zmiany o charakterze odparzeń), • umycie okolicy krocza i osuszenie ręcznikiem, • zlikwidowanie „budki” (jeżeli była stosowana), usunięcie podkładu spod pośladków pacjenta, • założenie pacjentowi spodni od piżamy 	1	0
	23.	Zdjęcie i odłożenie rękawiczek jednorazowego użytku do miski nerkowatej	1	0
	24.	Założenie czystych rękawiczek jednorazowego użytku	1	0
	25.	Ułożenie pacjenta w wygodnej pozycji, uczesanie pacjenta*	1	0
	26.	Poprawienie wyglądu łóżka; zaścielenie łóżka, obniżenie bariery przyłóżkowej*	1	0

Technika mycia chorego w łóżku (czas wykonania: 30 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	27.	Uporządkowanie sprzętu, materiałów i otoczenia	1	0
	28.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	29.	Udokumentowanie wykonanej procedury*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 20			Max. 29 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 3, 4, 6, 11, 12, 25, 26, 29,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 29 pkt.

SKALA OCENY:

- 29 pkt. – bardzo dobry
- 28–27 pkt. – ponad dobry
- 26–24 pkt. – dobry
- 23–22 pkt. – dość dobry
- 21–20 pkt. – dostateczny
- poniżej 20 pkt. – niedostateczny

21. Technika kąpieli pacjenta pod prysznicem

MARIOLA CZAJKOWSKA, HALINA KULIK

Pacjentka, lat 77, przebywa na oddziale chirurgii w 4. dobie po operacji, wymaga pomocy w czynnościach higienicznych.

Polecenie: przygotuj zestaw i pomóż w kąpieli pacjentki pod prysznicem.

Niezbędny sprzęt:

- taca / wózek mobilny zabiegowy,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- fartuch ochronny jednorazowego użytku,
- 2 myjki, jeżeli pacjent nie ma własnych myjek/gąbek, to można je wykonać z gazy, zwiniętego bandaża/chust,
- 2 ręczniki,
- mydło,
- szczoteczka,
- kubek i pasta do zębów, dodatkowo nić dentystyczna oraz płyn do płukania jamy ustnej,
- (opcjonalnie) nożyczki i szczoteczka do paznokci,
- (opcjonalnie) pumeks,
- spirytus salicyłowy / talk,
- szczotka/grzebień do włosów,
- zmienna bielizna osobista / odzież,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- miejsce do wykonania zadania – kabina prysznicowa,
- źródło bieżącej wody, środek dezynfekcyjny,
- odpowiednie pojemniki na odpady medyczne i przemysłowe,
- wózek inwalidzki (w razie potrzeby),
- dokumentacja pacjenta.

Technika kąpieli pacjenta pod prysznicem (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem dotyczącym wykonania zadania (lub wykonywanie zadania w ramach posiadanych uprawnień)	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji pacjentki, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Sprawdzenie/wybór miejsca wykonania zadania: • zapewnienie właściwych warunków otoczenia, • zapewnienie intymności i spokoju*	1	0
	5.	Przygotowanie niezbędnego sprzętu*	1	0
	6.	Udzielenie informacji dotyczących zachowania się podczas zabiegu, ustalenie zakresu współpracy z pacjentką	1	0
	7.	Przywiezienie wózka inwalidzkiego (w razie potrzeby przewiezienia pacjentki)	1	0
	8.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
Etap wykonania	9.	Założenie odzieży ochronnej (fartuch oraz rękawice niejałowe)	1	0
	10.	Dbłość o bezpieczeństwo własne i pacjentki. Obserwacja pacjentki i utrzymywanie kontaktu z pacjentką podczas wykonywania czynności, właściwa organizacja pracy zapewniająca sprawne i ergonomiczne wykonanie zadania*	1	0
	11.	Pomoc pacjentce w przejściu do łazienki – w razie potrzeby przewiezienie na wózku inwalidzkim	1	0
	12.	Pomoc pacjentce w umyciu zębów	1	0
	13.	Pomoc w zdjęciu odzieży i bielizny osobistej	1	0
	14.	Przyjęcie przez pacjentkę pozycji siedzącej (lub pomoc pacjentce) na krześle kąpielowym, wykorzystanie zabezpieczeń poręczowych	1	0
	15.	Ocena stanu skóry pacjentki	1	0
	16.	Ustawienie odpowiedniej temperatury i ciśnienia wody	1	0

Technika kąpieli pacjenta pod prysznicem (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	17.	Zmoczenie całego ciała pacjentki wodą – zabezpieczenie twarzy, oczu i uszu pacjentki	1	0
	18.	Umycie (lub pomoc w umyciu) środkiem do mycia ciała poszczególnych jego części – z zachowaniem zasad dotyczących kolejności mycia poszczególnych części ciała i zmiany myjki*	1	0
	19.	Pomoc w higienie skóry pośladków i krocza oraz stóp	1	0
	20.	Splukanie całego ciała prysznicem	1	0
	21.	Zmiana rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	22.	Osuszenie ciała pacjentki, w miarę potrzeby aplikacja środków do pielęgnacji ciała zabezpieczających przed odparzeniami lub rogowaceniem skóry*	1	0
	23.	Pomoc pacjentce w założeniu bielizny i odzieży	1	0
	24.	Doprowadzenie pacjentki lub przewiezienie na wózku do sali, w której przebywa w trakcie hospitalizacji	1	0
	25.	Zapewnienie właściwych warunków po kąpieli na sali chorej, dbałość o komfort, wygodę, bezpieczeństwo oraz właściwy mikroklimat	1	0
Etap porządkowania	26.	Segregacja odpadów medycznych, uporządkowanie sprzętu	1	0
	27.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	28.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	29.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 29 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 20			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 3, 4, 5, 8, 10, 18, 22, 28, 29,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 29 pkt.

SKALA OCENY:

- 29–28 pkt. – bardzo dobry
- 27–26 pkt. – ponad dobry
- 25–24 pkt. – dobry
- 23–22 pkt. – dość dobry
- 21–20 pkt. – dostateczny
- poniżej 20 pkt. – niedostateczny

22. Technika mycia głowy w łóżku

MARIOLA CZAJKOWSKA, HALINA KULIK

Pacjentka, F.K., lat 56, w 1. dobie po operacji stawu biodrowego. Pacjentka nie została uruchomiona, obowiązuje bezwzględne leżenie w łóżku. Parametry stanu ogólnego w normie. Pacjentka jest bardzo zaniepokojona stanem swoich włosów, do których przywiązuje dużą uwagę.

Polecenie: przygotuj zestaw i wykonaj mycie głowy pacjentki w łóżku.

Niezbędny sprzęt:

- taca / wózek mobilny zabiegowy,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- fartuch ochronny jednorazowego użytku,
- miska nerkowata,
- 2 ręczniki,
- szampon do włosów,
- szczotka/grzebień do włosów,
- suszarka do włosów,
- woda do mycia o odpowiedniej temperaturze – 36–39°C,
- rynienka fryzjerska do mycia włosów,
- wiadro,
- folia do zabezpieczenia łóżka,
- 2 dzbanki,
- parawan,
- środek do dezynfekcji powierzchni (np. rynienki),
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- źródło bieżącej wody, środek dezynfekcyjny,
- pojemnik/worek na odpady medyczne i przemysłowe,
- dokumentacja pacjentki.

Technika mycia głowy w łóżku (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem dotyczącym wykonania zadania (lub wykonywanie zadania zgodnie z posiadanymi uprawnieniami)	1	0

Technika mycia głowy w łóżku (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Zidentyfikowanie stanu pacjentki i zastosowanie odpowiedniej techniki mycia głowy: <ul style="list-style-type: none"> • mycie głowy w pozycji poziomej z poduszką złożoną na pół (wykonanie czynności z pomocą drugiej pielęgniarki), • mycie głowy w tzw. rynience (prawidłowe wykonanie rynienki, wykonanie czynności samodzielnie), • mycie głowy z wyjętą ramą łóżka u wezłowia (wykonanie czynność z pomocą drugiej pielęgniarki), • mycie głowy w rynience fryzjerskiej (wykonanie czynności z pomocą drugiej pielęgniarki), • mycie głowy z podwiniętym materacem (wykonanie czynności z pomocą drugiej pielęgniarki)* 	1	0
	5.	Zapewnienie intymności i spokoju pacjentce (parawan, zamknięte drzwi)*	1	0
	6.	Udzielenie informacji dotyczących zachowania się podczas zabiegu. Ustalenie zakresu współpracy	1	0
	7.	Przygotowanie sprzętu i stanowiska pracy zgodnie z doborem sposobu mycia włosów głowy i ergonomii pracy*	1	0
	Etap wykonania	8.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1
9.		Założenie rękawic jednorazowych niejałowych i fartucha ochronnego	1	0
10.		Ułożenie pacjentki w wygodnej i zarazem dogodnej ze względu na wykonywaną czynność pozycji, dostosowanej do sposobu mycia; zabezpieczenie materaca i łóżka przed zalaniem wodą; obserwacja stanu pacjentki i utrzymywanie kontaktu słownego podczas wykonywania procedury*	1	0
11.		Usunięcie z włosów spinek, gumek, rozczesanie włosów	1	0
12.		Zabezpieczenie uszu pacjentki wacikami przed zalaniem wodą	1	0
13.		Sprawdzenie temperatury wody w dzbanku (na własnym przedramieniu lub przedramieniu pacjenta)	1	0
14.		Polewanie włosów wodą z dzbanka*	1	0
15.		Rozprowadzenie dokładnie i delikatnie szamponu na skórze głowy i włosach. Delikatne masowanie głowy opuszkami palców*	1	0
16.		Dokładne spłukanie włosów*	1	0

Technika mycia głowy w łóżku (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	17.	Usunięcie wacików z uszu pacjentki	1	0
	18.	Owinięcie głowy i włosów ręcznikiem. Pomoc pacjentce w przyjęciu pozycji siedzącej	1	0
	19.	Usunięcie podkładu i miski lub rynienki, podłożenie poduszki pod głowę pacjentki	1	0
	20.	Zabezpieczenie poduszki przed zamoczeniem poprzez położenie suchego ręcznika	1	0
	21.	Rozczesanie i wysuszenie włosów pacjentki	1	0
	22.	Ułożenie pacjentki lub pomoc w przyjęciu wygodnej pozycji. Dbłość o wygodę pacjentki, bezpieczeństwo i estetykę*	1	0
Etap porządkowania	23.	Segregacja odpadów medycznych, uporządkowanie i dezynfekcja sprzętu; odstawienie parawanu	1	0
	24.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	25.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	26.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 18			Max. 26 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 3, 4, 5, 7, 10, 14, 15, 16, 22, 25, 26,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 26 pkt.

SKALA OCENY:

- 26–25 pkt. – bardzo dobry
- 24–23 pkt. – ponad dobry
- 22–21 pkt. – dobry
- 20–19 pkt. – dość dobry
- 18 pkt. – dostateczny
- poniżej 18 pkt. – niedostateczny

23. Technika kąpieli noworodka

MARIOLA CZAJKOWSKA, HALINA KULIK, KATARZYNA AUGUSTYNIUK

Noworodek, Z.N., w 2. dobie życia, płci żeńskiej, urodzony o czasie poprzez poród fizjologiczny. Zdrowy, parametry stanu ogólnego prawidłowe, mocz i smółkę oddaje, skóra różowa bez zmian patologicznych. Dziecko spokojne. Obecnie przygotowywane do rutynowej kąpieli.

Polecenie: przeprowadź kąpiel noworodka.

Niezbędny sprzęt:

- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- stół do kąpieli z materacem ze zmywalnym pokryciem / przewijak,
- wanienska do kąpieli,
- termometr kąpielowy,
- (opcjonalnie) miseczka na ciepłą przegotowaną wodę do toalety oczu, twarzy, uszu i narządów moczowo-płciowych,
- (opcjonalnie) woda destylowana do toalety oczu, twarzy, uszu i narządów moczowo-płciowych,
- jałowy pakiet z wacikami lub gazikami włókninowymi (ok. 10 szt.),
- (opcjonalnie) krem do pośladków,
- Octenisept do pielęgnacji pępka,
- (opcjonalnie) chusteczki mokre, jednorazowe,
- miska nerkowata,
- mydło w płynie dla dzieci lub emolienty (szczególnie u dzieci z suchą skórą),
- rękawica kąpielowa (tzw. myjka jednorazowa), ewentualnie frotté,
- pieluchy tetrowe do kąpieli (3 szt.),
- ręcznik frotté dla niemowląt,
- szczotka do włosów dla dzieci,
- rożek/kocyk w poszewce,
- ubranka dla dziecka (kaftanik, koszulka, bawełniany pajacyk),
- pieluchy tetrowe i jednorazowe, np. Pampers,
- nożyczki do paznokci z zaokrąglonymi czubkami dla niemowląt,
- (opcjonalnie) rękawiczki jednorazowego użytku,
- (opcjonalnie) jednorazowy fartuch ochronny,
- łóżeczko noworodkowe,
- wiadro pedałowe na pieluszki,
- wiadro pedałowe na brudną bieliznę dziecka,
- waga niemowlęca,

- środek do dezynfekcji powierzchni, np. chusteczki nawilżone preparatem dezynfekcyjnym do powierzchni,
- dokumentacja pacjenta.

Technika kąpeli noworodka (czas wykonania: 15–20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie tożsamości dziecka*	1	0
	3.	Przedstawienie się rodzicom dziecka, poinformowanie o istocie zabiegu, uzyskanie zgody na zabieg*	1	0
	4.	Przywitanie się z dzieckiem	1	0
	5.	Ocena i zapewnienie właściwych warunków otoczenia, bezpieczeństwa i intymności (właściwej temperatury otoczenia, 22–24°C, zamknięcie okien i drzwi, wyłączenie urządzenia klimatyzacyjnego)*	1	0
	6.	Podjęcie decyzji, jaką techniką dziecko będzie kąpane: namydlane na przewijaku poza wanienką, kąpane w emolientach czy namydlane podczas kąpeli w waniencie*	1	0
	7.	Przygotowanie powierzchni – przewijaka, wanienki, wagi – poprzez zdezynfekowanie ich odpowiednim preparatem zgodnie z wytycznymi; przygotowanie niezbędnych do kąpeli przyborów, ręcznika/ręczników, bielizny dziecka i pieluszki tetrowej oraz rozłożenie ich na przewijaku*	1	0
	8.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie fartucha ochronnego, jeżeli jest taka konieczność, założenie rękawic jednorazowych niejałowych (opcjonalnie)*. Według zaleceń WHO stosowanie rękawic jednorazowych niejałowych nie jest wymagane poza sytuacją izolacji kontaktowej dziecka oraz poza kontaktem z krwią, wydalaminami i wydzielinami pacjenta	1	0
	9.	Napełnienie wanienki wodą o temperaturze zależnej od sposobu kąpeli (34–37°C), napełnienie miseczki wodą przegotowaną (do toalety oczu, twarzy, uszu i narządów moczowo-płciowych, chyba że do toalety ww. części ciała wykorzystana będzie woda destylowana); ułożenie na dnie wanienki pieluszki tetrowej, sprawdzenie temperatury wody w waniencie termometrem lub poprzez zanurzenie własnego przedramienia	1	0
	10.	Wytarowanie wagi z pieluszką tetrową	1	0

		Technika kąpielii noworodka (czas wykonania: 15–20 min)	Ocena punktowa	
Etap wykonania	11.	Rozebranie dziecka – delikatne, bez gwałtownych ruchów pociągania za kończyny, ze szczególnym zwróceniem uwagi na ewentualne miejsca kaniulacji naczyń krwionośnych i otulenie dziecka pieluszką tetrową; jeżeli pośladki dziecka są zabrudzone stolcem, oczyszczenie okolicy pośladków i narządów moczowo-płciowych gazikami namoczonymi w wodzie lub wytarcie chusteczkami jednorazowymi; wyrzucenie brudnej bielizny pościelowej jedną ręką do kosza/pojemnika przeznaczonego do tego celu, drugą ręką przytrzymanie dziecka	1	0
	12.	Przeniesienie dziecka na wagę i dokonanie pomiaru masy ciała*	1	0
	13.	Przeniesienie dziecka w pieluszcze na stół kąpielowy i wykonanie kąpeli z zachowaniem kolejności toalety poszczególnych części ciała. Mycie twarzy i zewnętrznych narządów płciowych: <ul style="list-style-type: none"> • umycie wacikami oczu, twarzy i uszu (przemywanie wacikiem lub miękkim gazikiem namoczonym w wodzie przegotowanej lub destylowanej szpar powiekowych od zewnętrznego do wewnętrznego kącika oka – używanie do każdego oka osobnego wacika/gazika); namoczonym wacikiem/gazikiem umycie twarzy i uszu dziecka, następnie osuszenie twarzy i uszu suchym gazikiem; wyrzucenie do miski nerkowatej użytych wacików/gazików, • umycie narządów płciowych dziewczynki poprzez rozchylenie warg sromowych jedną ręką, a druga ręką przetarcie skóry wacikiem w kierunku od wzgórka łonowego do odbytu, wyrzucenie do miski nerkowatej użytych wacików/gazików* 	1	0
	14.	Mycie pozostałych części ciała: umycie namydloną myjką jednorazową z wykorzystaniem wody z miseczki: głowy (ruchem okrężnym), szyi, kończyny górnej prawej (w kierunku od pachy do dłoni) – delikatne prostowanie paluszków dziecka i usuwanie zabrudzeń z przestrzeni między palcami, klatki piersiowej (w kierunku od szyi do brzucha), kończyny górnej lewej, brzucha, kończyn dolnych (od stópki do pachwiny), pleców, pośladków (ruchem okrężnym, zbierającym)*. Jeżeli dziecko nie jest namydlane na przewijaku, to po umyciu twarzy i okolic pośladków należy je przenieść do wanienki, tam namydlać i umyć pozostałe części ciała; podobnie kiedy do kąpeli będzie używane emolium, wówczas po toalecie twarzy i okolicy pośladków dziecko wkładane jest do wanny z emolium (temperatura wody z emolium nie powinna przekroczyć 36°C).	1	0
	15.	Ułożenie noworodka na rękę – stabilizacja głowy i miednicy dziecka – oraz przeniesienie do wanienki; wykonywanie delikatnych, celowych ruchów, ochrona opatrunków, miejsc kaniulacji*	1	0

Technika kąpeli noworodka (czas wykonania: 15–20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	16.	Delikatne zanurzenie dziecka w wodzie (od kończyn dolnych po pośladki i plecy) i spłukanie całego ciała we właściwej kolejności	1	0
	17.	Bezpieczne wyjęcie dziecka z wody i przeniesienie na stolik kąpielowy, osuszenie ciała oraz zawinięcie noworodka w suchy ręcznik, mokry wyrzucamy do kosza na brudną bieliznę	1	0
	18.	Ocena stanu skóry i ewentualna aplikacja środka pielęgnacyjnego/ochronnego/leczniczego (w miejscach przylegania do siebie powierzchni skóry, na okolicę pośladków i pachwin, ewentualnie w miejscach chorobowo zmienionych)	1	0
	19.	Zmiana rękawiczek jednorazowego użytku (jeżeli były używane)	1	0
	20.	Pielęgnacja kikutu pępowinowego zgodnie z obowiązującymi wytycznymi; ocena kikutu pępowinowego pod kątem ewentualnego stanu zapalnego, oczyszczenie kikutu suchym, jałowym gazikiem, następnie przetrarcie go gazikiem nasączonym Octeniseptem* (do 72 godz. po porodzie następuję kolonizacja kikutu niechorobotwórczą mikroflorą, w pierwszych dobach zalecane jest stosowanie preparatów z oktenidyną, następnie utrzymywanie go w czystości, oczyszczanie zwilżonym w wodzie czystym gazikiem, wietrzenie oraz unikanie podrażnień, np. przez pieluszkę)	1	0
	21.	Założenie pieluchy jednorazowej lub tetrowej; odsłonięcie kikutu pępowinowego w celu lepszej cyrkulacji powietrza	1	0
	22.	Obcięcie noworodkowi paznokci u dłoni (na okrągło), u stóp na prosto (jeżeli jest to konieczne). Zabieg ten najlepiej wykonać w warunkach domowych ze względu na bezpieczniejszą mikroflorę oraz utwardzenie się płytki paznokciowej u dziecka	1	0
	23.	Nałożenie ubrania dziecku – delikatnie, z zachowaniem właściwej kolejności zakładania poszczególnych części ubrania	1	0
	24.	Uczesanie włosów noworodka miękką szczotką	1	0
	25.	Ułożenie dziecka w łóżeczku / przystawienie dziecka do piersi	1	0
26.	Sprawdzenie/zapewnienie optymalnych warunków po kąpeli oraz bezpieczeństwa dziecka	1	0	

Technika kąpieli noworodka (czas wykonania: 15–20 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	27.	Segregacja odpadów medycznych, uporządkowanie sprzętu, zdezynfekowanie wanienki	1	0
	28.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	29.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	30.	Udokumentowanie pomiaru masy ciała dziecka oraz kąpieli*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 21			Max. 30 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 20, 29, 30,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 30 pkt.

SKALA OCENY:

- 30–29 pkt. – bardzo dobry
- 28–27 pkt. – ponad dobry
- 26–25 pkt. – dobry
- 24–23 pkt. – dość dobry
- 22–21 pkt. – dostateczny
- poniżej 21 pkt. – niedostateczny

24. Technika kąpielii niemowlęcia

HALINA KULIK, MARIOLA CZAJKOWSKA,
KATARZYNA AUGUSTYNIUK

Niemowlę, K.K., 1,5 miesiąca. Hospitalizowany na oddziale pediatrycznym z powodu infekcji dróg moczowych. Kąpiel wykonuje pielęgniarka w obecności matki, która towarzyszy dziecku podczas pobytu w szpitalu.

Polecenie: przygotuj zestaw i wykonaj kąpiel niemowlęcia.

Niezbędny sprzęt:

- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- (opcjonalnie) rękawiczki jednorazowe niejałowe, fartuch foliowy jednorazowy,
- środek do dezynfekcji powierzchni,
- waga niemowlęcia,
- stół do kąpielii z materacem ze zmywalnym pokryciem,
- wanienka do kąpielii,
- termometr kąpielowy,
- woda destylowana do pielęgnacji oczu,
- (opcjonalnie) miseczka na ciepłą przegotowaną wodę do toalety oczu, twarzy, uszu i narządów moczowo-płciowych,
- (opcjonalnie) woda destylowana do toalety oczu, twarzy, uszu i narządów moczowo-płciowych,
- pakiet z wacikami (ok. 10–20 szt.),
- środek pielęgnacyjny/kosmetyczny, np. krem do pielęgnacji pośladek, balsam do nawilżania ciała,
- miska nerkowata,
- (opcjonalnie) chusteczki mokre, jednorazowe,
- mydło w płynie dla dzieci,
- rękawica kąpielowa (tzw. myjka jednorazowa), ewentualnie frotté,
- pieluchy tetrowe (3 szt.),
- ręcznik frotté dla niemowląt,
- szczotka do włosów dla dzieci,
- rożek lub kocyk w poszewce,
- ubranka dla dziecka (kaftanik, koszulka, bawełniane pajacyk),
- pieluchy jednorazowe, np. Pampers,
- nożyczki do paznokci z zaokrąglonymi czubkami dla niemowląt,
- wiadro pedałowe na pieluszki,
- wiadro pedałowe na brudną bieliznę dziecka,
- łóżeczko niemowlęce,
- dokumentacja pacjenta.

Technika kąpeli niemowlęcia (czas wykonania: 30 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie tożsamości dziecka*	1	0
	3.	Przedstawienie się rodzicom dziecka, poinformowanie o istocie zabiegu, uzyskanie zgody na zabieg*	1	0
	4.	Ocena i zapewnienie właściwych warunków otoczenia, bezpieczeństwa i intymności (właściwej temperatury otoczenia, 22–24°C, zamknięcie okien i drzwi, wyłączenie urządzenia klimatyzacyjnego)*	1	0
	5.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie fartucha ochronnego, jeżeli jest taka konieczność, założenie rękawic jednorazowych niejałowych (opcjonalnie)*. Według zaleceń WHO, stosowanie rękawic jednorazowych niejałowych nie jest wymagane poza sytuacją izolacji kontaktowej dziecka oraz poza kontaktem z krwią, wydaliniami i wydzielinami pacjenta	1	0
Etap wykonania	6.	Przygotowanie przewijaka, wanienki do kąpeli oraz wagi: <ul style="list-style-type: none"> • dezynfekcja przewijaka, wanienki oraz wagi, • napełnienie wanienki ciepłą wodą o temperaturze 37–39°C, • ułożenie na dnie wanienki pieluszki tetrowej, • przygotowanie myjki i mydła, • sprawdzenie temperatury wody w waniencie, • nalanie do małej miseczki ciepłej, najlepiej przegotowanej wody (do toalety oczu, twarzy, uszu i narządów moczowo-płciowych, chyba że do toalety ww. części ciała wykorzystana będzie woda destylowana), • rozłożenie w rogu przewijaka: pakietu gazików/wacików, tetrowej pieluszki, ręcznika do osuszenia noworodka, • przygotowanie bielizny dziecka, czystej pieluszki i rozłożonego różka w łóżeczku dla niemowlęcia, • przygotowanie wagi do pomiaru masy ciała: wytarowanie jej wraz z pieluchą tetrową* 	1	0
	7.	Przeniesienie dziecka z łóżeczka na przewijak	1	0
	8.	Rozebranie dziecka – delikatne, bez gwałtownych ruchów pociągania za kończyny ze szczególnym zwróceniem uwagi na ewentualne miejsca kaniulacji naczyń krwionośnych i otulenie dziecka pieluszką tetrową. Jeżeli poślądki dziecka są zabrudzone stolcem, oczyszczenie okolicy pośladków i narządów moczowo-płciowych gazikami namoczonymi w wodzie lub wytarcie chusteczkami jednorazowymi. Wyrzucenie brudnej bielizny pościelowej jedną ręką do kosza/pojemnika przeznaczonego do tego celu, drugą ręką przytrzymanie dziecka. Przeniesienie dziecka na wytarowaną wagę. Dokonanie pomiaru masy ciała	1	0

Technika kąpieli niemowlęcia (czas wykonania: 30 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	9.	Przeniesienie dziecka ponownie na przewijak i wykonanie toalety oczu, twarzy, uszu, krocza, przy użyciu przygotowanych do tego gazików/wacików i wody z miseczki / wody destylowanej	1	0
	10.	Ułożenie noworodka na rękę – stabilizacja głowy i miednicy dziecka oraz przeniesienie do wanienki; wykonywanie delikatnych, celowych ruchów, ochrona opatrunków, miejsc kaniulacji	1	0
	11.	Umycie pozostałych części ciała dziecka namydloną myjką jednorazową, z zachowaniem kolejności czynności: głowa, szyja, kończy górne, klatka piersiowa, brzuch, plecy, brzuch, kończyny dolne i pośladki. Ułożenie niemowlęcia na rękę w sposób zapewniający stabilizację głowy i miednicy, przeniesienie go na przewijak	1	0
	12.	Delikatne osuszenie ciała dziecka: <ul style="list-style-type: none"> • ocena skóry pod kątem zmian i stanów zapalnych, • ewentualnie aplikacja środków pielęgnacyjnych/ochronnych czy leczniczych w miejscach chorobowo zmienionych, • zawinięcie dziecka w suchy ręcznik* 	1	0
	13.	Obcięcie dziecku paznokci (jeżeli jest to konieczne) u dłoni „na okrągło” i u stóp „na prosto”	1	0
	14.	Nałożenie pieluszki jednorazowej dziecku – delikatnie, z zachowaniem właściwej kolejności zakładania poszczególnych części ubrania	1	0
	15.	Uczesanie włosów niemowlęcia miękką szczotką	1	0
	16.	Ułożenie dziecka w łóżeczku*	1	0
	17.	Sprawdzenie/zapewnienie optymalnych warunków po kąpieli oraz bezpieczeństwa dziecka	1	0
Etap porządkowania	18.	Segregacja odpadów medycznych, uporządkowanie sprzętu, zdezynfekowanie wanienki, wagi i przewijaka	1	0
	19.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych / fartucha (jeżeli były zakładane)	1	0
	20.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	21.	Udokumentowanie pomiaru masy ciała dziecka	1	0
	22.	Udokumentowanie wykonania zabiegu	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 15			Max. 22 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 6, 10, 12, 16, 20, 22,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 22 pkt.

SKALA OCENY:

- 22–21 pkt. – bardzo dobry
- 20 pkt. – ponad dobry
- 19–18 pkt. – dobry
- 17 pkt. – dość dobry
- 16–15 pkt. – dostateczny
- poniżej 15 pkt. – niedostateczny

25. Technika wykonywania toalety jamy ustnej u ciężko chorego

HALINA KULIK, MARIOLA CZAJKOWSKA

Pacjent, K.M., lat 46, przebywa na oddziale intensywnego nadzoru od tygodnia w stanie nieprzytomności, wymaga wykonania całościowej higieny ciała.

Polecenie: wykonaj toaletę jamy ustnej.

Niezbędny sprzęt:

- szpatułki z nawiniętymi gazikami lub szczoteczka jednorazowego użytku z możliwością podłączenia do ssaka,
- zacisk typu Pean,
- pakiety gazików,
- miseczka z roztworem do czyszczenia jamy ustnej, np. Aphtin, Olimosol,
- ręcznik lub serweta ochronna jednorazowego użytku,
- rękawiczki jednorazowego użytku, ewentualnie maseczka i okulary ochronne,
- wazelina/krem/balsam do ust,
- miski nerkowate,
- pojemnik na protezy (jeżeli pacjent używa protez),
- środek do czyszczenia protez,
- ręcznik,
- źródło sztucznego światła (latarka),
- (opcjonalnie) szczękorozwieracz.

Technika wykonywania toalety jamy ustnej u ciężko chorego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Przeprowadzenie identyfikacji chorego*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	5.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych oraz maseczki i okularów ochronnych (opcjonalnie)	1	0

Technika wykonywania toalety jamy ustnej u ciężko chorego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	6.	Dostosowanie wysokości łóżka do potrzeb pielęgniarki wykonującej zabieg. Ustawienie przygotowanego zestawu/sprzętu na blacie szafki przyłóżkowej pacjenta lub na stoliku zabiegowym	1	0
	7.	Ułożenie pacjenta w wygodnej/bezpiecznej ze względu na wykonywaną czynność pozycji; podłożenie ręcznika/serwety ochronnej jednorazowego użytku pod brodę pacjenta	1	0
Etap wykonania	8.	<p>Przeprowadzenie toalety:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jeżeli pacjent używa protez zębowych: wyjęcie ich oraz umieszczenie w pojemniku ze środkiem do ich czyszczenia, • dokonanie oceny stanu jamy ustnej, błony śluzowej i zębów, użycie latarki lub innego źródła światła*: <ul style="list-style-type: none"> » usunięcie za pomocą gazika nawiniętego na szpatułkę, ewentualnie gazikiem w narzędziu typu Pean lub z wykorzystaniem ssaka, zgromadzonej w jamie ustnej wydzieliny, » namoczenie gazika w przygotowanym roztworze do higieny jamy ustnej o temperaturze pokojowej i oczyszczenie błony śluzowej dziąseł i zębów – od strony dalszej szczęki do bliższej, a następnie od strony dalszej żuchwy do bliższej (powtórzenie czynności 2–6 razy). <p>Każdy ruch oczyszczający śluzówkę jamy ustnej i zębów z użyciem osobnego gazika. W przypadku używania szczoteczki jednorazowego użytku należy ją podłączyć do ssaka i postępować w sposób wyżej podany, w razie potrzeby – zastosowanie szczękorozwieracza. Obserwacja pacjenta w czasie wykonywania zabiegu*</p>	1	0
	9.	<p>Wykonanie toalety:</p> <ul style="list-style-type: none"> • policzków (oczyszczenie tkanki pomiędzy wewnętrzną powierzchnią obu policzków a zębami), • grzbietu języka (pośrodku i po bokach od nasady do koniuszka), • okolicy pod językiem (od dalszej części do bliższej), • podniebienia twardego (pośrodku i po bokach w kierunku od tylnej jego części do przodu). <p>Wykonanie po kilka ruchów przy użyciu osobnych gazików na każdą okolicę, w razie potrzeby – zastosowanie szczękorozwieracza*</p>	1	0
	10.	Osuszenie ręcznikiem twarzy i warg pacjenta. Jeżeli pacjent posiada protezy zębowe, wypłukanie i osuszenie protezy oraz ponowne jej założenie	1	0
	11.	Posmarowanie warg wazeliną lub innym kremem ochronnym	1	0
	12.	Usunięcie ręcznika/serwety spod brody pacjenta	1	0

Technika wykonywania toalety jamy ustnej u ciężko chorego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	13.	Dbłość o wygodę pacjenta, zastosowanie właściwego ułożenia dostosowanego do stanu pacjenta	1	0
	14.	Segregacja odpadów medycznych, uporządkowanie sprzętu	1	0
	15.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	16.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	17.	Udokumentowanie wykonania zabiegu oraz stanu jamy ustnej*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 12			Max. 17 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 8, 9, 16, 17,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 17 pkt.

SKALA OCENY:

- 17 pkt. – bardzo dobry
- 16 pkt. – ponad dobry
- 15–14 pkt. – dobry
- 13 pkt. – dość dobry
- 12 pkt. – dostateczny
- poniżej 12 pkt. – niedostateczny

26. Technika założenia czepca przeciwwszawiczego

HALINA KULIK, MARIOLA CZAJKOWSKA

Pacjentka, Z.N., lat 45, przyjęta na oddział z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, przebiegającej z okresowymi napadami duszności. Przy przyjęciu stwierdzono wszawicę głowy. Zaniedbana, niezaradna, wymaga pomocy w zakresie czynności higienicznych. Pacjentka przygotowana do założenia czepca przeciwwszawiczego.

Polecenie: załóż pacjentce czepiec przeciwwszawiczy.

Niezbędny sprzęt:

- środek przeciwwszawiczy dostępny na rynku, przygotowany wg zaleceń producenta, np. Owanol – ogrzany do temperatury pokojowej, wstrząśnięty przed użyciem; buteleczkę należy wstawić do miseczki z ciepłą wodą o temperaturze 37°C. Ilość leku zależy od długości i gęstości włosów,
- wata – duża warstwa, dostosowana wielkością do owłosionej powierzchni głowy,
- waciki,
- folia plastikowa lub ceratka do założenia na głowę owiniętą w watę lub czepek kąpielowy,
- duża chustka „rogówka”/ozdobna (do dyskretnego zamaskowania czepca),
- miska nerkowata,
- rękawice jednorazowego użytku,
- fartuch foliowy jednorazowego użytku,
- ręcznik frotté / peleryna ochronna,
- wazelina z łopatką,
- grzebień (gęsty),
- szafka przyłóżkowa,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- kosz do segregacji odpadów medycznych,
- parawan.

Technika założenia czepca przeciwwszawiczego (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem dotyczącym wykonania zadania (lub wykonywanie zadania zgodnie z posiadanymi uprawnieniami)*	1	0

Technika założenia czepca przeciwwszawiczego (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Wybór miejsca zabiegu: • zapewnienie właściwego oświetlenia, • zapewnienie intymności i spokoju*	1	0
	5.	Udzielenie informacji dotyczących zachowania się podczas zabiegu, ustalenie zakresu współpracy	1	0
	6.	Przygotowanie sprzętu • skompletowanie zestawu, • sprawdzenie daty ważności środka przeciwwszawiczego i ogrzanie go do temperatury ciała*	1	0
	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych i fartucha ochronnego	1	0
Etap wykonania	9.	Zabezpieczenie ramion pacjentki ręcznikiem frotté, peleryną lub jednorazowym ręcznikiem (szczelnie okryć w okolicy szyi)	1	0
	10.	Wykonanie próby uczuleniowej na środek przeciwwszawiczny i odczytanie próby*	1	0
	11.	Zabezpieczenie wacikami uszu chorej przed insektami oraz przed przypadkowym zalaniem środkiem przeciwwszawicznym	1	0
	12.	Rozczesanie włosów grzebieniem – od końcówek włosów, podzielenie włosów na pasma (w przypadku długich włosów – rozłożenie ich na ręczniku)	1	0
	13.	Wlanie ogrzanego płynu do miski nerkowatej	1	0
	14.	Nasączenie wacików w płynie przeciwwszawicznym i rozprowadzanie płynu po poszczególnych pasmach włosów – od nasady do końcówek*	1	0
	15.	Przykrycie (dokładnie i szczelnie) włosów przygotowanym płatem waty – od czoła do tyłu*	1	0
	16.	Rozprowadzenie wazeliny łopatką na skórze głowy na granicy chusty	1	0
	17.	Poinformowanie pacjenta o czasie pozostawienia czepca na głowie	1	0
	18.	Dopilnowanie czasu działania środka przeciwwszawiczego*	1	0

Technika założenia czepca przeciw wszawiczego (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	19.	Zdjęcie czepca przeciw wszawiczego zgodnie z obowiązującymi zasadami	1	0
	20.	Umycie szamponem, dokładne spłukanie wodą i rozczesanie włosów	1	0
Etap porządkowania	21.	Dbłość o wygodę pacjenta, bezpieczeństwo i estetykę	1	0
	22.	Segregacja odpadów medycznych, uporządkowanie sprzętu	1	0
	23.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych, fartucha i dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	24.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	25.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 25 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 18			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 6, 7, 10, 15, 16, 19, 25,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 25 pkt.

SKALA OCENY:

- 25 pkt. – bardzo dobry
- 24–23 pkt. – ponad dobry
- 22–21 pkt. – dobry
- 20–19 pkt. – dość dobry
- 18 pkt. – dostateczny
- poniżej 18 pkt. – niedostateczny

Czynności w zakresie odżywiania pacjenta

27. Technika karmienia i pojenia pacjenta

KRYSTYNA ROCHALA, BARBARA WROŃSKA

Pacjentka, A.N., lat 70, hospitalizowana z powodu raka szyjki macicy, po udarze mózgu z niedowładem prawej ręki. Niesamodzielna, wymagająca pomocy we wszystkich czynnościach życia codziennego. Obecnie trwa pora obiadowa.

Polecenie: wykonaj karmienie i pojenie pacjenta.

Niezbędny sprzęt:

- posiłek,
- sztućce,
- naczynie do picia (poik, kubek, słomka),
- taca,
- serwetki jednorazowe / serwetki płócienne / lignina,
- środek do płukania jamy ustnej / przybory do toalety jamy ustnej,
- stolik przyłóżkowy,
- krzesło,
- (opcjonalnie) rękawice jednorazowego użytku.

Technika karmienia i pojenia pacjenta (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie sali, wietrzenie	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie rękawic, jeżeli jest to niezbędne	1	0
	5.	Przygotowanie sprzętu oraz posiłku wg zleczonej diety	1	0
Etap wykonania	6.	Przysunięcie stolika i krzesła do łóżka pacjentki	1	0
	7.	Pomaganie pacjentce w przybraniu wygodnej siedzącej lub półwysokiej pozycji	1	0
	8.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	9.	Przygotowanie pokarmu, podzielenie na małe porcje	1	0

Technika karmienia i pojenia pacjenta (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	10.	Zabezpieczenie pacjentki serwetką/ligniną	1	0
	11.	Zapewnienie chorej dostępu do sztućców, serwetek/ligniny	1	0
	12.	Sprawdzenie temperatury posiłku (35-37°C)*	1	0
	13.	Przyjęcie siedzącej pozycji na krześle obok łóżka chorej	1	0
	14.	Nawiązywanie kontaktu z pacjentką podczas karmienia, okazywanie cierpliwości, życzliwości	1	0
	15.	Podawanie posiłku małymi porcjami, wolno, z częstotliwością dostosowaną do tempa połykania porcji*	1	0
	16.	Zachęcanie pacjentki do samodzielnego spożywania nawet niewielkich ilości posiłku	1	0
	17.	Podawanie płynów, co pewien czas, między łykami, kubkiem/poikiem/słomką z szybkością dostosowaną do połykania	1	0
	18.	Osuszanie ust pacjentce w miarę potrzeby, zachęcanie do samodzielnego wykonywania tej czynności	1	0
	19.	Obserwowanie apetytu, ewentualnego krztuszenia się, zachowania podczas posiłku, ilości zjedzonego pokarmu, czasu spożywania posiłku	1	0
	20.	Wykonanie toalety jamy ustnej / umycie zębów	1	0
	21.	Usunięcie serwetki/ligniny	1	0
22.	Ułożenie pacjentki w wygodnej pozycji	1	0	
Etap porządkowania	23.	Odstawienie stolika przyłóżkowego i krzesła	1	0
	24.	Zdjęcie rękawic, jeżeli były używane, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	25.	Odniesienie tacy z naczyniami do kuchni	1	0
	26.	Uporządkowanie i zdezynfekowanie tacy	1	0
	27.	Udokumentowanie wykonania zabiegu. Zapisanie ilości spożytego posiłku i płynów, oceny apetytu, ewentualnych trudności w spożywaniu*	1	0
Suma punktów			Max. 27 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 19			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 8, 12, 15, 24, 27,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 27 pkt.

SKALA OCENY:

- 27–26 pkt. – bardzo dobry
- 25 pkt. – ponad dobry
- 24–22 pkt. – dobry
- 21 pkt. – dość dobry
- 20–19 pkt. – dostateczny
- poniżej 19 pkt. – niedostateczny

28. Technika karmienia pacjenta przez założony zgłębnik żołądkowy

KATARZYNA OLCZAK, MAŁGORZATA LEWANDOWSKA, RENATA MILLER

Pacjent, K.S., hospitalizowany na oddziale paliatywnym, ma założoną sondę żołądkową przez nos. Na zlecenie lekarskie chory ma otrzymywać pokarm zmiksowany 5 razy dziennie po 150 ml.

Polecenie: nakarm pacjenta.

Niezbędny sprzęt:

- pokarm,
- woda niegazowana lub przegotowana,
- strzykawki typu Janeta 100 ml,
- stetoskop,
- podkład jednorazowego użytku,
- zestaw do pielęgnacji jamy ustnej,
- pojemnik z przegotowaną wodą do przepłukania sondy,
- rękawice jednorazowego użytku,
- pojemniki do segregacji odpadów,
- miski nerkowate.

Technika karmienia pacjenta przez założony zgłębnik żołądkowy (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie zlecenia lekarskiego*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	5.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	7.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0

Technika karmienia pacjenta przez założony zgłębnik żołądkowy (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	8.	Ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej lub półwysokiej	1	0
	9.	Zabezpieczenie pacjenta podkładem	1	0
	10.	Wykonanie pielęgnacji jamy ustnej pacjenta	1	0
	11.	Sprawdzenie umiejscowienia końcówki zgłębnika poprzez wprowadzenie strzykawką typu Janeta do sondy 10-20 ml powietrza i wysłuchanie charakterystycznego odgłosu, odciągnięcie wprowadzonego powietrza*	1	0
	12.	Odciąganie strzykawką zawartości treści żołądkowej i w przypadku pojawienia się: • soku żołądkowego – podanie go z powrotem, • zalegającej treści pokarmowej – wylanie do miski nerkowatej	1	0
	13.	Sprawdzenie temperatury pokarmu (30°C), jego wyglądu i zapachu	1	0
	14.	Napełnienie strzykawki typu Janeta pokarmem	1	0
	15.	Usunięcie powietrza z napełnionej strzykawki typu Janeta	1	0
	16.	Połączenie strzykawki typu Janeta z sondą	1	0
	17.	Podawanie pokarmu powoli (100 ml przez 5-10 min)	1	0
	18.	Zaciśnięcie sondy	1	0
	19.	Napełnienie strzykawki typu Janeta kolejną porcją pokarmu	1	0
	20.	Usunięcie powietrza z napełnionej strzykawki typu Janeta	1	0
	21.	Połączenie strzykawki typu Janeta z sondą	1	0
	22.	Podawanie pokarmu powoli (50 ml przez ok. 5 min)	1	0
	23.	Podawanie jednorazowo zleconej ilości pokarmu	1	0
	24.	Zaciśnięcie sondy	1	0
	25.	Odłączenie strzykawki typu Janeta od sondy	1	0
	26.	Nabranie do strzykawki typu Janeta 20-50 ml wody niegazowanej lub przegotowanej	1	0

Technika karmienia pacjenta przez założony zgłębnik żołądkowy (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	27.	Usunięcie powietrza z napełnionej strzykawki typu Janeta	1	0
	28.	Połączenie strzykawki typu Janeta z sondą	1	0
	29.	Przepłukanie zgłębnika wodą*	1	0
	30.	Zaciśnięcie sondy	1	0
	31.	Odłączenie strzykawki typu Janeta od sondy	1	0
	32.	Zamknięcie sondy	1	0
	33.	Pozostawienie pacjenta w pozycji półwysokiej do 30 min*	1	0
Etap porządkowania	34.	Zdjęcie podkładu zabezpieczającego pacjenta	1	0
	35.	Uporządkowanie tacy / wózka zabiegowego. Dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	36.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych i odrzucenie ich do odpadów medycznych	1	0
	37.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	38.	Udokumentowanie wykonania zabiegu, ilości podanego pokarmu i ilości występujących zalegań*	1	0
Suma punktów			Max. 38 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 27			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 6, 11, 12, 29, 33, 37, 38,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 38 pkt.

SKALA OCENY:

- 38–36 pkt. – bardzo dobry
- 35–34 pkt. – ponad dobry
- 33–31 pkt. – dobry
- 30–29 pkt. – dość dobry
- 28–27 pkt.– dostateczny
- poniżej 27 pkt. – niedostateczny

29. Technika karmienia przez przetokę – gastrostomię

JOLANTA SŁUGOCKA, MAŁGORZATA LEWANDOWSKA, RENATA MILLER

Pacjentka, K.J., lat 70, leżąca, hospitalizowana z powodu choroby nowotworowej w obrębie przełyku. Na zlecenie lekarskie ma otrzymywać mieszankę odżywczą przez wyłonioną przetokę odżywczą.

Polecenie: wykonaj karmienie przez przetokę odżywczą, używając strzykawki typu Janeta.

Niezbędny sprzęt:

- podkład jednorazowego użytku,
- pojemnik ze zleconą mieszanką odżywczą,
- pojemnik z wodą,
- 2 strzykawki typu Janeta,
- (opcjonalnie) guma do żucia,
- pojemniki do segregacji odpadów medycznych,
- lignina/podkład,
- rękawice jednorazowego użytku,
- zestaw do pielęgnacji skóry wokół przetoki,
- zestaw do pielęgnacji jamy ustnej,
- parawan.

Technika karmienia przez przetokę – gastrostomię (czas wykonania: 10–15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie zlecenia lekarskiego*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	5.	Przygotowanie sprzętu	1	0

Technika karmienia przez przetokę – gastrostomię (czas wykonania: 10–15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	7.	Zapewnienie intymności pacjentce	1	0
	8.	Przygotowanie mieszanki odżywczej zgodnej ze zleceniem, sprawdzenie temperatury (35–37°C)*	1	0
Etap wykonania	9.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	10.	Ułożenie pacjentki w pozycji wysokiej lub półwysokiej	1	0
	11.	Zabezpieczenie bielizny pościelowej i osobistej pacjentki podkładem jednorazowym	1	0
	12.	Wykonanie toalety jamy ustnej przez pacjentkę lub pielęgniarkę; podanie bezcukrowej gumy do żucia pacjentce z utrzymanym odruchem połykania	1	0
	13.	Ocena umiejscowienia i szczelności PEG pod kątem ewentualnego wycieku treści pokarmowej w miejscu założenia PEG-a oraz ocena wyglądu skóry wokół przetoki	1	0
	14.	Zamknięcie zacisku na cewniku; zdjęcie korka zewnętrznego; podłączenie strzykawki typu Janeta; odblokowanie zacisku na cewniku	1	0
	15.	Zaaspirowanie treści żołądkowej i sprawdzenie treści zalegającej*	1	0
	16.	Zamknięcie końca cewnika	1	0
	17.	Podłączenie strzykawki typu Janeta z nabranym pokarmem do cewnika i utrzymywanie jej w pozycji pionowej i odblokowanie zacisku na cewniku	1	0
	18.	Podanie mieszanki powoli i powtarzanie czynności z pkt. 14–17 aż do podania zleconej objętości posiłku	1	0
	19.	Zamknięcie zacisku na cewniku	1	0
	20.	Napełnienie strzykawki typu Janeta wodą w ilości do 50 ml	1	0
	21.	Wypuszczenie powietrza ze strzykawki typu Janeta	1	0
	22.	Połączenie strzykawki typu Janeta z cewnikiem	1	0
	23.	Zwolnienie zacisku z cewnika	1	0

Technika karmienia przez przetokę – gastrostomię (czas wykonania: 10–15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	24.	Przepłukanie cewnika wodą – powoli*	1	0
	25.	Zamknięcie zacisku na cewniku, odłączenie strzykawki oraz zabezpieczenie końca cewnika korkiem	1	0
	26.	Ułożenie pacjentki w pozycji wysokiej lub półwysokiej na co najmniej 30 min*	1	0
Etap porządkowania	27.	Uporządkowanie i zabezpieczenie sprzętu oraz otoczenia pacjentki zgodnie z obowiązującymi zasadami	1	0
	28.	Zdjęcie rękawic jednorazowych	1	0
	29.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	30.	Udokumentowanie wykonania zabiegu, ilości zalegań i ilości podanego pokarmu*	1	0
Suma punktów			Max. 30 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 21			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 6, 8, 15, 24, 26, 29, 30,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 30 pkt.

SKALA OCENY:

- 30–29 pkt. – bardzo dobry
- 28–27 pkt. – ponad dobry
- 26–25 pkt. – dobry
- 24–23 pkt. – dość dobry
- 22–21 pkt. – dostateczny
- poniżej 21 pkt. – niedostateczny

30. Technika karmienia przez przetokę – metodą grawitacyjną

JOLANTA SŁUGOCKA, MAŁGORZATA LEWANDOWSKA, RENATA MILLER

Pacjent, D.K., lat 50, hospitalizowany z powodu choroby Crohna, jest po częściowej resekcji jelita. Na zlecenie lekarskie ma otrzymywać mieszankę odżywczą metodą wlewu ciągłego z butelki przez wyłonioną przetokę odżywczą.

Polecenie: wykonaj karmienie metodą grawitacyjną.

Niezbędny sprzęt:

- podkład jednorazowego użytku,
- pojemnik ze zleconą mieszanką odżywczą,
- pojemnik z wodą,
- 2 strzykawki typu Janeta,
- (opcjonalnie) guma do żucia,
- aparat do przetaczania pokarmu,
- pojemniki do segregacji odpadów medycznych,
- lignina/podkład,
- rękawice jednorazowego użytku,
- zestaw do pielęgnacji skóry wokół przetoki.

Technika karmienia przez przetokę – metodą grawitacyjną (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie zlecenia lekarskiego*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	5.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	6.	Zapewnienie intymności pacjentowi*	1	0

Technika karmienia przez przetokę – metodą grawitacyjną (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	8.	Przygotowanie mieszanki odżywczej zgodnej ze zleceniem, sprawdzenie daty ważności, wstrząśnięcie butelką z mieszanką odżywczą w celu wymieszania; sprawdzenie temperatury płynu*	1	0
	9.	Wyjęcie aparatu do przetaczania pokarmu metodą grawitacyjną z opakowania i zamknięcie zacisku rolowego	1	0
Etap wykonania	10.	Zdezynfekowanie szyjki butelki i nałożenie na szyjkę butelki nasadkę komory	1	0
	11.	Odwrócenie butelki i napełnienie komory kroplowej oraz wypełnienie przewodu poniżej komory kroplowej	1	0
	12.	Założenie rękawic jednorazowych	1	0
	13.	Ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej lub półwysokiej	1	0
	14.	Zabezpieczenie bielizny pościelowej i osobistej pacjenta podkładem jednorazowym	1	0
	15.	Wykonanie toalety jamy ustnej przez pacjenta lub pielęgniarkę; podanie bezcukrowej gumy do żucia pacjentowi z utrzymanym odruchem połykania	1	0
	16.	Ocena umiejscowienia i szczelności PEG pod kątem ewentualnego wycieku treści pokarmowej w miejscu założenia PEG-a oraz ocena wyglądu skóry wokół przetoki	1	0
	17.	Zamknięcie zacisku na cewniku, zdjęcie korka zewnętrznego i podłączenia strzykawki typu Janeta; odblokowanie zacisku na cewniku	1	0
	18.	Zaaspirowanie treści żołądkowej i sprawdzenie objętości treści zalegającej w żołądku*	1	0
	19.	Zamknięcie końca cewnika	1	0
	20.	Zdezynfekowanie końcówki cewnika i podłączenie aparatu do przetaczania do cewnika	1	0
	21.	Uregulowanie szybkości wlewu zgodnie ze schematem żywienia zleconym przez lekarza	1	0
	22.	Monitorowanie przebiegu żywienia	1	0
	23.	Zamknięcie zacisku na cewniku po zakończeniu przetaczania	1	0
	24.	Pobranie do strzykawki typu Janeta wody (maksymalnie 50 ml)	1	0
25.	Wypuszczenie powietrza ze strzykawki	1	0	

Technika karmienia przez przetokę – metodą grawitacyjną (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	26.	Połączenie strzykawki z cewnikiem	1	0
	27.	Zwolnienie zacisku z cewnika	1	0
	28.	Przepłukanie cewnika wodą – powoli*	1	0
	29.	Zamknięcie zacisku na cewniku, odłączenie strzykawki oraz zabezpieczenie końca cewnika korkiem	1	0
	30.	Pielęgnacja skóry wokół przetoki i osuszenie przez dotyk	1	0
	31.	Pozostawienie pacjenta w pozycji wysokiej lub półwysokiej na co najmniej 30 min*	1	0
Etap porządkowania	32.	Uporządkowanie i zabezpieczenie sprzętu oraz otoczenia pacjenta zgodnie z obowiązującymi zasadami	1	0
	33.	Zdjęcie rękawic jednorazowych	1	0
	34.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	35.	Udokumentowanie wykonania zabiegu i ilości podanego pokarmu*	1	0
Suma punktów			Max. 35 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 25			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 6, 8, 18, 24, 28, 31, 34, 35,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 35 pkt.

SKALA OCENY:

- 35–34 pkt. – bardzo dobry
- 33–32 pkt. – ponad dobry
- 31–29 pkt. – dobry
- 28–27 pkt. – dość dobry
- 26–25 pkt. – dostateczny
- poniżej 25 pkt. – niedostateczny

Czynności w zakresie wykonywania zabiegów przeciwzapalnych

31. Technika wykonania okładu zimnego (wysychającego)

MARZANNA STANISŁAWSKA

Przebywający na oddziale pacjent, K.K., lat 52, pośliznął się w czasie kąpieli pod natryskiem. Ratując się przed upadkiem, uderzył się w prawy łokieć. Lekarz zbadał pacjenta i stwierdził, że nie ma uszkodzenia stawu łokciowego, jednak ze względu na tworzący się obrzęk i zgłaszany przez pacjenta ból lekarz z pielęgniarką zdecydowali, że należy na stłuczone miejsce założyć okład wysychający z Altacetu.

Polecenie: załóż u pacjenta okład zimny (wysychający) na prawy staw łokciowy.

Niezbędny sprzęt:

- warstwa waty,
- warstwa ligniny większa od warstwy waty,
- miska z chłodną wodą (21–27°C),
- Altacet i spirytus (tylko do skropienia),
- bandaż,
- jednorazowy podkład ochronny,
- wazelina,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- pojemnik/worek na odpady medyczne.

Technika wykonania okładu zimnego (wysychającego) (czas wykonania: 5 min czas utrzymania okładu: 2–3 godz.)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach podmiotu leczniczego (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru, identyfikator)	1	0
	2.	Przedstawienie się, przeprowadzenie identyfikacji chorego, nawiązanie kontaktu z pacjentem, wyjaśnienie choremu istoty, celu i przebiegu zabiegu, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie otoczenia (zamknięcie okien i drzwi); zapewnienie komfortu cieplnego i poczucia intymności (w zależności od miejsca założenia okładu)	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu*	1	0

Technika wykonania okładu zimnego (wysychającego) (czas wykonania: 5 min czas utrzymania okładu: 2–3 godz.)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	5.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalnie założenie rękawic jednorazowych niejałowych*	1	0
	6.	Ułożenie pacjenta w pozycji zapewniającej komfort (siedzącej lub leżącej); odsłonięcie miejsca założenia okładu i osłonięcie pościeli podkładem jednorazowym	1	0
Etap wykonania	7.	Przyłożenie na okolicę leczoną: • pierwszej warstwy: wata odciśnięta z nadmiaru Altacetu, wygładzona w miejscu założenia (pierwszą warstwę – mokrą – można skropić spirytusem), • drugiej warstwy: pokrywającej całkowicie część mokrą i wystająca poza jej brzegi ok. 2 cm z każdej strony. Przymocowanie okładu bandażem*	1	0
	8.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych (jeśli były stosowane) oraz ich segregacja, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	9.	Uporządkowanie użytego sprzętu	1	0
Etap porządkowania	10.	Po 2–3 godz. od założenia okładu przeprowadzenie higieny rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalnie założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	11.	Zdjęcie okładu, ocena miejsca leczonego, osuszenie i natłuszczenie skóry po zabiegu*	1	0
	12.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych (jeśli były stosowane) oraz ich segregacja, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, uporządkowanie użytego sprzętu*	1	0
	13.	Udokumentowanie wykonania zabiegu w indywidualnej dokumentacji pacjenta	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 9			Max. 13 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 4, 5, 7, 11, 12,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 13 pkt.

SKALA OCENY:

- 13 pkt. – bardzo dobry
- 12 pkt. – ponad dobry
- 11 pkt. – dobry
- 10 pkt. – dość dobry
- 9 pkt. – dostateczny
- poniżej 9 pkt. – niedostateczny

32. Technika wykonania okładu rozgrzewającego

MARZANNA STANISŁAWSKA

U pacjentki, J.M., lat 49, usunięto dojskie obwodowe z powodu zakończenia terapii dożylniej. Pani J.M. w godz. popołudniowych zgłosiła się do pielęgniarki dyżurnej z powodu bólu i zaczerwienienia w miejscu po wkłuciu wenflonu. Pielęgniarka po ocenie zmian występujących u chorej na kończynie górnej lewej zdecydowała, że należy na nie założyć okład rozgrzewający.

Polecenie: założyć okład rozgrzewający u pacjentki w miejscu zapalnym na kończynie górnej lewej.

Niezbędny sprzęt:

- warstwa waty,
- ceratka większa od warstwy waty o 2 cm z każdej strony,
- warstwa ligniny większa od ceratki o 2 cm z każdej strony,
- miska z chłodną wodą (21–27°C),
- dodatki do wody, np. płyn Burowa, Altacet lub spirytus (tylko do skropienia),
- bandaż,
- jednorazowy podkład ochronny,
- wazelina,
- (opcjonalnie) rękawiczki jednorazowego użytku,
- pojemnik/worek na odpady medyczne.

Technika wykonania okładu rozgrzewającego (czas wykonania: 5 min czas utrzymania okładu: 6–8 godz.)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach podmiotu leczniczego (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru, identyfikator)	1	0
	2.	Przedstawienie się, przeprowadzenie identyfikacji chorej, nawiązanie kontaktu z pacjentką, wyjaśnienie chorej istoty, celu i przebiegu zabiegu, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie otoczenia (zamknięcie okien i drzwi); zapewnienie komfortu cieplnego i poczucia intymności (w zależności od miejsca założenia okładu)	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu i przeniesienie go do pomieszczenia, w którym będzie zakładany okład*	1	0

Technika wykonania okładu rozgrzewającego (czas wykonania: 5 min czas utrzymania okładu: 6–8 godz.)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	5.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalnie założenie rękawic jednorazowych niejałowych*	1	0
	6.	Ułożenie pacjenta w pozycji zapewniającej komfort (siedzącej lub leżącej); odsłonięcie miejsca założenia okładu i osłonięcie pościeli podkładem jednorazowym	1	0
Etap wykonania	7.	Posmarowanie miejsca założenia okładu wazeliną*	1	0
	8.	Przyłożenie na okolicę leczoną: • pierwszej warstwy: wata odcisnięta z nadmiaru przygotowanego płynu (pierwszą warstwę – mokrą – można skropić spirytusem), wygładzona w miejscu założenia, na nią przyłożenie, • drugiej warstwy: ceratka, • trzeciej warstwy: lignina (sucha). Przymocowanie okładu bandażem*	1	0
	9.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych (jeśli były stosowane) oraz ich segregacja, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	10.	Uporządkowanie użytego sprzętu	1	0
Etap porządkowania	11.	Po 6–8 godz. od założenia okładu przeprowadzenie higieny rąk zgodnie z wytycznymi WHO; opcjonalnie założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	12.	Zdjęcie warstwy mokrej i ceratki, pozostawienie na miejscu leczenia warstwy suchej i umocowanie jej bandażem na 30 min*	1	0
	13.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych (jeśli były stosowane) oraz ich segregacja, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, uporządkowanie użytego sprzętu	1	0
	14.	Po 30 min przeprowadzenie higieny rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalnie założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	15.	Zdjęcie warstwy suchej (ocena miejsca leczonego, osuszenie i natłuszczenie skóry po zabiegu)*	1	0
	16.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych (jeśli były stosowane) oraz ich segregacja, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, uporządkowanie użytego sprzętu*	1	0
	17.	Udokumentowanie wykonania zabiegu w indywidualnej dokumentacji pacjentki	1	0
Suma punktów			Max. 17 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 12			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 4, 5, 7, 8, 12, 15, 16,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 17 pkt.

SKALA OCENY:

- 17 pkt. – bardzo dobry
- 16 pkt. – ponad dobry
- 15 pkt. – dobry
- 14 pkt. – dość dobry
- 13–12 pkt. – dostateczny
- poniżej 12 pkt. – niedostateczny

33. Technika stawiania baniek leczniczych

MARZANNA STANISŁAWSKA

Pacjentka, A.K., lat 29, z powodu bezobjawowego stanu zapalnego górnych dróg oddechowych otrzymała pisemne zlecenie od lekarza POZ na postawienie baniek w warunkach domowych.

Polecenie: postaw bańki ogniowe u pacjentki.

Niezbędny sprzęt:

- miejsce do mycia rąk,
- środek do dezynfekcji rąk,
- 30–40 baniek,
- lampka spirytusowa lub świeczka,
- kwacz,
- pojemnik z denaturatem,
- zapalki,
- ręcznik / chusta trójkątna,
- naczynie na odpadki,
- naczynie z płynem dezynfekcyjnym,
- dokumentacja pacjentki.

Technika stawiania baniek leczniczych (czas wykonania: 10 min czas utrzymania baniek: 15–20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Sprawdzenie indywidualnego zlecenia lekarskiego lub ocena stanu pacjentki i samodzielne podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu	1	0
	2.	Wyjaśnienie chorej istoty, celu i przebiegu zabiegu, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie się do pracy w warunkach domowych pacjentki (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru, identyfikator)	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	5.	Przygotowanie otoczenia (bezpieczeństwo wykonania zabiegu, komfort cieplny i intymność pacjentki)*	1	0

Technika stawiania baniek leczniczych (czas wykonania: 10 min czas utrzymania baniek: 15–20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	6.	Przygotowanie zestawu do wykonania zabiegu	1	0
	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	8.	Pomoc pacjentce w zdjęciu odzieży z klatki piersiowej i przyjęciu wygodnego ułożenia na brzuchu, ocena stanu skóry w miejscu stawiania baniek	1	0
	9.	Zabezpieczenie włosów chorej ręcznikiem lub chustą trójkątną*	1	0
Etap wykonania	10.	Zapalenie świeczki lub lampki spirytusowej, nasączenie kwacza denaturatem i odciśnięcie nadmiaru denaturatu o brzegi naczynia	1	0
	11.	Ujęcie w jedną (niedominującą) dłoń 2 baniek, a kwacz w drugą (dominującą) dłoń i zapalenie go; przeniesienie wszystkiego na ok. 5 cm nad miejscem przyłożenia baniek*	1	0
	12.	Włożenie kwacza do wnętrza bańki i wykonanie nim ruchu okrężnego w czasie ok. 1-2 sek.*	1	0
	13.	Postawienie bańki na plecach pacjentki bezpośrednio po wypaleniu tej bańki, należy zacząć od strony dalszej i góry w odstępach 1-2 cm między bańkami*	1	0
	14.	Zdmuchnięcie płomienia na kwaczu z zachowaniem bezpiecznych warunków*	1	0
	15.	Sprawdzenie, czy bańki nie odpadają, ewentualnie ponowne postawienie baniek, które się nie trzymają, zgaszenie świeczki lub lampki spirytusowej	1	0
	16.	Rozłożenie ręcznika na przystawionych bańkach i przykrycie pacjentki kołdrą, zdjęcie ręcznika z włosów pacjentki*	1	0
Etap porządkowania	17.	Uporządkowanie wykorzystanego sprzętu	1	0
	18.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	19.	Po upływie 15–20 min zdjęcie baniek przez wprowadzenie do nich powietrza po uciśnięciu skóry pleców przy brzegu bańki, osuszenie pleców i pomoc pacjentce w założeniu górnej części piżamy*	1	0

Technika stawiania baniek leczniczych (czas wykonania: 10 min czas utrzymania baniek: 15-20 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	20.	Przypomnienie chorej o konieczności ograniczenia aktywności ruchowej i pozostaniu w łóżku przez 2-3 godz. po zabiegu	1	0
	21.	Uporządkowanie zestawu (namoczenie użytych baniek w pojemniku ze środkiem dezynfekcyjnym), umycie higienicznie i/lub zdezynfekowanie rąk	1	0
	22.	Udokumentowanie wykonania zabiegu	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 15			Max. 22 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 1, 3, 5, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 20,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 22 pkt.

SKALA OCENY:

- 22-21 pkt. – bardzo dobry
- 20 pkt. – ponad dobry
- 19-18 pkt. – dobry
- 17 pkt. – dość dobry
- 16-15 pkt. – dostateczny
- poniżej 15 pkt. – niedostateczny

34. Technika zastosowania lampy Sollux

MARZANNA STANISŁAWSKA

W trakcie przyjęcia na oddział chorób wewnętrznych pacjentki, E.W., lat 78, z niedowładem połowicznym, pielęgniarka stwierdziła u chorej obecność odleżyny II stopnia w okolicy kości ogonowej. W ramach zabiegów przeciwoleżynowych prowadzone jest raz dziennie naświetlanie lampą Sollux.

Polecenie: wykonaj u pacjentki naświetlenie lampą Sollux zmiany na skórze w okolicy kości ogonowej.

Niezbędny sprzęt:

- lampa Sollux,
- okulary ochronne,
- parawan.

Technika zastosowania lampy Sollux (czas wykonania: 10–20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach podmiotu leczniczego (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru, identyfikator)	1	0
	2.	Przedstawienie się, przeprowadzenie identyfikacji chorej, nawiązanie kontaktu z pacjentką, wyjaśnienie chorej istoty, celu i przebiegu zabiegu, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie otoczenia (zamknięcie okien i drzwi); zapewnienie komfortu cieplnego i poczucia intymności (parawan)	1	0
	4.	Sprawdzenie działania lampy Sollux i dobranie filtru do zabiegu: • niebieski: przeciwbólowo, łagodzi podrażnienie naskórka, • czerwony: rozgrzewająco, łagodzi stany zapalne i przyspiesza gojenie ran*	1	0
	5.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalnie założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	6.	Ułożenie pacjentki w pozycji zapewniającej komfort; odsłonięcie miejsca naświetlania	1	0
	7.	Ustawienie lampy w odległości 30–50 cm od miejsca naświetlanego, ustawienie dawki i intensywności promieniowania*	1	0

Technika zastosowania lampy Sollux (czas wykonania: 10–20 min)				Ocena punktowa	
Etap wykonania	8.	Założenie pacjentce ochronnych okularów*	1	0	
	9.	Włączenie lampy, rozpoczęcie naświetlania	1	0	
	10.	Ciągła obserwacja stanu skóry oraz zachowania pacjentki, na bieżąco wprowadzanie zmian w ustawieniach dawki i intensywności promieniowania oraz odległości ustawienia lampy*	1	0	
	11.	Wyłączenie lampy po wyznaczonym czasie zabiegu*	1	0	
Etap porządkowania	12.	Poprawienie odzieży pacjentki; ułożenie pacjentki w wygodnej pozycji; poprawienie pościeli na łóżku pacjentki	1	0	
	13.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych (jeśli były stosowane) oraz ich segregacja, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, uporządkowanie użytego sprzętu	1	0	
	14.	Udokumentowanie wykonania zabiegu w indywidualnej dokumentacji pacjentki*	1	0	
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 10				Max. 14 pkt.	
				Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 4, 7, 8, 10, 11, 14,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 14 pkt.

SKALA OCENY:

- 14 pkt. – bardzo dobry
- 13 pkt. – ponad dobry
- 12 pkt. – dobry
- 11 pkt. – dość dobry
- 10 pkt. – dostateczny
- poniżej 10 pkt. – niedostateczny

Czynności w zakresie wykonywania
zabiegów i podawania leków w obrębie
przewodu pokarmowego

35. Technika podawania leków drogą doustną

REGINA SIERŻANTOWICZ, BOŻENA KIRPSZA

Pacjent, K.L., lat 65, przygotowywany do zabiegu usunięcia przepukliny pachwinowej prawej. Ze względu na podwyższone wartości ciśnienia tętniczego krwi, 180/110 mmHg, lekarz prowadzący zlecił podanie 12,5 mg Captoprilu doustnie.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem podaj pacjentowi lek doustny.

Niezbędny sprzęt:

- zlecony lek,
- wózek/taca na leki,
- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- jednorazowe kieliszki z podziałką,
- moździerz,
- wyskalowana strzykawka,
- kroplomierz,
- kubeczki jednorazowe,
- dzbanek z wodą przegotowaną,
- pojemniki/worek na odpady medyczne.

Technika podawania leków drogą doustną (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Dokładne sprawdzenie zlecenia lekarskiego w Indywidualnej karcie zleceń lekarskich (nazwa leku, dawka, postać, sposób i czas podania)*	1	0
	3.	Sprawdzenie danych osobowych pacjenta, ocena stanu pacjenta	1	0
	4.	Poinformowanie chorego o rodzaju leku, celu jego podania, działaniu, skutkach ubocznych, zasadach przyjmowania leku (dieta, płyny do popicia). Uzyskanie zgody pacjenta na przyjęcie leku*	1	0
	5.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	6.	Przygotowanie potrzebnego zestawu	1	0
	7.	Przygotowanie leku poprzez 3-krotne sprawdzenie nazwy leku, dawki i terminu ważności*	1	0

Technika podawania leków drogą doustną (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	8.	Pomoc pacjentowi w przyjęciu wygodnej i bezpiecznej pozycji siedzącej lub półsiedzącej	1	0
	9.	Podanie leku w kieliszku	1	0
	10.	Podanie wody do popicia leku	1	0
	11.	Sprawdzenie, czy pacjent połknął lek*	1	0
Etap porządkowania	12.	Uporządkowanie zestawu po wykonanej czynności	1	0
	13.	Przeznaczenie sprzętu jednorazowego użytku do utylizacji	1	0
	14.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	15.	W sytuacji doraźnego leku sprawdzenie po ok. 30 min pożądanego skutku działania leku	1	0
	16.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
	17.	Obserwowanie pacjenta pod kątem pojawienia się objawów ubocznych. Jeśli wystąpią, dokładne opisanie ich w dokumentacji pacjenta, a w razie potrzeby natychmiastowe zawiadomienie lekarza	1	0
Suma punktów			Max. 17 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 12			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 4, 5, 7, 11, 14, 16,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 17 pkt.

SKALA OCENY:

- 17–16 pkt. – bardzo dobry
- 15 pkt. – ponad dobry
- 14 pkt. – dobry
- 13 pkt. – dość dobry
- 12 pkt. – dostateczny
- poniżej 12 pkt. – niedostateczny

36. Technika podania do odbytnicy leku w postaci czopka

DOROTA PIECHOCKA

Pacjentka, K.S., lat 54, stwierdzona choroba nowotworowa, przyjęta do szpitala klinicznego na oddział nefrologii w stanie ogólnym dobrym. Pacjentka po przebytych kolejnych kursach chemioterapii uskarża się na złe samopoczucie, osłabienie oraz nudności. Po ocenie stanu pacjentki zlecono podanie leku w postaci czopka – Torecan – 2 razy dziennie.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem lekarskim podaj czopek doodbytniczo.

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- zlecony lek w postaci czopka,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- lignina,
- nożyczki,
- miska nerkowata,
- taca,
- parawan.

Technika podania do odbytnicy leku w postaci czopka (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się z pisemnym zleceniem w Indywidualnej karcie zleceń lekarskich (sprawdzenie nazwy, dawki, daty ważności zleconego leku)*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, sprawdzenie tożsamości chorej, przedstawienie się, poinformowanie pacjentki o celu, istocie i przebiegu czynności, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu, uprzedzenie chorej, że zabieg może być nieprzyjemny*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	5.	Przygotowanie sprzętu: lek, rękawiczki, parawan. Przygotowanie zleconego leku zgodnie ze zleceniem lekarskim: <ul style="list-style-type: none"> • 3-krotne sprawdzenie nazwy leku, • sprawdzenie terminu ważności leku, • przygotowanie właściwej dawki/stężenia leku* 	1	0
	6.	Zapewnienie intymności poprzez zamknięcie drzwi lub ustawienie parawanu*	1	0

Technika podania do odbytnicy leku w postaci czopka (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	9.	Ułożenie chorej w odpowiedniej pozycji – w pozycji leżącej na lewym boku z kończynami dolnymi zgiętymi w kolanach i przywiedzionymi do klatki piersiowej lub w pozycji na plecach	1	0
	10.	Podłożenie pod pośladki ligniny	1	0
	11.	Otwarcie opakowania zawierającego lek, wyjęcie czopka z opakowania	1	0
	12.	W ułożeniu pacjentki na boku lewym – odsłonięcie i uwidocznienie pośladków; uniesienie prawego pośladka lekko ku górze, rozchylenie szpary pośladkowej w celu uwidocznienia odbytu	1	0
	13.	Jeżeli pacjentka znajduje się w pozycji leżącej na wznak – polecenie podłożenia pod pośladki zaciśniętych w pięści dłoni w celu uniesienia pośladków ku górze; rozchylenie szpary pośladkowej w celu uwidocznienia odbytu	1	0
	14.	Podanie pacjentce leku – trzymanie czopka między kciukiem a palcem wskazującym i wprowadzenie go do odbytu zaokrągloną stroną oraz popchnięcie czopka palcem wskazującym tak, aby znalazł się za zwieraczem wewnętrznym odbytu	1	0
	15.	Poinformowanie pacjentki, aby wstrzymała się od defekacji przez kilkadziesiąt min; sprawdzenie, czy pacjentka utrzymuje lek	1	0
Etap porządkowania	16.	Zdjęcie rękawiczek jednorazowych	1	0
	17.	Uporządkowanie sprzętu i otoczenia po wykonanym zabiegu (zgodnie z obowiązującymi procedurami)	1	0
	18.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	19.	Obserwowanie reakcji pacjentki na podany lek	1	0
Suma punktów			Max. 19 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 13			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 6, 7, 17, 19,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 19 pkt.

SKALA OCENY:

- 19–18 pkt. – bardzo dobry
- 17 pkt. – ponad dobry
- 16–15 pkt. – dobry
- 14 pkt. – dość dobry
- 13 pkt. – dostateczny
- poniżej 13 pkt. – niedostateczny

37. Technika podania leku w postaci mikrowlewki doodbytniczej

HANNA ROLKA

Pacjent, K.S., lat 21, przyjęty na oddział ratunkowego uniwersyteckiego szpitala klinicznego. W trakcie oceny parametrów życiowych, podczas podłączania do monitora EKG, nastąpił u pacjenta napad drgawek toniczno-klinicznych. Zlecono podanie leku Relsed (diazepan) w dawce 10 mg, w postaci mikrowlewki doodbytniczej (rectubes).

Polecenie: zgodnie ze zleceniem lekarskim podaj pacjentowi doodbytniczo lek Relsed (opakowanie 4 mg/ml, wlewka 10 mg/2,5 ml) w postaci mikrowlewki.

Niezbędny sprzęt:

- zlecony lek,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- lignina, podkład chłonny,
- środek poślizgowy, np. Lignocainum, wazelina,
- miska nerkowata,
- taca,
- parawan.

Technika podania leku w postaci mikrowlewki doodbytniczej (czas wykonania: 5–10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, sprawdzenie tożsamości chorego, przedstawienie się, poinformowanie pacjenta o celu, istocie i przebiegu czynności, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu, uprzedzenie chorego, że zabieg może być nieprzyjemny*	1	0
	3.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu. Zapoznanie się z pisemnym zleceniem w Indywidualnej karcie zleceń lekarskich (sprawdzenie nazwy, dawki, daty ważności zleconego leku)*	1	0
	5.	Zapewnienie intymności poprzez zamknięcie drzwi do gabinetu lub ustawienie parawanu*	1	0

Technika podania leku w postaci mikrowlewki doodbytniczej (czas wykonania: 5-10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	7.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	8.	Ułożenie chorego w odpowiedniej pozycji – w pozycji leżącej na lewym boku z kończynami dolnymi zgiętymi w kolanach i przywiedzionymi do klatki piersiowej lub w pozycji na plecach	1	0
	9.	Podłożenie pod pośladki ligniny lub podkładu chłonnego	1	0
	10.	Otwarcie opakowania zawierającego mikrowlewkę doodbytniczą w odpowiedniej dawce	1	0
	11.	W pozycji na lewym boku: odsłonięcie krocza, uwidocznienie pośladków; uniesienie prawego pośladka lekko ku górze celem uwidocznienia odbytu. Jeżeli pacjent znajduje się w pozycji leżącej na wznak – polecenie podłożenia pod pośladki zaciśniętych w pięści dłoni w celu uniesienia pośladków ku górze; rozchylenie szpary pośladkowej w celu uwidocznienia odbytu	1	0
	12.	Podanie leku. Zdjęcie osłonki z kanki mikrowlewki, natłuszczenie kanki tak, aby wazelina/Lignocaina nie zamknęła otworu wylotowego. Wprowadzenie natłuszczonej kanki do odbytu płynnym, obrotowym ruchem na głębokość 10-12 cm, naciśnięcie na tubę mikrowlewki i wprowadzenie roztworu*	1	0
	13.	Obserwacja pacjenta, usunięcie kanki z jednoczesnym zabezpieczeniem przed wypłynięciem leku z odbytnicy (pacjent niewspółpracujący z zespołem terapeutycznym)	1	0
Etap porządkowania	14.	Uporządkowanie zestawu po wykonanym zabiegu (sprzęt jednorazowego użytku zgodnie z obowiązującymi procedurami do utylizacji, sprzęt wielorazowego użytku do dezynfekcji)	1	0
	15.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	16.	Obserwowanie reakcji pacjenta na podany lek	1	0
	17.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 17 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 12			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 6, 12, 15, 17,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 17 pkt.

SKALA OCENY:

- 17–16 pkt. – bardzo dobry
- 15 pkt. – ponad dobry
- 14 pkt. – dobry
- 13 pkt. – dość dobry
- 12 pkt. – dostateczny
- poniżej 12 pkt. – niedostateczny

38. Technika wykonania kroplowego przyspieszonego wlewu doodbytniczego

DOROTA PIECHOCKA

Pacjentka, A.S., lat 52, przyjęta na oddział urologii uniwersyteckiego szpitala klinicznego w celu wykonania zabiegu nefrektomii. Rozpoznano u niej liczne torbiele w obrębie nerki prawej. Zabieg wykonano w znieczuleniu ogólnym. Okres pooperacyjny niepowikłany, parametry stanu ogólnego w normie, chora uruchomiona, w 3. dobie zgłasza uczucie wzdęcia brzucha. Stwierdzono brak perystaltyki jelit oraz zlecono wykonanie wlewu doodbytniczego z roztworu NaCl 10%.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem wykonaj pacjentce kroplowy przyspieszony wlew doodbytniczy.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- gotowa fabrycznie przygotowana butelka (500 ml) z hipertonicznym roztworem NaCl, ogrzana do temperatury 36/38°C,
- miękka, jednorazowa kanka doodbytnicza,
- termometr kąpielowy do sprawdzenia temperatury wody w naczyniu, w którym został ustawiony roztwór,
- naczynie do ogrzania zleconego płynu,
- aparat do przetaczania płynów infuzyjnych,
- termofor / ciepły kompres żelowy,
- substancja natłuszczająca (wazelina, Lignocainum),
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- lignina,
- podkład gumowy, podkład płócienny lub podkład jednorazowy – chłonny,
- przyłepiec, nożyczki,
- miska nerkowata,
- taca,
- stetoskop,
- stelaż do zawieszenia butelki z płynem przygotowanym do podania,
- basen lub dostęp do toalety,
- zestaw do podmycia pacjentki,
- papier toaletowy,
- pojemnik/worek na odpady medyczne,
- parawan.

Technika wykonania kroplowego przyspieszonego wlewu doodbytniczego (czas wykonania: ok. 30 min przygotowanie: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, sprawdzenie tożsamości chorej, przedstawienie się, poinformowanie pacjentki o celu, istocie i przebiegu czynności, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu, uprzedzenie chorej, że zabieg może być nieprzyjemny (chora może odczuwać dyskomfort w związku z aplikowaniem płynów dojelitowych, uczucie parcia, niepokój), poproszenie, aby chora zgłosiła niezwłocznie niepokojące objawy, jeśli wystąpią podczas wykonywania zabiegu, takie jak silne parcie, ból*	1	0
	3.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	5.	Zapewnienie intymności poprzez zamknięcie drzwi do gabinetu lub ustawienie parawanu*	1	0
Etap wykonania	6.	Higieniczna dezynfekcja rąk, założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	7.	Podłączenie aparatu do przetaczania płynów z butelką przygotowanego płynu NaCl 10% oraz zawieszenie butelki na stojaku na wysokości ok. 70 cm nad łóżkiem pacjentki; zamocowanie odpowiedniej średnicy kanki na końcu aparatu, wypuszczenie powietrza z drenu i kanki; natłuszczenie kanki ze zwróceniem uwagi, aby wazelina nie zamknęła otworu wylotowego	1	0
	8.	Ułożenie pacjentki w wygodnej i bezpiecznej pozycji, najlepiej lewobocznej z kończynami dolnymi zgiętymi w kolanach i przywiedzionymi do klatki piersiowej	1	0
	9.	Podłożenie pod pośladki podkładu gumowego, podkładu płóciennego/chłonnego lub ligniny w celu zabezpieczenia łóżka	1	0
	10.	Odślonięcie kroczka, uwidocznienie pośladków; jeżeli pacjentka leży na lewym boku – uniesienie prawego pośladka lekko ku górze w celu uwidocznienia odbytu; jeżeli pacjentka znajduje się w pozycji leżącej na wznak – polecenie podłożenia pod pośladki zaciśniętych w pięści dłoni lub podłożenie wałka w celu uniesienia pośladków	1	0
	11.	Wprowadzenie natłuszczonej kanki do odbytu płynnym, obrotowym ruchem na głębokość ok. 10–12 cm, umocowanie drenu np. do uda pacjentki; odkręcenie zacisku na drenie i ustawienie przepływu ok. 80–120 kropli na min; ułożenie termoformy na przebiegu drenu, aby płyn utrzymał stałą temperaturę (36°C lub 38°C); przykrycie pacjentki bielizną pościelową	1	0

Technika wykonania kroplowego przyspieszonego wlewu doodbytniczego (czas wykonania: ok. 30 min przygotowanie: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	12.	Ocena poprawności wykonywanego działania (tempa i temperatury podawanego płynu), ocena samopoczucia pacjentki w trakcie podawania płynu, ewentualnie chwilowe przerwanie czynności. Dopilnowanie podania całej zleconej pojemności płynu*	1	0
	13.	Zdjęcie i odłożenie termoformy, odklejenie przylepca mocującego kanke; wysunięcie ruchem obrotowym kanki rektalnej z odbytnicy przez ligninę i odłożenie jej do przygotowanego worka na odpady lub do miski nerkowatej, odłączenie kanki od aparatu, zdjęcie butelki po podanym płynie wlewowym ze stelaża	1	0
	14.	Poinformowanie pacjentki o konieczności jak najdłuższego wstrzymania płynu w odbytnicy	1	0
	15.	Jeżeli pacjentka ma problem z utrzymaniem płynu, zabezpieczenie pacjentki w ligninę lub podkład chłonny; gdy utrzymanie płynu nie jest możliwe – ułożenie pacjentki na bacznie	1	0
	16.	Kontrola skuteczności wykonanego zabiegu (oddanie stolca, ocena osłuchowa perystaltyki jelit); zapewnienie pacjentce dostępności do basenu, toalety i urządzenia sygnalizującego lub pomoc i towarzyszenie pacjentce; toaleta pośladek*	1	0
Etap porządkowania	17.	Uporządkowanie zestawu po wykonanym zabiegu (sprzęt jednorazowego użytku zgodnie z obowiązującymi procedurami do utylizacji, sprzęt wielorazowego użytku do dezynfekcji)	1	0
	18.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	19.	Obserwowanie reakcji pacjentki na podany lek	1	0
	20.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 20 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 14			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 5, 8, 11, 18, 20,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 20 pkt.

SKALA OCENY:

- 20–19 pkt. – bardzo dobry
- 18 pkt. – ponad dobry
- 17–16 pkt. – dobry
- 15 pkt. – dość dobry
- 14 pkt. – dostateczny
- poniżej 14 pkt. – niedostateczny

39. Technika wykonania przeczyszczającej wlewki doodbytniczej (enemy)

DOROTA PIECHOCKA

Pacjentka, L.J., lat 42, przyjęta na chirurgiczną izbę przyjęć z uniwersyteckiego szpitala klinicznego, zgłasza utrwalony ból w jamie brzusznej. Wykonane badania oraz konsultacja ginekologiczna nie wyjaśniły problemu pacjentki, dlatego zlecono wykonanie badania TK jamy brzusznej, w przygotowaniu zalecono wykonanie enemy.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem wykonaj pacjentce wlewkę przeczyszczającą.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- gotowy, fabrycznie przygotowany pojemnik z płynem do wlewki ogrzany do temperatury 36/38°C,
- substancja natłuszczająca (wazelina, Lignocaina),
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- lignina,
- podkład gumowy, podkład płócienny lub podkład jednorazowy – chłonny,
- miska nerkowata,
- taca,
- basen lub dostęp do toalety,
- zestaw do podmycia,
- papier toaletowy,
- parawan.

Technika wykonania przeczyszczającej wlewki doodbytniczej (enemy) (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, sprawdzenie tożsamości chorej, przedstawienie się, poinformowanie pacjentki o celu, istocie i przebiegu czynności, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu, uprzedzenie chorej, że zabieg może być nieprzyjemny (chora może odczuwać dyskomfort w związku z aplikowaniem płynów dojelitowych, uczucie parcia, niepokój), poproszenie, aby chora zgłosiła niezwłocznie niepokojące objawy, jeśli wystąpią podczas wykonywania zabiegu, takie jak silne parcie, ból*	1	0

Technika wykonania przeczyszczającej wlewki doodbytniczej (enemy) (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	3.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	4.	Przygotowanie niezbędnego sprzętu; przygotowanie płynu stosowanego do enemy o temperaturze 36°C lub 38°C*	1	0
	5.	Zapewnienie intymności poprzez zamknięcie drzwi do gabinetu lub ustawienie parawanu*	1	0
Etap wykonania	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	7.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	8.	Ułożenie pacjentki w wygodnej i bezpiecznej pozycji, najlepiej lewobocznej, z kończynami dolnymi zgiętymi w kolanach i przywiedzionymi do klatki piersiowej*	1	0
	9.	Podłożenie pod pośladki podkładu gumowego, podkładu płóciennego/chłonnego lub ligniny w celu zabezpieczenia łóżka	1	0
	10.	Odślonięcie krocza, uwidocznienie pośladków; jeżeli pacjentka leży na lewym boku – uniesienie prawego pośladka lekko ku górze w celu uwidocznienia odbytu; jeżeli pacjentka znajduje się w pozycji leżącej na wznak – polecenie podłożenia pod pośladki zaciśniętych w pięści dłoni lub podłożenie wałka w celu uniesienia pośladków	1	0
	11.	Zdjęcie osłonki z kanki znajdującej się na butelce z płynem; natłuszczenie kanki tak, aby wazelina nie zamknęła otworu wylotowego; wypuszczenie powietrza znajdującego się w butelce	1	0
	12.	Wprowadzenie natłuszczonej kanki do odbytu płynnym, obrotowym ruchem na głębokość ok. 6–8 cm. Chwycenie dwojgiem rąk butelki i mocne, płynne ściskanie jej w celu wtłaczania płynu do odbytnicy. Podczas podawania płynu sprawdzenie, czy jego ilość w butelce zmniejsza się*	1	0
	13.	Obserwacja wykonywanej czynności, monitorowanie ewentualnego złego samopoczucia pacjentki (gdy pacjentka zgłosi dyskomfort, na krótko przerwać wykonywanie czynności, polecić oddychanie przez usta, głęboko i spokojnie w celu zmniejszenia napięcia mięśni j. brzusznej, po ustaniu niepokojących objawów powrócić do czynności); podanie całej pojemności płynu (ok. 150 ml); ukończenie zabiegu wraz z całkowitym opróżnieniem butelki	1	0
	14.	Po wykonaniu zabiegu enemy wyciągnięcie kanki przy jednoczesnym trzymaniu ściśniętej butelki, aby nie aspirować do wnętrza płynu podanego do odbytnicy, oraz polecenie pacjentce jednocześnie, aby zacisnęła pośladki	1	0

Technika wykonania przeczyszczającej wlewki doodbytniczej (enemy) (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	15.	Poinformowanie pacjentki, aby po wykonaniu wlewki spróbowała wytrzymać kilkanaście minut bez wypróżnienia	1	0
	16.	Jeżeli pacjentka ma problem z utrzymaniem płynu w odbytnicy, zabezpieczenie pacjentki w ligninę i basen	1	0
Etap porządkowania	17.	Uporządkowanie zestawu po wykonanym zabiegu (sprzęt jednorazowego użytku zgodnie z obowiązującymi procedurami do utylizacji, sprzęt wielorazowego użytku do dezynfekcji)	1	0
	18.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	19.	Obserwowanie reakcji pacjentki na podany lek	1	0
	20.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 14			Max. 20 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 8, 12, 18, 20,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 20 pkt.

SKALA OCENY:

- 20–19 pkt. – bardzo dobry
- 18 pkt. – ponad dobry
- 17–16 pkt. – dobry
- 15 pkt. – dość dobry
- 14 pkt. – dostateczny
- poniżej 14 pkt. – niedostateczny

40. Technika wykonania lewatywy przeczyszczającej

DOROTA PIECHOCKA, KATARZYNA AUGUSTYNIUK

Pacjentka, K.A., lat 67, przyjęta do szpitala na oddział chorób wewnętrznych. Pacjentka z rozpoznaniem guzem trzustki i niestabilnym ciśnieniem tętniczym w trakcie badań kontrolnych. W dniu przyjęcia uskarża się na bóle w podbrzuszu oraz na brak stolca od 4 dni. Pacjencie przed planowaną diagnostyką zlecono wykonanie lewatywy przeczyszczającej.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem wykonaj lewatywę przeczyszczającą.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- wlewnik (irygator), dren / kanka doodbytnicza / gotowy zestaw do wykonania lewatywy,
- dzbanek do przygotowania roztworu,
- substancja natłuszczająca (wazelina/parafina/lidokaina),
- gaziki,
- termometr do pomiaru temperatury wody i pacjenta,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- lignina,
- podkład gumowy, podkład płócienny lub podkład jednorazowy – chłonny,
- woda z mydłem (30 ml/1 l wody) w ilości 500–2000 ml o temperaturze 38/36°C,
- miska nerkowata,
- taca,
- stelaż do zawieszenia zestawu jednorazowego do lewatywy,
- basen lub dostęp do toalety,
- papier toaletowy,
- pojemnik/worek na odpady medyczne,
- zestaw do umycia pośladków, ręcznik,
- parawan,
- kozetka.

Technika wykonania lewatywy przeczyszczającej (czas wykonania: 10 min)		Ocena punktowa		
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, sprawdzenie tożsamości chorej, przedstawienie się, poinformowanie pacjentki o celu, istocie i przebiegu czynności, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu, uprzedzenie chorej, że zabieg może być nieprzyjemny (chora może odczuwać dyskomfort w związku z aplikowaniem płynów dojelitowych, uczucie parcia, niepokój), poproszenie, aby chora zgłosiła niezwłocznie niepokojące objawy, jeśli wystąpią podczas wykonywania zabiegu, takie jak silne parcie, ból*. Istotne jest zapytanie o termin spożywania ostatniego posiłku (lewatywy nie wykonuje się bezpośrednio po spożyciu posiłku!)	1	0
	3.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu, roztworu*	1	0
	5.	Zapewnienie intymności poprzez zamknięcie drzwi lub ustawienie parawanu*	1	0
Etap wykonania	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	7.	Połączenie drenu, kanki z pojemnikiem do lewatywy; w przypadku zastosowania gotowego zestawu do lewatyw wyjęcie go z opakowania i wyprostowanie drenu; przelanie przygotowanego roztworu o odpowiednim stężeniu i objętości do pojemnika lub worka do lewatywy, sprawdzenie temperatury płynu, natłuszczenie kanki tak, aby wazelina nie zatkała otworu wylotowego; zawieszenie zestawu do lewatywy na stelażu na wysokości 50–80 cm powyżej poziomu ułożenia pacjentki; wypuszczenie powietrza z drenu i kanki do miski nerkowatej, zaciśnięcie zacisku na drenie*	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	9.	Ułożenie chorej w odpowiedniej pozycji: w pozycji leżącej na lewym boku z kończynami dolnymi ugiętymi w stawach kolanowych oraz polecenie przywiedzenia ich do klatki piersiowej lub w pozycji leżącej na wznak – pozycji grzbietowej, z kończynami dolnymi zgiętymi w stawach kolanowych i biodrowych, gdy pacjentka nie jest w stanie utrzymać płynu, podłożenie basenu pod pośladki (pozycja grzbietowa)	1	0
	10.	Podłożenie pod pośladki podkładu gumowego, podkładu płóciennego lub jednorazowego chłonnego	1	0
	11.	Utrzymanie zalecanej temperatury roztworu, tj. 36°C lub 38°C*	1	0
	12.	Odsłonięcie krocza, uwidocznienie pośladków; jeżeli pacjentka leży na lewym boku – uniesienie prawego pośladka lekko ku górze w celu uwidocznienia odbytu; jeżeli pacjentka znajduje się w pozycji leżącej na wznak – polecenie podłożenia pod pośladki zaciśniętych w pięści dłoni lub podłożenie wałka w celu uniesienia pośladków	1	0

Technika wykonania lewatywy przeczyszczającej (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	13.	Wprowadzenie ręką dominującą natłuszczonej kanki do odbytu ruchem obrotowym na głębokość ok. 8-10 cm; przytrzymanie kanki rektalnej ręką dominującą, aby nie wysunęła się z odbytnicy; zwolnienie zacisku na drenie i wprowadzenie płynu do odbytnicy. Sprawdzenie, czy ilość płynu w irygatorze zmniejsza się (w razie konieczności regulacja wysokości umieszczonego pojemnika do lewatywy lub też, gdy masy kałowe oblepiają kankę, uciskanie drenu wzdłuż jego długości, aby udzielić przepływ płynu)*	1	0
	14.	Obserwacja wykonywanej czynności oraz pacjentki; podanie odpowiedniej ilości płynu (zbyt mała nie odniesie skutku, zbyt duża może wywołać odczucia bólowe, podrażnienie, niepokój, dyskomfort, niemożność utrzymania płynu w odbytnicy); w przypadku dyskomfortu lub bólu pacjentki na krótko przerwać wykonywanie czynności, polecić pacjentce oddychanie przez usta, głęboko i spokojnie, w celu zmniejszenia napięcia mięśni j. brzusznej, po ustaniu niepokojących objawów powrócić do czynności. Zaciśnięcie zacisku na drenie i ukończenie zabiegu przed całkowitym opróżnieniem irygatora (w pojemniku powinna pozostać niewielka ilość płynu, aby nie wprowadzić do jelita grubego powietrza)	1	0
	15.	Po podaniu płynu wysunięcie kanki przez ligninę ruchem obrotowym z odbytnicy oraz polecenie pacjentce jednocześnie, aby zaciśnęła pośladki	1	0
	16.	Poinformowanie pacjentki, aby po wykonaniu wlewki spróbowała wytrzymać kilkanaście minut bez wypróżniania	1	0
	17.	Jeżeli pacjentka ma problem z utrzymaniem płynu w odbytnicy, zabezpieczenie pacjentki w ligninę; gdy utrzymanie płynu nie jest możliwe – ułożenie pacjentki na boki	1	0
Etap porządkowania	18.	Uporządkowanie zestawu po wykonanym zabiegu (sprzęt jednorazowego użytku zgodnie z obowiązującymi procedurami do utylizacji, sprzęt wielorazowego użytku do dezynfekcji i sterylizacji)	1	0
	19.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	20.	Obserwowanie reakcji pacjentki na podany płyn	1	0
	21.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 21 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 14			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 6, 11, 13, 19, 21,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 21 pkt.

SKALA OCENY:

- 21 pkt. – bardzo dobry
- 20 pkt. – ponad dobry
- 19–18 pkt. – dobry
- 17–16 pkt. – dość dobry
- 15–14 pkt. – dostateczny
- poniżej 14 pkt. – niedostateczny

41. Technika założenia suchej rurki doodbytniczej

HANNA ROLKA

Pacjentka, A.S., lat 84, przyjęta na SOR uniwersyteckiego szpitala klinicznego, uskarżająca się na ból brzucha oraz wzdęcia. Chora w trakcie diagnostyki. Zlecono założenie suchej rurki do odbytu.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem lekarskim wykonaj zabieg założenia suchej rurki do odbytu.

Niezbędny sprzęt:

- kanka doodbytnicza lub cewnik rektalny o rozmiarze ok. 30 Fr,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- lignina, podkład,
- środek poślizgowy, np. Lignocainum, wazelina,
- przyklepiec,
- nożyczki,
- miska nerkowata,
- taca,
- pojemnik/kaczka z płynem neutralizującym zapach pochodzący z jelit (roztwór nadmanganianu potasu 1 tab./200 ml wody),
- parawan.

Technika założenia suchej rurki doodbytniczej (czas wykonania: 5–20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, sprawdzenie tożsamości chorej, przedstawienie się, poinformowanie pacjentki o celu, istocie i przebiegu czynności, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu, uprzedzenie chorej, że zabieg może być nieprzyjemny*	1	0
	3.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu. Zapoznanie się z pisemnym zleceniem w Indywidualnej karcie zleceń lekarskich*	1	0
	5.	Zapewnienie intymności poprzez zamknięcie drzwi do gabinetu lub ustawienie parawanu*	1	0

Technika założenia suchej rurki doodbytniczej (czas wykonania: 5–20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	7.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	8.	Ułożenie chorej w odpowiedniej pozycji – w pozycji leżącej na lewym boku z kończynami dolnymi zgiętymi w kolanach i przywiedzionymi do klatki piersiowej lub w pozycji na plecach	1	0
	9.	Podłożenie pod pośladki ligniny lub podkładu chłonnego	1	0
	10.	Otwarcie opakowania z kanką doodbytniczą / cewnikiem rektalnym	1	0
	11.	Odstąpienie krocza, uwidocznienie pośladków; uniesienie prawego pośladka lekko ku górze w celu uwidocznienia odbytu; jeżeli pacjentka znajduje się w pozycji leżącej na wznak – polecenie podłożenia pod pośladki zaciśniętych w pięści dłoni w celu uniesienia pośladków ku górze; rozchylenie szpary pośladowej w celu uwidocznienia odbytu	1	0
	12.	Odchylenie lewą ręką pośladków, wprowadzenie kanki doodbytniczej / cewnika rektalnego na głębokość 4–5 cm; zabezpieczenie przed usunięciem poprzez przyklejenie do pośladka	1	0
	13.	Umieszczenie drugiego końca kanki doodbytniczej / cewnika rektalnego w pojemniku/kaczce z przygotowanym roztworem nadmanganianu potasu, usytuowanym między udami pacjentki	1	0
	14.	Pozostawienie kanki doodbytniczej / cewnika rektalnego w odbytnicy przez 20 min (dopuszczalne jest pozostawienie na okres 15–30 min)*	1	0
	15.	Obserwacja pacjentki podczas zabiegu, nawiązanie kontaktu słownego	1	0
16.	Po upływie ustalonego czasu odklejenie przylepca, delikatne usunięcie kanki doodbytniczej / cewnika rektalnego	1	0	
Etap porządkowania	17.	Uporządkowanie zestawu po wykonanym zabiegu (sprzęt jednorazowego użytku zgodnie z obowiązującymi procedurami do utylizacji, sprzęt wielorazowego użytku do dezynfekcji)	1	0
	18.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	19.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 19 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 13			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 6, 14, 18, 19,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 19 pkt.

SKALA OCENY:

- 19–18 pkt. – bardzo dobry
- 17 pkt. – ponad dobry
- 16–15 pkt. – dobry
- 14 pkt. – dość dobry
- 13 pkt. – dostateczny
- poniżej 13 pkt. – niedostateczny

42. Technika zgłębnikowania żołądka

KATARZYNA OLCZAK, MAŁGORZATA LEWANDOWSKA, RENATA MILLER

Pacjent, Z.S., hospitalizowany po zabiegu operacyjnym w obrębie jamy ustnej. W celu karmienia, na pisemne zlecenie lekarskie, zlecono założenie pacjentowi sondy.

Polecenie: załóż pacjentowi sondę.

Niezbędny sprzęt:

- jednorazowe zgłębniki żołądkowe (8–20 Fr/Ch),
- stetoskop,
- środek poślizgowy o działaniu znieczulającym, np. Lignocaina żel,
- pojemniki do segregacji odpadów,
- miski nerkowate,
- lignina / ręczniki papierowe jednorazowe,
- przylepiec mocujący sondę,
- rękawice jednorazowego użytku,
- strzykawki 20 ml jednorazowego użytku,
- strzykawki typu Janeta,
- podkład jednorazowego użytku,
- marker do oznaczenia długości, na jaką wprowadzony zostanie zgłębnik,
- parawan.

Technika zgłębnikowania żołądka (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie zlecenia lekarskiego*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	5.	Przygotowanie sprzętu	1	0

Technika zgłębnikowania żołądka (czas wykonania: 10 min)		Ocena punktowa		
Etap przygotowawczy	6.	Zapewnienie intymności, np. postawienie parawanu	1	0
	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
Etap wykonania	9.	Ułożenie pacjenta w pozycji półwysokiej lub wysokiej	1	0
	10.	Zabezpieczenie pacjenta podkładem	1	0
	11.	Oczyszczenie jamy nosowej	1	0
	12.	Przygotowanie drogi wprowadzenia zgłębnika	1	0
	13.	Podanie pacjentowi miski nerkowatej i ligniny / ręczników papierowych jednorazowych	1	0
	14.	Odmierzenie długości, na jaką należy wprowadzić zgłębnik (45-70 cm). Wykonanie pomiaru od wyrostka mieczykowatego do nosa przez płatek ucha i oznaczenie pomiaru na zgłębniku*	1	0
	15.	Nałożenie na końcówkę zgłębnika środka poślizgowo-znieczulającego	1	0
	16.	Wprowadzenie zamkniętego zgłębnika do otworu nosowego z jednoczesnym kierowaniem go 2 cm ku górze, a następnie ku tyłowi	1	0
	17.	Polecenie pacjentowi, aby oddychał ustami	1	0
	18.	Po przejściu zgłębnika przez gardło na odległość ok 7,5 cm polecenie pacjentowi przygięcia głowy do klatki piersiowej i przełykanie śliny	1	0
	19.	Wprowadzanie zgłębnika zgodnie z odruchem przełykania	1	0
	20.	Sprawdzenie umiejscowienia końcówki zgłębnika poprzez wprowadzenie strzykawką do sondy 10 ml powietrza i wysłuchanie charakterystycznego odgłosu, odciągnięcie wprowadzonego powietrza*	1	0
	21.	Umocowanie zgłębnika	1	0

Technika zgłębnikowania żołądka (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	22.	Odebranie od pacjenta miski nerkowatej i ligniny / ręczników papierowych jednorazowych	1	0
	23.	Zdjęcie podkładu zabezpieczającego pacjenta	1	0
	24.	Uporządkowanie tacy / wózka zabiegowego, parawanu. Dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	25.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych i odrzucenie ich do odpadów medycznych	1	0
	26.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	27.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 19			Max. 27 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 6, 7, 14, 20, 26, 27,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 27 pkt.

SKALA OCENY:

- 27–26 pkt. – bardzo dobry
- 25 pkt. – ponad dobry
- 24–23 pkt. – dobry
- 22–21 pkt. – dość dobry
- 20–19 pkt. – dostateczny
- poniżej 19 pkt. – niedostateczny

43. Technika płukania żołądka

KATARZYNA OLCZAK, MAŁGORZATA LEWANDOWSKA, RENATA MILLER

Na oddział ratunkowy przyjęto pacjenta po zatruciu grzybami. Stan ogólny dobry.

Polecenie: wykonaj płukanie żołądka.

Niezbędny sprzęt:

- jednorazowy zgłębnik ustno-żołądkowy o średnicy 36–40 Fr/Ch i 75–85 cm,
- środek poślizgowy o działaniu znieczulającym, np. Lignocaina żel i aerozol,
- „lejek” dopasowany do zgłębnika,
- pojemnik o pojemności 500 ml na płyn do płukania,
- płyn do płukania zgodny ze zleceniem lekarskim o temperaturze 37°C,
- pojemnik na popłuczyny przeznaczone do badania laboratoryjnego,
- zestaw do pielęgnacji jamy ustnej,
- fartuchy ochronne jednorazowego użytku,
- rękawice jednorazowego użytku,
- lignina / ręczniki papierowe jednorazowe,
- pojemniki do segregacji odpadów,
- miski nerkowate,
- wiadro na popłuczyny,
- narzędzie zaciskowe,
- strzykawki typu Janeta,
- stetoskop,
- parawan.

Technika płukania żołądka (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie zlecenia lekarskiego*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	5.	Przygotowanie sprzętu: sprawdzenie nazwy i daty ważności roztworu do płukania; ogrzanie płynu do temperatury 37°C	1	0

Technika płukania żołądka (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	6.	Zapewnienie intymności, np. postawienie parawanu	1	0
	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
Etap wykonania	9.	Oślonięcie jednorazowym fartuchem ochronnym pacjenta i siebie	1	0
	10.	Podanie pojemników na odpady segregowane i ligninę / ręczniki papierowe jednorazowe w przypadku wystąpienia odruchów wymiotnych	1	0
	11.	Znieczulenie tylnej ściany gardła środkiem poślizgowym o działaniu znieczulającym – aerozol	1	0
	12.	Odmierzenie długości, na jaką należy wprowadzić zgłębnik, i oznaczenie pomiaru na zgłębniku*	1	0
	13.	Zastosowanie na końcówkę zgłębnika środka poślizgowo-znieczulającego i zaciśnięcie zgłębnika	1	0
	14.	Wprowadzenie zgłębnika po wewnętrznej stronie policzka pod kontrolą wzroku i przygięcie podbródka do klatki piersiowej	1	0
	15.	Poinformowanie pacjenta o konieczności głębokiego oddychania przez nos aż do ustąpienia odruchów wymiotnych i krztuszenia	1	0
	16.	Uniesienie podbródka pacjenta do góry i polecenie wykonywania ruchów połykania, jednocześnie powolne wprowadzanie zgłębnika	1	0
	17.	Obserwowanie pacjenta	1	0
	18.	Sprawdzenie położenie końcówki zgłębnika poprzez: • aspirację małej ilości treści żołądkowej, • ocenę pH odbarczonej treści za pomocą papierka lakmusowego, • osłuchanie okolicy nadbrzusza podczas wprowadzania ok. 10 ml powietrza przez zgłębnik*	1	0
	19.	Połączenie lejka ze zgłębnikiem, wypełnienie lejka płynem do płukania i zwolnienie zacisku	1	0
	20.	Wprowadzenie jednorazowo do 200–300 ml płynu. Utrzymanie słupa wody w zgłębniku	1	0
	21.	Wyprowadzenie płynu z żołądka przez zgłębnik do wiadra i pobranie treści żołądkowych do badania laboratoryjnego	1	0
	22.	Odprowadzenie z żołądka wody w ilości poprzednio wprowadzonej	1	0
	23.	Wprowadzanie i wyprowadzanie płynu aż do otrzymania klarownych popłuczyn*	1	0

Technika płukania żołądka (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	24.	Zaciśnięcie zgłębnika i polecenie pacjentowi wykonania głębokiego wdechu, a następnie powolnego, długo trwającego wydechu, w czasie którego najpierw powolne, a następnie szybkie usunięcie zgłębnika*	1	0
	25.	Pielęgnacja jamy ustnej pacjenta	1	0
	26.	Zabezpieczenie popłuczyn do badania laboratoryjnego	1	0
Etap porządkowania	27.	Odebranie od pacjenta miski nerkowatej i ligniny / ręczników papierowych jednorazowych	1	0
	28.	Zdjęcie podkładu zabezpieczającego pacjenta	1	0
	29.	Uporządkowanie tacy / wózka zabiegowego; dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	30.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych i odrzucenie ich do odpadów medycznych	1	0
	31.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	32.	Udokumentowanie wykonania zabiegu	1	0
Suma punktów			Max. 32 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 22			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 7, 12, 18, 23, 24, 32,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 32 pkt.

SKALA OCENY:

- 32–30 pkt. – bardzo dobry
- 29–28 pkt. – ponad dobry
- 27–25 pkt. – dobry
- 24 pkt. – dość dobry
- 23–22 pkt. – dostateczny
- poniżej 22 pkt. – niedostateczny

Czynności w zakresie wykonywania
badań i pobierania materiału do badań
laboratoryjnych

44. Technika pobrania moczu do badania ogólnego

AGATA ULENBERG

Pacjent, B.A., lat 66, przebywający na oddziale chirurgii ogólnej z powodu planowanego zabiegu cholecystektomii, ma zlecone badanie ogólne moczu. Pan B.A. jest pacjentem samodzielnym, nie wymaga pomocy przy czynnościach dnia codziennego.

Polecenie: poinstruuj pacjenta o procedurach samodzielnego pobierania moczu do badania ogólnego.

Niezbędny sprzęt:

- rękawice jednorazowego użytku,
- płyn do dezynfekcji rąk,
- czysty pojemnik z zakrętką na mocz,
- dokumentacja opisująca pobrany materiał,
- torba do transportowania pobranego materiału.

Technika pobrania moczu do badania ogólnego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim	1	0
	3.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu: do pobrania i transportowania pobranego materiału do badań, dokumentacji opisującej pobrany materiał, dokumentacji potwierdzającej wykonanie zabiegu	1	0
	5.	Opisanie/oznaczenie pojemnika do pobrania materiału	1	0
	6.	Przygotowanie otoczenia – zapewnienie warunków intymności	1	0
	7.	Potwierdzenie tożsamości pacjenta*	1	0
	8.	Wyjaśnienie celu i przebiegu działania	1	0
	9.	Uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0

Technika pobrania moczu do badania ogólnego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	10.	Przeprowadzenie edukacji pacjenta, by mógł samodzielnie pobrać mocz do badania ogólnego, poprzez dokładne objaśnienie zasad: <ul style="list-style-type: none"> • mocz do badania ogólnego powinien być pobrany po nocnym odpoczynku, • technika podmywania się bez użycia środków do dezynfekcji błon śluzowych (woda z mydłem), • osuszanie krocza jednorazowym ręcznikiem, • oddanie moczu do pojemnika ze środkowego strumienia, • oddanie 50-100 ml moczu do pojemnika, • zamknięcie dokładnie pojemnika bez dotykania wewnętrznej powierzchni zakrętki po pobraniu próbki, • wyłączenie ze spożycia przed badaniem buraków, rabarbaru, jeżyn, jarzyn z dużą zawartością beta-karotenu, przyjmowania niektórych leków, np. preparatów żelaza, wit. z gr. B, leków, które zmieniają kolor moczu* 	1	0
	11.	Przekazanie pacjentowi czystego pojemnika z zakrętką na mocz	1	0
	12.	Przekazanie pacjentowi informacji o dalszym postępowaniu po zabiegu, o niezwłocznym przekazaniu personelowi pielęgniarskiemu pobranej próbki moczu	1	0
	13.	Zapewnienie pacjentowi warunków do wykonania czynności higienicznych oraz do pobrania moczu	1	0
Etap porządkowania	14.	Sprawdzenie wygody i samopoczucia pacjenta po zabiegu	1	0
	15.	Porządkowanie sprzętu, materiału i otoczenia pacjenta, dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	16.	Przekazanie pobranego i oznakowanego materiału do laboratorium razem z załączoną dokumentacją – próbka moczu powinna być dostarczona do laboratorium w ciągu godz. od pobrania; jeśli nie można natychmiast dostarczyć moczu do laboratorium, należy przechowywać go w lodówce nie dłużej niż 4 godz.	1	0
	17.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	18.	Udokumentowanie wykonania zabiegu	1	0
Suma punktów			Max. 18 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 12			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 3, 7, 9, 10, 17,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 18 pkt.

SKALA OCENY:

- 18–17 pkt. – bardzo dobry
- 16 pkt. – ponad dobry
- 15–14 pkt. – dobry
- 13 pkt. – dość dobry
- 12 pkt. – dostateczny
- poniżej 12 pkt. – niedostateczny

45. Technika pobrania moczu do badania ogólnego u pacjenta leżącego

AGATA ULENBERG

Pacjentka, Z.B., lat 80, przebywa na oddziale chirurgii z powodu podejrzenia krwawienia z przewodu pokarmowego. Pacjentka ma zlecone wykonanie badania ogólnego moczu. Pani Z.B. ma trudności w poruszaniu się z powodu dysplazji prawego stawu biodrowego, pozostaje w łóżku, zgłasza potrzeby fizjologiczne, wymaga pomocy przy czynnościach dnia codziennego.

Polecenie: wykonaj pobranie moczu do badania ogólnego u pacjenta leżącego.

Niezbędny sprzęt:

- rękawice jednorazowego użytku,
- płyn do dezynfekcji rąk,
- czysty pojemnik z zakrętką do pobrania moczu,
- basen,
- miska,
- dzbanek z ciepłą wodą,
- mydło,
- roztwór NaCl 0,9% lub wody destylowanej,
- jałowy zestaw do jednorazowego cewnikowania (serweta, rękawice, cewnik Nelatona, gaziki, narzędzie chwytne, roztwór NaCl 0,9% – 5 ml),
- jednorazowa myjka,
- ręczniki jednorazowe,
- parawan,
- dokumentacja opisująca pobrany materiał,
- torba do transportowania pobranego materiału.

Technika pobrania moczu do badania ogólnego u pacjenta leżącego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim	1	0
	3.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0

Technika pobrania moczu do badania ogólnego u pacjenta leżącego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	4.	Przygotowanie sprzętu: rękawice jednorazowego użytku, płyn do dezynfekcji rąk, czysty pojemnik z zakrętką do pobrania moczu, basen, miska, dzbanek z ciepłą wodą, mydło, jednorazowa myjka, ręczniki jednorazowe, ewentualnie zestaw do cewnikowania, parawan, dokumentacja opisująca pobrany materiał*	1	0
	5.	Opisanie/oznaczenie pojemników do pobrania materiału*	1	0
	6.	Przygotowanie otoczenia – zapewnienie warunków intymności	1	0
	7.	Potwierdzenie tożsamości pacjentki	1	0
	8.	Wyjaśnienie celu i przebiegu działania	1	0
	9.	Uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	10.	Ustalenie czasu wykonania pobrania oraz zakresu współpracy pacjentki	1	0
	11.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
Etap wykonania	12.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	13.	Rozebranie pacjentki z bielizny osobistej	1	0
	14.	Pomoc pacjentce w ułożeniu się na basenie w wygodnej i stabilnej pozycji	1	0
	15.	Podmycie pacjentki zgodnie z zasadami (woda z mydłem, NaCl 0,9%)	1	0
	16.	Osuszenie krocza jednorazowym ręcznikiem	1	0
	17.	Pobranie moczu do badania (dwa sposoby): <ul style="list-style-type: none"> • polecenie pacjentce, by oddała mocz do basenu. W trakcie oddawania moczu przez pacjentkę podstawienie przygotowanego pojemnika na mocz i zebranie ok. 50–100 ml moczu ze środkowego strumienia, • rozłożenie zestawu do jednorazowego cewnikowania. Założenie cewnika Nelatona zgodnie z obowiązującymi zasadami i pobranie próbki moczu* 	1	0
	18.	Zamknięcie i odstawienie pojemnika na mocz	1	0
	19.	Osuszenie krocza pacjentki po całkowitym oddaniu moczu	1	0

Technika pobrania moczu do badania ogólnego u pacjenta leżącego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	20.	Usunięcie basenu	1	0
	21.	Pomoc w założeniu pacjentce bielizny osobistej	1	0
Etap porządkowania	22.	Sprawdzenie wygody i samopoczucia pacjentki po zabiegu	1	0
	23.	Porządkowanie sprzętu, materiału i otoczenia pacjentki, dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	24.	Przekazanie pobranego i oznakowanego materiału do laboratorium razem z załączoną dokumentacją – próbka moczu powinna być dostarczona do laboratorium w ciągu godz. od pobrania, jeśli nie można natychmiast dostarczyć moczu do laboratorium, należy przechowywać go w lodówce do 4 godz.	1	0
	25.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	26.	Udokumentowanie wykonania zabiegu	1	0
Suma punktów			Max. 26 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 18			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 3, 5, 9, 11, 17, 25,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 26 pkt.

SKALA OCENY:

- 26 pkt. – bardzo dobry
- 25–24 pkt. – ponad dobry
- 23–22 pkt. – dobry
- 21–20 pkt. – dość dobry
- 19–18 pkt. – dostateczny
- poniżej 18 pkt. – niedostateczny

46. Technika pobrania moczu na posiew

MARZENA HUMAŃSKA

Pacjentka, M.A., lat 41, przebywa na oddziale internistycznym z powodu nawracających zakażeń dróg moczowych. Ma zlecone pobranie moczu na posiew. Pani M.A. porusza się samodzielnie, nie wymaga pomocy przy czynnościach dnia codziennego.

Polecenie: poucz pacjentkę o prawidłowych sposobach wykonania samodzielnego pobrania moczu na posiew.

Niezbędny sprzęt:

- rękawice jednorazowego użytku,
- płyn do dezynfekcji rąk,
- jałowy pojemnik do pobrania moczu na posiew,
- dokumentacja opisująca pobrany materiał,
- torba do transportowania pobranego materiału.

Technika pobrania moczu na posiew (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim	1	0
	3.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu: sprzęt do pobrania, transportowania pobranego materiału do badań, dokumentacja opisująca pobrany materiał i wykonanie zabiegu. Opisanie/oznaczenie pojemnika do pobrania materiału*	1	0
	5.	Przygotowanie otoczenia – zapewnienie warunków intymności	1	0
	6.	Potwierdzenie tożsamości pacjentki, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0

Technika pobrania moczu na posiew (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	7.	Wyjaśnienie celu i przebiegu działania, przygotowania pacjenta do badania: <ul style="list-style-type: none"> • technika podmywania się, osuszania krocza oraz oddania moczu do pojemnika ze środkowego strumienia, • wyjaśnienie, że nie wolno dotykać wewnętrznej części pojemnika i nakrętki, gdyż jest to sprzęt jałowy, • wyjaśnienie, że po oddaniu moczu do pojemnika natychmiast należy zamknąć dokładnie naczynie, • poinformowanie o objętości pobranego moczu (5–15 ml), • zalecenie, aby mocz był pobierany po nocnym odpoczynku (4–6 godz. od ostatniej mikcji), • poinformowanie o konieczności natychmiastowego dostarczenia próbki pobranego moczu przez pacjentkę do wyznaczonego pomieszczenia/dyżurki* 	1	0
Etap wykonania	8.	Dopilnowanie, aby pacjentka przestrzegała kolejności wykonania czynności zgodnie z ustalonym algorytmem	1	0
	9.	Pobranie materiału do badania do właściwego naczynia laboratoryjnego zgodnie z jego przeznaczeniem, dokonanie oznaczenia i przekazanie do laboratorium	1	0
	10.	Zapewnienie pacjentce warunków do zaspokojenia potrzeb higienicznych	1	0
Etap porządkowania	11.	Przekazanie pobranego i oznakowanego materiału do laboratorium razem z załączoną dokumentacją - próbka moczu powinna być dostarczona jak najszybciej do laboratorium, zgodnie z zaleceniami dotyczącymi pobierania i transportowania materiału biologicznego*	1	0
	12.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	13.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 13 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 9			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 4, 6, 7, 11, 13,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 13 pkt.

SKALA OCENY:

- 13 pkt. – bardzo dobry
- 12 pkt. – ponad dobry
- 11 pkt. – dobry
- 10 pkt. – dość dobry
- 9 pkt. – dostateczny
- poniżej 9 pkt. – niedostateczny

47. Technika pobrania moczu na posiew przez cewnik

MARZENA HUMAŃSKA

Pacjentka, D.A., lat 81, przebywa na oddziale internistycznym z powodu nawracających zakażeń dróg moczowych. Ma zlecone pobranie moczu na posiew. Pani D.A. jest osobą leżącą, wymaga pomocy przy czynnościach dnia codziennego, nie zgłasza potrzeb fizjologicznych, ma założone pieluchomajtki. Zlecono założenie cewnika jednorazowego oraz pobranie moczu na posiew.

Polecenie: wykonaj przez cewnik pobranie moczu na posiew.

Niezbędny sprzęt:

- sprzęt potrzebny do wykonania toalety krocza (miska, basen, ciepła woda, środek do higieny intymnej / mydło, myjka, ręcznik, podkład),
- zestaw do założenia cewnika jednorazowego w celu pobrania moczu na posiew (pakiet),
- płyn do dezynfekcji rąk,
- roztwór NaCl 0,9% lub wody destylowanej,
- jałowy, oznakowany pojemnik do pobrania moczu na posiew,
- pojemnik/worek na odpady medyczne,
- miska nerkowata,
- rękawice jednorazowe niejałowe oraz jałowe,
- parawan,
- dokumentacja opisująca pobrany materiał,
- torba do transportowania pobranego materiału.

Technika pobrania moczu na posiew przez cewnik (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim	1	0
	3.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu: jednorazowy zestaw do założenia cewnika, sprzęt do pobrania, transportowania pobranego materiału do badań, dokumentacja opisująca pobrany materiał, wykonanie zabiegu; opisanie/oznaczenie pojemnika do pobrania materiału*	1	0

Technika pobrania moczu na posiew przez cewnik (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	5.	Przygotowanie otoczenia – zapewnienie warunków intymności (parawan), zapewnienie dobrego oświetlenia	1	0
	6.	Potwierdzenie tożsamości pacjentki, wyjaśnienie celu i przebiegu zabiegu, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
Etap wykonania	9.	Ułożenie pacjentki w pozycji płaskiej na plecach z uniesieniem pośladków na małej poduszce / zwiniętym ręczniku z kończynami zgiętymi w stawach kolanowych i biodrowych, z odwiedzionymi udami na boki; wysunięcie koszuli pacjentki spod pośladków	1	0
	10.	Wykonanie toalety krocza (tylko u pacjentki z ograniczeniami w zakresie czynności higienicznych). Przestrzeganie kolejności wykonania toalety krocza zgodnie z algorytmem oraz porządkowania sprzętu	1	0
	11.	Zdjęcie rękawic i umieszczenie ich w odpowiednim pojemniku/worku na odpady medyczne. Dezynfekcja rąk zgodnie z wytycznymi WHO. Ponowne założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	12.	Podłożenie pod pośladki jałowej, jednorazowej serwety, umieszczenie na serwecie w sposób jałowy zestawu do cewnikowania. Nałożenie w sposób sterylny na końcówkę cewnika lub na jałową serwetę środka znieczulająco-poślizgowego; odlanie szerokim strumieniem do miski nerkowatej roztworu NaCl 0,9% lub wody destylowanej, a następnie polanie jałowych gazików z zestawu do cewnikowania, umieszczonych na jałowej serwecie	1	0
	13.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych, dezynfekcja rąk i założenie rękawiczek jałowych	1	0
	14.	Rozchylenie niedominującą ręką warg sromowych, pociągnięcie lekko ku górze tkanek, uchwycenie dominującą ręką pęsety, a nią jałowych gazików i przemycie okolicy krocza z zachowaniem kierunku od wzgórka łonowego do odbytu. Przemycie (osobnymi gazikami): ujścia zewnętrznego cewki moczowej, warg sromowych mniejszych oraz warg sromowych większych. Odrzucenie pęsety	1	0
	15.	Uchwycenie cewnika dominującą ręką i wprowadzenie go ruchem półobrotowym przez ujście zewnętrzne cewki moczowej do pęcherza	1	0
	16.	Pobranie materiału do badania do właściwego naczynia laboratoryjnego zgodnie z jego przeznaczeniem (po wprowadzeniu cewnika pierwszych kilka mililitrów moczu wylewa się do miski nerkowatej, gdyż w pierwszej porcji mogą znajdować się bakterie kolonizujące cewkę moczową – zmniejsza to ryzyko kontaminacji próbki i uzyskania wyniku fałszywie dodatniego)*	1	0

Technika pobrania moczu na posiew przez cewnik (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	17.	Usunięcie cewnika	1	0
	18.	Zabezpieczenie pojemnika z moczem, bezpieczne odstawienie go; uporządkowanie sprzętu i otoczenia chorej	1	0
	19.	Zdjęcie rękawic oraz higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	20.	Ułożenie pacjentki w dogodnej pozycji	1	0
Etap porządkowania	21.	Przekazanie pobranego i oznakowanego materiału do laboratorium razem z załączoną dokumentacją. Próbka moczu powinna być dostarczona jak najszybciej do laboratorium, zgodnie z zaleceniami dotyczącymi pobierania i transportowania materiału biologicznego*	1	0
	22.	Sprawdzenie wygody i samopoczucia pacjentki po zabiegu	1	0
	23.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	24.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 17			Max. 24 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 3, 4, 6, 8, 13, 14, 17, 20, 21,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 24 pkt.

SKALA OCENY:

- 24–23 pkt. – bardzo dobry
- 22 pkt. – ponad dobry
- 21–20 pkt. – dobry
- 19 pkt. – dość dobry
- 18–17 pkt. – dostateczny
- poniżej 17 pkt. – niedostateczny

48. Technika przeprowadzenia dobowej zbiórki moczu

AGATA KOSOBUCKA

Pacjent, F.K., lat 62, hospitalizowany z powodu przewlekłej niewydolności nerek. Niesamodzielny w zakresie czynności dnia codziennego, większość czasu spędza w łóżku. Obecnie w trakcie badań diagnostycznych.

Polecenie: wykonaj dobową zbiórkę moczu.

Niezbędny sprzęt:

- podpisany, czysty, suchy słoje o pojemności 2–3 l z przykryciem i podziałką,
- czysta, sucha kaczka,
- pojemnik na próbkę moczu,
- karta pomiaru i oceny diurezy,
- papier toaletowy,
- (opcjonalnie) rękawiczki jednorazowego użytku,
- parawan.

Technika przeprowadzenia dobowej zbiórki moczu (czas wykonania: przygotowanie pacjenta – 10 min, cała procedura – 24 godz.)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim*	1	0
	3.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu*	1	0
	5.	Przygotowanie otoczenia – zapewnienie warunków intymności (parawan)	1	0
	6.	Potwierdzenie tożsamości pacjenta. Poinformowanie pacjenta o celu, istocie i przebiegu badania*	1	0
	7.	Poinformowanie pacjenta o rozpoczęciu dobowej zbiórki moczu rano od „pustego pęcherza”, tzn. że pierwszej porcji moczu oddanej po nocy nie należy zbierać (pierwszą porcję moczu wylewamy do toalety). Natomiast ostatnią zbieraną porcją moczu jest mocz oddany następnego dnia po odpoczynku nocnym*	1	0

Technika przeprowadzenia dobowej zbiórki moczu (czas wykonania: przygotowanie pacjenta – 10 min, cała procedura – 24 godz.)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	8.	Uzyskanie zgody na wykonanie badania	1	0
	9.	Ustalenie zakresu współpracy z pacjentem podczas przygotowania do badania i w trakcie jego trwania	1	0
	10.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	11.	Założenie rękawiczek jednorazowego użytku*	1	0
	12.	Rozebranie pacjenta z dolnej części pizamy	1	0
	13.	Podłożenie suchej, czystej kaczki	1	0
	14.	Poproszenie pacjenta o oddanie całości moczu do kaczki	1	0
	15.	Usunięcie kaczki i wylanie moczu do toalety	1	0
	16.	Osuszenie penisa papierem toaletowym	1	0
	17.	Założenie pacjentowi dolnej części pizamy	1	0
Etap wykonania	18.	Poinformowanie, że każdorazową kolejną porcję moczu oddanego w ciągu 24 godz. (od rozpoczęcia badania) należy zlać z kaczki do oznakowanego słoja zbiorczego, gdy pacjent sam nie może tego wykonać, mocz przelewa pielęgniarka*	1	0
	19.	W przypadku pacjenta leżącego ustawienie taboretu z kawką w zasięgu ręki pacjenta	1	0
	20.	Odnotowanie czasu rozpoczęcia dobowej zbiórki moczu*	1	0
	21.	Przechowywanie słoja w chłodnym i ciemnym pomieszczeniu	1	0
	22.	Po upływie 24 godz.: • higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, • odnotowanie czasu zakończenia dobowej zbiórki moczu i ilości moczu, • założenie jednorazowych niejałowych rękawiczek, wymieszanie moczu w słoju i pobranie próbki moczu (50-100 ml) do badania laboratoryjnego*	1	0

Technika przeprowadzenia dobowej zbiórki moczu (czas wykonania: przygotowanie pacjenta – 10 min, cała procedura – 24 godz.)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	23.	Uporządkowanie sprzętu po zabiegu	1	0
	24.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	25.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 17			Max. 25 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 3, 4, 6, 7, 10, 18, 20, 22, 24, 25,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 25 pkt.

SKALA OCENY:

- 25 pkt. – bardzo dobry
- 24–23 pkt. – ponad dobry
- 22–21 pkt. – dobry
- 20–19 pkt. – dość dobry
- 18–17 pkt. – dostateczny
- poniżej 17 pkt. – niedostateczny

49. Technika przeprowadzenia bilansu płynów

DANUTA PONCZEK

Pacjent, A.K., lat 65, hospitalizowany z powodu niewydolności nerek. Chory jest przytomny, ale bardzo osłabiony. Temperatura ciała wynosi 38,5°C. Obecnie w trakcie płynoterapii parenteralnej. Pokarmy i napoje doustne przyjmuje samodzielnie. Raz oddał uformowany stolec, mocz oddaje samodzielnie, 2-krotnie wymiotował (150 ml i 100 ml treścią śluzową). Pacjent nie ma ran, drenów ani przetok. W trakcie badań diagnostycznych zlecono przeprowadzenie bilansu płynów.

Polecenie: wykonaj bilans wodny.

Niezbędny sprzęt:

- miareczkowany słoż z pokrywą z miejscem na wpisanie imienia i nazwiska pacjenta,
- karta bilansu płynów,
- karta opieki pielęgniarskiej / karta procesu pielęgnowania.

Technika przeprowadzenia bilansu płynów (czas wykonania: przygotowanie pacjenta – 10 min, cała procedura – 24 godz.)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się*	1	0
	3.	Wyjaśnienie celu i przebiegu działania, określenie zakresu współdziałania chorego, uzyskanie zgody na przeprowadzenie czynności	1	0
	4.	Podpisanie słoja miareczkowanego imieniem i nazwiskiem pacjenta	1	0
	5.	Założenie karty bilansu płynów: imię i nazwisko, wiek pacjenta	1	0
Etap wykonania	6.	Zapisywanie każdej porcji wypitych przez pacjenta płynów*	1	0
	7.	Zapisywanie każdej ilości płynów przetoczonych dożylnie (dospikowo) lub podanych w formie rozpuszczalników do leków płynów infuzyjnych*	1	0
	8.	Ujęcie w części karty: płyny podane, woda zawarta w pokarmach stałych – ok. 1000 ml*	1	0
	9.	Ujęcie w części karty: płyny podane, woda powstała w wyniku przemian metabolicznych – 300 ml na dobę*	1	0

Technika przeprowadzenia bilansu płynów (czas wykonania: przygotowanie pacjenta – 10 min, cała procedura – 24 godz.)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	10.	Zapisywanie każdej objętości wydalonego moczu w ciągu 24 godz. objętych badaniem, z wyłączeniem pierwszej, porannej ilości moczu należącej do doby poprzedniej*	1	0
	11.	Ujęcie w części karty: płyny wydalone, 100–150 ml wody wydalonej z kałem*	1	0
	12.	Ujęcie w części karty: płyny wydalone, 500 ml wody utraconej przez skórę (w zależności od pory roku i intensywności pocenia się)*	1	0
	13.	Ujęcie w części karty: płyny wydalone, 400–500 ml wody utraconej wraz z wydychanym powietrzem*	1	0
	14.	Ujęcie w części karty: płyny wydalone, dodatkowo 500 ml wody utraconej przez skórę i z wydychanym powietrzem w związku z podwyższeniem temperatury ciała o 1°C*	1	0
	15.	Ujęcie w części karty: płyny wydalone, 250 ml wody utraconej z powodu wymiotów*	1	0
Etap porządkowania	16.	Podsumowanie objętości płynów przyjętych do organizmu	1	0
	17.	Podsumowanie objętości płynów wydalonych z organizmu	1	0
	18.	Prawidłowe określenie bilansu: dodatni, ujemny, zerowy*	1	0
	19.	Udokumentowanie procedury w karcie opieki pielęgniarskiej*	1	0
	20.	Omówienie wyniku pomiaru z lekarzem	1	0
	21.	Uporządkowanie zestawu	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 15			Max. 21 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 21 pkt.

SKALA OCENY:

- 21–20 pkt. – bardzo dobry
- 19 pkt. – ponad dobry
- 18–17 pkt. – dobry
- 16 pkt. – dość dobry
- 15 pkt. – dostateczny
- poniżej 15 pkt. – niedostateczny

50. Technika pobrania wymazu z ucha

MAŁGORZATA GIERSEWSKA

Pacjent, R.C., 74 lata, został przyjęty z powodu ogólnego osłabienia, co było wynikiem diabetes melittus – cukrzycy. Pacjent w stanie ogólnym dobrym, zabarwienie powłok skórnych blade, skóra sucha, zmiany skórne szczególnie widoczne na stopach. Dodatkowo pacjent skarży się na silny ból prawego ucha, ograniczenie słyszalności w nim oraz wysięk wydzieliny. Kontakt słowny zachowany, łatwy do nawiązania. Wprowadzono dietę cukrzycową, apetyt dobry. Pacjenta poddano dokładnym badaniom diagnostycznym, w tym pobraniu wymazu z ucha.

Polecenie: pobierz wymaz z ucha prawego.

Niezbędny sprzęt:

- sól fizjologiczna (NaCl 0,9%),
- jałowe gaziki,
- wymazówka z podłożem transportowym,
- pojemnik transportowy do materiału biologicznego,
- rękawice jednorazowego użytku,
- pojemnik na odpady medyczne – miska nerkowata,
- skierowanie na wykonanie badania.

Technika pobrania wymazu z ucha (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie zlecenia pobrania wymazu z ucha	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu pobrania wymazu z ucha, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	5.	Ułożenie pacjenta na kozetce w pozycji na lewym boku	1	0
	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	7.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0

Technika pobrania wymazu z ucha (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	8.	Rozpakowanie zestawu do pobrania wymazu	1	0
	9.	Oczyszczenie zewnętrznego przewodu słuchowego NaCl 0,9% (użycie jałowego gazika nasączonego NaCl 0,9%)	1	0
	10.	Delikatne pobranie jałową wymazówką wydzieliny lub treści ropnej z przewodu słuchowego zewnętrznego. Materiał należy pobierać, okręcając wymazówką w miejscu zmienionym chorobowo. Materiału z przewodu słuchowego nie należy pobierać w ciągu 4 godz. po wprowadzeniu do niego środków o działaniu przeciwbakteryjnym*	1	0
	11.	Umieszczenie wymazówki w probówce transportowej przy zachowaniu zasad aseptyki, szczelne zamknięcie próbki	1	0
Etap porządkowania	12.	Opisanie próbki (imię i nazwisko pacjenta, rodzaj pobranego materiału, data i godz. pobrania, oddział lub przyklejenie kodu kreskowego pacjenta)	1	0
	13.	Umieszczenie próbki transportowej w pojemniku do transportu materiału biologicznego i szczelne zamknięcie. Przesłanie do laboratorium w ciągu 2 godz. po pobraniu (jeśli czas będzie dłuższy, należy użyć podłoża transportowego)	1	0
	14.	Uporządkowanie użytego sprzętu	1	0
	15.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	16.	Udokumentowanie wykonania zabiegu	1	0
Suma punktów			Max. 16 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 11			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 6, 10, 15,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 16 pkt.

SKALA OCENY:

- 16 pkt. – bardzo dobry
- 15 pkt. – ponad dobry
- 14 pkt. – dobry
- 13 pkt. – dość dobry
- 12–11 pkt. – dostateczny
- poniżej 11 pkt. – niedostateczny

51. Technika pobrania wymazu z worka spojówkowego

MAŁGORZATA GIERZEWSKA

Pacjentka, H.K, lat 86, została przyjęta na oddział internistyczny z powodu duszącego kaszlu i trudności z oddychaniem. U pacjentki zauważono również ropną wydzielinę w prawym oku, która powoduje sklejanie brzegów powiek oraz przekrwienie spojówek. Stan ogólny pacjentki dobry, stabilny. Podczas rozmowy otwarta, chętna do nawiązywania kontaktów. Na zadawane pytania nie zawsze odpowiada logicznie. Wydolność w zakresie higieny własnego ciała i otoczenia obniżona z powodu trudności w poruszaniu. Zlecono pobranie wymazu z worka spojówkowego prawego oka.

Polecenie: pobierz wymaz z worka spojówkowego.

Niezbędny sprzęt:

- wymazówka z podłożem transportowym,
- pojemnik transportowy do materiału biologicznego,
- rękawice jednorazowego użytku,
- pojemnik na odpady medyczne,
- miska nerkowata,
- skierowanie na wykonanie badania.

Technika pobrania wymazu z worka spojówkowego (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie zlecenia pobrania wymazu z worka spojówkowego	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu pobrania wymazu z worka spojówkowego, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	5.	Ułożenie pacjentki na kozetce w pozycji na plecach	1	0
	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	7.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0

Technika pobrania wymazu z worka spojówkowego (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	8.	Rozpakowanie zestawu do pobrania wymazu	1	0
	9.	Delikatne pobranie jałową wymazówką wydzieliny lub treści ropnej. Materiał należy pobierać, przeciągając wymazówką od zewnętrznej do wewnętrznej strony oka. Materiału z oka i worka spojówkowego nie należy pobierać w ciągu 4 godz. od wprowadzenia do niego środków o działaniu przeciwbakteryjnym*	1	0
	10.	Umieszczenie wymazówki w probówce transportowej przy zachowaniu zasad aseptyki, szczelne zamknięcie próbówki	1	0
Etap porządkowania	11.	Opisanie próbówki (imię i nazwisko pacjentki, rodzaj pobranego materiału, data i godz. pobrania, oddział lub przyklejenie kodu kreskowego pacjentki)	1	0
	12.	Umieszczenie próbówki transportowej w pojemniku do transportu materiału biologicznego i szczelne zamknięcie. Przesłanie do laboratorium w ciągu 2 godz. po pobraniu (jeśli czas będzie dłuższy, należy użyć podłoża transportowego)*	1	0
	13.	Uporządkowanie użytego sprzętu	1	0
	14.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	15.	Udokumentowanie wykonania zabiegu	1	0
Suma punktów			Max. 15 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 11			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 6, 9, 12, 14,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 15 pkt.

SKALA OCENY:

- 15 pkt. – bardzo dobry
- 14 pkt. – ponad dobry
- 13 pkt. – dobry
- 12 pkt. – dość dobry
- 11 pkt. – dostateczny
- poniżej 11 pkt. – niedostateczny

52. Technika pobrania materiału biologicznego z gardła

ESTERA MIECZKOWSKA

Pacjent oddziału pediatrycznego, lat 12, hospitalizowany z powodu obustronnego zapalenia oskrzeli przebiegającego z dusznością (skurcz spastyczny oskrzeli). W wywiadzie nawracające anginy i zapalenia zatok (kilka razy w ciągu roku). Pacjent obecnie gorączkujący, senny, w obrazie klinicznym gardło zaczerwienione i obrzęknięte, powiększenie migdałków podniebiennych, zgłasza trudności w przełykaniu. Osłuchowo zaostrozony świst nad oskrzelami. W morfologii leukocytoza i podwyższone CRP. Zlecono pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, w tym również pobranie wymazu z gardła w celu diagnostyki mikrobiologicznej.

Polecenie: pobierz materiał biologiczny z gardła.

Niezbędny sprzęt:

- zestaw do pobierania wymazu z gardła (wymazówka, ewentualnie wymazówka z podłożem transportowym),
- roztwór NaCl 0,9%,
- gaziki/kompresy jałowe,
- lignina,
- szpatułki,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- rękawice jednorazowego użytku,
- maseczka ochronna,
- pojemnik/worek na odpady medyczne,
- miska nerkowata,
- taca / wózek zabiegowy,
- pojemnik do transportu materiału biologicznego,
- ewentualnie skierowanie na wykonanie badania (jeżeli nie występuje w wersji elektronicznej).

Technika pobrania materiału biologicznego z gardła (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie zlecenia pobrania materiału biologicznego*	1	0

Technika pobrania materiału biologicznego z gardła (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu pobrania materiału biologicznego, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	5.	Upewnienie się, że pacjent został odpowiednio przygotowany do badania (badanie wykonywane na czczo, pacjent nie może myć zębów, używać płynu do płukania jamy ustnej, tabletek do ssania)*	1	0
	6.	Prośba o zajęcie wygodnej pozycji siedzącej, z twarzą w kierunku światła (ewentualnie sztucznego oświetlenia), zabezpieczenie pacjenta ligniną (odruch wymiotny)	1	0
	7.	Założenie maseczki na twarz, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
Etap wykonania	9.	Ostrożne rozpakowanie zestawu do pobierania wymazu, zwilżenie końcówki jałowym roztworem NaCl 0,9% w przypadku suchych błon śluzowych i/lub stosowania wymazówek bez podłoża	1	0
	10.	Polecenie pacjentowi, aby przechylił głowę do tyłu i szeroko otworzył jamę ustną, unieruchomienie szpatełką języka pacjenta. Przeniesienie kwacza na błonę śluzową w miejscu pobrania materiału. Pobranie materiału poprzez lekkie pocieranie błony śluzowej gardła*	1	0
	11.	Aseptyczne wycofanie jałowego kwacza z jamy ustnej pacjenta i umieszczenie go w probówce*	1	0
	12.	Zdjęcie rękawic i maseczki	1	0
Etap porządkowania	13.	Opisanie próbki – wymazówki (imię i nazwisko pacjenta, rodzaj pobranego materiału, data i godz. pobrania, oddział lub przyklejenie kodu kreskowego pacjenta) i ewentualnie dołączenie skierowania	1	0
	14.	Przygotowanie materiału biologicznego do transportu i przekazanie próbek do laboratorium (jeżeli materiał nie może być od razu przekazany, postępowanie zgodnie z zaleceniami odnośnie przechowywania)	1	0

Technika pobrania materiału biologicznego z gardła (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	15.	Uporządkowanie użytego sprzętu	1	0
	16.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	17.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 11			Max. 17 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 5, 10, 11, 16, 17,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 17 pkt.

SKALA OCENY:

- 17–16 pkt. – bardzo dobry
- 15 pkt. – ponad dobry
- 14 pkt. – dobry
- 13 pkt. – dość dobry
- 12 pkt. – dostateczny
- poniżej 11 pkt. – niedostateczny

53. Technika pobrania materiału biologicznego z nosa

ESTERA MIECZKOWSKA

Pacjent, N.M., lat 85, wielokrotnie hospitalizowany na oddziale intensywnej opieki medycznej. Nieprzytomny, zaintubowany, oddech zastępczy z respiratora. Gorączkujący (38–39°C), podwyższone wykładniki stanu zapalnego (leukocytoza, CRP 260 mg/l). Podejrzenie nosicielstwa metycylinoopornego *Staphylococcus aureus* (MRSA). Pacjentowi zlecono pobranie wymazu z nosa.

Polecenie: pobierz materiał biologiczny z nosa.

Niezbędny sprzęt:

- zestaw do pobierania wymazu z nosa (wymazówka, ewentualnie wymazówka z podłożem transportowym),
- roztwór NaCl 0,9%,
- gaziki/kompresy jałowe,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- rękawice jednorazowego użytku,
- pojemnik/worek na odpady medyczne,
- miska nerkowata,
- taca / wózek zabiegowy,
- pojemnik do transportu materiału biologicznego,
- ewentualnie skierowanie na wykonanie badania (jeżeli nie występuje w wersji elektronicznej).

Technika pobrania materiału biologicznego z nosa (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie zlecenia pobrania materiału biologicznego*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu pobrania materiału biologicznego*	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	5.	Upewnienie się, że pacjent został odpowiednio przygotowany do badania (przez 12 godz. przed badaniem nie można stosować u pacjenta kropli ani aerozoli do nosa)*	1	0

Technika pobrania materiału biologicznego z nosa (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	6.	Odpowiednie ułożenie pacjenta (dostępność otworów nosowych)	1	0
	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
Etap wykonania	9.	Ostrożne rozpakowanie zestawu do pobierania wymazu, zwilżenie końcówki jałowym roztworem NaCl 0,9%	1	0
	10.	Wprowadzenie wymazówki do kanału nosowego na głębokość ok. 2 cm i pobranie wymazu poprzez wykonanie ruchów obrotowych. Wycofanie aseptyczne wymazówki z pola pobrania i umieszczenie jej w jałowej próbówce zestawu transportowego oraz szczelne zamknięcie*	1	0
	11.	Zdjęcie rękawic	1	0
Etap porządkowania	12.	Opisanie próbki – wymazówki (imię i nazwisko pacjenta, rodzaj pobranego materiału, data i godz. pobrania, oddział lub przyklejenie kodu kreskowego pacjenta) i ewentualnie dołączenie skierowania	1	0
	13.	Przygotowanie materiału biologicznego do transportu i przekazanie próbek do laboratorium (jeżeli materiał nie może być od razu przekazany, postępowanie zgodnie z zaleceniami odnośnie przechowywania)	1	0
	14.	Uporządkowanie użytego sprzętu	1	0
	15.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	16.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 11			Max. 16 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 5, 10, 15, 16,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 16 pkt.

SKALA OCENY:

- 16–15 pkt. – bardzo dobry
- 14 pkt. – ponad dobry
- 13 pkt. – dobry
- 12 pkt. – dość dobry
- 11 pkt. – dostateczny
- poniżej 11 pkt. – niedostateczny

54. Technika pobrania materiału biologicznego z odbytu

GRAŻYNA GEBUZA

Pacjentka, A.J., lat 30, hospitalizowana z powodu biegunki. Aktualna temperatura: 37,6°C, tętno: 102 ud./min, RR: 110/60 mmHg. Pacjentka zgłasza dużą liczbę oddanych stolców (ok. 10 w ciągu 12 godz.). Aktualnie zlecono badania laboratoryjne, m.in. wymaz z odbytu. Pacjentka jest samodzielna w zakresie czynności higienicznych.

Polecenie: pobierz materiał biologiczny z odbytu.

Niezbędny sprzęt:

- wymazówka z podłożem transportowym,
- pojemnik transportowy do materiału biologicznego,
- rękawice jednorazowego użytku,
- roztwór NaCl 0,9%,
- maseczka jednorazowego użytku,
- pojemnik/worek na odpady medyczne,
- miska nerkowata,
- skierowanie na wykonanie badania.

Technika pobrania materiału biologicznego z odbytu (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie zlecenia pobrania materiału biologicznego*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu pobrania materiału biologicznego, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu, polecenie pacjentce podmycia się, zebranie informacji na temat ewentualnych hemoroidów lub innych zmian patologicznych w obrębie odbytu*	1	0
	4.	Zapewnienie warunków intymności – parawan, zamknięte drzwi*	1	0
	5.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, przygotowanie sprzętu*	1	0

Technika pobrania materiału biologicznego z odbytu (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	6.	Ułożenie pacjentki na kozetce w pozycji kolanowo-łokciowej (skłon do przodu) lub na boku z kończynami dolnymi przygiętymi do tułowia	1	0
	7.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych i maski na usta i nos	1	0
Etap wykonania	8.	Rozpakowanie zestawu do pobrania materiału biologicznego, zwilżenie końcówki wymazówki roztworem NaCl 0,9%	1	0
	9.	Polecenie powolnego i miarowego oddychania oraz rozluźnienia mięśni zwieracza odbytu z lekkim parciem na stolec. Podczas wprowadzania kwacza wymazówki do odbytnicy lekkie rozchylenie fałdów pośladowych pacjentce w pozycji na boku lub kolankowo-łokciowej. Wprowadzenie kwacza na głębokość 4–5 cm, pokonanie oporu zwieracza odbytu. Pobranie materiału biologicznego przez wykonanie ruchów obrotowych lub zbierających. Pobranie materiału przez obrócenie kilkakrotnie kwaczem wymazówki lub lekkie pocieranie po powierzchni odbytnicy w taki sposób, aby na waciku kwacza znalazły się fragmenty złuszczonego nabłonka odbytnicy i ślad kału*	1	0
	10.	Wycofanie kwacza z odbytu (zachowanie zasad aseptyki) i umieszczenie w probówce transportowej. Szczelne zamknięcie próbki*	1	0
Etap porządkowania	11.	Opisanie próbki (imię i nazwisko pacjentki, rodzaj pobranego materiału, data i godz. pobrania, oddział lub przyklejenie kodu kreskowego pacjentki)	1	0
	12.	Umieszczenie próbki transportowej w pojemniku do transportu materiału biologicznego i szczelne zamknięcie. Przesłanie materiału do laboratorium w ciągu 2 godz. po pobraniu (jeśli czas będzie dłuższy, należy użyć podłoża transportowego, materiał przechowywać w lodówce w temperaturze 2–8°C, nie dłużej niż 24 godz.)*	1	0
	13.	Uporządkowanie użytego sprzętu	1	0
	14.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	15.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 15 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 11			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 9, 10, 12, 14, 15,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 15 pkt.

SKALA OCENY:

- 15 pkt. – bardzo dobry
- 14 pkt. – ponad dobry
- 13 pkt. – dobry
- 12 pkt. – dość dobry
- 11 pkt. – dostateczny
- poniżej 11 pkt. – niedostateczny

55. Technika pobrania materiału biologicznego z rany

GRAŻYNA GEBUZA

Pacjentka, A.W., lat 18, w 5. dobie po zabiegu operacyjnym usunięcia wyrostka robaczkowego, hospitalizowana z powodu zakażenia rany pooperacyjnej. Od 2 dni pacjentka gorączkuje 38.1–38.6°C, HR 132 ud./min, RR 110/70 mmHg, powłoki skórne blade. Zgłasza ból rany pooperacyjnej, który określa na 9 w skali 0–10. Rana pooperacyjna jest zaczerwieniona, z obrzękiem, bolesna podczas uciskania. W dwóch miejscach brzegi rany rozeszły się, zaobserwowano wysięk treści ropnej (substancja koloru biało-żółtego, podbarwiona krwią). Pobrano materiał na badania laboratoryjne: CRP, prokalcytoninę (PCT), morfologię, mocznik na badanie ogólne i mikrobiologiczne, krew – badanie mikrobiologiczne. Pacjentka jest samodzielna w zakresie czynności higienicznych. Zlecono pobranie wymazu z rany.

Polecenie: pobierz materiał biologiczny z rany po zabiegu operacyjnym.

Niezbędny sprzęt:

- jałowy zestaw testów do badania mikrobiologicznego,
- rękawice jednorazowego użytku,
- jałowe rękawice,
- serweta chirurgiczna,
- jałowe narzędzia (pean, pęseta chirurgiczna),
- roztwór NaCl 0,9%,
- jałowy materiał opatrunkowy: gaziki, opatrunek na ranę pooperacyjną, przylepiec,
- strzykawka do pobrania materiału,
- 2 igły do pobrania materiału biologicznego i zabezpieczenia w strzykawce,
- pojemnik na odpady medyczne,
- pojemnik transportowy do materiału biologicznego,
- pojemnik na brudne narzędzia,
- miska nerkowata,
- skierowanie na wykonanie badania,
- taca.

Technika pobrania materiału biologicznego z rany (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie zlecenia pobrania materiału biologicznego*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu pobrania materiału biologicznego, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu*	1	0
	5.	Zapewnienie warunków intymności*	1	0
	6.	Ułożenie pacjentki w wygodnej pozycji do pobrania materiału	1	0
	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
Etap wykonania	9.	Zabezpieczenie odzieży, bielizny serwetą chirurgiczną przed zabrudzeniem i odsłonięcie miejsca rany pooperacyjnej, z której pobrany będzie materiał	1	0
	10.	Odklejenie opatrunku i wyrzucenie do pojemnika na odpady medyczne	1	0
	11.	Uchwycenie sterylnym narzędziem jałowego gazika, polanego NaCl 0,9%, przemycie rany pooperacyjnej z zaschniętej warstwy. Odrzucenie gazika. Powtórzenie czynności w zależności od potrzeb*	1	0
	12.	Rozpakowanie zestawu do pobrania materiału biologicznego. W przypadku podejrzenia flory mieszanej (Gram-dodatniej i Gram-ujemnej) zastosowanie podłoża Columbia lub agar z kolastyną i kwasem nalidyksowym	1	0

Technika pobrania materiału biologicznego z rany (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	13.	<p>1. Materiał biologiczny z ran powierzchniowych, owrzodzeń, odleżyn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • włożenie jałowego kwacza wymazówki głęboko w kierunku dna rany, przytrzymanie go w miejscu 10 sek. w celu nasiąknięcia kwacza materiałem biologicznym, • wycofanie aseptyczne kwacza wymazówki i włożenie do jałowej probówki lub do podłoża transportowego, szczelne zamknięcie, • w sytuacji pobierania wymazów wskazane jest użycie 2 wymazówek, w tym jednej bez podłoża transportowego, w celu wykonania preparatu bezpośredniego. <p>2. Materiał biologiczny z otwartych ognisk – ropień otwarty, przetoka, drenująca rana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pobranie przez aspirację przy użyciu sterylnej strzykawki i igły, w przypadku małej ilości materiału (mniej niż 1 ml) można zastosować pobranie na podłoże transportowe dla bakterii tlenowych oraz podłoże transportowe dla bakterii beztlenowych (głęboki wymaz). <p>3. Ropień zamknięty, głębokie owrzodzenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • po otwarciu ropnia odrzucenie pierwszej porcji ropy, zaaspirowanie drugiej porcji do strzykawki (przy dużej ilości materiału) lub pobranie sterylnymi kwaczami wymazówek i przeniesienie aseptycznie do odpowiednich podłoży transportowych, umożliwiających przetrwanie bakteriom tlenowym oraz beztlenowym, • odłożenie na tacę* 	1	0
	14.	Zdjęcie rękawic	1	0
	15.	Higieniczne umycie i/lub zdezynfekowanie rąk*	1	0
	16.	Założenie rękawic jałowych	1	0
	17.	Założenie sterylnego opatrunku	1	0
Etap porządkowania	18.	Opisanie probówki – wymazówki (imię i nazwisko pacjentki, rodzaj pobranego materiału, data i godz. pobrania, oddział lub przyklejenie kodu kreskowego pacjentki)	1	0
	19.	Umieszczenie probówki z materiałem biologicznym w pojemniku do transportu materiału biologicznego i szczelne zamknięcie	1	0
	20.	Uporządkowanie użytego sprzętu	1	0
	21.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0

Technika pobrania materiału biologicznego z rany (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	22.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
	23.	Transport do laboratorium mikrobiologicznego w jak najkrótszym czasie (do 1 godz. w temperaturze pokojowej, w razie konieczności materiał przechowywać w temperaturze pokojowej do 24 godz.)	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 15			Max. 23 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 15, 21, 22,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 23 pkt.

SKALA OCENY:

- 23–22 pkt. – bardzo dobry
- 21–20 pkt. – ponad dobry
- 19–18 pkt. – dobry
- 17–16 pkt. – dość dobry
- 15 pkt. – dostateczny
- poniżej 15 pkt. – niedostateczny

56. Technika pobrania materiału biologicznego z dróg moczowo-płciowych u mężczyzny

MARZENA KAŻMIERCZAK

Pacjent, A.J., lat 32, zgłosił się do lekarza POZ z objawami: ból podczas oddawania moczu, potrzeba częstego oddawania moczu oraz ropny wyciek z cewki moczowej i ból jąder. Pacjent samodzielny w zakresie czynności higienicznych.

Polecenie: pobierz materiał biologiczny z cewki moczowej u pacjenta.

Niezbędny sprzęt:

- wymazówka z podłożem transportowym,
- wymazówka z podłożem transportowym dla bakterii beztlenowych,
- pojemnik transportowy do materiału biologicznego,
- rękawice jednorazowego użytku,
- NaCl 0,9% 10 ml x 2 ampułki
- jałowa pęseta,
- jałowe gaziki (5 x 5 cm),
- pojemnik na zużyte narzędzia,
- pojemnik na odpady medyczne,
- miska nerkowata,
- skierowanie na wykonanie badania.

Technika pobrania materiału biologicznego z dróg moczowo-płciowych u mężczyzny (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach ambulatoryjnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie zlecenia pobrania materiału biologicznego*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu pobrania materiału biologicznego, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu*	1	0

Technika pobrania materiału biologicznego z dróg moczowo-płciowych u mężczyzny (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	5.	Zapewnienie warunków intymności, komfortowego pomieszczenia, gabinet powinien być zamknięty (niespodziewane wtargnięcie osoby postronnej)*	1	0
	6.	Ułożenie pacjenta w wygodnej pozycji do pobrania materiału biologicznego	1	0
	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
Etap wykonania	9.	Rozpakowanie zestawu do pobrania materiału biologicznego	1	0
	10.	Ściągnięcie napletka, odsłonięcie ujścia cewki moczowej	1	0
	11.	Oczyszczenie ujścia cewki moczowej za pomocą sterylnego gazika nasączonego NaCl 0,9%, a następnie osuszenie suchym, sterylnym gazikiem	1	0
	12.	Wyciśnięcie cewki moczowej ku przodowi i wprowadzenie do światła cewki kwacza wymazówki na głębokość ok. 2 cm. Pobranie materiału poprzez obracanie wymazówką (10-20 sek.) <u>W przypadku podejrzenia mycoplazm, ureaplazm, chlamydii: usunięcie pierwszych kropli wydzieliny, wprowadzenie kwacza wymazówki na głębokość ok. 2 cm. Pobranie materiału poprzez obracanie wymazówką (10-20 sek.)*</u>	1	0
	13.	Umieszczenie wydzieliny zaabsorbowanej na wymazówce w podłożu transportowym. <u>W przypadku podejrzenia zakażenia <i>Neisseria gonorrhoeae</i>: pobranie materiału na podłoże transportowe dla bakterii beztlenowych*</u>	1	0
14.	Zdjęcie rękawic	1	0	
Etap porządkowania	15.	Opisanie próbki (imię i nazwisko pacjenta, rodzaj pobranego materiału, data i godz. pobrania, oddział lub przyklejenie kodu kreskowego pacjenta)	1	0
	16.	Umieszczenie próbki transportowej w pojemniku do transportu materiału biologicznego i szczelne zamknięcie. Jeśli materiał nie jest natychmiast badany, należy przenieść go na specjalne podłoże. Jeśli czas przechowywania nie przekracza 24 godz., próbkę należy schłodzić do temperatury 4°C	1	0

Technika pobrania materiału biologicznego z dróg moczowo-płciowych u mężczyzny (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	17.	Uporządkowanie użytego sprzętu	1	0
	18.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	19.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 13			Max. 19 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 7, 12, 13, 18, 19,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 19 pkt.

SKALA OCENY:

- 19–18 pkt. – bardzo dobry
- 17 pkt. – ponad dobry
- 16–15 pkt. – dobry
- 14 pkt. – dość dobry
- 13 pkt. – dostateczny
- poniżej 13 pkt. – niedostateczny

57. Technika pobrania materiału biologicznego z pochwy

MARZENA KAŻMIERCZAK, KATARZYNA SZYMONIAK

Pacjentka, K.J., lat 28, zgłosiła się do Poradni K z powodu świądu, pieczenia pochwy i sromu oraz obfitej, żółto-zielonkawej, pianistej wydzieliny z pochwy. Samodzielna w zakresie czynności higienicznych.

Polecenie: pobierz materiał biologiczny z pochwy u pacjentki.

Niezbędny sprzęt:

- wymazówka z podłożem transportowym,
- pojemnik transportowy do materiału biologicznego,
- rękawice jednorazowego użytku,
- jednorazowy wziernik ginekologiczny typu Cusco (rozmiar S, M, L, XL),
- papierek wskaźnikowy pH,
- 10% KOH,
- pojemnik na brudne narzędzia,
- pojemnik na odpady medyczne – miska nerkowata,
- skierowanie na wykonanie badania.

Technika pobrania materiału biologicznego z pochwy (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie zlecenia pobrania materiału biologicznego (Indywidualna karta zleceń lekarskich)*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu pobrania materiału biologicznego, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu*	1	0
	5.	Zapewnienie warunków intymności, komfortowego pomieszczenia, gabinet powinien być zamknięty (niespodziewane wtargnięcie osoby postronnej)*	1	0

Technika pobrania materiału biologicznego z pochwy (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	6.	Ułożenie pacjentki na plecach na fotelu ginekologicznym oraz polecenie zgięcia kończyn dolnych we wszystkich stawach oraz rozchylenie kończyn dolnych	1	0
	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
Etap wykonania	9.	Rozpakowanie zestawu do pobrania materiału biologicznego	1	0
	10.	Rozchylenie warg sromowych kciukiem i palcem wskazującym lewej ręki, trzymanie wziernika między palcem wskazującym a środkowym prawej ręki i wprowadzenie wziernika do pochwy pionowo (dobrać odpowiedni rozmiar wziernika) z lekkim uciskiem w kierunku spoidła tylnego, a następnie obrót wziernika o 90° do pozycji „poziomej” i otwarcie wziernika (rozkręcenie śruby, rozwarcie i blokowanie)*	1	0
	11.	Pobranie jałowym kwaczem wymazówki materiału ze śluzówki ściany pochwy (zwłaszcza z miejsc zmienionych makroskopowo)	1	0
	12.	Umieszczenie wydzieliny zaabsorbowanej na wymazówce w podłożu transportowym (zachowanie zasad aseptyki). Szczelne zamknięcie probówki*	1	0
	13.	Po pobraniu materiału biologicznego z pochwy wykonanie testu aminowego z 10% KOH i zmierzenie pH wydzieliny przy użyciu papierka wskaźnikowego. Zapisanie wyników w dokumentacji pacjentki*	1	0
	14.	Wycofanie wziernika ginekologicznego z pochwy z jednoczesnym obróceniem go o 90°	1	0
	15.	Zdjęcie rękawic, pomoc pacjentce we wstaniu z fotela	1	0
Etap porządkowania	16.	Opisanie probówki (imię i nazwisko pacjentki, rodzaj pobranego materiału, data i godz. pobrania, oddział lub przyklejenie kodu kreskowego pacjentki)	1	0
	17.	Umieszczenie probówki transportowej w pojemniku do transportu materiału biologicznego i szczelne zamknięcie	1	0
	18.	Uporządkowanie użytego sprzętu	1	0
	19.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	20.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 20 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 14			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 19, 20,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 20 pkt.

SKALA OCENY:

- 20–19 pkt. – bardzo dobry
- 18 pkt. – ponad dobry
- 17–16 pkt. – dobry
- 15 pkt. – dość dobry
- 14 pkt. – dostateczny
- poniżej 14 pkt. – niedostateczny

58. Technika pobierania kału na obecność pasożytów i/lub ich jaj

ESTERA MIECZKOWSKA

Pacjent, W.G., lat 35, hospitalizowany z powodu silnego bólu jamy brzusznej o charakterze kolkowym, biegunki z dużą ilością śluzu oraz krwią w kale, nudności, wzdęć oraz podwyższonej temperatury ciała. W badaniu palpacyjnym jamy brzusznej pojawia się niewielka tkiwość. W morfologii krwi stwierdzono leukocytozę. W wywiadzie odnotowano, że pacjent podróżował w kierunku: Tanzania – Afryka Wschodnia. U pacjenta podejrzewa się chorobę pasożytniczą przewodu pokarmowego. Zlecono badania laboratoryjne, w tym pobranie kału, w celu badania na obecność pasożytów i/lub ich jaj.

Polecenie: pobierz kał do badania na obecność pasożytów i/lub ich jaj.

Niezbędny sprzęt:

- 2 jednorazowe pojemniki z łopatką do transportu kału,
- pojemnik transportowy do materiału mikrobiologicznego,
- basen/nocnik, nakładka na sedes,
- lignina,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- pojemnik/worek na odpady medyczne,
- rękawice jednorazowego użytku,
- (opcjonalnie) maseczka jednorazowego użytku,
- ewentualnie skierowanie na wykonanie badania (jeżeli nie występuje w wersji elektronicznej).

Technika pobierania kału na obecność pasożytów i/lub ich jaj (czas wykonania: 1. etap – 10 min, 2. etap – 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie zlecenia pobrania materiału biologicznego*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu pobrania materiału biologicznego, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Poinformowanie pacjenta o przebiegu badania (pobieranie próbek powtarzane po 2-3 dniach, specjalna dieta, np. unikanie niektórych produktów itp.)*	1	0

Technika pobierania kału na obecność pasożytów i/lub ich jaj (czas wykonania: 1. etap – 10 min, 2. etap – 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	W dniu pobrania próbek			
	5.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	7.	Przygotowanie zestawu do pobrania kału, oznaczenie danych pacjenta na pojemniku na kał	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych, ewentualnie maseczki na twarz	1	0
Etap wykonania	9.	Jeżeli pacjent będzie oddawał stolec na sali: zapewnienie intymności (zamknięcie drzwi, parawan), dobrego oświetlenia, basenu, ligniny; podłożenie pacjentowi pod pośladki basenu wyłożonego ligniną. Jeżeli pacjent będzie oddawał stolec w toalecie: dostarczenie pacjentowi nakładki na sedes lub czystego basenu, nerki, nocnika, ligniny*	1	0
	10.	Po oddaniu stolca przez pacjenta do przygotowanego pojemnika (basenu, nocnika) pobranie 2 próbek kału do 2 osobnych pojemniczków laboratoryjnych*	1	0
Etap porządkowania	11.	Uporządkowanie otoczenia i zestawu po zabiegu, uporządkowanie pojemnika z kałem	1	0
	12.	Przygotowanie materiału biologicznego do transportu i przekazanie próbek kału do laboratorium (jeżeli materiał nie może być od razu przekazany, postępowanie zgodnie z zaleceniami odnośnie przechowywania)	1	0
	13.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych i dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	14.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	15.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 15 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 10			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 9, 10, 14, 15,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 15 pkt.

SKALA OCENY:

- 15–14 pkt. – bardzo dobry
- 13 pkt. – ponad dobry
- 12 pkt. – dobry
- 11 pkt. – dość dobry
- 10 pkt. – dostateczny
- poniżej 10 pkt. – niedostateczny

59. Technika pobierania kału na krew utajoną

ESTERA MIECZKOWSKA

Pacjent, S.M., lat 65, hospitalizowany z powodu silnego bólu jamy brzusznej oraz częstych biegunek. W wywiadzie anemia z niedoboru żelaza. Samodzielny w zakresie czynności higienicznych. Obecnie w trakcie badań diagnostycznych. Zlecono pobranie kału na krew utajoną.

Polecenie: pobierz kał na krew utajoną.

Niezbędny sprzęt:

- 2 jednorazowe pojemniki z łopatką do transportu kału,
- basen / nocnik / nerka / nakładka na sedes,
- lignina,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- kosz do segregacji odpadów medycznych,
- rękawice jednorazowego użytku,
- ewentualnie maseczka na twarz.

Technika pobierania kału na krew utajoną (czas wykonania: 1. etap – 10 min, 2. etap – 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie zlecenia lekarskiego*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu. Ocena zdolności pacjenta do współpracy*	1	0
	4.	Upewnienie się, że pacjent został poinformowany o przygotowaniu się do badania 3 dni przed pobraniem próbki: pacjent powinien unikać substancji lub sytuacji, które powodują krwawienie, np. krwawienie z nosa, krwawienie z dziąseł po zabiegach dentystycznych, krwawiące hemoroidy lub krwawienie z przewodu pokarmowego po leczeniu lekami przeciwkrzepliwymi, aspiryną, sterydami, dużymi dawkami preparatów żelaza, a także powinien unikać suplementów diety zawierających wit. C, środków przeczyszczających, innych źródeł hemoglobiny, np. czerwonego mięsa przez 3 dni przed badaniem oraz innych pokarmów, takich jak: ryby, rzepa i chrzan, kalafior, brokuły, alkohol*	1	0

Technika pobierania kału na krew utajoną (czas wykonania: 1. etap – 10 min, 2. etap – 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	W dniu pobrania próbek			
	5.	Ponowne poinformowanie pacjenta o istocie i celu zabiegu (o powtarzalności badania 3 x). Przygotowanie sprzętu*	1	0
	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	7.	Przygotowanie zestawu do pobrania kału, oznaczenie danych pacjenta na pojemniku na kał*	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych, ewentualnie maseczki na twarz	1	0
Etap wykonania	9.	Jeżeli pacjent będzie oddawał stolec na sali: zapewnienie intymności (zamknięcie drzwi, parawan), dobrego oświetlenia, basenu, ligniny; podłożenie pacjentowi pod pośladki basenu wyłożonego ligniną. Jeżeli pacjent będzie oddawał stolec w toalecie: dostarczenie pacjentowi nakładki na sedes lub czystego basenu, nerki, nocnika, ligniny*	1	0
	10.	Po oddaniu stolca przez pacjenta do przygotowanego pojemnika (basenu, nocnika) pobranie 2 próbek kału do 2 osobnych pojemniczków laboratoryjnych*	1	0
Etap porządkowania	11.	Uporządkowanie otoczenia i zestawu po zabiegu, uporządkowanie pojemnika z kałem	1	0
	12.	Przygotowanie materiału biologicznego do transportu i przekazanie próbek kału do laboratorium (jeżeli materiał nie może być od razu przekazany, postępowanie zgodnie z zaleceniami odnośnie przechowywania)	1	0
	13.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych i dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	14.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	15.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 15 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 10			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 7, 9, 10, 14, 15,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 15 pkt.

SKALA OCENY:

- 15–14 pkt. – bardzo dobry
- 13 pkt. – ponad dobry
- 12 pkt. – dobry
- 11 pkt. – dość dobry
- 10 pkt. – dostateczny
- poniżej 10 pkt. – niedostateczny

60. Technika pobrania krwi włośniczkowej do badania glukometrem (urządzeniem pomiarowym)

JOANNA ŁATKA, ALICJA KAMIŃSKA

Pacjentka, P.C., lat 42, chorująca na cukrzycę typu I, w stanie ogólnym dobrym, samodzielna w czynnościach dnia codziennego, przebywa na oddziale internistycznym z powodu zapalenia płuc. Na skutek toczącego się w organizmie stanu zapalnego, mimo podawania insuliny, doszło do zaburzeń w gospodarce węglowodanowej. W związku z koniecznością modyfikacji dawek insuliny lekarz zlecił wykonywanie u pacjentki profilu glikemii.

Polecenie: wykonaj u pacjentki pomiar glikemii na czczo (godz. 7:30) zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- właściwa dla dokumentowania profilu glikemii karta obserwacyjna,
- glukometr,
- paski testowe,
- jałowe nakłuwacze,
- jałowe gaziki,
- preparat do higienicznej dezynfekcji rąk,
- preparat do dezynfekcji powierzchni,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- pojemnik twardościenny i worki do segregacji odpadów medycznych.

Technika pobrania krwi włośniczkowej do badania glukometrem (urządzeniem pomiarowym) (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim (Indywidualna karta zleceń lekarskich)*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką: przedstawienie się; sprawdzenie tożsamości pacjentki (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID); poinformowanie pacjentki o celu i przebiegu badania, zweryfikowanie prawidłowości przygotowania pacjentki do badania; uzyskanie zgody pacjentki na wykonanie badania*	1	0

Technika pobrania krwi włósniczkowej do badania glukometrem (urządzeniem pomiarowym) (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	5.	Zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego. Przygotowanie sprzętu i materiałów do wykonania zabiegu	1	0
	6.	Sprawdzenie daty ważności pasków testowych i prawidłowości działania glukometru; pozostawienie zlecenia lekarskiego w zasięgu wzroku przez cały czas wykonywania zabiegu*	1	0
	7.	Udanie się z zestawem do sali pacjentki; zweryfikowanie tożsamości pacjentki; przygotowanie optymalnych warunków otoczenia (oświetlenie)	1	0
Etap wykonania	8.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	9.	Przygotowanie pacjentki: wyznaczenie oraz ocena wzrokowa i palpacyjna miejsca nakłucia pod kątem zmian patologicznych; umożliwienie pacjentce umycia rąk ciepłą wodą z mydłem i staranne ich osuszenie; zapewnienie pacjentce ułożenia w pozycji bezpiecznej i wygodnej*	1	0
	10.	Przygotowanie jałowego gazika i jałowego nakłuwacza	1	0
	11.	Przygotowanie glukometru do pomiaru*: • umieszczenie paska testowego w glukometrze, niezwłoczne zamknięcie opakowania z pozostałymi paskami, • upewnienie się, że na ekranie urządzenia pojawiła się ikona gotowości do pomiaru	1	0
			1	0
	12.	Nakłucie bocznej powierzchni opuszki palca*	1	0
	13.	Wyrzucenie wykorzystanego nakłuwacza – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0
	14.	Odczekanie, aż krew samoistnie, bez wyciskania, uformuje się w kroplę	1	0
	15.	Umieszczenie próbki krwi w obrębie właściwego miejsca paska testowego	1	0
	16.	Uciśnięcie miejsca nakłucia jałowym gazikiem	1	0
17.	Odczytanie wyniku pomiaru na wyświetlaczu glukometru*	1	0	

Technika pobrania krwi włóśniczkowej do badania glukometrem (urządzeniem pomiarowym) (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	18.	Wyrzucenie wykorzystanego sprzętu i materiałów – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0
	19.	Zapewnienie pacjentce komfortowej pozycji, uporządkowanie jej bliższego otoczenia, zapewnienie jej dostępu do systemu przyzywowego	1	0
	20.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	21.	Udokumentowanie wykonania pomiaru*	1	0
Suma punktów			Max. 22 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 15			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 6, 9, 11, 12, 17, 21,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 22 pkt.

SKALA OCENY:

- 22–21 pkt. – bardzo dobry
- 20 pkt. – ponad dobry
- 19–18 pkt. – dobry
- 17 pkt. – dość dobry
- 16–15 pkt. – dostateczny
- poniżej 15 pkt. – niedostateczny

61. Technika pobrania krwi żyłnej metodą próżniową

ALICJA KAMIŃSKA, JOANNA ŁATKA

Pacjentka, K.M., lat 73, przyjęta na oddział chorób wewnętrznych z powodu zapalenia płuc. Pacjentka w 2. dobie hospitalizacji w stanie ogólnym ciężkim, osłabiona, gorączkująca (38,9°C). Zastosowano leczenie spoczynkowe. Lekarz zlecił pobranie krwi żyłnej na czczo do diagnostyki laboratoryjnej. Panel diagnostyczny obejmuje badanie morfologiczne, biochemiczne, koagulologiczne.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem lekarskim pobierz krew żylną u pacjentki.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich i skierowania na badania laboratoryjne,
- jałowe próbki próżniowe,
- zestaw do próżniowego pobrania krwi: jałowa igła 21Gx1,5”(0,8 x 38mm) / 20Gx1,5”(0,9 x 38mm), holder/uchwyt,
- jałowe gaziki,
- opaska uciskowa (staza),
- alkoholowy preparat antyseptyczny do skóry,
- preparat dezynfekcyjny do powierzchni,
- preparat do higienicznej dezynfekcji rąk,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- stojak na próbki,
- pojemniki do segregacji odpadów medycznych.

Technika pobrania krwi żyłnej metodą próżniową (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim, weryfikacja skierowań na badania laboratoryjne*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką: przedstawienie się; sprawdzenie tożsamości pacjentki (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID); poinformowanie pacjentki o celu i przebiegu zabiegu, oczekiwanym sposobie zachowania się pacjentki w trakcie pobierania krwi i po nim; zweryfikowanie przygotowania pacjentki do pobrania krwi, uzyskanie zgody pacjentki na zabieg*	1	0

Technika pobrania krwi żyłnej metodą próżniową (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	5.	Zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego. Przygotowanie sprzętu, materiałów do pobrania krwi	1	0
	6.	Podpisanie próbek danymi ze skierowania (ID pacjentki)*	1	0
	7.	Udanie się z przygotowanym zestawem do sali pacjentki. Zweryfikowanie tożsamości pacjentki; przygotowanie optymalnych warunków otoczenia (temperatura, oświetlenie), zapewnienie intymności (parawan / zasłona przyłóżkowa)*	1	0
	8.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
Etap wykonania	9.	Zmontowanie igły i holdera	1	0
	10.	Przygotowanie gazika nasączonego preparatem antyseptycznym do dezynfekcji skóry w miejscu wstrzyknięcia oraz suchego, jałowego gazika	1	0
	11.	Przygotowanie pacjentki: ułożenie pacjentki w pozycji zapewniającej dostęp do planowanego miejsca zabiegu, odsłonięcie go, wyznaczenie oraz ocena wzrokowa i palpacyjna miejsca zabiegu pod kątem zmian patologicznych	1	0
	12.	Założenie stazy i ocena palpacyjna stanu naczyń żylnych*	1	0
	13.	Zdezynfekowanie skóry w miejscu wkłucia; umieszczenie jałowego, suchego gazika w zasięgu ręki	1	0
	14.	Pobranie krwi żyłnej*: <ul style="list-style-type: none"> • zdjęcie osłonki z igły w sposób aseptyczny, naciągnięcie kciukiem skóry nad naczyniem żylnym poniżej planowanego miejsca nakłucia, • uprzedzenie pacjentki; zdecydowanym ruchem wkłucie igły do żyły pod kątem dostosowanym do warunków anatomicznych, • podłączenie pierwszej próbki i wypełnienie jej krwią, odłączenie próbki i umieszczenie jej w stojaku na próbki, • pobranie krwi do kolejnych próbek z zachowaniem właściwej kolejności pobierania i zaleceń co do mieszania krwi z odczynnikami w próbce (umieszczanie ich w stojaku), • zwolnienie ucisku stazy nie później niż 60 sek. od jej zaciśnięcia, ale przed odłączeniem ostatniej wypełnionej próbki, • wyklucie igły wraz z holderem i uciśnięcie miejsca wkłucia jałowym gazikiem 	1	0
			1	0
			1	0
1			0	
1			0	
15.	Poinformowanie pacjentki o konieczności uciskania miejsca wstrzyknięcia przez 3-5 min	1	0	

Technika pobrania krwi żyłnej metodą próżniową (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	16.	Wyrzucenie wykorzystanego sprzętu i materiału – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0
	17.	Oślonięcie miejsca pobrania krwi, zapewnienie pacjentce komfortowej pozycji, uporządkowanie bliższego otoczenia pacjentki, zapewnienie jej dostępu do systemu przyzywowego	1	0
	18.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, odstawienie parawanu / odsunięcie zasłon przyłóżkowych	1	0
	19.	Udokumentowanie pobrania krwi*	1	0
Suma punktów			Max. 24 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 17			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 6, 7, 12, 14, 19,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 24 pkt.

SKALA OCENY:

- 24 pkt. – bardzo dobry
- 23–22 pkt. – ponad dobry
- 21–20 pkt. – dobry
- 19–18 pkt. – dość dobry
- 17 pkt. – dostateczny
- poniżej 17 pkt. – niedostateczny

62. Technika pobrania krwi żyłnej metodą próżniowo-strzykawkową

ALICJA KAMIŃSKA, JOANNA ŁATKA

Pacjentka, K.M., lat 73, przyjęta na oddział chorób wewnętrznych z powodu zapalenia płuc. Pacjentka w 2. dobie hospitalizacji w stanie ogólnym ciężkim, osłabiona, gorączkująca (38,9°C). Zastosowano leczenie spoczynkowe. Lekarz zlecił pobranie krwi żyłnej na czczo do diagnostyki laboratoryjnej. Panel diagnostyczny obejmuje badanie morfologiczne, biochemiczne, koagulologiczne.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem lekarskim pobierz krew żylną u pacjentki.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich i skierowania na badania laboratoryjne,
- jałowe probówko-strzykawkę,
- jałowa igła 0,8 mm (21G),
- jałowe gaziki,
- opaska uciskowa (staza),
- alkoholowy preparat antyseptyczny do skóry,
- preparat dezynfekcyjny do powierzchni,
- preparat do higienicznej dezynfekcji rąk,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- stojak na probówki,
- pojemnik twardościenny i worki do segregacji odpadów medycznych.

Technika pobrania krwi żyłnej metodą próżniowo-strzykawkową (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim, weryfikacja skierowań na badania laboratoryjne*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką: przedstawienie się; sprawdzenie tożsamości pacjentki (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID); poinformowanie pacjentki o celu i przebiegu zabiegu, oczekiwanym sposobie zachowania się pacjentki w trakcie pobierania krwi i po nim; zweryfikowanie przygotowania pacjentki do pobrania krwi; uzyskanie zgody pacjentki na zabieg*	1	0

Technika pobrania krwi żyłnej metodą próżniowo-strzykawkową (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	4.	Higieniczne umycie i/lub zdezynfekowanie rąk	1	0
	5.	Zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego. Przygotowanie sprzętu, materiałów do pobrania krwi	1	0
	6.	Podpisanie probówek danymi ze skierowania (ID pacjentki)*	1	0
	7.	Udanie się z przygotowanym zestawem do sali pacjentki. Zweryfikowanie tożsamości pacjentki; przygotowanie optymalnych warunków otoczenia (oświetlenie), zapewnienie intymności (parawan / zasłona przyłóżkowa)	1	0
	8.	Przygotowanie pacjentki: ułożenie pacjentki w pozycji zapewniającej dostęp do planowanego miejsca zabiegu, odsłonięcie go, wyznaczenie oraz ocena wzrokowa i palpacyjna miejsca zabiegu pod kątem zmian patologicznych	1	0
	9.	Higieniczne umycie i/lub zdezynfekowanie rąk, założenie rękawic jednorazowych niejałowych*	1	0
Etap wykonania	10.	Zmontowanie igły i probówko-strzykawkki	1	0
	11.	Przygotowanie gazika nasączonego preparatem antyseptycznym do dezynfekcji skóry w miejscu wstrzyknięcia oraz suchego, jałowego gazika	1	0
	12.	Założenie stazy i ocena palpacyjna stanu naczyń żylnych*	1	0
	13.	Zdezynfekowanie skóry w miejscu wkłucia; umieszczenie jałowego, suchego gazika w zasięgu ręki	1	0
	14.	Pobranie krwi żyłnej*:	1	0
		• zdjęcie osłonki z igły w sposób aseptyczny, naciągnięcie kciukiem skóry nad naczyniem żylnym poniżej planowanego miejsca nakłucia,	1	0
		• uprzedzenie pacjentki; zdecydowanym ruchem wkłucie igły do żyły pod kątem dostosowanym do warunków anatomicznych,	1	0
		• zaaspirowanie krwi do probówko-strzykawkki, wypełnienie jej krwią, odłączenie probówki i umieszczenie jej w stojaku na probówki,	1	0
• pobranie krwi do kolejnych probówek z zachowaniem właściwej kolejności pobierania i zaleceń odnośnie mieszania krwi z odczynnikiem w probówce (umieszczanie ich w stojaku),		1	0	
• zwolnienie ucisku stazy nie później niż 60 sek. od jej zaciśnięcia, ale przed odłączeniem ostatniej wypełnionej probówki,	1	0		
• wyklucie igły i uciśnięcie miejsca wkłucia jałowym gazikiem	1	0		
15.	Poinformowanie pacjentki o konieczności uciskania miejsca wstrzyknięcia przez 3–5 min	1	0	

Technika pobrania krwi żyłnej metodą próżniowo-strzykawkową (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	16.	Odłamanie tłoków od probówko-strzykawek. Wyrzucenie wykorzystanego sprzętu i materiału – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0
	17.	Oślonięcie miejsca pobrania krwi, zapewnienie pacjentce komfortowej pozycji, uporządkowanie bliższego otoczenia pacjentki, zapewnienie jej dostępu do systemu przyzywowego	1	0
	18.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych, higieniczne umycie i/lub zdezynfekowanie rąk. Odstawienie parawanu / odsunięcie zasłon przyłóżkowych	1	0
	19.	Udokumentowanie pobrania krwi*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 17			Max. 24 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 6, 9, 12, 14, 19,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 24 pkt.

SKALA OCENY:

- 24 pkt. – bardzo dobry
- 23–22 pkt. – ponad dobry
- 21–20 pkt. – dobry
- 19–18 pkt. – dość dobry
- 17 pkt. – dostateczny
- poniżej 17 pkt. – niedostateczny

Czynności w zakresie usprawniania wybranych układów

63. Technika oklepywania klatki piersiowej

HALINA KULIK, MARIOLA CZAJKOWSKA

Pacjent, lat 77, po zapaleniu płuc, przebywający w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. U pacjenta występuje męczący mokry kaszel. Podjęto działania usprawniające układ oddechowy.

Polecenie: przygotuj zestaw i wykonaj oklepywanie klatki piersiowej.

Niezbędny sprzęt:

- taca / wózek mobilny zabiegowy,
- rękawiczki jednorazowego użytku niejałowe,
- miska nerkowata,
- (opcjonalnie) środek do oklepywania klatki piersiowej – lotion,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- chusteczki higieniczne lub lignina,
- płyn do przepłukania jamy ustnej,
- dokumentacja pacjenta.

Technika oklepywania klatki piersiowej (czas wykonania: 5–10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem dotyczącym wykonania zadania (lub wykonywanie zadania w ramach posiadanych uprawnień)	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji pacjenta, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Sprawdzenie miejsca wykonania zadania: • zapewnienie właściwych warunków otoczenia, • zapewnienie intymności, bezpieczeństwa i spokoju pacjentowi*	1	0
	5.	Udzielenie informacji dotyczących zachowania się podczas zabiegu, ustalenie zakresu współpracy z pacjentem	1	0
	6.	Przygotowanie niezbędnego sprzętu*	1	0
	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie rękawic jednorazowych niejałowych*	1	0

Technika oklepywania klatki piersiowej (czas wykonania: 5-10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	8.	Ułożenie pacjenta we właściwej pozycji - na brzuchu / w pozycji wysokiej / na boku na łóżku lub krześle - w zależności od stanu pacjenta*	1	0
	9.	Poproszenie o zdjęcie lub pomoc w zdjęciu górnej części pizamy w celu uwidocznienia klatki piersiowej	1	0
	10.	Naniesienie na dłoń płynu/lotionu przygotowanego do nacierania	1	0
	11.	Natarcie pleców pacjenta płynem/lotionem w kierunku od dołu do góry, a następnie ruchem owalnym do dołu, bez odrywania dłoni od ciała pacjenta	1	0
	12.	Właściwe ułożenie dłoni do wykonania zabiegu - „w łódkę”, „budkę” lub „miscozke”*	1	0
	13.	Oklepywanie klatki piersiowej - pleców należy przeprowadzić od podstawy do szczytów płuc, po prawej i lewej stronie; okłapywanie naprzemienne po obu stronach kręgosłupa z ominięciem łopatek i kręgosłupa. Oklepywanie powinno być początkowo łagodne, następnie siłę uderzenia należy zwiększyć, końcowe uderzenia powinny być: szybkie, powierzchowne, mocne, ale nie bolesne. Oklepywanie klatki piersiowej - z przodu należy rozpocząć od łuku żebrowego do obojczyka, omijając okolice serca i piersi u kobiet; w początkowej fazie oklepywania dłoń należy ułożyć w łódkę, następnie oklepywanie wykonać pięścią lub krawędzią dłoni. Obserwacja pacjenta i utrzymywanie podczas wykonywania czynności kontaktu z pacjentem*	1	0
	14.	Mobilizowanie pacjenta do odkształcenia zalegającej wydzieliny, podanie przygotowanej miski nerkowatej i ligniny	1	0
	15.	Ocena ewentualnej ewakuowanej wydzieliny	1	0
	16.	Położenie pacjenta do łóżka, jeżeli w trakcie zabiegu był poza nim; zapewnienie wysokiej lub półwysokiej pozycji ułożeniowej przez ok. 30 min po oklepywaniu; okrycie pacjenta kołdrą/kocem po wykonanym zabiegu; dbałość o komfort i wygodę pacjenta*	1	0
17.	Podanie pacjentowi (zgodnie z potrzebami pacjenta) płynu do przepłukania jamy ustnej oraz miski nerkowatej i ligniny	1	0	

Technika oklepywania klatki piersiowej (czas wykonania: 5–10 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	18.	Uporządkowanie otoczenia, sprzętu i materiałów	1	0
	19.	Segregacja odpadów	1	0
	20.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	21.	Udokumentowanie wykonanego zabiegu*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 15			Max. 21 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 3, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 20, 21,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 21 pkt.

SKALA OCENY:

- 21–20 pkt. – bardzo dobry
- 19 pkt. – ponad dobry
- 18–17pkt. – dobry
- 16 pkt. – dość dobry
- 15 pkt. – dostateczny
- poniżej 15 pkt. – niedostateczny

64. Technika masażu skóry

HALINA KULIK, MARIOLA CZAJKOWSKA

Pacjent, lat 77, po zapaleniu płuc, przebywający w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuń-
czym. Osłabiony, większość czasu spędza, leżąc w łóżku. Skarży się na ból pleców.

Polecenie: przygotuj zestaw i wykonaj masaż pleców.

Niezbędny sprzęt:

- taca / wózek mobilny zabiegowy,
- (opcjonalnie) rękawiczki jednorazowego użytku niejałowe,
- miska nerkowata,
- środek do masażu, np. oliwka, lotion, płyn,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- dokumentacja pacjenta.

Technika masażu skóry – plecy (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem dotyczącym wykonania zadania (lub wykonywanie zadania w ramach posiadanych uprawnień)	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji pacjenta, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Sprawdzenie miejsca wykonania zadania: • zapewnienie właściwych warunków otoczenia, • zapewnienie intymności i spokoju*	1	0
	5.	Udzielenie informacji dotyczących zachowania się podczas zabiegu, ustalenie zakresu współpracy z pacjentem	1	0
	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie rękawiczek jednorazowych (opcjonalnie)*	1	0
Etap wykonania	7.	Dbłość o bezpieczeństwo własne (postępowanie zgodnie z zasadami ergonomii wysiłku). Właściwa organizacja pracy, zapewniająca sprawne i ekonomiczne wykonanie zadania*	1	0
	8.	Poproszenie o zdjęcie lub pomoc w zdjęciu górnej części pizamy w celu uwidocznienia klatki piersiowej	1	0
	9.	Ułożenie pacjenta we właściwej pozycji – na brzuchu / w pozycji wysokiej / na boku – w zależności od stanu pacjenta*	1	0

Technika masażu skóry – plecy (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	10.	Ocena stanu skóry pleców pacjenta*	1	0
	11.	Naniesienie na dłoń płynu/lotionu/oliwki	1	0
	12.	Rozprowadzenie płynu/lotionu/oliwki na skórze pleców pacjenta; natarcie pleców pacjenta płynem/lotionem/oliwką w kierunku od dołu do góry, a następnie ruchem owalnym do dołu, bez odrywania dłoni od ciała pacjenta*	1	0
	13.	Masowanie pleców zgodnie z wybraną techniką – od zewnętrznych, obwodowych części do środka i ku górze w stronę serca, zgodnie z przepływem krwi żyłnej	1	0
	14.	Obserwacja pacjenta i utrzymywanie podczas wykonywania czynności kontaktu z pacjentem*	1	0
	15.	Ułożenie pacjenta w dowolnej, wygodnej pozycji	1	0
	16.	Okrycie pacjenta kołdrą/kocem po wykonanym zabiegu. Zapewnienie odpowiednich warunków środowiskowych po jego wykonaniu, dbałość o komfort i wygodę pacjenta	1	0
	17.	Zdjęcie rękawiczek, jeżeli były zakładane i przeprowadzenie higieny rąk	1	0
Etap porządkowania	18.	Uporządkowanie otoczenia, sprzętu i materiałów	1	0
	19.	Segregacja odpadów	1	0
	20.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	21.	Udokumentowanie wykonanego zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 21 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 15			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 20, 21,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 21 pkt.

SKALA OCENY:

- 21–20 pkt. – bardzo dobry
- 19 pkt. – ponad dobry
- 18–17 pkt. – dobry
- 16 pkt. – dość dobry
- 15 pkt. – dostateczny
- poniżej 15 pkt. – niedostateczny

65. Technika nacierania skóry

HALINA KULIK, MARIOLA CZAJKOWSKA

Pacjent, lat 77, po zapaleniu płuc, przebywający w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. Skarży się na ból prawego podudzia. Zlecono maść przeciwbólową.

Polecenie: przygotuj zestaw i wykonaj nacierania/wtarcia w skórę prawego podudzia maści Diclofenac.

Niezbędny sprzęt:

- karta zleceń,
- taca / wózek mobilny zabiegowy,
- rękawiczki jednorazowe niejałowe,
- miska nerkowata,
- maść Diclofenac,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- dokumentacja pacjenta.

Technika nacierania skóry (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem dotyczącym wykonania zadania (lub wykonywanie zadania w ramach posiadanych uprawnień)*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji pacjenta, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Sprawdzenie/wybór miejsca wykonania zadania: <ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie właściwych warunków otoczenia, • zapewnienie intymności i spokoju 	1	0
	5.	Udzielenie informacji dotyczących zachowania się podczas zabiegu, ustalenie zakresu współpracy z pacjentem	1	0
	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
Etap wykonania	7.	Założenie rękawic niejałowych	1	0
	8.	Dbałość o bezpieczeństwo własne i pacjenta. Właściwa organizacja pracy, zapewniająca sprawne i ekonomiczne wykonanie zadania*	1	0

Technika nacierania skóry (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	9.	Ułożenie pacjenta we właściwej pozycji – na brzuchu / w pozycji wysokiej / na boku – w zależności od stanu pacjenta, odślonięcie prawej kończyny*	1	0
	10.	Ocena stanu skóry nacieranego miejsca*	1	0
	11.	Dozowanie z tubki maści leczniczej, rozgrzanie jej w dłoniach i rozprowadzenie na skórze podudzia	1	0
	12.	Nacieranie skóry dłońią – okrężnymi ruchami, z umiarkowanym uciskiem oraz jednoczesną oceną reakcji pacjenta*	1	0
	13.	Okrycie pacjenta kołdrą/kocem po wykonanym zabiegu. Zapewnienie odpowiednich warunków środowiskowych w trakcie zabiegu i po jego wykonaniu, dbałość o komfort i wygodę pacjenta	1	0
Etap porządkowania	14.	Segregacja odpadów medycznych, uporządkowanie sprzętu	1	0
	15.	Zdjęcie rękawiczek, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	16.	Udokumentowanie wykonanego zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 16 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 11			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 16,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 16 pkt.

SKALA OCENY:

- 16–15 pkt. – bardzo dobry
- 14 pkt. – ponad dobry
- 13 pkt. – dobry
- 12 pkt. – dość dobry
- 11 pkt. – dostateczny
- poniżej 11 pkt. – niedostateczny

Czynności w zakresie usprawniania układu oddechowego

66. Technika wykonywania toalety drzewa oskrzelowego

ANNA ROZENSZTRAUCH, MAŁGORZATA STARCZEWSKA,
MARZANNA STANISŁAWSKA

Pacjentka, A.K., lat 61, przyjęta na oddział intensywnej terapii w wyniku narastającej niewydolności oddechowej w przebiegu zaostrzenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Wymaga wentylacji mechanicznej, wydolna krążeniowo, pod wpływem leków sedacyjnych. U pacjentki zlecono wykonanie toalety drzewa oskrzelowego.

Polecenie: wykonaj zabieg toalety drzewa oskrzelowego.

Niezbędny sprzęt:

- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- kosz do segregacji odpadów medycznych,
- rękawice jednorazowego użytku,
- rękawiczki sterylne,
- zestaw do toalety jamy ustnej,
- cewniki jałowe do odsysania wydzieliny z górnych dróg oddechowych o średnicy nie większej niż $\frac{1}{2}$ wewnętrznej średnicy rurki intubacyjnej lub tracheostomijnej,
- jednorazowa maseczka na twarz lub maska chirurgiczna z dodatkową osłoną na oczy, okulary ochronne, ewentualnie fartuch ochronny,
- jałowe gaziki, preparat do dezynfekcji,
- strzykawka 10 ml,
- jałowy roztwór NaCl 0,9% lub Aqua do przepłukania drenu,
- podkład do zabezpieczenia bielizny osobistej pacjenta przed zabrudzeniem,
- lignina,
- miska nerkowata,
- ssak elektryczny lub źródło próżni o regulowanej sile ssania z jednorazowym pojemnikiem wypełnionym żelami absorbującymi wydzielinę, drenem do odsysania i zatyczką do drenu,
- manometr do pomiaru ciśnienia w mankiecie uszczelniającym rurkę intubacyjną,
- worek samorozprężalny podłączony do źródła tlenu z reduktorem,
- stetoskop,
- dokumentacja pacjenta.

Technika wykonywania toalety drzewa oskrzelowego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przedstawienie się, sprawdzenie tożsamości pacjentki (dane z opaski identyfikacyjnej)*	1	0
	4.	Wyjaśnienie celu i istoty zabiegu	1	0
	5.	Uzyskanie zgody pacjentki na przeprowadzenie zabiegu (jeśli jej stan na to pozwala)	1	0
	6.	Uprzedzenie pacjentki o możliwości wystąpienia nieprzyjemnych odczuć oraz poproszenie o zamknięcie powiek w trakcie procedury w celu ochrony gałek ocznych	1	0
	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie odzieży ochronnej i rękawic jednorazowego użytku*	1	0
	8.	Przygotowanie bezpiecznego otoczenia oraz sprzętu, zapewnienie pacjentce intymności, zabezpieczenie bielizny osobistej pacjentki	1	0
	9.	Przygotowanie pacjentki do zabiegu: ułożenie w wygodnej pozycji półleżącej Semi-Fowlera na plecach z wezgłowiem uniesionym pod kątem (30–45°), jeśli stan pacjentki na to pozwala, wykonanie toalety jamy ustnej i ewentualnie odessanie nosogardzieli*	1	0
Etap wykonania	10.	Osluchanie pacjentki (szczyty i podstawy obu płuc) przed przystąpieniem do zabiegu w celu ustalenia celowości odsysania. Sprawdzenie ciśnienia w mankiecie uszczelniającym rurkę intubacyjną (zalecane utrzymanie ciśnienia na poziomie 17–25 mmHg/20–30 cmH ₂ O)	1	0
	11.	Ustawienie siły ssania ssaka próżniowego w odpowiednim zakresie (0,02–0,04 MPa/100–150 mmHg/135–2013 cmH ₂ O /0,1–0,2 bar)	1	0
	12.	Natlenienie pacjentki 100% tlenem za pomocą worka samorozprężalnego podłączonego do tlenu przez ok. 30 sek. (3–5 oddechów) lub po wybraniu odpowiedniej funkcji w ustawieniach respiratora (czas wentylacji do otrzymania 100% stężenia tlenu w układzie oddechowym będzie uzależniony od marki respiratora)	1	0
	13.	Otwarcie zestawu jałowych rękawiczek i założenie ich w sposób jałowy*	1	0
	14.	Założenie jałowego cewnika na końcówkę ssaka – cewnik podaje osoba asystująca* (rozmiar cewnika nie powinien być większy niż ok. ½ średnicy wewnętrznej rurki intubacyjnej)	1	0

Technika wykonywania toalety drzewa oskrzelowego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	15.	<ul style="list-style-type: none"> Wprowadzenie jałowego cewnika do rurki intubacyjnej przy zamkniętym ssaniu do wystąpienia lekkiego oporu, uruchomienie ssania i wycofanie cewnika z rurki ruchem obrotowym, odrzucenie cewnika; czas odsysania nie powinien przekraczać 10–15 sek. Natlenienie pacjentki i rozprężenie płuc workiem samorozprężalnym typu Ambu z rezerwuarem tlenu* przez ok. 30 sek. (3–5 oddechów) lub po wybraniu odpowiedniej funkcji w ustawieniach respiratora (czas wentylacji do otrzymania 100% stężenia tlenu w układzie oddechowym będzie uzależniony od marki respiratora) 	1	0
	16.	<ul style="list-style-type: none"> Ponowne wykonanie czynności po uprzedniej rotacji głowy chorej w stronę lewą, a następnie w prawą (wykonuje osoba asystująca), zmienianie cewnika po każdorazowym odessaniu. Natlenienie pacjentki i rozprężenie płuc workiem samorozprężalnym typu Ambu z rezerwuarem tlenu* przez ok. 30 sek. (3–5 oddechów) lub po wybraniu odpowiedniej funkcji w ustawieniach respiratora (czas wentylacji do otrzymania 100% stężenia tlenu w układzie oddechowym będzie uzależniony od marki respiratora). Zastosowanie przerwy pomiędzy kolejnymi odsysaniami, ale jest to zależne od stanu pacjentki, przy czym przerwa nie może być krótsza niż 20–30 sek. 	1	0
	17.	Odessanie wydzieliny z nosa i jamy ustnej pacjentki, jeżeli to konieczne; wykonanie toalety jamy ustnej	1	0
	18.	Wyłączenie ssania, odłączenie cewnika od ssaka i przepłukanie drenu solą fizjologiczną lub Aquą i zabezpieczenie zatyczką, którą należy wymieniać co 12 godz.	1	0
	19.	Ocena i monitorowanie ciśnienia w mankiecie uszczelniającym rurkę intubacyjną – jak wyżej. Sprawdzenie położenia i umocowania dotchawiczej rurki	1	0
	20.	Kontrola skuteczności odsysania poprzez osłuchanie szczytów i podstaw obu płuc pacjentki	1	0
Etap porządkowania	21.	Uporządkowanie zestawu, otoczenia po zabiegu, dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	22.	Zdjęcie jałowych rękawic	1	0
	23.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	24.	Dokumentacja pielęgnacji dróg oddechowych*	1	0
Suma punktów			Max. 24 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 17			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 4, 8, 10, 14, 15, 16, 17, 24,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 24 pkt.

SKALA OCENY:

- 24 pkt. – bardzo dobry
- 23–22 pkt. – ponad dobry
- 21–20 pkt. – dobry
- 19–18 pkt. – dość dobry
- 17 pkt. – dostateczny
- poniżej 17 pkt. – niedostateczny

67. Technika wykonywania drenażu ułożeniowego

ALEKSANDRA KOŁTUNIUK

Pacjent, A.B., lat 45, leżący, hospitalizowany z powodu bakteryjnego zapalenia płuc przebiegającego z zaleganiem dużej ilości lepkiej wydzieliny w obu segmentach szczytowych płatów dolnych płuc. Pacjentowi zaproponowano przeprowadzenie drenażu ułożeniowego.

Polecenie: wykonaj drenaż ułożeniowy zgodnie z lokalizacją zmian zapalnych.

Niezbędny sprzęt:

- łóżko pionizacyjne,
- krzesło,
- udogodnienia: wałki, poduszki,
- miska nerkowata,
- płatki ligniny,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- sprzęt niezbędny do wykonania inhalacji.

Technika wykonywania drenażu ułożeniowego (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Ustalenie z lekarzem i rehabilitantem planu działania	1	0
	3.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	4.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	5.	Przygotowanie sprzętu*	1	0
	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	7.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	8.	Wykonanie inhalacji ze środkiem farmakologicznym zgodnie ze zleceniem lekarskim	1	0

Technika wykonywania drenażu łożeniowego (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	9.	Przyniesienie udogodnień na salę chorego	1	0
	10.	Wykonanie pozycji łożeniowej dla zmian zlokalizowanych w obu segmentach szczytowych płatów dolnych płuc: pacjent ułożony jest na brzuchu z poduszką umieszczoną pod miednicą i brzuchem*	1	0
	11.	Oklepanie i opłukanie klatki piersiowej w trakcie drenażu łożeniowego*	1	0
	12.	Zastosowanie technik skutecznego kaszlu w czasie pozycji łożeniowej	1	0
	13.	Pozostawienie pacjenta w pozycji drenażowej przez okres zgodny ze wskazaniem lekarskim	1	0
	14.	Sprawdzenie samopoczucia pacjenta podczas zabiegu	1	0
	15.	Pomoc w odkrztuszeniu wydzieliny	1	0
	16.	Wykonanie toalety jamy ustnej	1	0
Etap porządkowania	17.	Uporządkowanie sprzętu, łóżka i najbliższego otoczenia pacjenta	1	0
	18.	Wykonanie segregacji sprzętu jednorazowego	1	0
	19.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	20.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	21.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 21 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 15			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 4, 5, 10, 11, 20, 21,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 21 pkt.

SKALA OCENY:

- 21 pkt. – bardzo dobry
- 20 pkt. – ponad dobry
- 19–18 pkt. – dobry
- 17 pkt. – dość dobry
- 16–15 pkt. – dostateczny
- poniżej 15 pkt. – niedostateczny

68. Technika wykonywania ćwiczeń oddechowych

MONIKA PRZESTRZELSKA

Pacjent, P.K., lat 45, hospitalizowany z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc przebiegającej z okresowymi napadami duszności. Obecnie w trakcie badań diagnostycznych. U pacjenta podjęto działania usprawniające układ oddechowy.

Polecenie: wykonaj u pacjenta gimnastykę oddechową.

Niezbędny sprzęt:

- woreczek z piaskiem o wadze 3–4 kg,
- (opcjonalnie) rękawice jednorazowe niejałowe,
- parawan,
- stanowisko do mycia rąk, mydło, ręcznik jednorazowego użytku,
- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk: bieżąca woda, mydło w dozowniku, ręcznik jednorazowego użytku, płyn dezynfekcyjny w dozowniku.

Technika wykonywania ćwiczeń oddechowych (czas wykonania: 10 min)		Ocena punktowa		
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie celu, przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie rękawic (opcjonalnie)*	1	0
	5.	Przygotowanie warunków zewnętrznych: <ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie warunków intymności, • wywietrzenie sali, • zapewnienie optymalnej temperatury (18–22°C), optymalnej wilgotności (50–70%) 	1	0
	6.	Ocena stanu pacjenta*: <ul style="list-style-type: none"> • pomiar ciśnienia i tętna, • pomiar częstości, jakości i rytmu oddechów, • ocena subiektywnego odczucia bólu 	1 1 1	0 0 0
	7.	Podanie doraźne (zgodne ze zleceniem lekarza) leku przeciwbólowego – sprawdzenie zlecenia lekarskiego*	1	0

Technika wykonywania ćwiczeń oddechowych (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	8.	Polecenie pacjentowi rozluźnienia mięśni	1	0
	9.	Przygotowanie łóżka i odkrycie wierzchniego nakrycia pacjenta. Zastosowanie u pacjenta wygodnej pozycji umożliwiającej wykonanie ćwiczenia: <ul style="list-style-type: none"> • na wznak, • kończyny dolne zgięte w stawach kolanowych i biodrowych, • kończyny górne splecione na karku lub nad głową 	1	0
	10.	Kolejność wykonania ćwiczenia „bez obciążenia” jako pierwszego: <ul style="list-style-type: none"> • głęboki, powolny wydech ustami z wciągnięciem brzucha, • przedłużony wydech przechodzący w świst, • głęboki wdech nosem (z udziałem głównych mięśni oddechowych: przepony i mięśni międzyżebrowych) 	1	0
	11.	Ocena udziału przepony: <ul style="list-style-type: none"> • ułożenie jednej ręki w okolicy przepony, drugiej na mostku pacjenta, • podczas wydechu obniżenie obu rąk, • podczas wdechu: <ul style="list-style-type: none"> » jedna ręka wyczuwa uniesienie klatki piersiowej ku górze, » druga ręka wyczuwa przemieszczenie mostka do przodu i w górę, » napięte mięśnie brzucha (tłocznia brzuszna) unoszą okolicę brzucha 	1	0
	12.	Kolejność wykonania ćwiczenia z pokonaniem ciężaru woreczka jako kolejnego: <ul style="list-style-type: none"> • umieszczenie woreczka z piaskiem (3–4 kg) na brzuchu pacjenta, • polecenie wykonania: <ul style="list-style-type: none"> » głębokiego, powolnego wydechu ustami z wciągnięciem brzucha, » przedłużonego wydechu przechodzącego w świst, » głębokiego wdechu nosem (z udziałem głównych mięśni oddechowych: przepony i mięśni międzyżebrowych) 	1	0
	13.	Ocena pracy przepony: <ul style="list-style-type: none"> • podczas wydechu obniżenie klatki piersiowej i okolicy brzucha, • podczas wdechu: <ul style="list-style-type: none"> » obserwowane uniesienie klatki piersiowej ku górze, » obserwowane przemieszczenie mostka do przodu i w górę, » napięte mięśnie brzucha (tłocznia brzuszna) unoszą woreczek 	1	0
	14.	Ocena stanu pacjenta: <ul style="list-style-type: none"> • pomiar ciśnienia i tętna, • pomiar częstości, jakości i rytmu oddechów, • ocena subiektywnego odczucia bólu 	1 1 1	0 0 0

Technika wykonywania ćwiczeń oddechowych (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	15.	Porządkowanie sprzętu – woreczka	1	0
	16.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych, jeżeli były zakładane, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	17.	Ocena postępów pacjenta w oddychaniu	1	0
	18.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 22 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 15			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 4, 6, 16, 18,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 22 pkt.

SKALA OCENY:

- 22 pkt. – bardzo dobry
- 21 pkt. – ponad dobry
- 20–19 pkt. – dobry
- 18–17 pkt. – dość dobry
- 16–15 pkt. – dostateczny
- poniżej 15 pkt. – niedostateczny

69. Technika wykonania inhalacji

ANNA ROZENSZTRAUCH

Pacjentka, A.R., lat 41, z rozpoznaną od 4 lat astmą oskrzelową. Przyjęta do szpitala z powodu mięśniaków macicy. W 4. dobie po zabiegu operacyjnym u pacjentki pojawiły się problemy z oddychaniem, duszność oraz świszczący oddech. Na podstawie obrazu klinicznego oraz badań dodatkowych rozpoznano zapalenie płuc, które spowodowało zaostrzenie przebiegu astmy. Zastosowano inhalacje.

Polecenie: wykonaj zabieg inhalacji u pacjentki.

Niezbędny sprzęt:

- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- kosz do segregacji odpadów medycznych,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- łóżko,
- krzesło,
- zlecone leki,
- inhalator sterylny (nebulizator, ustnik, maska, układ przewodów), urządzenia umożliwiające synchronizację wdechu i uwolnienia dawki leku,
- miska nerkowata,
- chusteczki higieniczne lub lignina do odkrztuszania,
- podkład ochronny,
- dokumentacja pacjentki.

Technika wykonania inhalacji (czas wykonania: 10–15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	3.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim (nazwa leku, dawka, postać leku, sposób i czas podania)*	1	0
	4.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, sprawdzenie tożsamości pacjentki (dane z opaski identyfikacyjnej, zapytanie o imię i nazwisko), przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0

Technika wykonania inhalacji (czas wykonania: 10–15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	5.	Przygotowanie otoczenia (zamknięcie drzwi, okien) oraz sprzętu	1	0
	6.	Poinformowanie pacjentki o konieczności oczyszczenia nosa, wyjęcia szkieł kontaktowych, wstrzymania się od inhalacji do 30 min przed lub po posiłkach, zgłaszania niepokojących objawów występujących podczas zabiegu	1	0
	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	8.	Przygotowanie zestawu do inhalacji: przygotowanie inhalatora do pracy wg instrukcji producenta	1	0
	9.	Przygotowanie zleconego leku do inhalacji (3-krotne sprawdzenie terminu ważności leku, przygotowanie właściwej dawki leku)*	1	0
Etap wykonania	10.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	11.	Przygotowanie pacjentki do zabiegu. Ułożenie pacjentki w pozycji zapewniającej komfort i bezpieczeństwo (w pozycji półwysokiej lub z podparciem pleców), zabezpieczenie odzieży pacjentki podkładem ochronnym, ustawienie inhalatora w odległości ok. 50 cm od pacjentki*	1	0
	12.	Podanie pacjentce ustnika lub maski do inhalacji, pozostawienie w zasięgu ręki pacjentki miski nerkowatej oraz chusteczek do odkrztuszania wydzieliny	1	0
	13.	Przekazanie pacjentce, jak należy oddychać podczas inhalacji	1	0
	14.	Włączenie inhalatora, wykonanie kontroli działania sprzętu*	1	0
	15.	Obserwowanie pacjentki podczas inhalacji, zakończenie inhalacji po wyczerpaniu zleconej dawki leku	1	0
	16.	Wyłączenie inhalatora, usunięcie podkładu ochronnego	1	0
	17.	Obserwowanie tętna i oddechu pacjentki oraz sprawdzenie, czy po zabiegu nie występują objawy uboczne/powikłania*	1	0

Technika wykonania inhalacji (czas wykonania: 10–15 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	18.	Udzielenie pacjentce pomocy w czasie pielęgnacji jamy ustnej	1	0
	19.	Uporządkowanie zestawu po zabiegu	1	0
	20.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych i dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	21.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	22.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 22 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 15			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 3, 4, 7, 9, 11, 17, 21, 22,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 22 pkt.

SKALA OCENY:

- 22 pkt. – bardzo dobry
- 21–20 pkt. – ponad dobry
- 19–18 pkt. – dobry
- 17–16 pkt. – dość dobry
- 15 pkt. – dostateczny
- poniżej 15 pkt. – niedostateczny

70. Technika podawania tlenu

ANNA ROZENSZTRAUCH

Pacjentka, A.K., lat 51, z rozpoznanym nowotworem szyjki macicy, w trakcie chemioterapii, hospitalizowana na oddziale ginekologii. Przekazana na oddział ratunkowy w stanie ciężkim, bez zaburzeń świadomości, z dusznością spoczynkową, tachypnoe (29 oddechów/min), akcja serca 124 ud./min, ciśnienie tętnicze 150/95 mmHg. Obecnie w trakcie diagnozowania. Ze względu na stan pacjentki zlecono podanie tlenu 4 l/min.

Polecenie: wykonaj zabieg podania tlenu.

Niezbędny sprzęt:

- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- kosz do segregacji odpadów medycznych,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- łóżko,
- maska tlenowa, kaniule donosowe, układ przewodów,
- reduktor podłączony do centralnych przewodów tlenowych lub do butli z tlenem,
- dokumentacja pacjentki.

Technika podawania tlenu (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	3.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim (Indywidualna karta zleceń lekarskich pacjentki - technika podania tlenu, szybkość, przepływ oraz stężenie tlenu)*	1	0
	4.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, sprawdzenie tożsamości pacjentki (dane z opaski identyfikacyjnej, zapytanie o imię i nazwisko), przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu zabiegu, ewentualnych objawów ubocznych, uzyskanie zgody pacjentki na przeprowadzenie zabiegu (jeśli jej stan na to pozwala)*	1	0
	5.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	6.	Przygotowanie bezpiecznego otoczenia oraz sprzętu (źródło tlenu, działanie reduktora, maska tlenowa lub kaniule donosowe, układ przewodów) z uwzględnieniem ogrzania i nawilżenia tlenu*	1	0

Technika podawania tlenu (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	7.	Poinformowanie pacjentki o konieczności zgłaszania pielęgniarce niepokojących objawów występujących podczas zabiegu (jeśli jej stan na to pozwala)	1	0
	8.	Przygotowanie pacjentki do zabiegu: ułożenie w wygodnej pozycji (najlepiej półwysokiej), oczyszczenie jamy nosowej w przypadku podania tlenu przez kaniulę donosową	1	0
	9.	Podłączenie odchodzącego od reduktora drenu z maseczką tlenową lub kaniulą donosową, otworzenie i ustawienie przepływu tlenu w zależności od stosowanej techniki i zlecenia lekarskiego, potrzeby, stanu pacjentki oraz zleconego stężenia, sprawdzenie, czy tlen przechodzi przez nawilżacz powietrza*	1	0
	10.	Obserwacja stanu pacjentki w celu sprawdzenia, czy nie występują u niej powikłania / objawy uboczne	1	0
	11.	Odłączenie dopływu tlenu w obrębie reduktora, ściągnięcie pacjentce maseczki lub kaniuli donosowej, poprawienie pozycji ułożeniowej pacjentki	1	0
Etap porządkowania	12.	Uporządkowanie zestawu, otoczenia po zabiegu, dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	13.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	14.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	15.	Udokumentowanie podania tlenu*	1	0
Suma punktów			Max. 15 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 10			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 3, 4, 5, 9, 14, 15,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 15 pkt.

SKALA OCENY:

- 15 pkt. – bardzo dobry
- 14 pkt. – ponad dobry
- 13 pkt. – dobry
- 12–11 pkt. – dość dobry
- 10 pkt. – dostateczny
- poniżej 10 pkt. – niedostateczny

71. Technika pielęgnowania tracheostomii

ANNA ROZENSZTRAUCH, MAŁGORZATA STARCZEWSKA

Pacjent, A.M., lat 28, z rozpoznaną dystrofią mięśniową typu Duchene'a. Przyjęty na oddział intensywnej terapii z powodu narastającej niewydolności oddechowej. W chwili przyjęcia pod wpływem leków anestetycznych, wentylowany mechanicznie.

Polecenie: wykonaj zabieg pielęgnacji tracheostomii.

Niezbędny sprzęt:

- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- kosz do segregacji odpadów medycznych,
- rękawice jednorazowego użytku,
- jałowe rękawiczki, maska chirurgiczna, okulary ochronne,
- jałowe gaziki włókninowe nacięte w kształcie litery „Y”/„T” lub jałowy specjalistyczny opatrunek,
- jałowa tasiemka do przymocowania rurki tracheostomijnej,
- manometr do pomiaru ciśnienia w mankiecie uszczelniającym rurkę intubacyjną,
- Aqua lub roztwór NaCl 0,9%,
- strzykawka 10 ml,
- stetoskop,
- miska nerkowata,
- środek do dezynfekcji rany,
- jałowe nożyczki,
- jałowe narzędzie chwytne,
- dokumentacja pacjenta.

Technika pielęgnowania tracheostomii (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przedstawienie się, sprawdzenie tożsamości pacjenta (dane z opaski identyfikacyjnej)*	1	0
	4.	Wyjaśnienie celu i istoty zabiegu, ewentualnych objawów ubocznych	1	0

Technika pielęgnowania tracheostomii (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	5.	Uzyskanie zgody pacjenta na przeprowadzenie zabiegu (jeśli jego stan na to pozwala)	1	0
	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie rękawic jednorazowego użytku*	1	0
	7.	Przygotowanie bezpiecznego otoczenia oraz sprzętu, zapewnienie pacjentowi intymności	1	0
Etap wykonania	8.	Przygotowanie pacjenta do zabiegu: skontrolowanie ciśnienia w mankiecie uszczelniającym rurkę tracheostomijną (zalecane utrzymanie ciśnienia na poziomie 17-25 mmHg / 20-30 cmH₂O), ułożenie w wygodnej pozycji półleżącej Semi-Fowlera na plecach z węzłowiec uniesionym pod kątem (30-45°), jeśli stan pacjenta na to pozwala*	1	0
	9.	Usunięcie gazika/opatrunku spod kołnierza rurki tracheostomijnej i wyrzucenie zdjętego opatrunku do pojemnika na odpady medyczne	1	0
	10.	Ocena stanu skóry okolicy stomii	1	0
	11.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie jałowych rękawiczek*	1	0
	12.	Chwycenie jałowym narzędziem jałowego gazika i przemycie oraz osuszenie skóry wokół przetoki. Jałowym narzędziem chwytym założenie jałowego gazika naciętego w kształcie litery „Y”/„T” lub założenie gotowego specjalistycznego opatrunku pod kołnierz rurki tracheostomijnej	1	0
	13.	Wymiana tasiemki stabilizującej rurkę tracheostomijną	1	0
	14.	Sprawdzenie wypełnienia mankietu oraz uszczelnienia rurki*	1	0
Etap porządkowania	15.	Uporządkowanie zestawu, otoczenia po zabiegu, dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	16.	Zdjęcie jałowych rękawic	1	0
	17.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	18.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 18 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 13			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 3, 6, 8, 11, 14, 17, 18,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 18 pkt.

SKALA OCENY:

- 18 pkt. – bardzo dobry
- 17 pkt. – ponad dobry
- 16 pkt. – dobry
- 15 pkt. – dość dobry
- 14–13 pkt. – dostateczny
- poniżej 13 pkt. – niedostateczny

Czynności w zakresie usprawniania wydalania

72. Technika podawania kaczki

HALINA KULIK, MARIOLA CZAJKOWSKA

Pacjent, Z.N., lat 89, przebywa w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. Wymaga pomocy w zaspokajaniu potrzeb. Sygnalizuje potrzebę oddania moczu.

Polecenie: przygotuj zestaw i podaj pacjentowi kaczkę.

Niezbędny sprzęt:

- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- papier toaletowy,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- mydło,
- krem ochronny na skórę,
- kaczka,
- miska z ciepłą wodą,
- parawan,
- dokumentacja pacjenta.

Technika podawania kaczki (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem dotyczącym wykonania zadania (lub wykonywanie zadania w ramach pełnionej roli zawodowej)	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji pacjenta, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania*	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	5.	Sprawdzenie/wybór miejsca wykonania zadania: <ul style="list-style-type: none">• zapewnienie właściwych warunków otoczenia,• zapewnienie intymności i spokoju,• jeżeli to możliwe, wyproszenie pozostałych chorych na czas defekacji z sali*	1	0
	6.	Udzielenie informacji dotyczących zachowania się podczas zabiegu, ustalenie zakresu współpracy z pacjentem	1	0
	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0

Technika podawania kaczki (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	9.	Oślonięcie łóżka parawanem. Przygotowanie łóżka - podłożenie podkładu jednorazowego*	1	0
	10.	Pomoc pacjentowi w zdjęciu spodni od piżamy poniżej kolan lub podsunięciu koszuli ku górze.	1	0
	11.	Podanie kaczki: <ul style="list-style-type: none"> • chory samodzielny: pozostawienie kaczki wraz z papierem toaletowym w zasięgu ręki pacjenta; • chory nie może samodzielnie korzystać z kaczki: <ul style="list-style-type: none"> » pomoc pacjentowi w ugięciu nóg w stawach biodrowych i kolanowych oraz w rozstawieniu stóp, » u mężczyzn włożenie prącia do otworu kaczki oraz podsunięcie jej bliżej krocza* 	1	0
	12.	Przykrycie pacjenta	1	0
	13.	Zdjęcie rękawiczek, przeprowadzenie higieny rąk	1	0
	14.	Poinformowanie pacjenta o miejscu pozostawienia papieru toaletowego lub dzwonka umożliwiającego przywołanie pielęgniarki*	1	0
	15.	Po zgłoszeniu przez pacjenta oddania moczu założenie rękawiczek jednorazowych niejałowych	1	0
	16.	Wyjęcie kaczki po opróżnieniu pęcherza moczowego	1	0
	17.	Wykonanie toalety okolicy krocza, wyjęcie podkładu*	1	0
	18.	Założenie spodni lub zsuniecie koszuli	1	0
Etap porządkowania	19.	Segregacja odpadów medycznych, uporządkowanie sprzętu	1	0
	20.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	21.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	22.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 22 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 15			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 3, 5, 7, 9, 11, 14, 17, 21, 22,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 22 pkt.

SKALA OCENY:

- 22–21 pkt. – bardzo dobry
- 20–19 pkt. – ponad dobry
- 18–17 pkt. – dobry
- 16 pkt. – dość dobry
- 15 pkt. – dostateczny
- poniżej 15 pkt. – niedostateczny

73. Technika podawania basenu

HALINA KULIK, MARIOLA CZAJKOWSKA,
KATARZYNA AUGUSTYNIUK

Pacjent, Z.N., lat 89, przebywa w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. Wymaga pomocy w zaspokajaniu potrzeb. Sygnalizuje potrzebę oddania stolca.

Polecenie: przygotuj zestaw i podaj pacjentowi basen.

Niezbędny sprzęt:

- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- podkład jednorazowy chłonny,
- papier toaletowy,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- mydło,
- krem ochronny na skórę,
- basen,
- miska z ciepłą wodą,
- parawan,
- pojemnik/worek na odpady medyczne,
- dokumentacja pacjenta.

Technika podawania basenu (czas wykonania: 10–20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem dotyczącym wykonania zadania (lub wykonywanie zadania w ramach pełnionej roli zawodowej)	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji pacjenta, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu i stanowiska*	1	0
	5.	Sprawdzenie/wybór miejsca wykonania zadania: • zapewnienie właściwych warunków otoczenia, • zapewnienie intymności i spokoju, • jeżeli to możliwe, wyproszenie pozostałych chorych na czas defekacji z sali*	1	0
	6.	Udzielenie informacji dotyczących zachowania się podczas zabiegu, ustalenie zakresu współpracy z pacjentem	1	0
	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0

		Technika podawania basenu (czas wykonania: 10–20 min)	Ocena punktowa	
Etap wykonania	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	9.	Oslonięcie łóżka parawanem. Przygotowanie łóżka – odkrycie kołdry, podłożenie podkładu jednorazowego chłonnego	1	0
	10.	Pomoc pacjentowi w zdjęciu spodni od piżamy lub podsunięciu koszuli ku górze	1	0
	11.	Odłożenie pokrywy basenu na zawieszeniu łóżka (przeznaczonym specjalnie dla basenów) lub wsunięcie jej pod materac w nogach łóżka	1	0
	12.	<p>Podłożenie basenu (z uwzględnieniem stanu pacjenta):</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjent samodzielnie podnosi pośladki – poproszenie pacjenta o zgięcie kończyn dolnych w stawach kolanowych i biodrowych, ułożenie basenu pomiędzy udami chorego, a następnie poproszenie pacjenta o uniesienie pośladków do góry z jednoczesnym mocnym zaparciem się stopami o materac i wsunięcie basenu pod pośladki; • pacjent nie jest w stanie podnieść pośladków samodzielnie – podłożenie pacjentowi basenu z wykorzystaniem ułożenia pacjenta w pozycji „na boku” – zgięcie pacjentowi kończyny dolnej dalszej w stawie kolanowym i oparcie stopy na materacu, następnie kończyny dolnej bliższej; położenie na materacu przy biodrze dalszym pacjenta zwiniętego w wałek ręcznika; uchwycenie pacjenta za bark i biodro dalsze, uniesienie boku pacjenta do góry i podłożenie wzdłuż biodra pacjenta zwiniętego ręcznika, ułożenie pacjenta z powrotem na łóżku; uchwycenie pacjenta za bark i biodro bliższe, uniesienie boku pacjenta do góry i podłożenie basenu, ułożenie pacjenta na wznak z podłożonym basenem* 	1	0
	13.	Poinformowanie pacjenta o miejscu pozostawienia papieru toaletowego i/lub dzwonka umożliwiającego przywołanie pielęgniarki, przykrycie pacjenta*	1	0
	14.	Zdjęcie rękawiczek, przeprowadzenie higieny rąk	1	0
	15.	<p>Po zgłoszeniu przez pacjenta wypróżnienia wykonanie higieny rąk, założenie rękawiczek jednorazowych niejałowych i wyjęcie basenu (z uwzględnieniem stanu pacjenta):</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjent samodzielnie podnosi pośladki – poproszenie pacjenta o uniesienie bioder do góry; wyjęcie basenu i ułożenie pacjenta na podkładzie; przykrycie basenu pokrywą i odstawienie go; ułożenie pacjenta na boku dalszym • pacjent nie jest w stanie podnieść pośladków samodzielnie – zgięcie pacjentowi kończyny dolnej dalszej w stawie kolanowym i oparcie stopy na materacu, następnie kończyny dolnej bliższej; uchwycenie pacjenta za bark i biodro dalsze, uniesienie boku pacjenta do góry i wyjęcie ułożonego tam zwiniętego ręcznika, ułożenie pacjenta ponownie na łóżku; uchwycenie pacjenta za bark i biodro bliższe, uniesienie boku pacjenta jedną ręką, a drugą wyjęcie spod pośladków basenu; ułożenie pacjenta na podkładzie; przykrycie basenu pokrywą i odstawienie go; ułożenie pacjenta na boku dalszym* 	1	0

Technika podawania basenu (czas wykonania: 10–20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	16.	Podmycie pacjenta	1	0
	17.	Usunięcie jednorazowego podkładu chłonnego i umieszczenie go w pojemniku/worku na odpady medyczne	1	0
	18.	Założenie pacjentowi spodni od piżamy / wyrównanie koszuli. Poprawienie pościeli na łóżku pacjenta*	1	0
Etap porządkowania	19.	Segregacja odpadów medycznych, uporządkowanie sprzętu	1	0
	20.	Wywietrzenie sali	1	0
	21.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	22.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	23.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 23 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 16			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 3, 4, 5, 7, 12, 13, 15, 18, 22, 23,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 23 pkt.

SKALA OCENY:

- 23–22 pkt. – bardzo dobry
- 21–20 pkt. – ponad dobry
- 19–18 pkt. – dobry
- 17 pkt. – dość dobry
- 16 pkt. – dostateczny
- poniżej 16 pkt. – niedostateczny

74. Technika założenia cewnika do pęcherza moczowego u mężczyzny

MARZANNA STANISŁAWSKA, SYLWIA WIEDER-HUSZLA,
KATARZYNA AUGUSTYNIUK

Mężczyzna, lat 58, przyjęty na szpitalny oddział ratunkowy po omdleniu. Obecnie pacjent z zaburzeniami świadomości, podśypiający, skarży się na bóle brzucha, nudności i wymioty. Z wywiadu z rodziną uzyskano informację, że chory od 4 lat jest leczony insuliną. W chwili przyjęcia ciśnienie tętnicze krwi wynosiło 90/60 mmHg, tętno 100/min. W badaniu klinicznym wykazano cechy odwodnienia. Ponadto stwierdzono silną bolesność uciskową w podbrzuszu i stłumiony odgłos opukowy w rzucie pęcherza moczowego. Z powodu anurii zlecono założenie cewnika Foleya do pęcherza moczowego w celu odbarczenia zalegającego moczu.

Polecenie: załóż pacjentowi cewnik na stałe.

Niezbędny sprzęt:

- miejsce do dezynfekcji rąk,
- środek do dezynfekcji rąk,
- środek do dezynfekcji powierzchni,
- taca,
- miska nerkowata,
- jałowy zestaw do założenia cewnika na stałe (serweta/podkład, serweta z nacięciem, 2 cewniki Foleya – CH 12, worek na mocz, narzędzie chwytne, np. pęseta, jałowe gaziki),
- wieszak do założenia na ramię łóżka worka na mocz,
- roztwór NaCl 0,9% lub antyseptyczny środek do błon śluzowych,
- Aqua pro injectione,
- jałowy lubrykant do znieczulenia w żelu, np. Instillagel lub Lignokaina do cewnikowania,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- jałowe rękawice,
- jałowa strzykawka 20 ml,
- igła iniekcyjna do zabezpieczenia strzykawki,
- pojemnik twardościenny,
- kosz do segregacji odpadów medycznych,
- parawan.

Technika założenia cewnika do pęcherza moczowego u mężczyzny (czas wykonania: 15–20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu, zapewnienie dobrego oświetlenia*	1	0
	3.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	4.	Zapewnienie intymności pacjentowi*	1	0
	5.	Przygotowanie sprzętu (zestawu do cewnikowania)* oraz: <ul style="list-style-type: none"> • nabranie do strzykawki jałowej Aqua pro injectione do „uszczelnienia balonu”, zabezpieczenie strzykawki jałową igłą zabezpieczoną osłonką, • przygotowanie środka znieczulająco-poślizgowego, np. Lignokaina (jeżeli w zestawie do cewnikowania nie ma jałowego lubrykantu znieczulającego) 	1	0
	6.	Ułożenie pacjenta w pozycji płaskiej na plecach, z lekko rozsuniętymi nogami	1	0
	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO* oraz założenie jednorazowych niejałowych rękawiczek	1	0
Etap wykonania	8.	Wybranie miejsca rozłożenia/przygotowania jałowego podkładu i zestawu do cewnikowania (dwie możliwości): <ul style="list-style-type: none"> • z wykorzystaniem stolika typu Mayo (wcześniej zdezynfekowana powierzchnia stolika), • na udach pacjenta. Podkład, niezależnie od miejsca, w którym będzie rozłożony, powinien być trzymany za zewnętrzne brzegi w taki sposób, aby nie zainfekować jego środkowej powierzchni. Umieszczenie na podkładzie w sposób jałowy sterylnego zestawu do cewnikowania (cewnik, worek na mocz, narzędzia chwytne, gaziki, lubrykant)	1	0
	9.	Odlanie szerokim strumieniem niewielkiej ilości NaCl 0,9% / Aqua pro injectione / płynu antyseptycznego do błon śluzowych z butelki do miski nerkowatej, a następnie spłukaną stroną wylotu butelki polanie jałowych gazików umieszczonych na jałowej serwecie. Jeżeli nie dysponujemy jałowym lubrykaniem, nałożenie (w ten sam sposób) na końcówkę cewnika znajdującego się na jałowym podkładzie środka znieczulająco-poślizgowego (Lignokaina) tak, aby końcówką opakowania preparatu nie dotknąć cewnika, opcjonalnie środek znieczulająco-poślizgowy można nanieść na jałowy podkład*	1	0
	10.	Podłożenie pod prącie jałowej serwety z nacięciem (szczególnie, gdy cewnikujemy z wykorzystaniem stolika bocznego). Umieszczenie na bliższym brzegu materaca miski nerkowatej oraz przygotowanej wcześniej strzykawki z Aqua pro injectione	1	0

Technika założenia cewnika do pęcherza moczowego u mężczyzny (czas wykonania: 15–20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	11.	Zdjęcie rękawiczek jednorazowych, dezynfekcja rąk i założenie jałowych rękawic*	1	0
	12.	Połączenie cewnika z workiem na mocz tak, aby nie zainfekować końcówki cewnika	1	0
	13.	Uchwycenie prącia dłonią niedominującą, zsunięcie kciukiem i palcem wskazującym skóry napletka (jeżeli pacjent go ma) aż do rowka żołądźci. Zdezynfekowanie w trzech ruchach: ujścia zewnętrznego cewki moczowej, żołądźci i rowka zażołądźnego – dominującą ręką przy użyciu jałowej pęsety i jałowych gazików (każdy ruch z użyciem nowego gazika, zużyte gaziki odrzucane są do miski nerkowatej). Odrzucenie pęsety do miski nerkowatej*	1	0
	14.	Dominującą ręką nałożenie na końcówkę cewnika umieszczonego na jałowym podkładzie środka znieczulająco-poślizgowego oraz wprowadzenie go do ujścia zewnętrznego cewki moczowej*	1	0
	15.	Ustawienie prącia w pozycji pionowej do poziomu ciała i przy użyciu dłoni dominującej wprowadzanie cewnika na głębokość ok. 12–15 cm, do momentu wycucia oporu*	1	0
	16.	Ustawienie prącia równoległe do ciała pacjenta i polecenie pacjentowi głębokiego oddychania. Wprowadzanie cewnika do momentu pojawienia się moczu	1	0
	17.	Dominującą ręką uchwycenie strzykawki i zsunięcie igły zabezpieczonej osłonką kciukiem, następnie wypełnienie balonu Aqua pro injectione przez wentyl wpustowy cewnika (5–15 ml w zależności od typu cewnika). Delikatne wycofanie cewnika do momentu wycucia oporu	1	0
	18.	Usunięcie z ujścia zewnętrznego cewki moczowej nadmiaru środka poślizgowo-znieczulającego oraz nasunięcie na żołądź prącia zsuniętego napletka	1	0
	19.	Zawieszenie worka na wieszaku i umocowanie go do łóżka poniżej poziomu pęcherza moczowego. Jeżeli pacjent może się poruszać – umocowanie worka do uda, aby nie utrudniał chodzenia. Wygodne ułożenie chorego	1	0

Technika założenia cewnika do pęcherza moczowego u mężczyzny (czas wykonania: 15–20 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	20.	Uporządkowanie i segregacja sprzętu	1	0
	21.	Zdjęcie rękawiczek i umieszczenie w pojemniku na odpady	1	0
	22.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	23.	Udokumentowanie wykonania zabiegu i jego skuteczności*	1	0
Suma punktów			Max. 23 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 16			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 22, 23,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona
- max. 23 pkt.

SKALA OCENY:

- 23 pkt. – bardzo dobry
- 22 pkt. – ponad dobry
- 21–20 pkt. – dobry
- 19–18 pkt. – dość dobry
- 17–16 pkt. – dostateczny
- poniżej 16 pkt. – niedostateczny

75. Technika założenia cewnika do pęcherza moczowego u kobiety

SYLWIA WIEDER-HUSZLA, MARZANNA STANISŁAWSKA,
KATARZYNA AUGUSTYNIUK

Pacjentka, lat 68, kontaktowa, po przeszczepie nerki 2 lata temu, przyjęta w stanie ciężkim na oddział internistyczny. W chwili przyjęcia występuje duszność wysiłkowa, duże osłabienie, nudności i wymioty, podwyższona temperatura ciała – 39,4°C oraz niestabilne wartości ciśnienia tętniczego. Pacjentka skarży się na trudności w oddawaniu moczu oraz ból podbrzusza od kilku dni. Kobieta bardzo zaniepokojona swoim stanem zdrowia. Zlecono założenie cewnika na stałe, monitorowanie parametrów życiowych oraz prowadzenie bilansu płynów. Pacjentka w trakcie diagnozowania.

Polecenie: załóż pacjentce cewnik na stałe.

Niezbędny sprzęt:

- miejsce do dezynfekcji rąk,
- środek do dezynfekcji rąk,
- taca,
- miska nerkowata,
- (opcjonalnie) sprzęt potrzebny do wykonania toalety krocza (miska, basen, dzbanek, ciepła woda, środek do higieny intymnej / mydło, myjka, ręcznik, podkład),
- jałowy zestaw do założenia cewnika na stałe (serweta/podkład, 2 cewniki Foleya – CH 14, worek na mocz, narzędzie chwytne, np. pęseta, jałowe gaziki),
- wieszak do założenia na ramie łóżka worka na mocz,
- roztwór NaCl 0,9% lub antyseptyczny środek do śluzówek,
- Aqua pro injectione,
- jałowy lubrykant do znieczulenia w żelu, np. Instillagel lub Lignokaina do cewnikowania,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- jałowe rękawice,
- jałowa strzykawka 20 ml,
- igła iniekcyjna do zabezpieczenia strzykawki,
- pojemnik twardościenny,
- kosz do segregacji odpadów medycznych,
- parawan.

Technika założenia cewnika do pęcherza moczowego u kobiety (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu, zapewnienie dobrego oświetlenia*	1	0
	3.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	4.	Zapewnienie intymności pacjentce*	1	0
	5.	Przygotowanie sprzętu (zestawu do cewnikowania)* oraz: <ul style="list-style-type: none"> • nabranie do strzykawki jałowej Aqua pro injectione do „uszczelnienia balonu”, zabezpieczenie strzykawki jałową igłą zabezpieczoną osłonką, • przygotowanie środka znieczulająco-poślizgowego, np. Lignokaina (jeżeli w zestawie do cewnikowania nie ma jałowego lubrykantu znieczulającego), • wykonanie toalety krocza u pacjentki z ograniczeniami w zakresie czynności samoobsługowych lub poproszenie pacjentki o wykonanie toalety krocza 	1	0
	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO* oraz założenie jednorazowych niejałowych rękawiczek	1	0
	7.	Ułożenie pacjentki w pozycji płaskiej na plecach, z uniesieniem pośladków na małej poduszce lub zwiniętym ręczniku, kończynami dolnymi zgiętymi w stawach kolanowych i biodrowych, z odwiedzionymi na boki udami i rozstawionymi stopami	1	0
	8.	Wykonanie tzw. budki z kołdry i osłonięcie okolicy krocza	1	0
Etap wykonania	9.	Położenie jednorazowej serwety jałowej / jednorazowego podkładu jałowego między udami pacjentki; podkład powinien być trzymany za zewnętrzne brzegi w taki sposób, aby nie zainfekować jego górnej powierzchni	1	0
	10.	Umieszczenie w sposób jałowy sterylnego zestawu do cewnikowania: cewnik, worek na mocz, narzędzie chwytne, gaziki, środek poślizgowo-znieczulający (opcjonalnie) na jałowym polu	1	0
	11.	Odlanie szerokim strumieniem niewielkiej ilości NaCl 0,9% / Aqua pro injectione / płynu antyseptycznego do błon śluzowych z butelki do miski nerkowatej, a następnie spłukaną stroną wylotu butelki polanie jałowych gazików umieszczonych na jałowej serwecie. Jeżeli nie dysponujemy jałowym ubrykantem, nałożenie (w ten sam sposób) na końcówkę cewnika znajdującego się na jałowym podkładzie środka znieczulająco-poślizgowego (Lignokaina) tak, aby końcówką opakowania preparatu nie dotknąć cewnika, opcjonalnie środek znieczulająco-poślizgowy można nanieść na jałowy podkład*	1	0

Technika założenia cewnika do pęcherza moczowego u kobiety (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	12.	Ułożenie na łóżku obok jałowej serwety / jałowego podkładu tacy z miską nerkowatą, przygotowaną wcześniej strzykawką z Aqua pro injectione oraz pojemnika twarodościenego	1	0
	13.	Zdjęcie rękawiczek jednorazowych, dezynfekcja rąk i założenie jałowych rękawic*	1	0
	14.	Połączenie cewnika z workiem na mocz tak, aby nie zainfekować końcówki cewnika	1	0
	15.	Rozchylenie niedominującą ręką (kciukiem i palcem wskazującym) warg sromowych, podciągnięcie tkanek lekko ku górze. Dominującą ręką uchwycenie pęsety, za pomocą której chwytemy gaziki, którymi przemywamy okolice krocza z zachowaniem kierunku od spojenia łonowego do odbytu (od góry do dołu). Przemycie osobnymi gazikami: <ul style="list-style-type: none"> • gazik 1 – ujście zewnętrzne cewki moczowej, • gaziki 2 i 3 – wargi sromowe mniejsze, • gaziki 4 i 5 – wargi sromowe większe. Każdym gazikiem wykonujemy jeden ruch i wyrzucamy go po użyciu do miski nerkowatej	1	0
	16.	Odrzucenie pęsety do miski nerkowatej tak, aby nie zainfekować rękawiczki na dominującej ręce	1	0
	17.	Uchwycenie cewnika dominującą ręką ok. 5–6,5 cm od końca zaokrąglonego i wprowadzenie go ruchem półobrotowym przez ujście zewnętrzne cewki moczowej na głębokość ok. 5–6,5 cm przy rozchylonych i utrzymywanych niedominującą ręką wargach sromowych. Polecenie pacjentce wykonania głębokiego wdechu i odwrócenie uwagi rozmową do momentu pojawienia się moczu*. Jeżeli wcześniej na cewnik nie był nałożony żel znieczulająco-poślizgowy, to przed wprowadzeniem cewnika do cewki należy nałożyć na niego jałowy lubrykant do znieczulenia	1	0
	18.	W chwili pojawienia się moczu wsunięcie cewnika głębiej ok. 1,5–2,5 cm*	1	0
	19.	W przypadku wprowadzenia cewnika do pochwy i braku moczu usunięcie nieprawidłowo założonego cewnika. Podjęcie próby założenia nowego, jałowego cewnika do pęcherza moczowego	1	0
	20.	Przesunięcie palców niedominującej ręki z warg sromowych na drugi koniec (obwodowy) cewnika połączonego z workiem na mocz, aby go przytrzymać	1	0
	21.	Dominującą ręką uchwycenie strzykawki i zsunięcie igły zabezpieczonej osłonką kciukiem do pojemnika na sprzęt ostry, następnie wypełnienie balona Aqua pro injectione przez wentyl wpustowy cewnika (5–15 ml w zależności od typu cewnika)	1	0
	22.	Delikatne wycofanie cewnika do momentu wyczucia oporu	1	0
	23.	Zawieszenie worka na specjalnym wieszaku lub umocowanie go do łóżka poniżej poziomu pęcherza moczowego	1	0
	24.	Wygodne ułożenie chorej	1	0

Technika założenia cewnika do pęcherza moczowego u kobiety (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	25.	Uporządkowanie i segregacja sprzętu	1	0
	26.	Zdjęcie rękawiczek i umieszczenie w pojemniku na odpady	1	0
	27.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	28.	Udokumentowanie wykonania zabiegu i jego skuteczności*	1	0
Suma punktów			Max. 28 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 20			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 6, 11, 13, 17, 18, 27, 28,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 28 pkt.

SKALA OCENY:

- 28–26 pkt. – bardzo dobry
- 25 pkt. – ponad dobry
- 24–23 pkt. – dobry
- 22 pkt. – dość dobry
- 21–20 pkt. – dostateczny
- poniżej 20 pkt. – niedostateczny

76. Technika płukania pęcherza moczowego

MARZANNA STANISŁAWSKA, KATARZYNA AUGUSTYNIUK,
SYLWIA WIEDER-HUSZLA

Pacjentka, lat 54, przyjęta na oddział ginekologii w celu planowego leczenia operacyjnego. W toku prowadzonej diagnostyki przedoperacyjnej zwrócono uwagę na nieprawidłowe parametry badania ogólnego moczu, ponadto pacjentka zgłosiła nagły ból o charakterze kolkowym w okolicy miednicy oraz pojawienie się krwistego moczu. Pacjentka odbyła konsultację urologiczną, w wyniku której zlecono założenie cewnika Foleya i przepłukanie pęcherza moczowego roztworem NaCl 0,9% w ilości 0,5 l metodą otwartą.

Polecenie: załóż pacjentce cewnik w celu płukania pęcherza moczowego.

Niezbędny sprzęt:

- miejsce do dezynfekcji rąk,
- środek do dezynfekcji rąk,
- taca,
- miska nerkowata,
- (opcjonalnie) sprzęt potrzebny do wykonania toalety krocza (miska, basen, dzbanek, ciepła woda, środek do higieny intymnej / mydło, myjka, ręcznik, podkład),
- jałowy zestaw do założenia cewnika na stałe (serweta/podkład, 2 cewniki Foleya – CH 14–16, narzędzie chwytne, np. pęseta, jałowe gaziki),
- roztwór NaCl 0,9% lub antyseptyczny środek do śluzówek,
- Aqua pro injectione,
- roztwór NaCl 0,9% w ilości zleconej przez lekarza (temperatura 30°C),
- miska z ciepłą wodą do podgrzania roztworu NaCl,
- termometr do pomiaru temperatury roztworu,
- strzykawka typu Janeta,
- jałowa miska nerkowata (duża) na mocz,
- nakładka/aplikator do pobierania płynów z butelki, np. Mini-Spike,
- słoik na mocz,
- (opcjonalnie) zacisk na cewnik,
- jałowy lubrykant do znieczulenia w żelu, np. Instillagel lub Lignokaina do cewnikowania,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- jałowe rękawice,
- jałowa strzykawka 20 ml,
- igła iniekcyjna do zabezpieczenia strzykawki,
- pojemnik twardościenny,
- kosz do segregacji odpadów medycznych,
- parawan.

Technika płukania pęcherza moczowego (metoda otwarta) (czas wykonania: 20–25 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu, zapewnienie dobrego oświetlenia, poproszenie, aby pacjentka oddała mocz do toalety lub na basen*	1	0
	3.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	4.	Zapewnienie intymności pacjentce*	1	0
	5.	Przygotowanie sprzętu (zestawu do cewnikowania)* oraz: <ul style="list-style-type: none"> • nabranie do jałowej strzykawki Aqua pro injectione do „uszczelnienia balonu”, zabezpieczenie strzykawki jałową igłą zabezpieczoną osłonką, • przygotowanie środka znieczulająco-poślizgowego, np. Lignokaina (jeżeli w zestawie do cewnikowania nie ma jałowego lubrykantu znieczulającego), • przygotowanie roztworu NaCl 0,9% zgodnie ze zleceniem lekarskim (NaCl 0,9% – temperatura 30°C, sprawdzona termometrem), • wykonanie toalety krocza u pacjentki z ograniczeniami w zakresie czynności samoobsługowych lub poproszenie pacjentki o wykonanie toalety krocza 	1	0
	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO* oraz założenie jednorazowych niejałowych rękawiczek	1	0
	7.	Ułożenie pacjentki w pozycji płaskiej na plecach, z uniesieniem pośladków na małej poduszce lub zwiniętym ręczniku, kończynami dolnymi zgiętymi w stawach kolanowych i biodrowych, z odwiedzionymi na boki udami i rozstawionymi stopami	1	0
	8.	Wykonanie tzw. budki z kołdry i osłonięcie okolicy krocza	1	0
Etap wykonania	9.	Położenie jednorazowej serwety jałowej / jednorazowego podkładu jałowego między udami pacjentki, podkład powinien być trzymany za zewnętrzne brzegi w taki sposób, aby nie zainfekować jego górnej powierzchni	1	0
	10.	Umieszczenie w sposób jałowy na jałowym polu sterylnego zestawu do cewnikowania: cewnika, narzędzia chwytneho, gazików, środka poślizgowo-znieczulającego (opcjonalnie), dużej miski nerkowatej oraz zacisku na cewnik (opcjonalnie)	1	0
	11.	Odlanie szerokim strumieniem niewielkiej ilości NaCl 0,9% / Aqua pro injectione / płynu antyseptycznego do błon śluzowych z butelki do miski nerkowatej, a następnie spłukaną stroną wylotu butelki polanie jałowych gazików umieszczonych na jałowej serwecie. Jeżeli nie dysponujemy jałowym lubrykantem, nałożenie (w ten sam sposób) na końcówkę cewnika znajdującego się na jałowym podkładzie środka znieczulająco-poślizgowego (Lignokaina) tak, aby końcówką opakowania preparatu nie dotknąć cewnika	1	0

Technika płukania pęcherza moczowego (metoda otwarta) (czas wykonania: 20–25 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	12.	Ułożenie na łóżku obok jałowej serwety / jałowego podkładu tacy z: miską nerkowatą, przygotowaną wcześniej strzykawką z Aqua pro injectione, strzykawką do odbarczenia Aqua pro injectione z balona, podgrzanego roztworu NaCl 0,9% (butelka nakłuta aplikatorem), strzykawki typu Janeta oraz pojemnika twardościennego	1	0
	13.	Zdjęcie rękawiczek jednorazowych, dezynfekcja rąk i założenie jałowych rękawic*	1	0
	14.	Rozchylenie niedominującą ręką (kciukiem i palcem wskazującym) warg sromowych, podciągnięcie tkanek lekko ku górze. Dominującą ręką uchwycenie pęsety, za pomocą której chwytamy gaziki, którymi przemywamy okolice krocza z zachowaniem kierunku od spojenia łonowego do odbytu (od góry do dołu). Przemycie osobnymi gazikami: <ul style="list-style-type: none"> • gazik 1 – ujście zewnętrzne cewki moczowej, • gaziki 2 i 3 – wargi sromowe mniejsze, • gaziki 4 i 5 – wargi sromowe większe. Każdym gazikiem wykonujemy jeden ruch i wyrzucamy go po użyciu do miski nerkowatej	1	0
	15.	Odrzucenie pęsety do miski nerkowatej tak, aby nie zainfekować rękawiczki na dominującej ręce	1	0
	16.	Uchwycenie cewnika dominującą ręką ok. 5–6,5 cm od końca zaokrąglonego i wprowadzenie go ruchem półobrotowym przez ujście zewnętrzne cewki moczowej na głębokość ok. 5–6,5 cm przy rozchylonych i utrzymywanych niedominującą ręką wargach sromowych. Polecenie pacjentce wykonanie głębokiego wdechu i odwrócenie uwagi rozmową do momentu pojawienia się moczu*. Jeżeli wcześniej na cewnik nie był nałożony żel znieczulająco-poślizgowy, to przed wprowadzeniem cewnika do cewki należy nałożyć na niego jałowy lubrykant do znieczulenia	1	0
	17.	W chwili pojawienia się moczu podłożenie miski nerkowatej w okolicę krocza i wsunięcie cewnika głębiej ok. 1,5–2,5 cm*	1	0
	18.	W przypadku wprowadzenia cewnika do pochwy i braku moczu usunięcie nieprawidłowo założonego cewnika. Podjęcie próby założenia nowego, jałowego cewnika do pęcherza moczowego	1	0
	19.	Dominującą ręką uchwycenie strzykawki i zsunięcie igły zabezpieczonej osłonką kciukiem do pojemnika na sprzęt ostry, następnie wypelnienie balona Aqua pro injectione przez wentyl wpułstowy cewnika (5–15 ml w zależności od typu cewnika)	1	0
	20.	Wprowadzenie końca cewnika do miski nerkowatej oraz odbarczenie pęcherza moczowego z zalegającego moczu, jeżeli pacjentka wcześniej nie oddała moczu*	1	0
	21.	Pobranie z przygotowanej butelki roztworu NaCl oraz połączenie strzykawki z cewnikiem i powolne podanie w porcjach zleconego płynu (porcja pierwsza powinna stanowić 30–50 ml)*	1	0

Technika płukania pęcherza moczowego (metoda otwarta) (czas wykonania: 20–25 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	22.	Wypuszczenie wraz z kontrolą do miski nerkowatej wprowadzonego płynu, a następnie odlewanie go do słoja na mocz, powtarzanie czynności do momentu podania zleconej ilości roztworu*. Po podaniu porcji płynu można na cewnik założyć zacisk, następnie odczekać 5–10 min, po czym zdjąć zacisk i wypuścić płyn z pęcherza do nerki	1	0
	23.	Odciągnięcie Aqua pro injectione z balona zabezpieczającego cewnik oraz usunięcie go	1	0
	24.	Wygodne ułożenie chorej	1	0
Etap porządkowania	25.	Uporządkowanie i segregacja sprzętu	1	0
	26.	Zdjęcie rękawiczek i umieszczenie w pojemniku na odpady	1	0
	27.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	28.	Udokumentowanie wykonania zabiegu i jego skuteczności*	1	0
Suma punktów			Max. 28 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 20			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 6, 13, 16, 17, 20, 21, 22, 27, 28,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 28 pkt.

SKALA OCENY:

- 28–26 pkt. – bardzo dobry
- 25 pkt. – ponad dobry
- 24–23 pkt. – dobry
- 22 pkt. – dość dobry
- 21–20 pkt. – dostateczny
- poniżej 20 pkt. – niedostateczny

77. Technika zmiany worka stomijnego jednoczęściowego

JOLANTA GLIŃSKA, MAŁGORZATA LEWANDOWSKA,
RENATA MILLER, MAŁGORZATA PAWLACZYK

Pacjent, L.K., lat 72, hospitalizowany na oddziale chirurgii kolorektalnej. Podczas zabiegu operacyjnego wyłoniono stomię jelitową. Pacjent leżący, nie posiada umiejętności wymiany worka stomijnego, wymaga pomocy i edukacji w tym zakresie.

Polecenie: wykonaj zmianę worka stomijnego oraz wyedukuj pacjenta w zakresie jego zmiany.

Niezbędny sprzęt:

- łagodne mydło (pH 5,5),
- ciepła woda,
- materiał do zmywania skóry wokół stomii, np. specjalne chusteczki do zmywania, gaza, miękki ręcznik, gaziki lub pianka do zmywania skóry wokół stomii,
- miarka,
- delikatny materiał do osuszania skóry wokół stomii, np. bawełniany/papierowy ręcznik, miękki papier toaletowy / gazik,
- pojemnik do segregacji odpadów,
- małe lustro,
- sprzęt stomijny (system jednoczęściowy) i wszystkie potrzebne akcesoria w razie konieczności (np. gaziki, pasty uszczelniająco-gojące, puder),
- nożyczki stomijne,
- podkład jednorazowy,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- broszury, informatory i inne materiały edukacyjne.

Technika zmiany worka stomijnego jednoczęściowego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, edukacja pacjenta w zakresie pielęgnacji stomii, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu. Ocena bieżących możliwości psychofizycznych pacjenta w zakresie możliwości wykonywania wymiany worka oraz przyswajania wiedzy*	1	0

Technika zmiany worka stomijnego jednoczęściowego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	3.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	5.	Zapewnienie intymności	1	0
	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	7.	Założenie rękawic jednorazowych	1	0
Etap wykonania	8.	Ułożenie pacjenta w dogodnej pozycji – ustalenie pozycji ciała w trakcie wymiany worka stomijnego; pomoc w przyjęciu wybranej pozycji	1	0
	9.	Zabezpieczenie łóżka i bielizny podkładem jednorazowym	1	0
	10.	Odślonięcie powłok brzusznych; udostępnienie pacjentowi lusterka w celu uwidocznienia stomii	1	0
	11.	Opróżnienie worka stomijnego; odklejenie płynnym ruchem zużytego worka z jednoczesnym przytrzymaniem palcami skóry w pobliżu przylepca – od górnej krawędzi (ewentualne użycie gazików do zmywania skóry, zmywacza do skóry wokół stomii w celu rozpuszczenia pozostałości)	1	0
	12.	Zlepianie przylepca i wyrzucenie zużytego sprzętu do worka na odpady medyczne	1	0
	13.	Zmywanie skóry wokół stomii oraz samej stomii (śluzówki jelita)	1	0
	14.	Dokładne i delikatne osuszenie skóry oraz stomii – poprzez dotyk	1	0
	15.	Ocena stanu (kształtu, wielkości, wyglądu) stomii i skóry wokół stomii	1	0
	16.	Zmierzenie wielkości stomii – zgięcie miarki w pół, przyłożenie do stomii (od dołu), zaznaczenie średnicy przetoki*	1	0
	17.	Przeniesienie rozmiaru otworu na papier zabezpieczający część przylepną worka i wycięcie otworu wzdłuż narysowanej linii za pomocą specjalnie wyprofilowanych nożyczek (wycinać środkiem, nie czubkiem)	1	0
	18.	Przyłożenie worka samoprzylepnego do skóry w celu sprawdzenia wyciętego otworu	1	0
	19.	Wygładzenie palcami krawędzi wyciętego otworu	1	0
	20.	Przygotowanie powierzchni skóry do przyklejenia woreczka poprzez zastosowanie chusteczek/gazików z płynem ochronnym	1	0

Technika zmiany worka stomijnego jednoczęściowego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	21.	Sprawdzenie, czy nie występują nierówności skórne wokół stomii, jeśli takie występują – zastosowanie akcesoriów stomijnych	1	0
	22.	Przytrzymanie części worka z przylepcem przez chwilę w dłoniach w celu ogrzania. Usunięcie papieru zabezpieczającego	1	0
	23.	Złożenie przylepca worka na pół, klejącą powierzchnią na zewnątrz, w połowie jego wielkości i naklejanie przylepca worka od dołu tak, aby umieścić przetokę centralnie w wyciętym otworze (otwór przylepca wokół stomii) i przesuwanie dłoni ku górze	1	0
	24.	Wygładzanie palcem worka wokół stomii oraz sprawdzenie, czy nie ma zagięć pomiędzy skórą a przylepcem, czy brzegi przylepca są idealnie przyklejone, bez fałdów	1	0
	25.	Sprawdzenie szczelności przymocowania (jedną ręką przytrzymać górę worka, a drugą delikatnie pociągać worek w dół)*	1	0
	26.	Zdjęcie podkładu zabezpieczającego i wyrzucenie do odpadów medycznych	1	0
	27.	Ułożenie pacjenta w wygodnej pozycji. Przykrycie pacjenta	1	0
	28.	Przekazanie pacjentowi materiałów informacyjnych, np. broszur na temat sprzętu stomijnego, pielęgnacji stomii itp.	1	0
Etap porządkowania	29.	Uporządkowanie tacy/wózka, uporządkowane otoczenia pacjenta. Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych oraz dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	30.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	31.	Udokumentowanie wykonania zabiegu oraz ewentualnych patologii zaobserwowanych w trakcie wymiany worka*	1	0
Suma punktów			Max. 31 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 22			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 6, 16, 25, 30, 31,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 31 pkt.

SKALA OCENY:

- 31–30 pkt. – bardzo dobry
- 29–28 pkt. – ponad dobry
- 27–26 pkt. – dobry
- 25–24 pkt. – dość dobry
- 23–22 pkt. – dostateczny
- poniżej 22 pkt. – niedostateczny

78. Technika zmiany worka stomijnego dwuczęściowego

JOLANTA GLIŃSKA, MAŁGORZATA LEWANDOWSKA, RENATA MILLER,
MAŁGORZATA PAWLACZYK

Pacjent, L.K., lat 72, hospitalizowany na oddziale chirurgii kolorektalnej. Podczas zabiegu operacyjnego wyłoniono stomię jelitową. Pacjent leżący, nie posiada umiejętności wymiany worka stomijnego, wymaga pomocy i edukacji w tym zakresie.

Polecenie: wykonaj zmianę worka stomijnego.

Niezbędny sprzęt:

- łagodne mydło (pH 5,5),
- ciepła woda,
- materiał do zmywania skóry wokół stomii, np. gaza, miękki ręcznik, gaziki lub pianka do zmywania skóry wokół stomii,
- miarka,
- delikatny materiał do osuszania skóry wokół stomii, np. bawełniany/papierowy ręcznik, papier toaletowy / gazik,
- pojemnik do segregacji odpadów,
- małe lusterko,
- sprzęt stomijny (system dwuczęściowy) i wszystkie potrzebne akcesoria w razie konieczności (np. gaziki, pasty uszczelniająco-gojące, puder),
- nożyczki stomijne,
- podkład jednorazowy,
- rękawice jednorazowe niejałowe.

Technika zmiany worka stomijnego dwuczęściowego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu. Ocena bieżących możliwości psychofizycznych pacjenta w zakresie możliwości wykonywania wymiany worka oraz przyswajania wiedzy*	1	0
	3.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0

Technika zmiany worka stomijnego dwuczęściowego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	4.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	5.	Zapewnienie intymności	1	0
	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	7.	Założenie rękawic jednorazowych	1	0
Etap wykonania	8.	Ułożenie pacjenta w dogodnej pozycji – ustalenie pozycji ciała w trakcie wymiany worka stomijnego; pomoc w przyjęciu wybranej pozycji	1	0
	9.	Zabezpieczenie łóżka i bielizny podkładem jednorazowym	1	0
	10.	Odślonięcie powłok brzusznych. Udostępnienie pacjentowi lusterka w celu uwidocznienia miejsca stomii	1	0
	11.	Opróżnienie worka stomijnego. Odklejenie płynnym ruchem płytki z jednoczesnym przytrzymaniem palcami skóry w jej pobliżu – od górnej krawędzi (ewentualne użycie gazików lub pianki do zmywania skóry wokół stomii)	1	0
	12.	Zlepianie przylepca i wyrzucenie zużytego sprzętu do worka na odpady medyczne	1	0
	13.	Zmywanie skóry wokół stomii oraz samej stomii (śluzówki jelita)	1	0
	14.	Dokładne i delikatne osuszenie skóry oraz stomii – poprzez dotyk	1	0
	15.	Ocena stanu (kształtu, wielkości, wyglądu) stomii i skóry wokół stomii	1	0
	16.	Zmierzenie wielkości stomii – zgięcie miarki w pół, przyłożenie do stomii (od dołu), zaznaczenie średnicy przetoki*	1	0
	17.	Przeniesienie rozmiaru otworu na papier zabezpieczający część przylepną płytki i wycięcie otworu wzdłuż narysowanej linii za pomocą specjalnie wyprofilowanych nożyczek. Przyłożenie płytki do skóry w celu sprawdzenia wyciętego otworu	1	0
	18.	Przygotowanie powierzchni skóry do przyklejenia płytki poprzez zastosowanie chusteczek/gazików z płynem ochronnym	1	0
	19.	Sprawdzenie, czy nie występują nierówności skórne wokół stomii, jeśli takie występują – zastosowanie akcesoriów stomijnych, np. maści wyrównującej	1	0
	20.	Przytrzymanie części płytki z przylepcem przez chwilę w dłoniach w celu ogrzania. Usunięcie papieru zabezpieczającego	1	0
	21.	Naklejenie płytki od dołu tak, aby umieścić przetokę centralnie w wyciętym otworze (otwór przylepca wokół stomii) i przesuwanie dłoni ku górze	1	0

Technika zmiany worka stomijnego dwuczęściowego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	22.	Wygładzanie palcem płytki wokół stomii oraz sprawdzenie, czy nie ma zagięć pomiędzy skórą a płytką, czy brzegi przylepca są idealnie przyklejone, bez fałdów	1	0
	23.	Przymocowanie worka do płytki od dołu do góry (wciskanie pierścieni tak, aby było słyszalne kliknięcie). Dociśnięcie worka wzdłuż krawędzi łączenia	1	0
	24.	Sprawdzenie szczelności przymocowania (jedną ręką przytrzymywać płytkę, a drugą delikatnie pociągać worek w dół)*	1	0
	25.	Zdjęcie podkładu zabezpieczającego i wyrzucenie do odpadów medycznych	1	0
	26.	Ułożenie pacjenta w wygodnej pozycji. Przykrycie pacjenta	1	0
Etap porządkowania	27.	Uporządkowanie tacy/wózka, uporządkowanie otoczenia pacjenta. Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych oraz dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	28.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	29.	Udokumentowanie wykonania zabiegu oraz ewentualnych zmian wokół przetoki zaobserwowanych w trakcie wymiany worka*	1	0
Suma punktów			Max. 29 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 20			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 6, 16, 24, 28, 29,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 29 pkt.

SKALA OCENY:

- 29–28 pkt. – bardzo dobry
- 27–26 pkt. – ponad dobry
- 25–24 pkt. – dobry
- 23–22 pkt. – dość dobry
- 21–20 pkt. – dostateczny
- poniżej 20 pkt. – niedostateczny

79. Technika zmiany worka stomijnego za pomocą systemu synergicznego

JOLANTA GLIŃSKA, MAŁGORZATA LEWANDOWSKA, RENATA MILLER,
MAŁGORZATA PAWLACZYK

Pacjent, L.K., lat 72, hospitalizowany na oddziale chirurgii kolorektalnej. Podczas zabiegu operacyjnego wyłoniono stomię jelitową. Pacjent leżący, nie posiada umiejętności wymiany worka stomijnego, wymaga pomocy i edukacji w tym zakresie.

Polecenie: wykonaj zmianę worka stomijnego.

Niezbędny sprzęt:

- łagodne mydło (pH 5,5),
- ciepła woda,
- materiał do zmywania skóry wokół stomii, np. specjalne chusteczki do zmywania, gaza, miękki ręcznik, gaziki lub pianka do zmywania skóry wokół stomii,
- miarka,
- delikatny materiał do osuszania skóry wokół stomii, np. bawełniany lub papierowy ręczniki, miękki papier toaletowy lub gazik,
- pojemnik/worek do segregacji odpadów,
- małe lusterko,
- sprzęt stomijny (system synergiczny) i wszystkie potrzebne akcesoria w razie konieczności (np. gaziki, pasty uszczelniająco-gojące, gojące, puder),
- nożyczki stomijne,
- podkład jednorazowy,
- rękawice jednorazowe niejałowe.

Technika zmiany worka stomijnego za pomocą systemu synergicznego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu. Ocena bieżących możliwości psychofizycznych pacjenta w zakresie możliwości wykonywania wymiany worka oraz przyswajania wiedzy*	1	0

Technika zmiany worka stomijnego za pomocą systemu synergicznego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	3.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	5.	Zapewnienie intymności	1	0
	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	7.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
Etap wykonania	8.	Ułożenie pacjenta w dogodnej pozycji – ustalenie pozycji ciała w trakcie wymiany worka stomijnego, pomoc w przyjęciu wybranej pozycji	1	0
	9.	Zabezpieczenie łóżka i bielizny podkładem jednorazowym	1	0
	10.	Odślonięcie powłok brzusznych. Udostępnienie pacjentowi lusterka w celu uwidocznienia stomii	1	0
	11.	Opróżnienie worka stomijnego (dotyczy to rodzaju worka – ileostomijnego). Odklejenie płynnym ruchem zużytego worka z jednoczesnym przytrzymaniem palcami skóry w pobliżu przylepca – od górnej krawędzi (ewentualne użycie gazików do zmywania skóry / zmywacza do skóry wokół stomii w celu rozpuszczenia pozostałości)	1	0
	12.	Zlepianie przylepca i wyrzucenie zużytego sprzętu do worka na odpady medyczne	1	0
	13.	Zmywanie skóry wokół stomii oraz samej stomii (śluzówki jelita)	1	0
	14.	Dokładne i delikatne osuszenie skóry oraz stomii – poprzez dotyk	1	0
	15.	Ocena stanu (kształtu, wielkości, wyglądu) stomii i skóry wokół stomii	1	0
	16.	Zmierzenie wielkości stomii – zgięcie miarki w pół, przyłożenie do stomii (od dołu), zaznaczenie średnicy przetoki*	1	0
	17.	Wycięcie w płytce samoprzylepnej otworu odpowiadającego kształtowi i rozmiarowi stomii wzdłuż narysowanej linii za pomocą specjalnie wyprofilowanych nożyczek (wycinać środkiem, nie czubkiem)	1	0
	18.	Przyłożenie płytki samoprzylepnej do skóry w celu sprawdzenia wyciętego otworu	1	0
	19.	Wygładzenie palcami krawędzi wyciętego otworu	1	0

Technika zmiany worka stomijnego za pomocą systemu synergicznego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	20.	Przygotowanie powierzchni skóry do przyklejenia płytki samoprzylepnej poprzez zastosowanie chusteczek/gazików z płynem ochronnym	1	0
	21.	Sprawdzenie, czy nie występują nierówności skórne wokół stomii, jeśli takie występują, zastosowanie akcesoriów stomijnych	1	0
	22.	Przytrzymanie części płytki z klejem przez chwilę w dłoniach. Usunięcie papieru zabezpieczającego	1	0
	23.	Upewnienie się, czy pierścień samoprzylepny i przezroczysta strefa przylepna płytki są czyste i suche	1	0
	24.	Rozłożenie delikatnie worka tak, aby dostała się do jego wnętrza niewielka ilość powietrza. Usunięcie papieru zabezpieczającego z pierścienia samoprzylepnego worka	1	0
	25.	Wypośrodkowanie wyciętego otworu nad stomią i dociśnięcie pierścienia samoprzylepnego do skóry wokół stomii. Wygładzenie palcami wewnętrznej krawędzi najbliższej stomii, przyciskanie ok. 30 sek.	1	0
	26.	Przymocowanie worka do płytki: przyłożenie palca przy dolnej krawędzi strefy przylepnej płytki i przyłożenie brzegu pierścienia worka do tego samego palca, następnie dociśnięcie worka ruchem okrężnym od dołu do góry lub zgięcie pierścienia samoprzylepnego worka na pół i przyklejenie dolnej części, następnie naklejenie pozostałej części worka	1	0
	27.	Zlikwidowanie ewentualnych zmarszczeń poprzez przesunięcie palcem po całym pierścieniu worka	1	0
	28.	Sprawdzenie szczelności przymocowania (jedną ręką przytrzymywać górę worka/płytki, a drugą delikatnie pociągać worek w dół)*	1	0
	29.	Zdjęcie podkładu jednorazowego z łóżka pacjenta	1	0
30.	Ułożenie pacjenta w wygodnej pozycji. Przykrycie pacjenta	1	0	
Etap porządkowania	31.	Uporządkowanie tacy/wózka, uporządkowanie otoczenia pacjenta. Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych oraz dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	32.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	33.	Udokumentowanie wykonania zabiegu oraz ewentualnych patologii zaobserwowanych w trakcie wymiany worka*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 23			Max. 33 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 6, 16, 28, 32, 33,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 33 pkt.

SKALA OCENY:

- 33–32 pkt. – bardzo dobry
- 31–30 pkt. – ponad dobry
- 29–27 pkt. – dobry
- 26–25 pkt. – dość dobry
- 24–23pkt. – dostateczny
- poniżej 23 pkt. – niedostateczny

80. Technika wykonania irygacji kolostomii

JOLANTA GLIŃSKA, MAŁGORZATA LEWANDOWSKA, RENATA MILLER,
MAŁGORZATA PAWLACZYK

Pacjentka, A.L., lat 36, 2 miesiące temu miała wykonany zabieg wyłonienia stomii na jelicie grubym. Przed powrotem do pracy zawodowej pacjentka chciałaby uzyskać kontrolę nad wydalaniem kału. Lekarz zlecił wykonywanie irygacji.

Polecenie: wykonaj irygację kolostomii, podejmij działania edukacyjne.

Niezbędny sprzęt:

- irygator z końcówką w kształcie stożka,
- worek typu rękaw (w systemie jedno- lub dwuczęściowym),
- statyw do zawieszenia irygatora,
- środek poślizgowy, np. wazelina, Lidokaina,
- materiał do zmywania skóry wokół stomii, np. lignina, miękkie gaziki niejałowe, ręcznik papierowy,
- rękawice jednorazowego użytku,
- mydło w płynie,
- worek stomijny,
- podkład jednorazowy,
- pojemnik do segregacji odpadów,
- parawan,
- zamknięte pomieszczenie (toaleta, łazienka),
- broszury, informatory dla pacjenta.

Technika wykonania irygacji kolostomii (czas wykonania: 10–15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Sprawdzenie zlecenia lekarskiego*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania (edukacja pacjentki), uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0

Technika wykonania irygacji kolostomii (czas wykonania: 10–15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	5.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	6.	Zapewnienie intymności	1	0
	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
Etap wykonania	8.	Zapewnienie miejsca do wykonania irygacji (łazienka, toaleta)	1	0
	9.	Polecenie pacjentce przyjęcia właściwej pozycji	1	0
	10.	Zawieszenie irygatora na statywie, dno irygatora powinno się znajdować na wysokości ramion*	1	0
	11.	Zaciśnięcie regulatora przepływu i napełnienie irygatora wodą o temperaturze ciała (36–38°C) i objętości 0,5–1 l*	1	0
	12.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	13.	Odsłonięcie powłok brzusznych	1	0
	14.	Zabezpieczenie bielizny podkładem jednorazowym	1	0
	15.	Usunięcie sprzętu zabezpieczającego stomię – jedno- lub dwuczęściowego worka stomijnego – i wyrzucenie go do odpadów medycznych	1	0
	16.	Oczyszczenie skóry wokół stomii oraz śluzówki stomii	1	0
	17.	Założenie (od dołu do góry) na stomię rękawa do irygacji i umieszczenie dolnej części rękawa w sedesie	1	0
	18.	Wywinięcie mankietu na rękawie tak, aby stomia była dobrze widoczna	1	0
	19.	Natłuszczenie palca wazeliną	1	0
	20.	Wprowadzenie palca do światła jelita i sprawdzenie kierunku ułożenia jelita*	1	0
	21.	Zmiana rękawic jednorazowych	1	0
	22.	Natłuszczenie stożka irygatora	1	0

Technika wykonania irygacji kolostomii (czas wykonania: 10–15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	23.	Wypełnienie drenu płynem	1	0
	24.	Wprowadzenie delikatnie końcówki stożka irygatora do stomii przez górny otwór w rękawie na głębokość 7–10 cm	1	0
	25.	Wprowadzenie płynu powoli (5–10 min), do 500 ml w przypadku pierwszej irygacji*	1	0
	26.	Obserwowanie pacjentki	1	0
	27.	Usunięcie ze stomii stożka irygatora (przez ligninę) po 10 sek. od momentu zakończenia podawania płynu i odłożenie go na miskę nerkową	1	0
	28.	Złożenie i zapięcie górnej części rękawa. Czekanie na wydalenie stolca i gazów	1	0
	29.	Przepłukanie rękawa wodą i osuszenie jego dolnej części po wypróżnieniu	1	0
	30.	Złożenie rękawa i spięcie spinaczami jego dolnej części z górną	1	0
	31.	Usunięcie zawartości rękawa do sedesu po ok. 20–40 min	1	0
	32.	Zdjęcie i wyrzucenie rękawa do pojemnika na odpady medyczne	1	0
	33.	Umycie śluzówki stomii oraz skóry wokół wodą z mydłem, dokładne osuszenie gazikami, ręcznikiem papierowym lub ligniną	1	0
	34.	Założenie czystego sprzętu jedno- lub dwuczęściowego zabezpieczającego stomię	1	0
Etap porządkowania	35.	Uporządkowanie tacy/wózka. Segregacja zużytego sprzętu. Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	36.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	37.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
	38.	Przekazanie pacjentce materiałów edukacyjnych	1	0
Suma punktów			Max. 38 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 26			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 7, 10, 11, 20, 25, 33, 36, 37,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 38 pkt.

SKALA OCENY:

- 38–36 pkt. – bardzo dobry
- 35–34 pkt. – ponad dobry
- 33–30 pkt. – dobry
- 29–28 pkt. – dość dobry
- 27–26 pkt. – dostateczny
- poniżej 26 pkt. – niedostateczny

Czynności w zakresie podawania leków różnymi drogami

81. Technika podawania leków drogą domięśniową

ALICJA KAMIŃSKA, JOANNA ŁATKA

Pacjent, A.L., lat 45, zgłosił się do gabinetu lekarza rodzinnego z powodu silnego bólu palucha. Lekarz rozpoznał napad dny moczanowej i zlecił doustne leczenie kolchicyną oraz doraźnie jednorazowe podanie leku Olfen 75 w dawce 2 ml domięśniowo.

Polecenie: wykonaj iniekcję domięśniową u pacjenta zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Niezbędny sprzęt:

- zlecenie lekarskie,
- zlecony lek,
- jałowa strzykawka 2–5 ml,
- jałowa igła do pobrania leku, o rozmiarze nie większym niż 0,8 x 40 (21G), lub igła bezpieczna – tępa lub z otworem bocznym 1,2 x 30 (18G),
- jałowa igła do podania leku 0,8 x 40 (21G),
- jałowe gaziki,
- alkoholowy preparat antyseptyczny do skóry,
- preparat dezynfekcyjny do powierzchni,
- preparat do higienicznej dezynfekcji rąk,
- rękawice jednorazowe niejałowe (wg zaleceń WHO, w przypadku wykonywania iniekcji domięśniowej, stosowanie rękawic jednorazowych niejałowych nie jest wymagane poza sytuacją izolacji kontaktowej pacjenta),
- pojemnik twardościenny i worki do segregacji odpadów medycznych.

Technika podawania leków drogą domięśniową (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim (Indywidualna karta zleceń lekarskich - nazwa leku, dawka, postać, droga i czas podania)*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem: przedstawienie się; sprawdzenie tożsamości pacjenta (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID); poinformowanie pacjenta o celu i przebiegu zabiegu, możliwych objawach ubocznego działania leku oraz powikłaniach zabiegu, oczekiwanym sposobie zachowania się pacjenta w trakcie wstrzyknięcia leku i po nim; uzyskanie zgody pacjenta na podanie leku*	1	0

Technika podawania leków drogą domięśniową (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	5.	Zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego. Przygotowanie sprzętu i materiałów do wykonania zabiegu	1	0
	6.	Przygotowanie zleconego leku (3-krotne w trakcie wykonywania zabiegu sprawdzenie: nazwy, dawki, postaci, drogi podania, daty ważności, wyglądu leku); obliczenie objętości leku do podania; pozostawienie zlecenia lekarskiego w zasięgu wzroku przez cały czas wykonywania zabiegu*	1	0
	7.	Przygotowanie leku w strzykawce*: <ul style="list-style-type: none"> • aseptyczne połączenie igły i strzykawki, • zdezynfekowanie szyjki ampułki; otwarcie ampułki z użyciem jałowego gazika, • aseptyczne nabranie leku z ampułki; aseptyczna zmiana igły do pobierania leku na igłę do wstrzyknięcia, pozostawienie ampułki po leku na blacie roboczym do czasu zakończenia zabiegu 	1 1 1	0 0 0
Etap wykonania	8.	Udanie się z zestawem do sali pacjenta; zweryfikowanie tożsamości pacjenta; przygotowanie optymalnych warunków otoczenia (oświetlenie), zapewnienie intymności (parawan/zasłona)*	1	0
	9.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalne założenie rękawic jednorazowych niejałowych (wg zaleceń WHO, w przypadku wykonywania iniekcji podskórnej, stosowanie rękawic jednorazowych niejałowych nie jest wymagane poza sytuacją izolacji kontaktowej pacjenta)	1	0
	10.	Przygotowanie pacjenta – ułożenie pacjenta w pozycji zapewniającej dostęp do planowanego miejsca wstrzyknięcia (mięsień pośladkowy wielki, mięsień pośladkowy średni, boczna głowa mięśnia czworogłowego uda, mięsień naramienny), odsłonięcie go, wyznaczenie oraz ocena wzrokowa i palpacyjna miejsca wstrzyknięcia pod kątem zmian patologicznych*: A. Wstrzyknięcie w mięsień pośladkowy wielki – metoda kwadrantów: <ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie pacjentowi pozycji na brzuchu, z palcami stóp skierowanymi ku sobie, z rękami obejmującymi poduszkę lub • zapewnienie pacjentowi pozycji na boku z kończyną dalszą wyprostowaną, z kończyną bliższą zgiętą w stawie biodrowym i kolanowym, • określenie granic pośladka: <ul style="list-style-type: none"> » w pionie: między linią wyznaczoną przez kręgosłup i szparę pośladkową a linią środkową pachy, » w poziomie: między grzebieniem talerza kości biodrowej a linią fałdu pośladka, • poprowadzenie pionowej linii od grzebienia kości biodrowej przez środek pośladka oraz linii łączącej górną część (szczyt) szpary pośladkowej i kołec biodrowy przedni górny, • podzielenie górnego zewnętrznego kwadrantu przekątnymi, • wyznaczenie miejsca wstrzyknięcia w mięsień pośladkowy wielki w punkcie przecięcia przekątnych kwadrantu górnego zewnętrznego. 	1	0

Technika podawania leków drogą domięśniową (czas wykonania: 10 min)		Ocena punktowa
Etap wykonania	<p>10.</p> <p>B. Wstrzyknięcie w mięsień pośladowy wielki (pośladek przerośnięty) – metoda Dzirby:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie pacjentowi pozycji na plecach lub boku z kończyną dalszą wyprostowaną, z kończyną bliższą zgiętą w stawie biodrowym i kolanowym, • określenie szerokości pośladka między linią wyznaczoną przez kręgosłup i szparę pośladową a linią środkową pachy, • poprowadzenie pionowej linii od grzebienia kości biodrowej przez środek pośladka, • poprowadzenie pionowej linii od grzebienia kości biodrowej przez środek zewnętrznej połowy pośladka oraz linii poziomej wyprowadzonej z kolca biodrowego przedniego górnego, • wyznaczenie miejsca wstrzyknięcia w mięsień pośladowy wielki w punkcie przecięcia pionowej linii dzielącej zewnętrzną połowę pośladka z poziomą linią wyprowadzoną z kolca biodrowego przedniego górnego. <p>C. Wstrzyknięcie w mięsień pośladowy średni – metoda wg Sachtlebena:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie pacjentowi pozycji na plecach lub na boku, • ułożenie palca wskazującego na grzebieniu kości biodrowej tak, aby kołec biodrowy przedni górny leżał w „C” utworzonym przez palec wskazujący i kciuk, • wyznaczenie miejsca wstrzyknięcia w mięsień pośladowy średni w linii między środkowym stawem palca wskazującego a krętarzem większym kości udowej, w odległości ok.: <ul style="list-style-type: none"> » -2,5 cm u dzieci o wzroście do 0,75 m, » -5 cm u dzieci o wzroście 0,75–1,25 m, » -7,5 cm u osób o wzroście powyżej 1,25 m poniżej grzebienia kości biodrowej. <p>D. Wstrzyknięcie w mięsień pośladowy średni – metoda wg von Hochstettera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie pacjentowi pozycji na plecach lub na boku, z lekko ugiętymi kończynami dolnymi w stawach kolanowych i kończyną górną bliższą odwiedzioną ku górze, • położenie palca wskazującego/środkowego na kolcu biodrowym przednim górnym i odsunięcie palca środkowego/wskazującego tej samej ręki wzdłuż grzebienia kości biodrowej ku tyłowi do maksymalnego rozsunięcia palców, • wyznaczenie miejsca wstrzyknięcia w mięsień pośladowy średni w $\frac{1}{3}$ dolnej części trójkąta utworzonego przez palec wskazujący i środkowy. <p>E. Wstrzyknięcie w mięsień czworogłowy uda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie pacjentowi pozycji na plecach, na boku lub siedzącej, • położenie po zewnętrznej stronie uda: <ul style="list-style-type: none"> » jednej ręki na szerokość dłoni poniżej krętarza większego kości udowej, » drugiej ręki na szerokość dłoni powyżej kolana, • odwiedzenie kciuków, • wyznaczenie miejsca wstrzyknięcia w mięsień czworogłowy uda w $\frac{1}{3}$ środkowej części linii utworzonej między odwiedzionymi kciukami. <p>F. Wstrzyknięcie w mięsień naramienny:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie pacjentowi pozycji na plecach, na boku lub siedzącej, • wyznaczenie miejsca wstrzyknięcia w mięsień naramienny, po zewnętrznej stronie ramienia, 2–3 cm poniżej wyrostka barkowego łopatki 	

Technika podawania leków drogą domięśniową (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	11.	Przygotowanie gazika nasączonego preparatem antyseptycznym do dezynfekcji skóry w miejscu wstrzyknięcia oraz suchego, jałowego gazika	1	0
	12.	Zdezynfekowanie skóry w miejscu wkłucia; umieszczenie jałowego, suchego gazika w zasięgu ręki	1	0
	13.	Podanie domięśniowe leku*: <ul style="list-style-type: none"> • zdjęcie osłonki z igły w sposób aseptyczny i prawidłowe umocowanie igły na strzykawce, odpowietrzenie igły, • napięcie skóry między palcem wskazującym i kciukiem, • uprzedzenie pacjenta; zdecydowanym ruchem wkłucie igły pod kątem 90° na głębokość $\frac{2}{3}$-$\frac{3}{4}$ długości igły, aspiracja, powolne podawanie leku; obserwowanie reakcji pacjenta, • wyklucie igły wraz ze strzykawką i uciśnięcie miejsca wkłucia jałowym gazikiem 	1 1 1	0 0 0
Etap porządkowania	14.	Wyrzucenie wykorzystanego sprzętu i materiału – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0
	15.	Oślonienie miejsca wstrzyknięcia, zapewnienie pacjentowi komfortowej pozycji, uporządkowanie bliższego otoczenia pacjenta, zapewnienie mu dostępu do systemu przyzywowego	1	0
	16.	Opcjonalne zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych (patrz: pkt. 9), higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO. Odstawienie parawanu / odsunięcie zasłon przyłóżkowych	1	0
	17.	Udokumentowanie podania leku drogą wstrzyknięcia*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 15			Max. 22 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 6, 7, 8, 9, 13, 17,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 22 pkt.

SKALA OCENY:

- 22–21 pkt. – bardzo dobry
- 20 pkt. – ponad dobry
- 19–18 pkt. – dobry
- 17 pkt. – dość dobry
- 16–15 pkt. – dostateczny
- poniżej 15 pkt. – niedostateczny

82. Technika podawania leków drogą dożylną

JOANNA ŁATKA, JOANNA ZALEWSKA-PUCHAŁA

Pacjent, J.K., lat 48, jest hospitalizowany na oddziale alergii i immunologii od 4 dni. Stan ogólny dobry, dobry kontakt słowny, mężczyzna jest samodzielny w zakresie samoobsługi i samopielegnacji. W trakcie hospitalizacji poddany był immunoterapii swoistej w związku z uogólnionymi reakcjami alergicznymi na jad pszczoły. W 2. dniu pobytu, po podaniu kolejnej dawki szczepionki alergenowej, u pacjenta wystąpił wstrząs anafilaktyczny (obniżenie ciśnienia tętniczego, błądź skóry, przyśpieszenie akcji serca, utrata przytomności). Zgodnie z zleceniem lekarskim, oprócz innych leków, pacjent ma dożylnie podawany Dexaven w dawce 8 mg co 12 godz. (7:00 i 19:00). Mężczyzna ma założone wkłucie obwodowe do żyły przedramienia prawego (wenflon zamknięty – introcan safety closed catheter). Na oddziale dostępny jest zlecony lek: Dexaven 4 mg/ml, roztwór do wstrzyknięć. Lek należy podać w rozcieńczeniu z NaCl 0,9% do objętości 20 ml.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem lekarskim wykonaj wstrzyknięcie dożylnie u pacjenta przez założone wkłucie obwodowe.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- zlecony lek,
- NaCl 0,9% (np. 500 ml – butelka z wkłutą kaniulą pobierającą),
- jałowa strzykawka 20 ml,
- jałowa strzykawka 10 ml (2 szt.),
- jałowa igła do pobrania leku, rozmiar nie większy niż 0,8 x 40 (21G), lub igła bezpieczna – tępa lub z otworem bocznym 1,2 x 30 (18G),
- jałowa igła o dowolnym rozmiarze (3 szt.),
- jałowe gaziki,
- jałowy korek Luer Lock,
- alkoholowy preparat antyseptyczny,
- preparat dezynfekcyjny do powierzchni,
- preparat do higienicznej dezynfekcji rąk,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- pojemnik twardościenny i worki do segregacji odpadów medycznych.

Technika podawania leków drogą dożylną (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim (Indywidualna karta zleceń lekarskich – nazwa leku, dawka, postać, droga i czas podania)*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem: przedstawienie się; sprawdzenie tożsamości pacjenta (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID); poinformowanie pacjenta o celu i przebiegu zabiegu, możliwych objawach ubocznego działania leku oraz powikłaniach zabiegu, oczekiwanym sposobie zachowania się pacjenta w trakcie wstrzyknięcia leku i po nim; uzyskanie zgody pacjenta na podanie leku*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	5.	Zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego. Przygotowanie sprzętu i materiałów do wykonania zabiegu	1	0
	6.	Przygotowanie zleconego leku (3-krotne w trakcie wykonywania zabiegu sprawdzenie: nazwy, dawki, postaci, drogi podania, daty ważności, wyglądu leku); obliczenie objętości leku do podania; pozostawienie zlecenia lekarskiego w zasięgu wzroku przez cały czas wykonywania zabiegu. Przygotowanie niezbędnego sprzętu i materiałów*	1	0
	7.	Przygotowanie leku w strzykawce*: <ul style="list-style-type: none"> • aseptyczne pobranie do strzykawki właściwej objętości NaCl 0,9%, • aseptyczne połączenie igły i strzykawki z NaCl 0,9%, • zdezynfekowanie szyjki ampułki; otwarcie ampułki z użyciem jałowego gazika, • aseptyczne nabranie leku z ampułki, • aseptyczne usunięcie igły do pobrania leku, zabezpieczenie strzykawki z lekiem jałową igłą, pozostawienie ampułki po leku na blacie roboczym do czasu zakończenia zabiegu 	1 1 1 1	0 0 0 0
	8.	Przygotowanie strzykawk z roztworem do sprawdzenia drożności wkłucia obwodowego i do przepłukania kaniuli po podaniu leku. Zabezpieczenie obu strzykawk jałowymi igłami	1	0
Etap wykonania	9.	Udanie się z zestawem do sali pacjenta; zweryfikowanie tożsamości pacjenta; przygotowanie optymalnych warunków otoczenia (oświetlenie); zapewnienie intymności (parawan / zasłona przyłóżkowa)*	1	0
	10.	Przygotowanie pacjenta: ułożenie w pozycji zapewniającej dostęp do planowanego miejsca wstrzyknięcia, odsłonięcie go, ocena wzrokowa i palpacyjna miejsca wstrzyknięcia pod kątem zmian patologicznych	1	0
	11.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0

Technika podawania leków drogą dożylną (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	12.	Podłożenie jałowego gazika pod kaniulę, sprawdzenie drożności kaniuli przez aspirację krwi do strzykawki z NaCl 0,9%*	1	0
	13.	Podanie dożylnie leku*: • zdjęcie igły w sposób aseptyczny ze strzykawki z lekiem, odpowietrzenie strzykawki, • powolne podawanie leku; obserwowanie reakcji pacjenta	1	0
	14.	Przepłukanie kaniuli NaCl 0,9%, zamknięcie światła kaniuli jałowym koreczkiem Luer Lock*	1	0
Etap porządkowania	15.	Wyrzucenie wykorzystanego sprzętu i materiału – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0
	16.	Oślonienie miejsca wstrzyknięcia, zapewnienie pacjentowi komfortowej pozycji, uporządkowanie bliższego otoczenia pacjenta, zapewnienie mu dostępu do systemu przyżywowego	1	0
	17.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO. Odstawienie parawanu / odsunięcie zasłon przyłóżkowych	1	0
	18.	Udokumentowanie podania leku drogą wstrzyknięcia dożylnego*	1	0
Suma punktów			Max. 22 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 15			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 18,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 22 pkt.

SKALA OCENY:

- 22–21 pkt. – bardzo dobry
- 20 pkt. – ponad dobry
- 19–18 pkt. – dobry
- 17 pkt. – dość dobry
- 16–15 pkt. – dostateczny
- poniżej 15 pkt. – niedostateczny

83. Technika podawania leków drogą podskórną

ANNA MAJDA, ALICJA KAMIŃSKA

Pacjentka, A.L., lat 40, przebywa na oddziale chirurgii ogólnej, w 1. dobie po zabiegu operacyjnym usunięcia wyrostka robaczkowego metodą tradycyjną. Pacjentka jest przytomna, w logicznym kontakcie. Zgłasza silny ból w ranie pooperacyjnej (VAS = 8). Lekarz zlecił podanie opioidowego leku przeciwbólowego – Morphini sulfas WZF – w dawce 10 mg podskórną co 4 godz. (6:00, 10:00, 14:00, 18:00, 22:00, 2:00).

Na oddziale dostępny jest zlecony lek – Morphini Sulfas WZF, 20 mg/ml, roztwór do wstrzyknięć.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem lekarskim wykonaj iniekcję podskórną u pacjentki na godz. 14:00.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- zlecony lek,
- jałowa strzykawka 2 ml,
- jałowa igła do pobrania leku, rozmiar nie większy niż 0,8 x 40 (21G), lub igła bezpieczna – tępa lub z otworem bocznym 1,2 x 30 (18G),
- jałowa igła do podania leku 0,6 x 25 (23G),
- jałowe gaziki,
- alkoholowy preparat antyseptyczny do skóry,
- preparat dezynfekcyjny do powierzchni,
- preparat do higienicznej dezynfekcji rąk,
- rękawice jednorazowe niejałowe (wg zaleceń WHO, w przypadku wykonywania iniekcji podskórnej, stosowanie rękawic jednorazowych niejałowych nie jest wymagane poza sytuacją izolacji kontaktowej pacjenta),
- pojemnik twardościenny i worki do segregacji odpadów medycznych.

Technika podawania leków drogą podskórną (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim (Indywidualna karta zleceń lekarskich – nazwa leku, dawka, postać, droga i czas podania)*	1	0

Technika podawania leków drogą podskórną (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką: przedstawienie się; sprawdzenie tożsamości pacjentki (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID); poinformowanie pacjentki o celu i przebiegu zabiegu, możliwych objawach ubocznego działania leku oraz powikłaniach zabiegu, oczekiwanym sposobie zachowania się pacjentki w trakcie wstrzyknięcia leku i po nim; uzyskanie zgody pacjentki na podanie leku*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	5.	Zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego. Przygotowanie sprzętu i materiałów do wykonania zabiegu	1	0
	6.	Przygotowanie zleconego leku (3-krotne w trakcie wykonywania zabiegu sprawdzenie: nazwy, dawki, postaci, drogi podania, daty ważności, wyglądu leku); obliczenie objętości leku do podania; pozostawienie zlecenia lekarskiego w zasięgu wzroku przez cały czas wykonywania zabiegu*	1	0
	7.	Przygotowanie leku w strzykawce*: • aseptyczne połączenie igły i strzykawki, • zdezynfekowanie szyjki ampułki; otwarcie ampułki z użyciem jałowego gazika, • aseptyczne nabranie leku z ampułki, • aseptyczna zmiana igły do pobierania leku na igłę do wstrzyknięcia, pozostawienie ampułki po leku na blacie roboczym do czasu zakończenia zabiegu	1 1 1 1	0 0 0 0
Etap wykonania	8.	Udanie się z zestawem do sali pacjentki; zweryfikowanie tożsamości pacjentki; przygotowanie optymalnych warunków otoczenia (oświetlenie), zapewnienie intymności (parawan / zasłona przyłóżkowa)*	1	0
	9.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalne założenie rękawic jednorazowych niejałowych (wg zaleceń WHO, w przypadku wykonywania iniekcji podskórnej, stosowanie rękawic jednorazowych niejałowych nie jest wymagane poza sytuacją izolacji kontaktowej pacjenta)	1	0
	10.	Przygotowanie pacjentki: ułożenie w pozycji zapewniającej dostęp do planowanego miejsca wstrzyknięcia (środkowa, zewnętrzna część ramienia), odsłonięcie go, wyznaczenie oraz ocena wzrokowa i palpacyjna miejsca wstrzyknięcia pod kątem zmian patologicznych*	1	0
	11.	Przygotowanie gazika nasączonego preparatem antyseptycznym do dezynfekcji skóry w miejscu wstrzyknięcia oraz suchego, jałowego gazika	1	0
	12.	Zdezynfekowanie skóry w miejscu wkłucia; umieszczenie jałowego, suchego gazika w zasięgu ręki	1	0

Technika podawania leków drogą podskórną (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	13.	Podanie podskórne leku*: <ul style="list-style-type: none"> • zdjęcie osłonki z igły w sposób aseptyczny i prawidłowe umocowanie igły na strzykawce, odpowietrzenie igły, • uniesienie kciukiem i palcem wskazującym fałdu skórno o grubość 2–3 cm, • uprzedzenie pacjentki; zdecydowanym ruchem wklucie igły pod kątem 45–60° na głębokość $\frac{2}{3}$–$\frac{3}{4}$ długości igły, aspiracja, powolne podawanie leku, obserwowanie reakcji pacjentki, • wyklucie igły wraz ze strzykawką i uciśnięcie miejsca wkłucia jałowym gazikiem 	1	0
Etap porządkowania	14.	Wyrzucenie wykorzystanego sprzętu i materiału – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0
	15.	Osłonięcie miejsca wstrzyknięcia, zapewnienie pacjentce komfortowej pozycji, uporządkowanie bliższego otoczenia pacjentki, zapewnienie jej dostępu do systemu przyzywowego	1	0
	16.	Opcjonalne zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych (patrz: pkt. 9), higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, odstawienie parawanu / odsunięcie zasłon przyłóżkowych	1	0
	17.	Udokumentowanie podania leku drogą wstrzyknięcia*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 16			Max. 23 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 17,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 23 pkt.

SKALA OCENY:

- 23–22 pkt. – bardzo dobry
- 21 pkt. – ponad dobry
- 20–19 pkt. – dobry
- 18 pkt. – dość dobry
- 17–16 pkt. – dostateczny
- poniżej 16 pkt. – niedostateczny

84. Technika podania podskórnie heparyny drobnocząsteczkowej w ampułko-strzykawce

ANNA NAWALANA, JOANNA ŁATKA

Pacjentka, M.K., lat 71, przebywa na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej, hospitalizowana z powodu złamania szyjki kości udowej, w wywiadzie stwierdzona osteoporoza. Chora w 1. dobie po zabiegu operacyjnym, z ograniczoną mobilnością. W związku ze zwiększonym ryzykiem powikłań zakrzepowo-zatorowych lekarz zlecił podawanie heparyny drobnocząsteczkowej – Clexane w dawce 40 mg podskórnie, raz dziennie (godz. 8:00). Pacjentka ma prawidłowo rozwiniętą tkankę podskórną, wskaźnik masy ciała (BMI) wynosi 22 kg/m².

Polecenie: zgodnie ze zleceniem lekarskim wykonaj iniekcję podskórną u pacjentki na godz. 8:00.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- zlecony lek (ampułko-strzykawka Clexane 40 mg),
- jałowe gaziki,
- alkoholowy preparat antyseptyczny,
- preparat dezynfekcyjny do powierzchni,
- preparat do higienicznej dezynfekcji rąk,
- rękawice jednorazowe niejałowe (wg zaleceń WHO, w przypadku wykonywania iniekcji podskórnej, stosowanie rękawic jednorazowych niejałowych nie jest wymagane poza sytuacją izolacji kontaktowej pacjenta),
- pojemnik twardościenny i worki do segregacji odpadów medycznych.

Technika podania podskórnie heparyny drobnocząsteczkowej w ampułko-strzykawce (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim (Indywidualna karta zleceń lekarskich – nazwa leku, dawka, postać, droga i czas podania)*	1	0

Technika podania podskórnie heparyny drobnocząsteczkowej w ampułko-strzykawce (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką: przedstawienie się; sprawdzenie tożsamości pacjentki (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID); poinformowanie pacjentki o celu i przebiegu zabiegu, możliwych objawach ubocznego działania leku oraz powikłaniach zabiegu, oczekiwanym sposobie zachowania się pacjentki w trakcie wstrzyknięcia leku i po nim; uzyskanie zgody pacjentki na podanie leku*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	5.	Zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego. Przygotowanie sprzętu i materiałów do wykonania zabiegu	1	0
	6.	Przygotowanie zleconego leku (w trakcie wykonywania zabiegu 3-krotne sprawdzenie: nazwy, dawki, postaci, drogi podania, daty ważności, wyglądu leku); pozostawienie zlecenia lekarskiego w zasięgu wzroku przez cały czas wykonywania zabiegu*	1	0
Etap wykonania	7.	Udanie się z zestawem do sali pacjentki; zweryfikowanie tożsamości pacjentki; przygotowanie optymalnych warunków otoczenia (oświetlenie), zapewnienie intymności (parawan / zasłona przyłóżkowa)*	1	0
	8.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalne założenie rękawic jednorazowych niejałowych (wg zaleceń WHO, w przypadku wykonywania iniekcji podskórnej, stosowanie rękawic jednorazowych niejałowych nie jest wymagane poza sytuacją izolacji kontaktowej pacjenta)	1	0
	9.	Przygotowanie pacjentki: ułożenie w pozycji na plecach, odsłonięcie planowanego miejsca wkłucia (przednio-boczna lub tylnio-boczna część powłok brzusznych, w odległości 2 cm od pępka), wyznaczenie oraz ocena wzrokowa i palpacyjna miejsca wstrzyknięcia pod kątem zmian patologicznych*	1	0
	10.	Przygotowanie gazika nasączonego preparatem antyseptycznym do dezynfekcji skóry w miejscu wstrzyknięcia oraz suchego, jałowego gazika	1	0
	11.	Zdezynfekowanie skóry w miejscu wkłucia; umieszczenie jałowego, suchego gazika w zasięgu ręki	1	0
	12.	Podanie podskórne leku*: <ul style="list-style-type: none"> • wyjęcie ampułko-strzykawki z opakowania, zdjęcie osłonki z igły w sposób aseptyczny, • uniesienie kciukiem i palcem wskazującym fałdu skórniego o grubość 2-3 cm, • uprzedzenie pacjentki; zdecydowanym ruchem wkłucie całej długości igły pod kątem 90°, utrzymywanie fałdu skórniego, powolne podawanie leku, obserwowanie reakcji pacjentki, • wyklucie ampułko-strzykawki, zwolnienie fałdu skórniego, opcjonalnie absorbcja wynaczynionej krwi jałowym gazikiem, • zalecenie pacjentce, aby nie masowała miejsca wstrzyknięcia 	1	0
		1	0	
		1	0	
		1	0	
		1	0	

Technika podania podskórnie heparyny drobnocząsteczkowej w ampułko-strzykawce (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	13.	Wyrzucenie wykorzystanego sprzętu i materiału – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0
	14.	Osłonięcie miejsca wstrzyknięcia, zapewnienie pacjentce komfortowej pozycji, uporządkowanie bliższego otoczenia pacjentki, zapewnienie jej dostępu do systemu przyzywowego	1	0
	15.	Opcjonalne zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych (patrz: pkt. 8), higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO. Odstawienie parawanu / odsunięcie zasłon przyłóżkowych	1	0
	16.	Udokumentowanie podania leku drogą wstrzyknięcia*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 14			Max. 20 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 6, 7, 8, 12, 16,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 20 pkt.

SKALA OCENY:

- 20 pkt. – bardzo dobry
- 19 pkt. – ponad dobry
- 18–17 pkt. – dobry
- 16 pkt. – dość dobry
- 15–14 pkt. – dostateczny
- poniżej 14 pkt. – niedostateczny

85. Technika podawania insuliny penem

EWA ZIARKO, ALICJA KAMIŃSKA

Pacjentka, A.N., lat 39, z powodu rozpoznanego zapalenia płuc od 2 dni przebywa na oddziale chorób wewnętrznych. Pacjentka jest osłabiona, niesamodzielna w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Z powodu cukrzycy typu I leczona jest insulinaludzką metodą wielokrotnych wstrzyknięć penem. Chora ma normalną budowę ciała, BMI = 21, prawidłowo wykształconą tkankę podskórną.

Lekarz zlecił podawanie insuliny pacjentce w schemacie:

7:30 – 10 j.m. Humulin R s.c.

12:30 – 12 j.m. Humulin R s.c.

17:30 – 10 j.m. Humulin R s.c.

22:00 – 12 j.m. Humulin N s.c.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem lekarskim wykonaj wstrzyknięcie insuliny penem na godz. 7:30

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- wkład z insulinaludzką Humulin R,
- wstrzykiwacz półautomatyczny (pen),
- igła Unifine Pentips – 8 mm,
- przyrząd do odkręcania igły – needle remover,
- przybory do podpisania pena,
- jałowe gaziki,
- alkoholowy preparat antyseptyczny,
- preparat dezynfekcyjny do powierzchni,
- preparat do higienicznej dezynfekcji rąk,
- rękawice jednorazowe niejałowe (wg zaleceń WHO, w przypadku wykonywania iniekcji podskórnej, stosowanie rękawic jednorazowych niejałowych nie jest wymagane poza sytuacją izolacji kontaktowej pacjenta),
- pojemnik twardościenny i worki do segregacji odpadów medycznych.

Technika podawania insuliny penem (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim (Indywidualna karta zleceń lekarskich - nazwa insuliny, dawka, sposób i czas podania)	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką: przedstawienie się; sprawdzenie tożsamości pacjentki (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID); poinformowanie pacjentki o celu i przebiegu zabiegu, możliwych objawach ubocznego działania leku oraz powikłaniach zabiegu, oczekiwanym sposobie zachowania się pacjentki w trakcie wstrzyknięcia leku i po nim; uzyskanie zgody pacjentki na podanie leku*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	5.	Zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego. Przygotowanie sprzętu i materiałów do wykonania zabiegu	1	0
	6.	Przygotowanie zleconego leku (w trakcie wykonywania zabiegu 3-krotne sprawdzenie: nazwy, dawki, postaci, drogi podania, daty ważności, wyglądu leku); ogrzanie wyjętego z lodówki wkładu z insuliną do temperatury pokojowej; pozostawienie zlecenia lekarskiego w zasięgu wzroku przez cały czas wykonywania zabiegu*	1	0
	7.	Umieszczenia wkładu z insuliną we wstrzykiwaczu. Podpisanie pena danymi pacjentki*	1	0
	8.	Zdezynfekowanie gumowego korka wkładu	1	0
	9.	Przykręcenie igły w sposób aseptyczny do uchwyty wkładu	1	0
	10.	Udanie się z zestawem do sali pacjentki; zweryfikowanie tożsamości pacjentki; przygotowanie optymalnych warunków otoczenia (oświetlenie), zapewnienie intymności (parawan / zasłona przyłóżkowa)*	1	0
Etap wykonania	11.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalne założenie rękawic jednorazowych niejałowych (wg zaleceń WHO, w przypadku wykonywania iniekcji podskórnej, stosowanie rękawic jednorazowych niejałowych nie jest wymagane poza sytuacją izolacji kontaktowej pacjenta)	1	0
	12.	Przygotowanie pacjentki: ułożenie w bezpiecznej i wygodnej pozycji; odsłonięcie planowanego miejsca wstrzyknięcia insuliny krótkodziałającej (środkowa, zewnętrzna część ramienia, przednio-boczna część powłok brzusznych w odległości 2 cm od pępka), wyznaczenie oraz ocena wzrokowa i palpacyjna miejsca wstrzyknięcia pod kątem zmian patologicznych*	1	0

Technika podawania insuliny penem (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	13.	Zdjęcie osłonek z igły; nastawienie na selektorze dawki 2 jednostek insuliny, trzymanie wstrzykiwacza pionowo igłą do góry, wystrzyknięcie insuliny (lek musi pojawić się na szczycie igły)*	1	0
	14.	Podanie podskórne insuliny*: • nastawienie na selektorze dawki zleconej liczby jednostek insuliny, • uniesienie kciukiem i palcem wskazującym fałdu skórniego, • uprzedzenie pacjentki; zdecydowanym ruchem wkłucie całej długości igły pod kątem 90°, utrzymywanie fałdu skórniego, podanie leku, • odczekanie ok. 10 sek., wyklucie igły z tkanek pacjentki, zwolnienie fałdu skórniego	1	0
	15.	Zalecenie pacjentce, aby nie masowała miejsca wstrzyknięcia i zjadła posiłek ze zleconej diety oraz o konieczności zgłaszania złego samopoczucia	1	0
Etap porządkowania	16.	Odkręcenie wykorzystanej igły od wstrzykiwacza przy użyciu urządzenia do odkręcania igieł	1	0
	17.	Wyrzucenie wykorzystanego sprzętu i materiału – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem. Zamknięcie pena skuwką	1	0
	18.	Oślonięcie miejsca wstrzyknięcia, zapewnienie pacjentce komfortowej pozycji, uporządkowanie bliższego otoczenia pacjentki, zapewnienie jej dostępu do systemu przyzywowego	1	0
	19.	Opcjonalne zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych (patrz: pkt. 11), higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, odstawienie parawanu / odsunięcie zasłon przyłóżkowych	1	0
	20.	Udokumentowanie podania leku pacjentce*	1	0
Suma punktów			Max. 20 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 14			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 20,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 20 pkt.

SKALA OCENY:

- 20–19 pkt. – bardzo dobry
- 18 pkt. – ponad dobry
- 17–16 pkt. – dobry
- 15 pkt. – dość dobry
- 14 pkt. – dostateczny
- poniżej 14 pkt. – niedostateczny

86. Technika wykonywania wstrzyknięcia śródskórnego

JOANNA ŁATKA, IWONA BODYS-CUPAK

Pacjentka, K.K., lat 7, choruje od kilku tygodni. Infekcja układu oddechowego utrzymuje się mimo stosowanego leczenia antybiotykami o szerokim spektrum działania. Dziecko cierpi z powodu kaszlu, stanów podgorączkowych, nocnych potów. Zaobserwowano utratę masy ciała. W związku z brakiem pozytywnych efektów dotychczas stosowanego leczenia, lekarz podjął decyzję o rozszerzeniu diagnostyki w kierunku gruźlicy – zlecił wykonanie śródskórnej próby tuberkulinowej z Tuberkuliny PPD RT23 (dawka: 2 T.U./0,1 ml).

Polecenie: wykonaj u pacjentki próbę uczuleniową na Tuberkulinę.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- zlecona substancja testowa – Tuberkulina PPD RT23 (dawka: 2 T.U./0,1 ml) – opakowanie chronione przed dostępem światła,
- jałowa strzykawka 1 ml (tzw. tuberkulinówka z podziałką 0,01 ml),
- jałowa igła do pobrania leku, rozmiar nie większy niż 0,8 x 40 (21G), lub igła bezpieczna – tępa lub z otworem bocznym 1,2 x 30 (18G),
- jałowa igła do podania leku / substancji testowej 0,4 x 16 (26G) lub 0,5 x 25 (25G),
- jałowe gaziki,
- dermograf do oznaczenia miejsca wykonania wstrzyknięcia,
- alkoholowy preparat antyseptyczny do dezynfekcji opakowania z substancją testową,
- preparat dezynfekcyjny do powierzchni,
- preparat do higienicznej dezynfekcji rąk,
- rękawice jednorazowe niejałowe (wg zaleceń WHO, w przypadku wykonywania iniekcji podskórnej, stosowanie rękawic jednorazowych niejałowych nie jest wymagane poza sytuacją izolacji kontaktowej pacjenta),
- pojemnik twardościenny i worki do segregacji odpadów medycznych.

Technika wykonywania wstrzyknięcia śródskórnego (czas wykonania: 10 min)		Ocena punktowa		
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim (Indywidualna karta zleceń lekarskich – nazwa substancji testowej, dawka, postać, droga i czas podania)*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką i opiekunem prawnym: przedstawienie się, sprawdzenie tożsamości pacjentki (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID), poinformowanie pacjentki i opiekuna prawnego o celu i przebiegu śródskórnej próby tuberkulinowej, możliwych objawach ubocznych i powikłaniach zabiegu, oczekiwanym sposobie zachowania się pacjentki w trakcie i po zabiegu, uzyskanie zgody opiekuna prawnego na wykonanie próby tuberkulinowej*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	5.	Zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego. Przygotowanie sprzętu i materiałów do wykonania zabiegu	1	0
	6.	Przygotowanie: <ul style="list-style-type: none"> • zleconej substancji testowej – Tuberkulina PPD RT23 (dawka: 2 T.U./0,1 ml), • oznakowanie opakowania Tuberkuliny datą i godz. pierwszego otwarcia, • zapewnienie ochrony opakowania z Tuberkuliną przed dostępem światła (w trakcie wykonywania zabiegu 3-krotne sprawdzenie: nazwy, dawki, postaci, drogi podania, daty ważności, wyglądu); obliczenie objętości substancji testowej do podania; pozostawienie zlecenia lekarskiego w zasięgu wzroku przez cały czas wykonywania zabiegu*	1 1 1	0 0 0
	7.	Przygotowanie substancji testowej w strzykawce (Tuberkulina PPD RT23 dawka: 2 T.U./0,1 ml)*: <ul style="list-style-type: none"> • aseptyczne połączenie igły i strzykawki, • wstrząśnięcie opakowania Tuberkuliny w celu uzyskania jednolitego roztworu, • aseptyczne uzyskanie dostępu do substancji testowej, • aseptyczne nabranie leku z opakowania substancji testowej, • aseptyczna zmiana igły do pobierania leku na igłę do wstrzyknięcia, odłożenie strzykawki z Tuberkuliną na blat roboczy (zastosowanie ochrony przed dostępem światła), • pozostawienie opakowania substancji testowej na blacie roboczym do czasu zakończenia zabiegu (zastosowanie ochrony przed dostępem światła) 	1 1 1 1 1	0 0 0 0 0

Technika wykonywania wstrzyknięcia śródskórnego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	8.	Zaproszenie pacjentki do gabinetu zabiegowego; zweryfikowanie tożsamości pacjentki; przygotowanie optymalnych warunków otoczenia (oświetlenie), zapewnienie intymności	1	0
	9.	Przygotowanie pacjentki: odsłonięcie planowanego miejsca wykonania próby uczuleniowej (środkowa trzecia część zewnętrznej strony przedramienia), ocena wzrokowa i palpacyjna miejsca wstrzyknięcia pod kątem zmian patologicznych*	1	0
	10.	Zapewnienie pacjentce możliwości umycia wybranego do wstrzyknięcia przedramienia wodą z mydłem, dokładnego spłukania i pozostawienia do wyschnięcia*	1	0
	11.	Zapewnienie pacjentce pozycji siedzącej lub leżącej z podparciem przedramienia wybranej do wstrzyknięcia kończyny górnej*	1	0
	12.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalne założenie rękawic jednorazowych niejałowych (wg zaleceń WHO, w przypadku wykonywania iniekcji śródskórnej, stosowanie rękawic jednorazowych niejałowych nie jest wymagane poza sytuacją izolacji kontaktowej pacjenta)	1	0
	13.	Podanie śródskórne substancji testowej (Tuberkulina PPD RT23 dawka: 2 T.U./0,1 ml)*: <ul style="list-style-type: none"> • zdjęcie osłonki z igły w sposób aseptyczny i prawidłowe umocowanie igły na strzykawce, odpowietrzenie igły, • naciągnięcie skóry przedramienia w okolicy planowanego wstrzyknięcia, • uprzedzenie pacjentki; ostrożne, ruchem półobrotowym wkłucie igły ścięciem do góry, pod kątem 10-15° na głębokość 0,5-1,0 mm tak, aby całe ścięcie igły znalazło się pod powierzchnią skóry, • delikatne uniesienie ścięcia igły pod skórą, • dociśnięcie kciukiem ręki niedominującej nasadki igły do skóry, • powolne podawanie substancji testowej (powstanie bąbla o śr. ok. 8 mm), • wyklucie igły wraz ze strzykawką płasko po skórze 	1	0
			1	0
			1	0
1			0	
1			0	
1			0	
14.	Wyrzucenie wykorzystanego sprzętu i materiału – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0	
15.	Opisanie miejsca wstrzyknięcia dermografem (nazwa substancji testowej, data, godz.)*	1	0	

Technika wykonywania wstrzyknięcia śródskórnego (czas wykonania: 10 min)				Ocena punktowa	
Etap porządkowania	16.	Poinformowanie pacjentki i opiekuna prawnego o sposobie postępowania z okolicą wykonanej próby tuberkulinowej i o konieczności zgłaszania niepokojących objawów oraz o czasie odczytania wyniku próby*	1	0	
	17.	Opcjonalne zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych (patrz: pkt. 12), higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO. Odstawienie parawanu / odsunięcie zasłon przyłóżkowych	1	0	
	18.	Udokumentowanie wykonania śródskórnej próby tuberkulinowej*	1	0	
	19.	Umieszczenie opakowania z niewykorzystaną Tuberkuliną w lodówce, w warunkach ochrony przed dostępem światła (okres przydatności do użycia od pierwszego otwarcia – 24 godz.)	1	0	
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 22				Max. 32 pkt.	
				Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 18,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 32 pkt.

SKALA OCENY:

- 32–30 pkt. – bardzo dobry
- 29–28 pkt. – ponad dobry
- 27–26 pkt. – dobry
- 25–24 pkt. – dość dobry
- 23–22 pkt. – dostateczny
- poniżej 22 pkt. – niedostateczny

87. Technika wykonywania wstrzyknięcia śródkórnego. Próba uczuleniowa (penicylina krystaliczna)

RENATA TOKARSKA, JOANNA ŁATKA

Pacjentka, B.L., lat 39, przyjęta na oddział ginekologii z podejrzeniem guza w miednicy mniejszej. W wywiadzie wieloletnie stosowanie antykoncepcyjnej wkładki wewnątrzmacicznej. W ramach diagnostyki u pacjentki wykonano m.in. posiew z kanału szyjki macicy. Na podstawie wyników badania mikrobiologicznego zdiagnozowano zakażenie grzybem promienicy *Actinomyces bovis israeli*. Zlecono leczenie penicyliną krystaliczną 24 mln j.m./dobę i.v. w dawkach podzielonych co 6 godz. i Probenecid 0,5 g i.v. co 6 godz. W związku z planowanym leczeniem preparatem penicyliny pacjentka ma zlecone wykonanie śródkórnej próby uczuleniowej na penicylinę z 10 j.m. penicyliny krystalicznej w 0,1 ml NaCl 0,9%. Śródkórna próba uczuleniowa ma składać się ze wstrzyknięcia leku / substancji testowej oraz ze wstrzyknięcia kontrolnego z 0,1 ml NaCl 0,9%.

Polecenie: wykonaj u pacjentki próbę uczuleniową na penicylinę krystaliczną.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- zlecony lek – penicylina krystaliczna w dawce 10 j.m./0,1 ml NaCl 0,9%,
- NaCl 0,9% – do wykonania wstrzyknięcia kontrolnego,
- 2 jałowe strzykawki 1–2 ml,
- jałowa igła do pobrania leku, rozmiar nie większy niż 0,8 x 40 (21G), lub igła bezpieczna – tępa lub z otworem bocznym 1,2 x 30 (18G),
- jałowa igła do podania leku / substancji testowej 0,4 x 16 (26G) lub 0,5 x 25 (25G),
- jałowe gaziki,
- dermograf do oznaczenia miejsca wykonania wstrzyknięcia,
- alkoholowy preparat antyseptyczny do dezynfekcji opakowań z lekiem / substancją testową,
- preparat dezynfekcyjny do powierzchni,
- preparat do higienicznej dezynfekcji rąk,
- rękawice jednorazowe niejałowe (wg zaleceń WHO, w przypadku wykonywania iniekcji podskórnej, stosowanie rękawic jednorazowych niejałowych nie jest wymagane poza sytuacją izolacji kontaktowej pacjenta),
- pojemnik twardościenny i worki do segregacji odpadów medycznych.

Przed wykonaniem próby uczuleniowej na penicylinę krystaliczną (i zawsze, kiedy w wyniku podjętej interwencji istnieje ryzyko wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego) u pacjenta należy wykonać kaniulację obwodowego naczynia żylnego oraz zapewnić dostęp do:

- sprzętu do monitorowania stanu pacjenta,
- zestawu przeciwwstrząsowego,
- źródła tlenu medycznego i sprzętu do podawania tlenu,
- defibrylatora.

Technika wykonywania wstrzyknięcia śródskórnego. Próba uczuleniowa (penicylina krystaliczna) (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim (Indywidualna karta zleceń lekarskich – nazwa leku, dawka, postać, droga i czas podania)*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką: przedstawienie się, sprawdzenie tożsamości pacjentki (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID); poinformowanie pacjentki o celu i przebiegu śródskórnej próby uczuleniowej, możliwych objawach ubocznych i powikłaniach zabiegu, oczekiwanym sposobie zachowania się pacjentki w trakcie i po zabiegu; uzyskanie zgody pacjentki na wykonanie próby uczuleniowej*	1	0
	4.	Higieniczne umycie i/lub zdezynfekowanie rąk	1	0
	5.	Zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego. Przygotowanie sprzętu i materiałów do wykonania zabiegu	1	0
	6.	Przygotowanie: • zleconego leku / substancji testowej, • NaCl 0,9% do wykonania próby kontrolnej (w trakcie wykonywania zabiegu 3-krotne sprawdzenie: nazwy, dawki, postaci, drogi podania, daty ważności, wyglądu leku / substancji testowej); obliczenie objętości leku / substancji testowej do podania; pozostawienie zlecenia lekarskiego w zasięgu wzroku przez cały czas wykonywania zabiegu*	1	0
	7.	Przygotowanie leku / substancji testowej w strzykawkę (10 j.m. PNC/0,1 ml NaCl 0,9%)*: • aseptyczne połączenie igły i strzykawki, • aseptyczne uzyskanie dostępu do leku / substancji testowej, • aseptyczne nabranie leku z opakowania leku / substancji testowej, • aseptyczna zmiana igły do pobierania leku na igłę do wstrzyknięcia, • opisanie strzykawki z lekiem/substancją testową – nazwa i dawka, • pozostawienie opakowania po leku / substancji testowej na blacie roboczym do czasu zakończenia zabiegu	1 1 1 1 1 1	0 0 0 0 0 0

Technika wykonywania wstrzyknięcia śródskórnego. Próba uczuleniowa (penicylina krystaliczna) (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	8.	Przygotowanie leku / substancji testowej w strzykawce (0,1 ml NaCl 0,9% w ramach próby kontrolnej)*:	1	0
		• aseptyczne połączenie igły i strzykawki,	1	0
		• aseptyczne uzyskanie dostępu do leku / substancji testowej,	1	0
		• aseptyczne nabranie leku z opakowania leku / substancji testowej,	1	0
		• aseptyczna zmiana igły do pobierania leku na igłę do wstrzyknięcia,	1	0
		• opisanie strzykawki z lekiem / substancją testową - nazwa i dawka,	1	0
		• pozostawienie opakowania po leku / substancji testowej na blacie roboczym do czasu zakończenia zabiegu	1	0
Etap wykonania	9.	Zaproszenie pacjentki do gabinetu zabiegowego; zweryfikowanie tożsamości pacjentki; przygotowanie optymalnych warunków otoczenia (oświetlenie), zapewnienie intymności	1	0
	10.	Przygotowanie pacjentki: odsłonięcie planowanego miejsca wykonania próby uczuleniowej (wewnętrzna powierzchnia przedramienia, z wyłączeniem obszaru ok. 5 cm powyżej nadgarstka i ok. 5 cm poniżej zgięcia łokciowego), ocena wzrokowa i palpacyjna miejsca wstrzyknięcia pod kątem zmian patologicznych	1	0
	11.	Zapewnienie pacjentce możliwości umycia wybranego do wstrzyknięcia przedramienia wodą z mydłem, dokładnego spłukania i pozostawienia do wyschnięcia	1	0
	12.	Zapewnienie pacjentce pozycji siedzącej lub leżącej z podparciem przedramienia wybranej do wstrzyknięcia kończyny górnej*	1	0
	13.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalne założenie rękawic jednorazowych niejałowych (wg zaleceń WHO, w przypadku wykonywania iniekcji śródskórnej, stosowanie rękawic jednorazowych niejałowych nie jest wymagane poza sytuacją izolacji kontaktowej pacjenta)	1	0
	14.	Podanie śródskórne leku / substancji testowej (PNC 10 j.m./0,1 ml NaCl 0,9%)*: <ul style="list-style-type: none"> • zdjęcie osłonki z igły w sposób aseptyczny i prawidłowe umocowanie igły na strzykawce, odpowietrzenie igły, • naciągnięcie skóry przedramienia w okolicy planowanego wstrzyknięcia (ok. 5 cm poniżej zgięcia łokciowego), • uprzedzenie pacjentki; ostrożne, ruchem półobrotowym wkłucie igły ścięciem do góry, pod kątem 10-15° na głębokość 0,5-1,0 mm tak, aby całe ścięcie igły znalazło się pod powierzchnią skóry, • delikatne uniesienie ścięcia igły pod skórą, • dociśnięcie kciukiem ręki niedominującej nasadki igły do skóry, • powolne podawanie leku / substancji testowej (powstanie bąbla o śr. ok. 5 mm), • wyklucie igły wraz ze strzykawką płasko po skórze 	1	0
		1	0	
		1	0	
		1	0	
		1	0	
		1	0	
		1	0	

Technika wykonywania wstrzyknięcia śródskórnego. Próba uczuleniowa (penicylina krystaliczna) (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	15.	Wyrzucenie wykorzystanego sprzętu i materiału – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0
	16.	Podanie śródskórne leku / substancji testowej (0,1 ml NaCl 0,9% w ramach próby kontrolnej)*: • zdjęcie osłonki z igły w sposób aseptyczny i prawidłowe umocowanie igły na strzykawkę, odpowietrzenie igły, • naciągnięcie skóry przedramienia w okolicy planowanego wstrzyknięcia (ok. 2,5–5 cm od pierwszego wstrzyknięcia, nie niżej niż ok. 5 cm od nadgarstka), • uprzedzenie pacjentki; ostrożne, ruchem półobrotowym wkłucie igły ścięciem do góry, pod kątem 10–15° na głębokość 0,5–1,0 mm tak, aby całe ścięcie igły znalazło się pod powierzchnią skóry, • delikatne uniesienie ścięcia igły pod skórą, • dociśnięcie kciukiem ręki niedominującej nasadki igły do skóry, • powolne podawanie leku / substancji testowej (powstanie bąbla o śr. ok. 5 mm), • wyklucie igły wraz ze strzykawką płasko po skórze	1	0
			1	0
			1	0
			1	0
1			0	
1			0	
17.	Wyrzucenie wykorzystanego sprzętu i materiału – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0	
18.	Opisanie miejsc wstrzyknięć dermografem (nazwa leku / substancji testowej, godz.)	1	0	
Etap porządkowania	19.	Poinformowanie pacjentki o sposobie postępowania z okolicą wykonanej próby uczuleniowej i o konieczności zgłaszania niepokojących objawów oraz o czasie odczytania wyniku próby*	1	0
	20.	Opcjonalne zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych (patrz: pkt. 13), higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	21.	Udokumentowanie wykonania śródskórnej próby uczuleniowej*	1	0
Suma punktów			Max. 43 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 30			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 6, 7, 8, 12, 14, 16, 21,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 43 pkt.

SKALA OCENY:

- 43–41 pkt. – bardzo dobry
- 40–39 pkt. – ponad dobry
- 38–36 pkt. – dobry
- 35–33 pkt. – dość dobry
- 32–30 pkt. – dostateczny
- poniżej 30 pkt. – niedostateczny

88. Technika założenia wkłucia obwodowego

BEATA OGÓREK-TECZA, JOANNA ŁATKA

Pacjentka, E.Z., lat 85, przyjęta na oddział geriatry z powodu zaburzeń wodno-elektrolitowych. Zgodnie ze zleceniem lekarskim pacjentka ma mieć podawane płyny drogą dożylną. W celu ich przetaczania konieczne jest założenie wkłucia obwodowego.

Polecenie: wykonaj u pacjentki kaniulację naczynia obwodowego.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- właściwa dokumentacja monitorowania wkłucia dożylnego,
- kaniule dożylnie w różnych rozmiarach,
- jałowy opatrunek mocujący,
- NaCl 0,9% (np. 500 ml – butelka z wkłutą kaniulą pobierającą),
- jałowa strzykawka 10 ml,
- jałowa igła o dowolnym rozmiarze,
- jałowe gaziki,
- jałowy korek Luer Lock (opcjonalnie, jeśli nie jest dołączony do kaniuli),
- staza,
- alkoholowy preparat antyseptyczny,
- preparat dezynfekcyjny do powierzchni,
- preparat do higienicznej dezynfekcji rąk,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- pojemnik twardościenny i worki do segregacji odpadów medycznych.

Technika założenia wkłucia obwodowego (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką: przedstawienie się; sprawdzenie tożsamości pacjentki (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID); poinformowanie pacjentki o celu i przebiegu zabiegu, możliwych objawach, powikłaniach, oczekiwanym sposobie zachowania się pacjentki w trakcie i po zabiegu; uzyskanie zgody pacjentki na zabieg*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0

Technika założenia wkłucia obwodowego (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	5.	Zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego. Przygotowanie sprzętu i materiałów do wykonania zabiegu	1	0
	6.	Przygotowanie strzykawkki z NaCl 0,9% do sprawdzenia prawidłowości założenia wkłucia obwodowego. Zabezpieczenie strzykawkki jałową igłą	1	0
	7.	Udanie się z zestawem do sali pacjentki; zweryfikowanie tożsamości pacjentki; przygotowanie optymalnych warunków otoczenia (oświetlenie), zapewnienie intymności (parawan / zasłona przyłóżkowa)	1	0
Etap wykonania	8.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie rękawic jednorazowych niejałowych*	1	0
	9.	Przygotowanie pacjentki: ułożenie w pozycji zapewniającej dostęp do planowanego miejsca kaniulacji; odsłonięcie go, wyznaczenie oraz ocena wzrokowa i palpacyjna miejsca kaniulacji pod kątem zmian patologicznych	1	0
	10.	Przygotowanie gazika nasączonego preparatem antyseptycznym do dezynfekcji skóry w miejscu kaniulacji, otworzenie jałowych gazików, opatrunku mocującego	1	0
	11.	Dobór rozmiaru kaniuli dożylnnej do średnicy naczynia żylnego, otwarcie opakowania kaniuli	1	0
	12.	Otwarcie korka typu Luer Lock, odłożenie go w sposób aseptyczny	1	0
	13.	Założenie stazy i ocena palpacyjna stanu naczyń żylnych*	1	0
	14.	Zdezynfekowanie skóry w miejscu kaniulacji	1	0
	15.	Kaniulacja naczynia obwodowego*: <ul style="list-style-type: none"> • zdjęcie osłonki z kaniuli i uchwycenie jej z zachowaniem zasad aseptyki, • naciągnięcie kciukiem skóry nad naczyniem żylnym poniżej planowanego miejsca nakłucia, • uprzedzenie pacjentki; zdecydowanym ruchem wkłucie kaniuli pod kątem dostosowanym do warunków anatomicznych, • stwierdzenie wstecznego napływu krwi do komory napływczej, • kontynuowanie wkłuwania kaniuli o kolejne 2-3 mm, • ustabilizowanie kaniuli, wysunięcie mandrynu o 2-3 mm, • stwierdzenie drugiego napływu zwrotnego krwi pomiędzy igłą a cewnikiem, • całkowite wprowadzenie kaniuli do żyły 	1	0
			1	0
			1	0
			1	0
			1	0
			1	0
			1	0
	16.	Zwolnienie stazy	1	0
17.	Podłożenie jałowego gazika pod kaniulę	1	0	
18.	Ustabilizowanie kaniuli; uciśnięcie żyły powyżej końcówki kaniuli; wyjęcie mandrynu	1	0	

Technika założenia wkłucia obwodowego (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	19.	Wyrzucenie mandrynu – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0
	20.	Sprawdzenie prawidłowości położenia kaniuli w żyłę przez podanie NaCl 0,9%; uciśnięcie żyły powyżej końcówki kaniuli; zamknięcie światła kaniuli jałowym koreczkiem Luer Lock*	1	0
	21.	Wyrzucenie wykorzystanego sprzętu i materiału – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0
	22.	Umocowanie kaniuli jałowym opatrunkiem*	1	0
Etap porządkowania	23.	Zapewnienie pacjentce komfortowej pozycji i poinformowanie jej o sposobie postępowania po założeniu kaniuli, uporządkowanie bliższego otoczenia pacjenta, zapewnienie mu dostępu do systemu przyzywowego	1	0
	24.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO. Odstawienie parawanu / odsunięcie zasłon przyłożkowych	1	0
	25.	Udokumentowanie wykonania zabiegu we właściwej dokumentacji monitorowania wkłucia dożylnego*	1	0
Suma punktów			Max. 32 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 23			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 8, 13, 15, 20, 22, 25,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 32 pkt.

SKALA OCENY:

- 32–31 pkt. – bardzo dobry
- 30–29 pkt. – ponad dobry
- 28–27 pkt. – dobry
- 26–25 pkt – dość dobry
- 24–23 pkt. – dostateczny
- poniżej 23 pkt. – niedostateczny

89. Technika podawania leków drogą dożylną – kroplowy wlew dożylny leku gotowego

IWONA BODYS-CUPAK, ALICJA KAMIŃSKA

Pacjentka, M.K., lat 49, przebywa na oddziale urologii z powodu utrzymującego się zapalenia pęcherza moczowego. Pacjentka jest w dobrym kontakcie słownym, zorientowana, samodzielna, współpracująca. Temperatura ciała wynosi 37,9°C, pozostałe parametry życiowe w normie. Zgłasza dolegliwości bólowe podczas oddawania moczu. Diureza dobową 1900 ml. Zalecono podanie leku Ciprofloxacyn w dawce 400 mg 2 razy dziennie, i.v. (czas wchłaniania: max. 60 min). Pacjentka ma założony wenflon z zaworem dostępu bezigłowego. Na oddziale dostępny jest zlecony lek: Ciprofloxacyn Kabi 400 mg/200 ml, roztwór do infuzji.

Polecenie: przygotuj i podłącz kroplowy wlew dożylny zgodnie ze zleceniem lekarskim. Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- zlecony lek,
- aparat do kroplowego wlewu,
- NaCl 0,9% (np. 500 ml – butelka z wkłutą kaniulą pobierającą),
- jałowa strzykawka 10 ml (2 szt.),
- jałowa igła o dowolnym rozmiarze (2 szt.),
- jałowe gaziki,
- alkoholowy preparat antyseptyczny,
- preparat dezynfekcyjny do powierzchni,
- preparat do higienicznej dezynfekcji rąk,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- stojak do zawieszenia kroplówki,
- pojemnik twardościenny i worki do segregacji odpadów medycznych.

Technika podawania leków drogą dożylną – kroplowy wlew dożylny leku gotowego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim (Indywidualna karta zleceń lekarskich – nazwa leku, dawka, postać, droga i czas podania)*	1	0

Technika podawania leków drogą dożylną – kroplowy wlew dożylny leku gotowego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką: przedstawienie się; sprawdzenie tożsamości pacjentki (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID); poinformowanie pacjentki o celu i przebiegu zabiegu, możliwych objawach ubocznego działania leku oraz powikłaniach zabiegu, oczekiwanym sposobie zachowania się pacjentki w trakcie wstrzyknięcia leku i po nim; uzyskanie zgody pacjentki na podanie leku*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	5.	Zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego. Przygotowanie sprzętu i materiałów do wykonania zabiegu	1	0
	6.	Przygotowanie zleconego leku (w trakcie wykonywania zabiegu 3-krotne sprawdzenie: nazwy, dawki, postaci, drogi podania, daty ważności, wyglądu leku); pozostawienie zlecenia lekarskiego w zasięgu wzroku przez cały czas wykonywania zabiegu. Przygotowanie niezbędnego sprzętu i materiałów*	1	0
	7.	Obliczenie szybkości infuzji (liczba kropli/min)*	1	0
	8.	Przygotowanie płynu/roztworu infuzyjnego*: <ul style="list-style-type: none"> • usunięcie zabezpieczenia z jałowego portu butelki z lekiem do infuzji, • wyjęcie z opakowania i zamknięcie zacisku rolkowego aparatu do kroplowego wlewu, • aseptyczne wkłucie igły aparatu do kroplowego wlewu do portu butelki z lekiem, • wypełnienie płynem komory kroplowej i drenu aparatu do kroplowych wlewów 	1	0
	9.	Przygotowanie strzykawkę z roztworem NaCl 0,9% do sprawdzenia drożności wkłucia obwodowego i do przepłukania kaniuli po podaniu leku. Zabezpieczenie obu strzykawkę jałowymi igłami	1	0
	10.	Udanie się z zestawem do sali pacjentki; zweryfikowanie tożsamości pacjentki; przygotowanie optymalnych warunków otoczenia (oświetlenie), zapewnienie intymności (parawan / zasłona przyłóżkowa)	1	0
	11.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie rękawic jednorazowych niejałowych*	1	0
Etap wykonania	12.	Przygotowanie pacjentki: ułożenie w pozycji zapewniającej dostęp do planowanego miejsca wstrzyknięcia; odsłonięcie go, ocena wzrokowa i palpacyjna miejsca wstrzyknięcia pod kątem zmian patologicznych	1	0

Technika podawania leków drogą dożylną – kroplowy wlew dożylny leku gotowego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	13.	Podłączenie kroplowego wlewu dożylnego*: • zawieszenie butelki z lekiem na statywie, umocowanie drenu w uchwycie zacisku rolkowego i zdjęcie osłonki z końcówki Luer Lock aparatu do kroplowego wlewu, • dezynfekcja zaworu dostępu bezigłowego, • podłożenie jałowego gazika pod kaniulę, sprawdzenie drożności kaniuli przez aspirację krwi do strzykawki z NaCl 0,9%, • podłączenie końcówki Luer Lock aparatu do kroplowego wlewu do zaworu dostępu bezigłowego, • ustawienie szybkości infuzji (liczba kropli/min)	1	0
			1	0
	14.	Poinformowanie pacjentki o konieczności zgłaszania ewentualnych objawów niepożądanych, zapewnienie pacjentce komfortowej pozycji, uporządkowanie bliższego otoczenia pacjentki, zapewnienie jej dostępu do systemu przyzywowego	1	0
Etap porządkowania	15.	Wyrzucenie wykorzystanego sprzętu i materiału – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0
	16.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO. Odstawienie parawanu / odsunięcie zasłon przyłóżkowych	1	0
	17.	Kontrolowanie prawidłowości postępu infuzji, obserwacja pacjentki pod kątem wystąpienia ewentualnych objawów niepożądanego działania leku*	1	0
Suma punktów			Max. 24 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 17			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 6, 7, 8, 11, 13, 17,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 24 pkt.

SKALA OCENY:

- 24–23 pkt. – bardzo dobry
- 22 pkt. – ponad dobry
- 21–20 pkt. – dobry
- 19 pkt. – dość dobry
- 18–17 pkt. – dostateczny
- poniżej 17 pkt. – niedostateczny

90. Technika podania leku w postaci maści na skórę

AGATA KULIKOWSKA, MATYLDA SIERAKOWSKA, IWONA JAROCKA

Pacjent, lat 45, przytomny, współpracujący, ze zmianą chorobową suchą na powierzchni skóry przedramienia. Pacjentowi zlecono zmianę opatrunku oraz założenie maści na zmianę skórą.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem lekarskim nałóż lek w postaci maści na skórę zmienioną chorobowo.

Niezbędny sprzęt:

- kozetka,
- stolik opatrunkowy,
- zlecony lek,
- lawaseptyk, np. Octenilin,
- bandaż, gaziki, lignina, przyklepic,
- rękawice,
- szpatułki jednorazowego użytku,
- miska nerkowata,
- kosz do segregacji odpadów medycznych.

Technika podania leku w postaci maści na skórę (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się z pisemnym zleceniem w Indywidualnej karcie zleceń lekarskich*	1	0
	3.	Przygotowanie otoczenia chorego: zapewnienie optymalnej temperatury i dobrego oświetlenia, zapewnienie warunków intymności	1	0
	4.	Zidentyfikowanie pacjenta, poinformowanie go o celu i przebiegu zabiegu, uzyskanie zgody pacjenta na wykonanie zabiegu, ocena stanu pacjenta (w celu wyboru pozycji wykonania zabiegu)*	1	0

Technika podania leku w postaci maści na skórę (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	5.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	6.	Przygotowanie zestawu: rękawiczki jednorazowe, szpatułki jednorazowego użycia, gaziki, bandaż lub opatrunek mocujący, pojemnik na odpady; przygotowanie leku zgodnie ze zleceniem lekarskim: <ul style="list-style-type: none"> • 3-krotne sprawdzenie nazwy leku, • sprawdzenie terminu ważności leku, • przygotowanie właściwej dawki/stężenia leku* 	1	0
Etap wykonania	7.	Ułożenie pacjenta w wygodnej i bezpiecznej pozycji uwidaczniającej miejsce zastosowania leku, zapewnienie intymności	1	0
	8.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	9.	Założenie rękawiczek jednorazowego użytku	1	0
	10.	Oczyszczenie i osuszenie miejsca chorobowo zmienionego, np. usunięcie poprzedniego opatrunku, zastosowanie lawaseptyki, zdjęcie rękawiczek*	1	0
	11.	Założenie rękawiczek jednorazowego użytku	1	0
	12.	Pobranie maści/kremu za pomocą jednorazowej szpatułki i rozprowadzenie po miejscu zmienionym chorobowo*	1	0
	13.	Zabezpieczenie gazikami i zabandażowanie lub założenie opatrunku mocującego	1	0
	14.	Poinformowanie pacjenta o konieczności zgłaszania niepokojących objawów niepożądanych zastosowanego leku	1	0
Etap porządkowania	15.	Zdjęcie rękawiczek i uporządkowanie zestawu	1	0
	16.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	17.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 17 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 12			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 16, 17,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 17 pkt.

SKALA OCENY:

- 17–16 pkt. – bardzo dobry
- 15 pkt. – ponad dobry
- 14 pkt. – dobry
- 13 pkt. – dość dobry
- 12 pkt. – dostateczny
- poniżej 12 pkt. – niedostateczny

91. Technika podawania leku w postaci roztworu na skórę

MATYLDA SIERAKOWSKA, IWONA JAROCKA, AGATA KULIKOWSKA

Pacjentka, lat 34, przytomna, hospitalizowana na oddziale internistycznym, współpracująca, ze zmianą chorobową sącząca się na powierzchni skóry uda. Zlecono zmianę opatrunku.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem nałóż lek w postaci roztworu na skórę.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- kozetka,
- zlecony lek,
- lawaseptyk,
- gaziki, lignina, bandaż, przylepiec,
- rękawice,
- jałowe narzędzie chwytne,
- stolik opatrunkowy,
- miska nerkowata,
- kosz do segregacji odpadów medycznych.

Technika podawania leku w postaci roztworu na skórę (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się z pisemnym zleceniem w Indywidualnej karcie zleceń lekarskich*	1	0
	3.	Przygotowanie otoczenia: zapewnienie optymalnej temperatury pokoju i dobrego oświetlenia	1	0
	4.	Zidentyfikowanie pacjentki, poinformowanie o celu i przebiegu zabiegu, uzyskanie zgody pacjentki na wykonanie zabiegu*	1	0

Technika podawania leku w postaci roztworu na skórę (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	5.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	6.	Przygotowanie zestawu: zlecony lek, rękawiczki jednorazowe, gaziki, bandaż lub opatrunek mocujący, pojemnik na odpady, miska nerkowata, narzędzie chwytne. Przygotowanie zleconego leku zgodnie ze zleceniem lekarskim: • 3-krotne sprawdzenie nazwy leku, • sprawdzenie terminu ważności leku, • przygotowanie właściwej dawki/stężenia leku*	1	0
Etap wykonania	7.	Ułożenie pacjentki w wygodnej i bezpiecznej pozycji, uwidaczniającej miejsce zastosowania leku, zapewnienie intymności	1	0
	8.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	9.	Założenie rękawiczek jednorazowego użytku	1	0
	10.	Oczyszczenie i osuszenie skóry	1	0
	11.	Higieniczna dezynfekcja rąk i założenie rękawiczek jednorazowego użytku	1	0
	12.	Naniesienie roztworu bezpośrednio na gaziki i umieszczenie gazy na skórze*	1	0
	13.	Zabezpieczenie suchą gazą i założenie opatrunku mocującego	1	0
Etap porządkowania	14.	Poinformowanie pacjentki o konieczności zgłaszania niepokojących objawów niepożądanych zastosowanego leku	1	0
	15.	Zdjęcie rękawiczek i uporządkowanie zestawu	1	0
	16.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	17.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 17 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 12			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 4, 5, 6, 8, 12, 16, 17,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 17 pkt.

SKALA OCENY:

- 17–16 pkt. – bardzo dobry
- 15 pkt. – ponad dobry
- 14 pkt. – dobry
- 13 pkt. – dość dobry
- 12 pkt. – dostateczny
- poniżej 12 pkt. – niedostateczny

92. Technika podawania leku do nosa

KATARZYNA SNARSKA, GRAŻYNA KOBUS

Mężczyzna, lat 35, zgłosił się na SOR z niedrożnością nosa, gęstą wydzieliną ściekającą po tylnej ścianie gardła oraz uczuciem rozpierania w okolicy nosa z powodu przewlekłego alergicznego nieżytu nosa w przebiegu uczulenia na alergeny roztoczy kurzu domowego. Pacjent ma zlecony glikokortykosteroid donosowo.

Polecenie: podaj lek do nosa zgodnie ze zleceniem lekarza.

Niezbędny sprzęt:

- lek w postaci kropli/maści,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- gaziki,
- jałowy kroplomierz jednorazowego użytku,
- jałowe bagietki/kwacz (w zależności od tego, na jaką głębokość ma być zaaplikowana maść),
- miska nerkowata,
- lignina,
- kosz do segregacji odpadów medycznych.

Technika podawania leku do nosa (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się z pisemnym zleceniem w Indywidualnej karcie zleceń lekarskich*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie identyfikacji chorego, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, poinformowanie o ewentualnych objawach ubocznych; uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
	4.	Ocena stanu pacjenta w celu wyboru pozycji wykonania zabiegu	1	0
	5.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	6.	Przygotowanie sprzętu: <ul style="list-style-type: none"> • 3-krotne sprawdzenie nazwy leku, • sprawdzenie terminu ważności leku, • przygotowanie właściwej dawki podania leku* 	1	0
	7.	Przygotowanie otoczenia: zapewnienie dobrego oświetlenia, ciszy i spokoju	1	0

Technika podawania leku do nosa (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	8.	Ułożenie pacjenta w pozycji zapewniającej komfort i bezpieczeństwo: • pozycja siedząca z głową odchyloną ku tyłowi, z podparciem barków, • pozycja leżąca na plecach lub jeśli lek ma zadziałać na ściany boczne nosa, przy zakraplaniu pacjent przechyla głowę w odpowiednią stronę*	1	0
	9.	Dezynfekcja rąk i założenie jednorazowych niejałowych rękawic	1	0
	10.	Oczyszczenie obu przewodów nosowych pacjenta	1	0
	11.	Przygotowanie leku (nabranie go do kroplomierza, gdy lek nie jest zaopatrzony w dozownik) lub nałożenie maści na bagietkę/kwacz – w zależności od planowanej głębokości założenia maści	1	0
	12.	Uniesienie palcem lewej ręki koniuszka nosa. Przechylenie głowy pacjenta na bok, jeśli celem jest zadziałanie leku na boczne ściany jamy nosa	1	0
	13.	Podanie leku do obu przewodów nosowych (po ponownym sprawdzeniu zlecenia): maść zsuwamy na okolicę wejścia do jamy nosa lub wprowadzamy głębiej delikatnie kwaczem na ściany jamy nosowej, krople zapuszczamy w ilości zleczonej, nie dotykając zakraplaczem ścian nosa*	1	0
	14.	Wytarcie gazikiem wypływających kropli lub maści z nosa	1	0
Etap porządkowania	15.	Poinformowanie pacjenta o pozostaniu przez ok. 5 min w pozycji, w której był podawany lek	1	0
	16.	Kontrolowanie reakcji pacjenta na lek	1	0
	17.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych i dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	18.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	19.	Uporządkowanie tacy	1	0
	20.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 20 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 14			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 5, 6, 8, 13, 18, 20,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 20 pkt.

SKALA OCENY:

- 20–19 pkt. – bardzo dobry
- 18 pkt. – ponad dobry
- 17–16 pkt. – dobry
- 15 pkt. – dość dobry
- 14 pkt. – dostateczny
- poniżej 14 pkt. – niedostateczny

93. Technika podania leku do ucha

HANNA ROLKA, JOLANTA LEWKO

Pacjentka, A.K., lat 38, przyjęta na ostrym dyżurze przez otolaryngologa. Chora zgłasza dolegliwości bólowe ucha prawego, wyciek wydzieliny, ból podczas żucia pokarmów stałych. Temperatura ciała pacjentki wynosi 37,8°C. Badanie kliniczne wykazało zapalenie przewodu słuchowego zewnętrznego z powiększeniem węzłów chłonnych zamałżowinowych. W terapii zlecono lek Otinum, krople do uszu 0,2 g/g – 3 krople co 6 godz. do przewodu słuchowego prawego.

Polecenie: zgodnie z zleceniem podaj pacjentce lek do ucha prawego.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- lek w zalecanej dawce w postaci kropli w temperaturze pokojowej,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- waciki,
- jeśli istnieje potrzeba, jałowy jednorazowy kroplomierz,
- miska nerkowata,
- lignina,
- taca.

Technika podania leku do ucha (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką, sprawdzenie tożsamości chorej, przedstawienie się, poinformowanie pacjentki o celu, istocie i przebiegu czynności, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu, uprzedzenie chorej, że zabieg może być nieprzyjemny (chora może odczuwać zawroty głowy, mieć wrażenie pogorszenia słuchu), poproszenie, aby chora zgłosiła niezwłocznie niepokojące objawy, jeśli wystąpią podczas wykonywania zabiegu, np. silne pieczenie, ból*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu; zapoznanie się z pisemnym zleceniem w Indywidualnej karcie zleceń lekarskich (sprawdzenie nazwy, dawki, daty ważności zleconego leku)*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0

Technika podania leku do ucha (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	5.	Ułożenie chorej w odpowiedniej pozycji (ułożenie w pozycji leżącej na boku lub w pozycji siedzącej z przechyleniem głowy na bok – poproszenie pacjentki, aby przechyliła głowę w kierunku zdrowego ucha	1	0
	6.	Ogrzanie leku w dłoniach w celu zapobiegania występowania zawrotów głowy w wyniku podrażnienia błędnika*	1	0
	7.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	9.	Odślonięcie przewodu słuchowego zewnętrznego przez pociągnięcie małżowiny usznej w kierunku: do tyłu i do góry*	1	0
	10.	Oczyszczenie przewodu słuchowego zewnętrznego z woskowiny przy użyciu ciepłej wody i kwacza lub wacika	1	0
	11.	Podanie leku w taki sposób, aby krople trafiły na wewnętrzną ścianę kanału; kroplomierz winien być umieszczony nad małżowiną bez dotykania jej*	1	0
	12.	Osuszenie wacikiem wypływającego nadmiaru leku	1	0
	13.	Wykonanie masażu małżowiny usznej tuż nad nią, aby krople wpłynęły do światła kanału słuchowego	1	0
	14.	Założenie wacika zamykającego wejście do kanału słuchowego	1	0
	15.	Poinformowanie chorej, aby po podaniu leku pozostała z przechyloną głową przez kilka min	1	0
Etap porządkowania	16.	Uporządkowanie zestawu po wykonanym zabiegu (sprzęt jednorazowego użytku zgodnie z obowiązującymi procedurami do utylizacji, sprzęt wielorazowego użytku do dezynfekcji i sterylizacji)	1	0
	17.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	18.	Obserwowanie reakcji pacjentki na podany lek	1	0
	19.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 13			Max. 19 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 17, 19,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 19 pkt.

SKALA OCENY:

- 19 pkt. – bardzo dobry
- 18 pkt. – ponad dobry
- 17 pkt. – dobry
- 16–15 pkt. – dość dobry
- 14–13 pkt. – dostateczny
- poniżej 13 pkt. – niedostateczny

94. Technika podania leku do worka spojówkowego

BEATA KOWALEWSKA, BARBARA JANKOWIAK

Pacjent, B.K., lat 40, zgłosił się na SOR do lekarza okulisty. Chory zgłasza dolegliwości bólowe oka prawego, wyciek wydzieliny, ból podczas mrugania, wrażliwość na światło. Badanie kliniczne wykazało zapalenie spojówek. W terapii zlecono lek Tobrex 0,3% (krople do oczu) – 2 krople co 1 godz. do oka prawego.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem podaj pacjentowi lek do oka prawego.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- lek w zalecanej dawce i postaci (krople) stosowany do oczu, o temperaturze pokojowej,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- gaziki jałowe,
- przyłepiec,
- jeśli istnieje potrzeba, jałowy jednorazowy kroplomierz/zakraplacz,
- miska nerkowata,
- taca (jeśli zabieg nie będzie wykonywany w okulistycznym pokoju zabiegowym).

Technika podania leku do worka spojówkowego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie osoby wykonującej aplikację leku do oka (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, sprawdzenie tożsamości chorego, przedstawienie się, poinformowanie pacjenta o celu, istocie i przebiegu czynności, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu, uprzedzenie chorego, że zabieg może być nieprzyjemny (lek może wywołać uczucie pieczenia oka), poproszenie, aby chory zgłosił niezwłocznie niepokojące objawy, jeśli wystąpią podczas wykonywania zabiegu, takie jak silne pieczenie, ból; poinformowanie chorego, że pogorszenie widzenia może być następstwem podania leków do worka spojówkowego, jednakże nasilający się lub długi utrzymujący powyższy stan należy zgłosić personelowi*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu, leku (ponowne sprawdzenie leku ze zleceniem) oraz otoczenia (dobre oświetlenie stanowiska)*	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0

Technika podania leku do worka spojówkowego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	5.	Ułożenie chorego w odpowiedniej pozycji (ułożenie w pozycji leżącej na wznak lub w pozycji siedzącej z lekkim odchyleniem głowy do tyłu i wsparciem o wezgielowie fotela okulistycznego lub ścianę)	1	0
	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	7.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	8.	W razie konieczności oczyszczenie oka z wydzieliny nagromadzonej w worku spojówkowym i/lub na rzęsach przy użyciu jałowego roztworu soli fizjologicznej, gazików i kwacza	1	0
	9.	Odsłonięcie powierzchni oka przez rozchylenie powiek dwoma palcami ręki niedominującej z użyciem gazików, odsłonięcie dolnego zachyłka worka spojówkowego, oparcie palców o brzegi oczodołu*	1	0
	10.	Poproszenie pacjenta, aby otworzył szeroko oko i patrzył w jeden punkt ku górze	1	0
	11.	Podanie leku w taki sposób, aby krople/zawiesina w ilości 1-2 kropli podane były z wysokości 2-3 cm prostopadle na spojówkę powieki dolnej tak, aby nie dotknąć zakraplaczem spojówki i rzęs chorego, następnie powolne zwolnienie powieki, aby zapobiec wypłynięciu leku; poproszenie pacjenta, aby nie zaciskał powiek, nie mrugał intensywnie i nie uciskał oka; poinstruowanie pacjenta, aby po zakropleniu leku i powolnym zamknięciu powiek wykonał kilka ruchów gałką oczną przy zamkniętej powiece w celu rozprowadzenia leku*	1	0
	12.	Osuszenie gazikiem wypływającego nadmiaru leku, odrzucenie gazika	1	0
	13.	W przypadku konieczności założenie opatrunku na oko, przytwierdzenie go przylepcem hipoalergicznym	1	0
Etap porządkowania	14.	Uporządkowanie zestawu po wykonanym zabiegu (sprzęt jednorazowego użytku zgodnie z obowiązującymi procedurami do utylizacji, sprzęt wielorazowego użytku do dezynfekcji i sterylizacji)	1	0
	15.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	16.	Obserwowanie reakcji pacjenta na podany lek	1	0
	17.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów			Max. 17 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 12			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 6, 9, 11, 15, 17,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 17 pkt.

SKALA OCENY:

- 17 pkt. – bardzo dobry
- 16 pkt. – ponad dobry
- 15 pkt. – dobry
- 14 pkt. – dość dobry
- 13–12 pkt. – dostateczny
- poniżej 12 pkt. – niedostateczny

95. Technika płukania oka

BEATA KOWALEWSKA, BARBARA JANKOWIAK

Pacjent, B.K., lat 28, zgłosił się do okulisty. Chory zgłasza dolegliwości bólowe oka prawego oraz dużą ilość wydzieliny, która skleja rzęsy powiek. W wywiadzie podaje, że dolegliwości pojawiły się po tym, jak zawiął silny wiatr, nawiewając do oka piasek, którego chory samodzielnie nie potrafił usunąć. Aby przeprowadzić badanie kliniczne, choremu zlecono płukanie oka.

Polecenie: wykonaj pacjentowi płukanie oka prawego.

Niezbędny sprzęt:

- jałowy, ogrzany preparat do płukania oka (jeśli lekarz nie zleci inaczej, np. NaCl 0,9%) o temperaturze 32–38°C, ewentualnie o temperaturze pokojowej,
- rękawiczki jednorazowego użytku (fartuch ochronny opcjonalnie),
- aparat do płukania oka / strzykawka / przygotowanie zestawu do wlewu kroplowego ze zleconego płynu do płukania / ampułka z jałowym roztworem do płukania / undynka (w zależności od sposobu płukania),
- gaziki jałowe,
- podkład ochronny,
- lignina,
- jałowy kwacz,
- miska nerkowata,
- jałowe odwracadło lub rozwórka do powiek,
- źródło światła,
- taca (jeśli zabieg nie będzie wykonywany w okulistycznym pokoju zabiegowym).

Technika płukania oka (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie osoby wykonującej płukanie oka (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem, sprawdzenie tożsamości chorego, przedstawienie się, poinformowanie pacjenta o celu, istocie i przebiegu czynności, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu, uprzedzenie chorego, że zabieg może być nieprzyjemny (lek może wywołać uczucie pieczenia oka), poproszenie, aby chory zgłosił niezwłocznie niepokojące objawy, jeśli wystąpią podczas wykonywania zabiegu, takie jak silne pieczenie, ból*	1	0

Technika płukania oka (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	3.	Przygotowanie sprzętu, leku (ponowne sprawdzenie zlecenia lekarskiego, otwarcie opakowania z lekiem i napełnienie aparatu do płukania oka jałowym roztworem / nabranie jałowego roztworu do strzykawkki / zmontowanie wlewu kroplowego ze zleconym jałowym roztworem leku) i otoczenia (dobre oświetlenie stanowiska, przygotowanie podkładu i miski nerkowatej na spływający płyn płuczący)	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
Etap wykonania	5.	Ułożenie chorego w odpowiedniej pozycji (ułożenie w pozycji leżącej na wznak lub w pozycji siedzącej z lekkim odchyleniem głowy do tyłu i do boku oraz wsparciem o wezłowie fotela okulistycznego lub ścianę – głowa odwrócona w kierunku oka, które ma być płukane)*	1	0
	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	7.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	8.	W razie konieczności oczyszczenie oka z wydzieliny nagromadzonej na rzęsach przy użyciu jałowego roztworu soli fizjologicznej, gazików i kwacza	1	0
	9.	Oślonięcie pacjenta podkładem, ułożenie miski nerkowatej na spływający płyn na ramieniu chorego po stronie oka płukanego, poproszenie chorego o przytrzymanie miski	1	0
	10.	Odsłonięcie powierzchni oka przez rozchylenie powiek dwoma palcami ręki niedominującej z użyciem gazików lub użycie rozwórki lub odwracadła do powiek*	1	0
	11.	Poproszenie pacjenta, aby otworzył szeroko oczy i patrzył w jeden punkt, najlepiej w górę	1	0
	12.	Wykonanie płukania oka: <ul style="list-style-type: none"> • przyłożenie do oka aparatu do płukania i skierowanie jego wypływu do miski nerkowatej lub • wykonanie płukania strzykawką / zestawem kroplowym / ampułką trzymaną w taki sposób, aby odległość od oka wynosiła ok. 2,5 cm, a strumień płynu płuczącego był skierowany od wewnętrznego do zewnętrznego kąta oka oraz na powierzchnię dolnej spojówki. Prowadzenie płukania do uzyskania pożądanego efektu terapeutycznego	1	0
	13.	Osuszenie gazikiem powieki i policzka, odrzucenie gazika	1	0
	14.	W przypadku konieczności założenie opatrunku na oko i przytwierdzenie go przyklepcem hipoalergicznym	1	0

Technika płukania oka (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	15.	Uporządkowanie zestawu po wykonanym zabiegu (sprzęt jednorazowego użytku zgodnie z obowiązującymi procedurami do utylizacji, sprzęt wielorazowego użytku do dezynfekcji i sterylizacji)	1	0
	16.	Zdjęcie rękawic oraz higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	17.	Obserwowanie reakcji pacjenta po wykonanej czynności	1	0
	18.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 13			Max. 18 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 4, 5, 6, 10, 16, 18,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 18 pkt.

SKALA OCENY:

- 18 pkt. – bardzo dobry
- 17 pkt. – ponad dobry
- 16 pkt. – dobry
- 15 pkt. – dość dobry
- 14–13 pkt. – dostateczny
- poniżej 13 pkt. – niedostateczny

Czynności w zakresie wykonywania badań specjalistycznych

96. Technika asystowania pielęgniarki podczas nakłucia otrzewnej

ANITA RYBICKA

Pacjent, J.B., lat 68, z rozpoznaniem wodobrzuszem spowodowanym marskością wątroby zgłosił się na oddział chirurgii ogólnej do nakłucia otrzewnej w celu diagnostycznym – oceny makroskopowej, biochemicznej, cytologicznej, mikrobiologicznej, składu komórkowego płynu – oraz leczniczym – odbarczenia płynu z jamy otrzewnej. Pacjent osłabiony, z niewielką dusznością, zgłasza trudności w poruszaniu się.

Polecenie: przygotuj pacjenta oraz asystuj lekarzowi podczas nakłucia otrzewnej.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- skierowanie na badanie,
- zestaw do punkcji lub jałowe gaziki, jałowe pęsety, jałowa igła punkcyjna typu wenflon o dużej średnicy / dwuczęściowa z kateterem,
- jałowy zestaw do paracentezy,
- jałowy skalpel, igły i nici chirurgiczne,
- jałowe chusty/serwety,
- próbówki do badania fizykochemicznego, cytologicznego, bakteriologicznego,
- marker chirurgiczny,
- jałowe igły i strzykawki do wykonania znieczulenia,
- jałowe jednorazowe rękawice,
- jałowy fartuch ochronny,
- 2 jednorazowe maski ochronne, 2 pary okularów, 1 fartuch ochronny i 2 nakrycia głowy,
- niejałowe jednorazowe rękawice,
- 1% Lidokaina – ampułka 20 ml,
- Fentanyl 0,1 mg/2 ml – 1 ampułka,
- antyseptyczny preparat do skóry,
- nożyczki,
- przyklepiec,
- opaska uciskowa,
- pas brzuszny,
- podkład ochronny,
- preparat dezynfekcyjny do odkażenia blatu,
- pojemnik twardościenny na odpady medyczne,
- 2 miski nerkowate / 2 worki na odpady „zakaźne” i „pozostałe”,
- (opcjonalnie) przybory do golenia.

Technika asystowania pielęgniarce podczas nakłucia otrzewnej (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim (Indywidualna karta zleceń lekarskich) oraz skierowaniem na badanie*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem: przedstawienie się; sprawdzenie tożsamości pacjenta (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID)*	1	0
	4.	Poinformowanie pacjenta o istocie i celu zabiegu, wyjaśnienie procedury postępowania, opisanie możliwych odczuć podczas zabiegu, ustalenie zakresu współpracy podczas i po zabiegu*	1	0
	5.	Sprawdzenie, czy pacjent pozostał na czczo i oddał mocz/stolec, odstawił antykoagulanty i kwas acetylosalicylowy przed zabiegiem, ocena parametrów życiowych pacjenta	1	0
	6.	Potwierdzenie pisemnej zgody pacjenta na wykonanie zabiegu	1	0
	7.	Zapewnienie komfortu cieplnego, dobrego oświetlenia, intymności (parawan, zasłona przyłóżkowa), zabezpieczenie kozetki i ubrania pacjenta podkładem ochronnym, przygotowanie zestawu reanimacyjnego, przeciwwstrząsowego, aparatu EKG	1	0
	8.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	9.	Zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego. Przygotowanie sprzętu i materiałów do wykonania zabiegu, sprawdzenie kompletności zestawu do nakłucia	1	0
	10.	Założenie maski ochronnej, nakrycia głowy, okularów; higieniczne mycie i/lub dezynfekcja rąk; założenie jednorazowego fartucha ochronnego, rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	11.	Przygotowanie pacjenta do zabiegu, pomiar parametrów życiowych, pomiar masy ciała i obwodu brzucha, założenie dostępu obwodowego*	1	0
	12.	Zdjęcie ubrania z górnej połowy ciała pacjenta, ułożenie pacjenta w zależności od stanu – w pozycji na boku z uniesieniem wezgłowia kozetki lub siedzącej (w przypadku duszności)	1	0
	13.	Podanie lekarzowi w sposób aseptyczny jałowego ochronnego fartucha i jałowych rękawic	1	0
Etap wykonania	14.	Polewanie z zachowaniem aseptyki antyseptycznym preparatem do skóry jałowych gazików	1	0
	15.	Podanie w sposób aseptyczny jałowej chusty/serwety do obłożenia miejsca nakłucia	1	0
	16.	Otwarcie w sposób aseptyczny oraz podanie lekarzowi strzykawki i igły do wykonania znieczulenia	1	0

Technika asystowania pielęgniarce podczas nakłucia otrzewnej (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	17.	Otwarcie i zdezynfekowanie ampułki z 1% Lidokainą, podanie lekarzowi w sposób umożliwiający nabranie leku do strzykawki z zachowaniem zasad aseptyki	1	0
	18.	W razie konieczności, na zlecenie lekarza, podanie pacjentowi dożylnie Fentanylu bądź innego leku	1	0
	19.	Podanie lekarzowi, w sposób jałowy, skalpela, a następnie/lub igły punkcyjnej z drenem i workiem	1	0
	20.	Obserwowanie pacjenta podczas nakłucia pod kątem wystąpienia powikłań	1	0
	21.	Podanie, w sposób jałowy, drenu i worka rezerwuarowego	1	0
	22.	Obserwowanie koloru płynu, kontrola tętna, ciśnienia tętniczego podczas upuszczania płynu	1	0
	23.	Napełnienie, w sposób jałowy, probówek pozyskanym płynem	1	0
	24.	Podanie zestawu do chirurgicznego zaopatrzenia rany, jeśli było wykonane nacięcie skóry	1	0
	25.	Założenie opatrunku uciskowego w miejscu nakłucia z wykorzystaniem bezdotykowej techniki aseptycznej oraz opaski uciskowej / pasa brzuszego	1	0
	26.	Wykonanie pomiaru obwodu brzucha oraz masy ciała pacjenta	1	0
	27.	Jak najszybsze przesłanie podpisanego materiału do laboratorium	1	0
Etap porządkowania	28.	Przewiezienie pacjenta w pozycji siedzącej do sali chorych, ułożenie w wygodnej pozycji, zapewnienie odpoczynku i dostępu do dzwonka alarmowego	1	0
	29.	Zdjęcie przy pacjencie rękawic, maski, okularów, fartucha ochronnego, nakrycia głowy oraz higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	30.	Uporządkowanie stanowiska pracy i sprzętu, zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego, kozetki, segregacja odpadów	1	0
	31.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0

Technika asystowania pielęgniarce podczas nakłucia otrzewnej (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	32.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
	33.	Kontrolowanie parametrów życiowych, bilansu płynów, obserwowanie pacjenta w kierunku krwawienia z miejsca nakłucia, dolegliwości bólowych, zgłaszanie niepokojących objawów lekarzowi, ewentualnie po usunięciu >4-5 l płynu przetoczenie 8-10 g albumin na każdy litr usuniętego płynu*	1	0
Suma punktów			Max. 33 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 23			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 11, 31, 32, 33,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 33 pkt.

SKALA OCENY:

- 33-32 pkt. – bardzo dobry
- 31-30 pkt. – ponad dobry
- 29-28 pkt. – dobry
- 27-25 pkt. – dość dobry
- 24-23 pkt. – dostateczny
- poniżej 23 pkt. – niedostateczny

97. Technika asystowania pielęgniarki podczas nakłucia opłucnej

ANITA RYBICKA

Pacjent, M.Z., lat 65, zgłosił się na SOR z powodu wystąpienia duszności, bólu w klatce piersiowej oraz uczucia ucisku w płucach. Badanie fizykalne oraz wykonane zdjęcie RTG klatki piersiowej wykazały obecność płynu w opłucnej. Pacjent został przyjęty na oddział pulmonologii do nakłucia opłucnej w celu pobrania płynu do badań niezbędnych do rozpoznania i wyboru leczenia oraz opróżnienia jej i zmniejszenia objawów, spowodowanych obecnością płynu. Pacjent osłabiony, niespokojny, zgłasza trudności z oddychaniem. Wymaga pomocy w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych.

Polecenie: przygotuj pacjenta oraz asystuj lekarzowi podczas nakłucia opłucnej.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- skierowanie na badanie,
- zestaw do punkcji lub jałowe gaziki, jałowe pęsety, 2 jałowe igły punkcyjne, cewnik typu wenflon lub igła twarda 1,4 x 45, jałowe chusty/serwety,
- strzykawka 50 ml,
- strzykawka 5–10 ml,
- dren z kranikiem dwu- lub trójdrożnym i workiem na płyn, np. Pleuracath.

W zależności od zleconych badań:

- jałowe probówki do badania biochemicznego, immunologicznego,
- 2 heparynizowane probówki: do badania morfologicznego i oznaczenia hematokrytu,
- probówka z heparyną (1 ml) do badania cytologicznego,
- jałowa probówka lub pożywka namnażająca do badania mikrobiologicznego, np. Anaeromedium,
- marker chirurgiczny,
- jałowe igły i strzykawki do wykonania znieczulenia,
- jałowe jednorazowe rękawice,
- jałowy fartuch ochronny,
- 2 jednorazowe maski ochronne, 2 pary okularów, fartuch ochronny i 2 nakrycia głowy,
- niejałowe jednorazowe rękawice,
- 1% Lidokaina – ampułka 20 ml,
- Fentanyl 0,1 mg/2 ml – 1 ampułka,
- antyseptyczny preparat do skóry,

- nożyczki,
- przyklepic,
- podkład ochronny,
- preparat dezynfekcyjny do odkażenia blatu,
- pojemnik twardościenny na odpady medyczne,
- 2 miski nerkowate / 2 worki na odpady „zakaźne” i „pozostałe”,
- (opcjonalnie) przybory do golenia.

Technika asystowania pielęgniarki podczas nakłucia opłucnej (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim (Indywidualna karta zleceń lekarskich) oraz skierowaniem na badanie*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem: przedstawienie się; sprawdzenie tożsamości pacjenta (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID)*	1	0
	4.	Poinformowanie pacjenta o istocie i celu zabiegu, wyjaśnienie procedury postępowania, opisanie możliwych odczuć podczas zabiegu, ustalenie zakresu współpracy podczas i po zabiegu*	1	0
	5.	Sprawdzenie, czy pacjent pozostał na czczo i oddał mocz/stolec przed zabiegiem, ocena parametrów życiowych pacjenta	1	0
	6.	Potwierdzenie pisemnej zgody pacjenta na wykonanie zabiegu	1	0
	7.	Zapewnienie komfortu cieplnego, dobrego oświetlenia, intymności (parawan, zasłona przyłóżkowa), zabezpieczenie kozetki i ubrania pacjenta podkładem ochronnym, przygotowanie zestawu reanimacyjnego, przeciwwstrząsowego, aparatu EKG, ssaka, dostępu do tlenu	1	0
	8.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	9.	Zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego. Przygotowanie sprzętu i materiałów do wykonania zabiegu, sprawdzenie kompletności zestawu do nakłucia	1	0
	10.	Założenie maski ochronnej, nakrycia głowy, okularów; higieniczne mycie i/lub dezynfekcja rąk; założenie jednorazowego fartucha ochronnego, rękawic jednorazowych niejałowych	1	0

Technika asystowania pielęgniarce podczas nakłucia opłucnej (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	11.	Przygotowanie pacjenta do zabiegu, pomiar parametrów życiowych, w tym saturacji, założenie dostępu obwodowego, podanie, na zlecenie lekarza, leku przeciwkaszlowego*	1	0
	12.	Zdjęcie ubrania z górnej połowy ciała pacjenta, ułożenie pacjenta w zależności od zlecenia lekarza – w pozycji siedzącej z lekkim pochyleniem do przodu, z głową i przedramionami opartymi na poduszce położonej na oparciu krzesła lub w pozycji leżącej z ręką odwiedzioną ku górze	1	0
	13.	Podanie lekarzowi w sposób aseptyczny jałowego ochronnego fartucha i jałowych rękawic	1	0
Etap wykonania	14.	Polewanie, z zachowaniem aseptyki, antyseptycznym preparatem do skóry jałowych gazików	1	0
	15.	Podanie w sposób aseptyczny jałowej chusty/serwety do obłożenia miejsca nakłucia	1	0
	16.	Otwarcie w sposób aseptyczny oraz podanie lekarzowi strzykawki i igły do wykonania znieczulenia	1	0
	17.	Otwarcie i zdezynfekowanie ampułki z 1% Lidokainą, podanie lekarzowi w sposób umożliwiający nabranie leku do strzykawki z zachowaniem zasad aseptyki	1	0
	18.	W razie konieczności, na zlecenie lekarza, podanie pacjentowi dożylnie Fentanylu lub innego leku	1	0
	19.	Podanie lekarzowi, w sposób jałowy, igły punkcyjnej oraz zestawu do drenażu (worek i strzykawka)	1	0
	20.	Obserwowanie pacjenta podczas nakłucia pod kątem wystąpienia powikłań*	1	0
	21.	Napełnienie probówek pozyskanym płynem	1	0
	22.	Założenie opatrunku uciskowego w miejscu nakłucia z wykorzystaniem bezdotykowej techniki aseptycznej	1	0
23.	Jak najszybsze przesłanie podpisanego materiału do laboratorium (w temperaturze pokojowej)	1	0	
Etap porządkowania	24.	Przewiezienie pacjenta w pozycji leżącej półwysokiej do sali chorych, zalecenie pozostania w pozycji półwysokiej lub wysokiej na plecach, ewentualnie siedzącej przez 2 godz., zapewnienie odpoczynku i dostępu do dzwonka alarmowego	1	0
	25.	Zdjęcie przy pacjencie rękawic, maski, okularów, fartucha ochronnego, nakrycia głowy oraz higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	26.	Uporządkowanie stanowiska pracy i sprzętu, zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego, kozetki, segregacja odpadów	1	0

Technika asystowania pielęgniarce podczas nakłucia opłucnej (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	27.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	28.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
	29.	Kontrolowanie parametrów życiowych i saturacji, co 30 min przez pierwszą godz., następnie co 4 godz. przez dobę oraz obserwowanie pacjenta w kierunku krwawienia z miejsca nakłucia, zaburzeń oddychania, krwioplucia, duszności, zgłaszanie niepokojących objawów lekarzowi, ewentualnie wykonanie zdjęcia RTG klatki piersiowej*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 20			Max. 29 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 8, 11, 20, 27, 28, 29,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 29 pkt.

SKALA OCENY:

- 29–28 pkt. – bardzo dobry
- 27–26 pkt. – ponad dobry
- 25–24 pkt. – dobry
- 23–22 pkt. – dość dobry
- 21–20 pkt. – dostateczny
- poniżej 20 pkt. – niedostateczny

98. Technika asystowania pielęgniarki podczas nakłucia lędźwiowego

ANITA RYBICKA

Pacjentka, E.W., lat 58, została przyjęta na oddział neurologii z powodu bólów głowy, gorączki, wymiotów, zaburzeń świadomości pod postacią senności oraz objawów oponowych, takich jak sztywność karku i objaw Brudzkiego. Wstępne rozpoznanie to zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. W celu potwierdzenia rozpoznania zlecono diagnostyczne pobranie płynu mózgowo-rdzeniowego na badanie wirusowe i bakteryjne.

Polecenie: przygotuj pacjentkę oraz asystuj lekarzowi podczas nakłucia lędźwiowego.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- skierowanie na badanie,
- kozetka,
- parawan,
- zestaw do punkcji lub jałowe gaziki, jałowe pęsety, 2 jałowe igły punkcyjne typu Quincke lub Sprotte, Whitacre, jałowe chusty/serwety,
- jałowy jednorazowy manometr do pomiaru ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego,
- jałowe próbki do badania bakteriologicznego i wirusologicznego,
- podłoże transportowo-wzrostowe Meningomedium,
- marker chirurgiczny,
- jałowe igły i strzykawki do wykonania znieczulenia,
- jałowe jednorazowe rękawice,
- jałowy fartuch ochronny,
- 2 jednorazowe maski ochronne, 2 pary okularów, fartuch ochronny jednorazowy i 2 nakrycia głowy,
- niejałowe jednorazowe rękawice,
- 1% Lidokaina – ampułka 20 ml,
- Fentanyl 0,1 mg/2 ml – 1 ampułka,
- antyseptyczny preparat do skóry,
- nożyczki,
- przyklepiec,
- podkład ochronny,
- preparat dezynfekcyjny do odkażenia błatu,
- pojemnik twardościenny na odpady medyczne,
- 2 miski nerkowate lub 2 worki na odpady „zakaźne” i „pozostałe”,
- (opcjonalnie) przybory do golenia,
- pojemnik/worek do segregacji odpadów.

Technika asystowania pielęgniarce podczas nakłucia łędźwiowego (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim (Indywidualna karta zleceń lekarskich) oraz skierowaniem na badanie*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentką: przedstawienie się; sprawdzenie tożsamości pacjentki (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID)	1	0
	4.	Poinformowanie pacjentki o istocie i celu zabiegu, wyjaśnienie procedury postępowania, opisanie możliwych odczuć podczas zabiegu, ustalenie zakresu współpracy podczas i po zabiegu*	1	0
	5.	Sprawdzenie, czy pacjentka pozostała na czczo i oddała mocz/stolec przed zabiegiem, ocena parametrów życiowych pacjentki*	1	0
	6.	Potwierdzenie pisemnej zgody pacjentki na wykonanie zabiegu	1	0
	7.	Zapewnienie komfortu cieplnego, dobrego oświetlenia, intymności (parawan, zasłona przyłóżkowa), przygotowanie kozetki (zabezpieczenie podkładem ochronnym), przygotowanie zestawu reanimacyjnego, przeciwwstrząsowego, aparatu EKG	1	0
	8.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	9.	Zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego. Przygotowanie sprzętu i materiałów do wykonania zabiegu, sprawdzenie kompletności zestawu do nakłucia	1	0
	10.	Założenie maski ochronnej, nakrycia głowy, okularów, higieniczne mycie i/lub dezynfekcja rąk, założenie jednorazowego fartucha ochronnego, rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	11.	Przygotowanie pacjentki do zabiegu, pomiar parametrów życiowych, założenie dostępu obwodowego*	1	0
	12.	Zdjęcie ubrania z górnej połowy ciała pacjentki, ułożenie pacjentki w zależności od zlecenia lekarza – w pozycji siedzącej z pochyleniem do przodu i wygięciem kręgosłupa lub płasko na boku z podbródkiem i kolanami maksymalnie przygiętymi do klatki piersiowej, zapewnienie bezpieczeństwa	1	0
	13.	Podanie lekarzowi w sposób aseptyczny jałowego ochronnego fartucha i jałowych rękawic	1	0
Etap wykonania	14.	Polewanie z zachowaniem aseptyki antyseptycznym preparatem do skóry jałowych gazików	1	0
	15.	Podanie w sposób aseptyczny jałowej chusty/serwety do obłożenia pola nakłucia	1	0
	16.	Otwarcie w sposób aseptyczny oraz podanie lekarzowi strzykawki i igły do wykonania znieczulenia	1	0

Technika asystowania pielęgniarce podczas nakłucia lędźwiowego (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	17.	Otwarcie i zdezynfekowanie ampułki z 1% Lidokainą, podanie lekarzowi w sposób umożliwiający nabranie leku do strzykawki, z zachowaniem zasad aseptyki	1	0
	18.	W razie konieczności, na zlecenie lekarza, podanie pacjentce dożylnie Fentanylu lub innego leku	1	0
	19.	Podanie lekarzowi w sposób jałowy igły punkcyjnej	1	0
	20.	Obserwowanie pacjentki podczas nakłucia pod kątem wystąpienia powikłań	1	0
	21.	Otwarcie i podanie lekarzowi w sposób jałowy manometru do pomiaru ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego przed jego pobraniem	1	0
	22.	Podstawienie pod igłę oraz napełnienie 3 jałowych probówek płynem mózgowo-rdzeniowym z zachowaniem zasad aseptyki, oznaczenie probówek	1	0
	23.	Założenie opatrunku uciskowego w miejscu nakłucia z wykorzystaniem bezdotykowej techniki aseptycznej	1	0
	24.	Jak najszybsze przesłanie materiału w termotorbie do laboratorium, ewentualnie przechowanie w ciepłarni w temperaturze 37°C lub na podłożu transportowym	1	0
Etap porządkowania	25.	Przewiezienie pacjentki w pozycji leżącej do sali chorych, zalecenie leżenia płasko na plecach przez 24 godz., zalecenie pacjentce ograniczenia gwałtownych ruchów, podnoszenia głowy, parcia i kaszlu, zapewnienie odpoczynku oraz dostępu do dzwonka alarmowego	1	0
	26.	Zdjęcie przy pacjentce rękawic, okularów, maski, fartucha ochronnego, nakrycia głowy, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	27.	Uporządkowanie stanowiska pracy i sprzętu, zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego, kozetki, segregacja odpadów	1	0
	28.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	29.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
	30.	Kontrolowanie parametrów życiowych oraz obserwowanie pacjentki w kierunku krwawienia z miejsca nakłucia, dolegliwości bólowych, złego samopoczucia, pomoc w przyjmowaniu płynów, zgłaszanie niepokojących objawów lekarzowi*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 21			Max. 30 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 8, 11, 28, 29, 30,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 30 pkt.

SKALA OCENY:

- 30–29 pkt. – bardzo dobry
- 28–27 pkt. – ponad dobry
- 26–25 pkt. – dobry
- 24–23 pkt. – dość dobry
- 22–21 pkt. – dostateczny
- poniżej 21 pkt. – niedostateczny

99. Technika asystowania pielęgniarki podczas pobrania szpiku

ANITA RYBICKA

Pacjent, A.M., lat 40, został skierowany na oddział hematologii celem diagnostyki z powodu leukocytozy o niejasnej etiologii. W celu rozpoznania zlecono badanie szpiku. Pacjent w kontakcie logicznym, w stanie ogólnym dobrym, samodzielny, nieco osłabiony.

Polecenie: przygotuj pacjenta oraz asystuj lekarzowi podczas biopsji aspiracyjnej szpiku. Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- skierowanie na badanie,
- zestaw do punkcji lub jałowe gaziki, jałowe pęsety, 2 jałowe igły punkcyjne, np. Arieffa (z uchwytem dla ręki, mandrynem i przesuwalnym ogranicznikiem),
- jałowe chusty/serwety,
- strzykawka do aspiracji szpiku,
- odtłuszczona płytka Petriego,
- 10–14 odtłuszczonych szkiełek podstawowych,
- szkiełko o oszlifowanych brzegach,
- pisak do oznakowania,
- w zależności od rodzaju badania: probówka z antykoagulantem lub heparyną,
- jałowe igły i strzykawki do wykonania znieczulenia,
- jałowe jednorazowe rękawice,
- jałowy fartuch ochronny,
- 2 jednorazowe ochronne maski, 2 pary okularów, 1 fartuch ochronny i 2 nakrycia głowy,
- niejałowe jednorazowe rękawice,
- 1% Lidokaina – ampułka 20 ml,
- Fentanyl 0,1 mg/2 ml – 1 ampułka,
- antyseptyczny preparat do skóry,
- nożyczki,
- przyklepiec,
- podkład ochronny,
- preparat dezynfekcyjny do odkażenia blatu,
- pojemnik twardościenny na odpady medyczne,
- 2 miski nerkowate / 2 worki na odpady „zakaźne” i „pozostałe”,
- (opcjonalnie) przybory do golenia.

Technika asystowania pielęgniarce podczas pobrania szpiku (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim (Indywidualna karta zleceń lekarskich) oraz skierowaniem na badanie*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem: przedstawienie się; sprawdzenie tożsamości pacjenta (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID)*	1	0
	4.	Poinformowanie pacjenta o istocie i celu zabiegu, wyjaśnienie procedury postępowania, opisanie odczuć, jakie mogą wystąpić, ustalenie zakresu współpracy podczas i po zabiegu*	1	0
	5.	Sprawdzenie, czy pacjent pozostał na czczo i oddał mocz/stolec przed zabiegiem, ocena parametrów życiowych pacjenta*	1	0
	6.	Potwierdzenie pisemnej zgody pacjenta na wykonanie zabiegu*	1	0
	7.	Zapewnienie komfortu cieplnego, dobrego oświetlenia, intymności (parawan, zasłona przyłóżkowa), przygotowanie kozetki (zabezpieczenie podkładem ochronnym), przygotowanie zestawu reanimacyjnego, przeciwwstrząsowego, aparatu EKG	1	0
	8.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	9.	Zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego. Przygotowanie sprzętu i materiałów do wykonania zabiegu, sprawdzenie kompletności zestawu do nakłucia	1	0
	10.	Założenie maski ochronnej, nakrycia głowy, okularów, higieniczne mycie i/lub dezynfekcja rąk, założenie jednorazowego fartucha ochronnego, rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	11.	Przygotowanie pacjenta do zabiegu, pomiar parametrów życiowych, założenie dostępu obwodowego	1	0
	12.	Podanie lekarzowi w sposób aseptyczny jałowego ochronnego fartucha i jałowych rękawic	1	0
	13.	Zdjęcie ubrania z ciała pacjenta, ułożenie pacjenta zgodnie z zaleceniem lekarza: w pozycji płaskiej na plecach lub płasko na brzuchu z podparciem miednicy, ewentualnie na boku, zapewnienie bezpieczeństwa	1	0
Etap wykonania	14.	Polewanie z zachowaniem aseptyki antyseptycznym preparatem do skóry jałowych gazików	1	0
	15.	Podanie w sposób aseptyczny jałowej chusty/serwety do obłożenia miejsca nakłucia	1	0
	16.	Otwarcie w sposób aseptyczny oraz podanie lekarzowi strzykawki i igły do wykonania znieczulenia	1	0

Technika asystowania pielęgniarce podczas pobrania szpiku (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	17.	Otwarcie i zdezynfekowanie ampułki z 1% Lidokainą, podanie lekarzowi w sposób umożliwiający nabranie leku do strzykawki, z zachowaniem zasad aseptyki	1	0
	18.	W razie konieczności, na zlecenie lekarza, podanie pacjentowi dożylnie Fentanylu	1	0
	19.	Podanie lekarzowi w sposób jałowy igły punkcyjnej	1	0
	20.	Obserwowanie pacjenta podczas nakłucia pod kątem wystąpienia powikłań	1	0
	21.	Otwarcie i podanie lekarzowi, w sposób jałowy, strzykawki do pobrania szpiku	1	0
	22.	Przygotowanie szkiełek laboratoryjnych do rozmazu, podanie lekarzowi pisaka do oznakowania próbek	1	0
	23.	Założenie opatrunku uciskowego na 6-12 godz. w miejscu nakłucia z wykorzystaniem bezdotykowej techniki aseptycznej	1	0
	24.	Jak najszybsze przesłanie materiału do laboratorium, ewentualnie przechowanie do 2 godz. w temperaturze pokojowej	1	0
Etap porządkowania	25.	Przewiezienie pacjenta w pozycji siedzącej do sali chorych, zalecenie pacjentowi uciskania miejsca nakłucia przez 5-10 min, zapewnienie odpoczynku oraz dostępu do dzwonka alarmowego	1	0
	26.	Zdjęcie przy pacjencie rękawic, maski, okularów, fartucha ochronnego, nakrycia głowy, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	27.	Uporządkowanie stanowiska pracy i sprzętu, zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego, kozetki, segregacja odpadów	1	0
	28.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	29.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
	30.	Kontrolowanie parametrów życiowych oraz obserwowanie pacjenta w kierunku krwawienia z miejsca nakłucia, dolegliwości bólowych, złego samopoczucia, zgłaszanie niepokojących objawów lekarzowi*	1	0
Suma punktów			Max. 30 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 21			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 6, 30,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 30 pkt.

SKALA OCENY:

- 30 pkt. – bardzo dobry
- 28–27 pkt. – ponad dobry
- 26–25 pkt. – dobry
- 24–23 pkt. – dość dobry
- 22–21 pkt. – dostateczny
- poniżej 21 pkt. – niedostateczny

100. Technika wykonania badania EKG

GRZEGORZ ULENBERG

Pacjent, S.R., lat 55, zgłosił się do gabinetu POZ z powodu wystąpienia nagłego, przemijającego bólu o charakterze stenokardialnym. U pacjenta zlecono wykonanie badania EKG.

Polecenie: wykonaj zapis elektrokardiograficzny.

Niezbędny sprzęt:

- płyn do dezynfekcji rąk,
- aparat do elektrokardiografii,
- papier z podziałką,
- gaziki,
- rękawiczki jednorazowe niejałowe,
- żel do elektrokardiografii,
- lignina,
- długopis/marker,
- preparat do dezynfekcji sprzętu,
- pojemnik na odpady medyczne,
- kozetka,
- parawan.

Technika wykonania badania EKG (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu: maszynka do golenia, aparat do wykonywania badania elektrokardiograficznego, żel do elektrokardiografii (lub elektrony piankowe z żelem)	1	0
	4.	Sprawdzenie, czy w aparacie znajduje się wystarczająca ilość papieru milimetrowego do wykonania badania	1	0
	5.	Ustawienie szybkości przesuwu papieru na 25 mm/sek.*	1	0
	6.	Przygotowanie otoczenia - zapewnienie warunków intymności*	1	0

Technika wykonania badania EKG (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	7.	Potwierdzenie tożsamości pacjenta*	1	0
	8.	Wyjaśnienie pacjentowi celu i przebiegu działania. Uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu*	1	0
Etap wykonania	9.	Ułożenie pacjenta na szerokiej kozetce (aby kończyny górne nie stykały się z tułowiem, a kończyny dolne z sobą) w pozycji leżącej na plecach płasko lub z uniesionym wezgłowiem pod kątem 30-40°*	1	0
	10.	Odślonięcie kończyn oraz klatki piersiowej chorego, w przypadku używania elektrod konwencjonalnych, tzw. gruszek, naniesienie żelu do EKG w okolicy planowanego umieszczenia odprowadzeń przedsercowych	1	0
	11.	Umocowanie odprowadzeń kończynowych zgodnie ze schematem: <ul style="list-style-type: none"> • czerwona elektroda – prawy nadgarstek, • żółta elektroda – lewy nadgarstek, • zielona elektroda – lewe podudzie, • czarna elektroda – prawe podudzie (stanowi ona elektrodę obojętną, będącą uziemieniem)* 	1	0
	12.	Umieszczenie w sposób prawidłowy odprowadzeń przedsercowych Wilsona: <ul style="list-style-type: none"> • V1 - czerwona elektroda - w prawym czwartym międzyżebżu (przestrzeni międzyżebrowej) przy brzegu mostka, • V2 - żółta elektroda - w lewym czwartym międzyżebżu (przestrzeni międzyżebrowej) przy brzegu mostka, • V3 - zielona elektroda - w połowie odległości pomiędzy elektrodami V2 a V4, • V4 - brązowa elektroda - w lewym piątym międzyżebżu (przestrzeni międzyżebrowej) w linii środkowo-obojętkowej lewej, • V5 - czarna elektroda - w lewym piątym międzyżebżu (przestrzeni międzyżebrowej) w linii pachowej przedniej lewej, • V6 - fioletowa elektroda - w lewym piątym międzyżebżu (przestrzeni międzyżebrowej) w linii pachowej środkowej lewej* 	1	0
	13.	Połączenie elektrod z przewodami aparatu	1	0
	14.	Wprowadzenie danych pacjenta do aparatu EKG	1	0
	15.	Poinformowanie pacjenta, aby w trakcie badania leżał nieruchomo, nie rozmawiał i nie napinał mięśni, a w przypadku występowania u pacjenta drżenia mięśniowego, umocowanie elektrod odprowadzeń kończynowych na barkach i okolicy talerza biodrowego*	1	0
	16.	Wykonanie zapisu elektrokardiograficznego z wykorzystaniem trybu ręcznego lub funkcji „AUTO”	1	0

Technika wykonania badania EKG (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	17.	Jeżeli pacjent w czasie badania zgłasza dolegliwości bólowe lub dyskomfort, moment ten należy zaznaczyć długopisem/markerem na zapisie EKG	1	0
	18.	Poproszenie pacjenta o wykonanie pełnego wdechu oraz wydechu, momenty te należy zaznaczyć długopisem/markerem na zapisie EKG	1	0
Etap porządkowania	19.	Odłączenie elektrod, pomoc pacjentowi w usunięciu nadmiaru żelu z klatki piersiowej za pomocą ligniny, pomoc w ubraniu się	1	0
	20.	Porządkowanie oraz dezynfekcja sprzętu, materiału i otoczenia pacjenta, dokonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	21.	Autoryzacja wyniku badania podpisem/pieczętką*	1	0
	22.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	23.	Udokumentowanie wykonania zabiegu*	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 16			Max. 23 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr: 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 15, 16, 21, 23,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 23 pkt.

SKALA OCENY:

- 23–22 pkt. – bardzo dobry
- 21–20 pkt. – ponad dobry
- 19–18 pkt. – dobry
- 17 pkt. – dość dobry
- 16 pkt. – dostateczny
- Poniżej 16 pkt. – niedostateczny

Czynności w zakresie stosowania opatrunków

101. Technika zmiany opatrunku na ranie

ANITA RYBICKA

Pacjent, J.K., lat 35, przebywa na oddziale chirurgii ogólnej, w 2. dobie po zabiegu operacyjnym usunięcia wyrostka robaczkowego metodą tradycyjną. Pacjent w stanie ogólnym dobrym, uruchomiony, samodzielny, dolegliwości bólowych nie zgłasza. Rana pooperacyjna zaopatrzona jest jałowym opatrunkiem.

Polecenie: dokonaj oceny stopnia czystości rany pooperacyjnej oraz wykonaj zmianę opatrunku zgodnie z dokonaną oceną.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- jałowy zestaw opatrunkowy lub jałowe gaziki, kompresy i setony, jałowa serweta,
- 2 jałowe pęsety,
- jałowa miska nerkowata,
- środek do oczyszczenia rany – lawaseptyk (NaCl 0,9%, płyn Ringera, PWE), lawaseptyk z dodatkiem substancji leczniczych (Octenilin, Prontosan), antyseptyk (Octenisept, Microdacyn),
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- rękawice jednorazowe jałowe,
- przylepiec,
- nożyczki,
- preparat dezynfekcyjny do powierzchni,
- preparaty do mycia i dezynfekcji rąk,
- jednorazowy podkład ochronny,
- pojemnik/worek na odpady medyczne zakaźne.

Technika zmiany opatrunku na ranie (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Zapoznanie się ze zleceniem lekarskim (Indywidualna karta zleceń lekarskich) lub podjęcie decyzji o zmianie opatrunku na podstawie posiadanych uprawnień*	1	0
	3.	Nawiązanie kontaktu z pacjentem: przedstawienie się; sprawdzenie tożsamości pacjenta (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID)*	1	0
	4.	Poinformowanie pacjenta o planowanej zmianie opatrunku, objaśnienie etapów zabiegu, uzyskanie zgody na wykonanie zabiegu*	1	0

Technika zmiany opatrunku na ranie (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	5.	Ocena możliwości przemieszczenia się pacjenta, przewiezienie lub zaprowadzenie pacjenta do gabinetu opatrunkowego, zamknięcie drzwi, ułożenie pacjenta w bezpiecznej pozycji na kozetce, ostonięcie parawanem, zabezpieczenie kozetki i ubrania pacjenta jednorazowym podkładem ochronnym	1	0
	6.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	7.	Zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego. Przygotowanie sprzętu i materiałów do wykonania zabiegu (aseptyczne otwarcie pakietów z gazikami, setonami, pęsetami, ułożenie w sposób umożliwiający posługiwanie się nimi z zachowaniem jałowości)	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	9.	Ułożenie pacjenta w pozycji umożliwiającej wykonanie opatrunku, odsłonięcie okolicy rany	1	0
Etap wykonania	10.	Rozłożenie jałowej serwety pod okolicę rany	1	0
	11.	Usunięcie opatrunku z rany i wyrzucenie go do pojemnika/worka na odpady medyczne	1	0
	12.	Ocena stopnia czystości rany (wygląd, obecność objawów zakażenia rany)	1	0
	13.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych i zdezynfekowanie rąk	1	0
	14.	Odlanie szerokim strumieniem niewielkiej ilości preparatu do dezynfekcji (w zależności od dokonanej oceny stopnia czystości rany) z butelki do miski nerkowatej, a następnie polanie spłukaną stroną wylotu butelki jałowych gazików: <ul style="list-style-type: none"> • preparatem do lawaseptyki (rana czysta, rana skażona), • antyseptykiem (rana zakażona) 	1	0
	15.	Założenie rękawic jednorazowych jałowych	1	0
	16.	Oczyszczenie za pomocą nasączonego gazika, chwytanego jałową pęsetą (jeden gazik – jedno przetarcie), rany*: <ul style="list-style-type: none"> • czystej, skażonej – od środka rany na zewnątrz, • zakażonej – od zewnątrz do środka rany 	1	0
	17.	Założenie nowego opatrunku z wykorzystaniem bezdotykowej techniki aseptycznej: <ul style="list-style-type: none"> • z jałowych kompresów w przypadku rany czystej, • specjalistycznego o działaniu antybakteryjnym lub o właściwościach oczyszczających w przypadku rany zakażonej 	1	0
	18.	Umocowanie opatrunku przylepcem	1	0

Technika zmiany opatrunku na ranie (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	19.	Wyrzucenie wykorzystanego sprzętu i odpadów – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0
	20.	Zdjęcie rękawic i zdezynfekowanie rąk	1	0
	21.	Podtrzymywanie rozmowy z pacjentem, udzielanie informacji o zasadach pielęgnowania rany w warunkach domowych, odprowadzenie lub odwiezienie pacjenta do sali chorych	1	0
	22.	Uporządkowanie stanowiska pracy, zdezynfekowanie blatu stolika zabiegowego / wózka funkcyjnego, kozetki	1	0
	23.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	24.	Udokumentowanie obserwacji rany i zmiany opatrunku*	1	0
Suma punktów			Max. 24 pkt.	
Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 17			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 16, 23, 24,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 24 pkt.

SKALA OCENY:

- 24–23 pkt. – bardzo dobry
- 22 pkt. – ponad dobry
- 21–20 pkt. – dobry
- 19 pkt. – dość dobry
- 18–17 pkt. – dostateczny
- poniżej 17 pkt. – niedostateczny

102. Technika zakładania rękawic jednorazowych jałowych

KATARZYNA AUGUSTYNIUK

Pacjentka, lat 34, hospitalizowana na oddziale ginekologii. Obecnie w trakcie zabiegu ginekologicznego w warunkach gabinetu zabiegowego. Położna została poproszona przez lekarza o asystowanie podczas zabiegu.

Polecenie: załóż jałowe rękawiczki.

Niezbędny sprzęt:

- miejsce do umycia i zdezynfekowania rąk,
- jałowe rękawice odpowiedniego rozmiaru.

Technika zakładania rękawic jednorazowych jałowych (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach szpitalnych (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	Przeprowadzenie higieny rąk zgodnie z wytycznymi WHO*	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu – rękawic (dobranie odpowiedniego rozmiaru oraz sprawdzenie szczelności opakowania i daty ważności rękawic)*	1	0
Etap wykonania	4.	Otwarcie pierwszego niejałowego opakowania rękawic, tak aby wydobyć drugie jałowe opakowanie, bez dotykania go	1	0
	5.	Położenie na suchej, czystej powierzchni jałowego opakowania rękawic. Otwarcie opakowania i zagięcie go pod spód, tak aby całkowicie rozłożyć opakowanie rękawic i nie dopuścić do ponownego zamknięcia się opakowania	1	0
	6.	Uchwycenie zawiniętego mankietu lewej rękawicy kciukiem i palcem wskazującym prawej dłoni	1	0
	7.	Wsunięcie w rękawicę lewej dłoni – jednym sprawnym ruchem, z jednoczesnym trzymaniem prawą ręką zawiniętego mankietu rękawicy na poziomie nadgarstka	1	0
	8.	Podniesienie drugiej – prawej rękawicy poprzez wsunięcie palców ręki lewej do rękawicy pod jej mankiet	1	0
	9.	Jednym sprawnym ruchem wprowadzenie do rękawicy prawej dłoni, tak aby unikać kontaktu z powierzchnią, na której umieszczone jest opakowanie rękawic	1	0

Technika zakładania rękawic jednorazowych jałowych (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	10.	Założenie na dłoń rękawicy drugiej oraz poprawienie ułożenia rękawic na dłoniach przez naciąganie ich na palcach i przestrzeniach między palcami	1	0
	11.	Rozwinięcie mankietu pierwszej rękawicy poprzez delikatne wsunięcie palców drugiej ręki pod zawinięcie mankietu rękawicy, tak aby uniknąć kontaktu z inną powierzchnią poza zewnętrzną powierzchnią rękawicy	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = 8			Max. 11 pkt.	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3,
- *jeśli student zagraża życiu i bezpieczeństwu pacjenta lub własnemu bądź nie wykonuje kluczowej techniki i nie podejmuje natychmiastowych działań, aby poprawić błąd, wówczas suma punktów za wszystkie umiejętności lub określoną część check-listy będzie niezaliczona,
- max. 11 pkt.

SKALA OCENY:

- 11 pkt. – bardzo dobry
- 10 pkt. – dobry
- 9–8 pkt. – dostateczny
- poniżej 8 pkt. – niedostateczny

Piśmiennictwo

- Ślusarska B, Zarzycka D, Majda A (red.). Podstawy pielęgniarstwa. Tom 2. Wybrane umiejętności i procedury opieki pielęgniarstwa. PZWL, Warszawa 2017.
- Klimaszewska K, Baranowska A, Krajewska-Kułać E (red.). Podstawowe czynności medyczne i pielęgnacyjne. PZWL, Warszawa 2017.
- Ślusarska B, Zarzycka D, Majda A (red.). Umiejętności pielęgniarstwa katalog checklist. Materiały ćwiczeniowe z podstaw pielęgniarstwa. PZWL, Warszawa 2017.
- Rosdahl CB, Kowalski MT. Textbook of Basic Nursing. Wolters Kluwer, Philadelphia 2017.
- Taylor C. Fundamentals of Nursing. Wolters Kluwer, Philadelphia 2017.
- Lippincott Nursing Procedures. Lippincott Williams & Wilkins 2017.
- Knipfer E, Kochs E (red.). Pielęgniarstwo anestezjologiczne. Edra Urban & Partner, Wrocław 2017.
- Wałaszek M. Higiena rąk – wymagania stawiane pracownikom medycznym. Probl Pielęg 2018;26(2):90-8.
- Pilch D, Mędrzycka-Dąbrowska W, Snopek B. Wytyczne pielęgnacji dróg oddechowych pacjentów dorosłych wentylowanych mechanicznie w oddziale intensywnej terapii. W: Zalecenie grupy roboczej do spraw praktyki w pielęgniarstwie anestezjologicznym i intensywnej opieki PTPAiIO w sprawie wytycznych pielęgnacji dróg oddechowych u pacjentów dorosłych wentylowanych mechanicznie leczonych na OIT. Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych 2013. Dostępny w Internecie: <https://ptpaio.pl/dokumenty/9.pdf> (26.03.2020).
- Dzirba A. Wstrzyknięcia domięśniowe. PZWL, Warszawa 2015.
- Zahradniczek K. Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. PZWL, Warszawa 2018.
- Bręborowicz GH. Położnictwo i Ginekologia. Tom 2. Ginekologia. PZWL, Warszawa 2018.
- Brodowska A. Ginekologia od teorii do praktyki. Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, Szczecinie 2014.
- Cavanaugh BM. Badania laboratoryjne i obrazowe dla pielęgniarek. PZWL, Warszawa 2007.
- Kózka M, Płaszewska-Żywko L (red.). Procedury pielęgniarstwa. PZWL, Warszawa 2014.
- Sipiński A. Opieka w ginekologii. Wydawnictwo Śląsk, Katowice 2012.

