CHECK-LISTY CZYNNOŚCI I ZABIEGÓW PIELĘGNIARSKICH

PODSTAWY PIELĘGNIARSTWA I OPIEKI POŁOŻNICZEJ

KIERUNEK: POŁOŻNICTWO

CHECK-LISTY CZYNNOŚCI I ZABIEGÓW PIELĘGNIARSKICH

PODSTAWY PIELĘGNIARSTWA I OPIEKI POŁOŻNICZEJ

KIERUNEK: POŁOŻNICTWO

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-Kułak

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 978-83-64906-31-2 (II 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. 18.

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
- 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. med. Dorota Ćwiek, Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
- mgr Beata Fryc-Przybyłowska, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum
- 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., 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, 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. 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, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Chorób Układu Nerwowego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
- dr n. zdr. Agata Kosobucka, Katedra 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. zdr. Renata Madetko, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, 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
- mgr Katarzyna Olczak, Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, 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 Przestrzelska, Katedra Ginekologii i Położnictwa, Zakład 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
- mgr Elżbieta Sibiga, Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum
- 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
- 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
- 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

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
4. Technika zakładania rękawic jednorazowych jałowych 21

Czynności w zakresie oceny podstawowych parametrów życiowych 23
5. Technika pomiaru i obserwacji oddechu 24
6. Technika pomiaru tętna 26
7. Technika pomiaru ciśnienia tętniczego krwi 28
8. Technika pomiaru temperatury ciała 31
9. Technika oceny świadomości pacjenta 33

Czynności w zakresie oceny stanu ogólnego 35
10. Technika pomiaru wzrostu i masy ciała 36
11. Technika oceny stanu powłok skórnych, włosów, jamy ustnej i narządów żucia 38

Czynności w zakresie zapewnienia komfortu i wygody pacjentowi 41
12. Technika prześcielenia łóżka pustego 42
13. Technika prześcielenia łóżka choremu leżącemu przez jedną położną 45
14. Technika prześcielenia łóżka choremu leżącemu przez dwie położne 49
15. Technika zmiany bielizny pościelowej choremu leżącemu 53
16. Technika zmiany bielizny osobistej choremu leżącemu – zmiana piżamy 58
17. Technika zmiany bielizny osobistej choremu leżącemu – zmiana koszuli 61

Czynności w zakresie higieny osobistej pacjenta 65
18. Technika mycia chorego w łóżku 66
19. Technika kąpieli pacjenta pod prysznicem 72
20. Technika mycia głowy w łóżku 75
21. Technika kąpieli noworodka 78
22. Technika wykonywania toalety jamy ustnej u ciężko chorego 83
23. Technika założenia czepca przeciwwszawiczego 86

Czynności w zakresie odżywiania pacjenta 89
24. Technika karmienia i pojenia pacjenta 90
25. Technika karmienia noworodka przez zgłębnik 93

Czynności w zakresie wykonywania zabiegów przeciwzapalnych 97
26. Technika wykonania okładu zimnego (wysychającego) 98
27. Technika wykonania okładu rozgrzewającego 100
28. Technika stawiania baniek leczniczych 103
29. Technika zastosowania lampy Sollux 106

Czynności w zakresie wykonywania zabiegów i podawania leków w obrębie przewodu pokarmowego 109
30. Technika podawania leków drogą doustną 110
31. Technika podawania do odbytnicy leku w postaci czopka 113
32. Technika podawania leku w postaci mikrowlewki doodbytniczej 116
33. Technika wykonania kroplowego przyspieszonego wlewu doodbytniczego 119
34. Technika wykonania przeczyszczającej wlewki doodbytniczej (enemy) 122
35. Technika wykonania lewatywy przeczyszczającej 125
36. Technika założenia suchej rurki doodbytniczej 129
37. Technika zgłębnikowania żołądka 132

Czynności w zakresie wykonywania badań i pobierania materiału do badań laboratoryjnych 135
38. Technika pobrania moczu do badania ogólnego 136
39. Technika pobrania moczu na posiew 139
40. Technika pobrania moczu na posiew przez cewnik 141
41. Technika przeprowadzenia dobowej zbiórki moczu 145
42. Technika przeprowadzenia bilansu płynów 147
43. Technika pobrania wymazu z ucha 150
44. Technika pobrania wymazu z worka spojówkowego 153
45. Technika pobrania wymazu z gardła 155
46. Technika pobrania wymazu z nosa 158
47. Technika pobrania wymazu z odbytu 161
48. Technika pobrania wymazu z rany 164
49. Technika pobrania materiału biologicznego z pochwy 168
50. Technika pobrania materiału biologicznego z szyjki macicy – badanie cytologiczne 171
51. Technika pobrania kału do badania na obecność pasożytów i/lub ich jaj 174

52. Technika pobierania kału do badania na krew utajoną 177
53. Technika pobrania krwi włośniczkowej do badania glukometrem (urządzeniem pomiarowym) 180
54. Technika pobrania krwi żylnej metodą próżniową 183
55. Technika pobrania krwi żylnej metodą próżniowo-strzykawkową 186

Czynności w zakresie usprawniania wybranych układów 189
56. Technika oklepywania klatki piersiowej 190
57. Technika masażu skóry 193

Czynności w zakresie usprawniania układu oddechowego 197
58. Technika wykonywania ćwiczeń oddechowych 198
59. Technika wykonywania inhalacji 200
60. Technika podawania tlenu 203
61. Technika odsysania dróg oddechowych u noworodka 206

Czynności w zakresie usprawniania wydalania 209
62. Technika podawania basenu 210
63. Technika założenia cewnika do pęcherza moczowego u kobiety 214
64. Technika płukania pęcherza moczowego 218

Czynności w zakresie podawania leków różnymi drogami 221
65. Technika podawania leków drogą domięśniową 222
66. Technika podawania leków drogą domięśniową u noworodka 227
67. Technika podawania leków drogą dożylną 231
68. Technika podawania leków drogą podskórną 234
69. Technika podania podskórnie heparyny drobnocząsteczkowej w ampułko-strzykawce 237
70. Technika podania insuliny penem 240
71. Technika wykonania wstrzyknięcia śródskórnego 244
72. Technika wykonywania wstrzyknięcia śródskórnego. Próba uczuleniowa (penicylina krystaliczna) 248
73. Technika założenia wkłucia obwodowego 253
74. Technika podawania leków drogą dożylną – kroplowy wlew dożylny 256
75. Technika podawania leku w postaci maści na skórę 260
76. Technika podawania leku w postaci roztworu na skórę 263
77. Technika podawania leku do nosa 266
78. Technika podawania leku do ucha 269
79. Technika podawania leku do worka spojówkowego 272
80. Technika płukania oka 275

Czynności w zakresie stosowania opatrunków 279
81. Technika szycia naciętego krocza 280
82. Technika zmiany opatrunku na ranie 284

Piśmiennictwo 287

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 ginekologicznej izbie przyjęć z powodu silnego bólu brzucha. Pacjentce 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 dłoni, aż do zagłębień między palcami***	1	0
	8.	**Pocieranie grzbietowej powierzchni zgiętych palców jednej dłoni pod zgiętymi palcami drugiej dłoni***	1	0
	9.	**Pocieranie ruchami obrotowymi lewego kciuka zaciśniętego w prawej dłoni, 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, następnie zmiana rąk***	1	0
	11.	**Opłukiwanie rąk letnią bieżącą wodą przez 15 sek. ze skierowanymi dłoniami ku górze***	1	0
	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
	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 przeplataniem palców, a następnie zmiana rąk***	1	0
	18.	**Złożenie dłoni razem, przeplecenie palców, a następnie przesuwanie palców jednej dłoni między palcami drugiej dłoni, aż do zagłębień między palcami***	1	0
	19.	**Pocieranie grzbietowej powierzchni zgiętych palców jednej dłoni pod zgiętymi palcami drugiej dłoni***	1	0
	20.	**Pocieranie ruchami obrotowymi lewego kciuka zaciśniętego w prawej dłoni, następnie zmiana dłoni***	1	0
	21.	**Pocieranie obrotowo zagłębienia dłoniowego lewej dłoni opuszkami zaciśniętych palców prawej dłoni, 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, 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, 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 dłoni***	1	0
	9.	**Pocieranie ruchami obrotowymi lewego kciuka zaciśniętego w prawej dłoni, następnie zmiana dłoni***	1	0
	10.	**Pocieranie obrotowo zagłębienia dłoniowego lewej dłoni opuszkami zaciśniętych palców prawej dłoni, następnie zmiana rąk***	1	0
	11.	**Opłukiwanie rąk letnią bieżącą wodą przez 15 sek. ze skierowanymi dłoniami 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 przeplataniem 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

4. 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	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

Czynności w zakresie oceny podstawowych parametrów życiowych

5. Technika pomiaru i obserwacji oddechu

Hanna Grabowska, Władysław Grabowski

Pacjentka, L.O., lat 47, hospitalizowana na oddziale ginekologii, aktualnie w dobie zerowej po wykonaniu zabiegu histerektomii. Chora ma prowadzoną kartę wzmożonej obserwacji pooperacyjnej z powodu ryzyka wystąpienia powikłań zagrażających jej życiu.

Polecenie: dokonaj u pacjentki 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 pacjentki) z odsłonięciem 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 odchyleń 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 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, 7, 8, 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

6. Technika pomiaru tętna

Hanna Grabowska, Władysław Grabowski

Pacjentka, L.O., lat 47, hospitalizowana na oddziale ginekologii, aktualnie w dobie zerowej po wykonaniu zabiegu histerektomii. Chora ma prowadzoną kartę wzmożonej obserwacji pooperacyjnej z powodu ryzyka wystąpienia powikłań zagrażających jej życiu.

Polecenie: dokonaj u pacjentki oceny tętna.
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

		Technika pomiaru tętna (czas wykonania: 5 min)	Ocena punktowa	
Etap wykonania	8.	Delikatne uciśnięcie okolicy nad tętnicą (3 palcami – wskazującym, środkowym i serdecznym, ułożonymi równolegle 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
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, 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

7. Technika pomiaru ciśnienia tętniczego krwi

Hanna Grabowska, Władysław Grabowski

Pacjentka, B.N., lat 28, hospitalizowana na oddziale położniczym, aktualnie w dobie zerowej po wykonaniu zabiegu cięcia cesarskiego w znieczuleniu zewnątrzoponowym. Pacjentka monitorowana, wymaga oceny 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: 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 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
	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 zabiegu, przetoka tętniczo-żylna, porażenie/niedowład kończyny górnej), ocena lokalizacji założonych kaniul dożylnych, zapewnienie cichego i ciepłego pomieszczenia w czasie pomiaru	1	0

Technika pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
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 – mankiet 12 x 26 cm, obwód ramienia >33 cm – mankiet 12 x 40 cm, osoby szczupłe, dzieci starsze – mankiet 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 mankiet i ramię pacjentki zmieścił się 1 palec pielęgniarki)	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
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 odchyleń 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

8. Technika pomiaru temperatury ciała

Hanna Grabowska, Władysław Grabowski

Pacjentka, M.R., lat 38, hospitalizowana na oddziale ginekologicznym w celach diagnostycznych z powodu podejrzenia zmian nowotworowych jajnika prawego. U chorej od kilku dni pojawiają się epizody podwyższonej ciepłoty ciała.

Polecenie: wykonaj pomiar 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 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 na bezpieczeństwo pacjentki (brak widocznych uszkodzeń termometru) i usytuowanie sprzętu na stoliku przyłóżkowym chorej***	1	0
	4.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie rękawic jednorazowych niejałowych***	1	0
Etap wykonania	5.	Ułożenie pacjentki w pozycji siedzącej lub leżącej (w zależności od stanu pacjentki), odsłonięcie okolicy pomiaru oraz usunięcie ewentualnego nadmiaru potu gazikiem (następnie odrzucenie gazika do miski nerkowatej)	1	0
	6.	Poinformowanie pacjentki 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 chorej, aby przywiodła ramię blisko ciała/klatki piersiowej, ewentualne wykonanie tej czynności przez położną/położnego w zależności od stanu i możliwości pacjentki, przytrzymywanie termometru do momentu pojawienia się sygnału dźwiękowego	1	0
	9.	Usunięcie termometru z dołu pachowego pacjentki i odczytanie wyniku pomiaru, zdjęcie jednorazowej osłonki z termometru i jej odrzucenie do miski nerkowatej	1	0
	10.	Przekazanie pacjentce 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 pacjentki (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

9. Technika oceny świadomości pacjenta

Hanna Grabowska, Władysław Grabowski

Chora, C.F., lat 63, jest hospitalizowana na oddziale ginekologicznym z powodu obfitego krwawienia z narządu rodnego. Pacjentka osłabiona, okresowo z utrudnionym kontaktem słowno-logicznym, wymagająca dokonywania częstej oceny stanu świadomości z uwagi na potencjalne ryzyko jej zaburzeń.

Polecenie: dokonaj u pacjentki 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 pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, 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 pacjentki w pozycji leżącej	1	0
	6.	Dokonanie oceny reakcji otwierania oczu	1	0
	7.	Ocena odpowiedzi słownej	1	0
	8.	Ocena reakcji ruchowej pacjentki	1	0
	9.	Poinformowanie pacjentki 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

10. Technika pomiaru wzrostu i masy ciała

Hanna Grabowska, Władysław Grabowski

Pacjentka, B.C., lat 72, przyjęta do szpitala w celach diagnostycznych. Aktualnie położna przyjmuje ją na oddział, gromadzi niezbędne dla sprawowania opieki informacje 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 istoty, 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 bieliźnie, 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 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, 7, 8, 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

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

Hanna Grabowska, Władysław Grabowski

Chora, M.T., lat 76, jest pacjentką oddziału ginekologicznego, na którym przebywa z powodu uogólnionej choroby nowotworowej narządu rodnego. Kontakt z chorą utrudniony z powodu demencji. Pacjentka niezdolna do sprawowania samoopieki w zakresie czynności dnia codziennego.

Polecenie: dokonaj u chorej 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 narządów 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 pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie istoty, celu i przebiegu zabiegu, uzyskanie zgody (niewerbalnej) na przeprowadzenie zabiegu***	1	0
	3.	Przygotowanie sprzętu i otoczenia chorej (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 narządów żucia (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	5.	Pomoc pacjentce w zdjęciu bielizny osobistej, ułożenie chorej 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 chorej	1	0
	7.	Oglądanie koloru, ilości i rozmieszczenia włosów, ich stanu higienicznego, ocena palpacyjna struktury owłosienia, potencjalne zaburzenia w owłosieniu, pomoc pacjentce 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 szpatułki (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.	Wykonanie oceny maksymalnego rozwarcia ust oraz możliwości ruchowych żuchwy wraz z symetrią ruchów	1	0
	10.	Interpretacja wyników oceny, udzielenie informacji zwrotnej pacjentce	1	0
	11.	Zapewnienie pacjentce wygodnej, komfortowej pozycji, zadbanie o bezpieczeństwo pacjentki	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 odchyleń 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, 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

12. Technika prześcielenia łóżka pustego

Katarzyna Augustyniuk, Daria Schneider-Matyka

Pacjentka, F.K., lat 86, przygotowywana do zabiegu operacyjnego w obrębie jamy macicy. Mało samodzielna, wymagająca pomocy w zabiegach higienicznych. W chwili obecnej pacjentka jest w trakcie badania EKG w gabinecie zabiegowym. Za zgodą pacjentki ustalono, że w czasie jej nieobecności w sali położna prześcieli jej łóżko.

Polecenie: przygotuj zestaw i wykonaj słanie 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, wykonanie 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 położnej 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, odwinięcie 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 odwinięcie 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 podwinięcie jej pod materac u dołu łóżka	1	0
	23.	Przejście na lewą stronę łóżka, rozpoczęcie od wezgłowia, podłożenie i wyrównanie kołdry z brzegiem materaca, następnie podwinięcie jej pod materac u dołu łóżka	1	0

Technika prześcielenia łóżka pustego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	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 pacjentki 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, 4, 6, 27, 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. 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

13. Technika prześcielenia łóżka choremu leżącemu przez jedną położną

Katarzyna Augustyniuk, Daria Schneider-Matyka

Pacjentka, F.K., lat 78, w 2. dobie po zabiegu ginekologicznym. Ze względu na duże ograniczenia mobilności oraz konieczność wyrabiania nawyków higienicznych podjęto działania mające na celu zapewnienie 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 choremu leżącemu przez jedną położną (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 pacjentką, wykonanie 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 choremu leżącemu przez jedną położną (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	6.	**Dostosowanie wysokości łóżka do potrzeb położnej 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, odwinięcie 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 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.	Osłonięcie 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

Technika prześcielenia łóżka choremu leżącemu przez jedną położną (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	22.	**Zabezpieczenie łóżka barierką z prawej strony***	1	0
	23.	Przejście na lewą stronę, obniżenie barierki, uniesienie kołdry i zachęcenie pacjentki do przyjęcia pozycji na prawym boku	1	0
	24.	Osłonięcie pacjentki kołdrą	1	0
	25.	Oczyszczenie prześcieradła i podkładu za pomocą myjki poprzez wykonywanie ruchów ręką od środka na zewnątrz, odłożenie oczyszczonych warstw bielizny 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 pacjentki do przyjęcia pozycji na plecach	1	0
	30.	Przejście 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 choremu leżącemu przez jedną położną (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; wykonanie 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 Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = **29**			**Max. 41 pkt.** **Liczba uzyskanych pkt. .....**	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 6, 12, 14, 22, 37, 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

14. Technika prześcielenia łóżka choremu leżącemu przez dwie położne

Katarzyna Augustyniuk, Daria Schneider-Matyka

Pacjentka, F.K., lat 78, w 1. dobie po zabiegu ginekologicznym. 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: proszę o przygotowanie zestawu i wykonanie prześcielenia łóżka przez dwie położne.

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 choremu leżącemu przez dwie położne (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 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 jednorazowego ochronnego (opcjonalnie)	1	0

Technika prześcielenia łóżka choremu leżącemu przez dwie położne (czas wykonania: 10–15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	6.	**Dostosowanie wysokości łóżka do potrzeb położnych wykonujących zabieg (jeśli położne różnią się wzrostem, wysokość łóżka powinna zostać dostosowana do potrzeb niższej), postawienie parawanu***	1	0
	7.	Położna I pracuje po prawej stronie łóżka, położna II pracuje po lewej stronie łóżka	1	0
	8.	Odstawienie szafki przyłóżkowej (położna I)	1	0
	9.	Przystawienie krzesła do dolnej części łóżka (położna II)	1	0
	10.	Rozpoczęcie pracy w dolnej części łóżka, odwinięcie założeń bocznych koca po obu stronach jednocześnie, następnie wyjęcie koca spod materaca, złożenie i odłożenie na krzesło (położna 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 (położna I i II)	1	0
	12.	Pomoc pacjentce przy przyjęciu pozycji siedzącej (położna 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 (położna I), przytrzymanie pacjentki w pozycji siedzącej (położna II). Ułożenie pacjentki w pozycji na plecach (położna I i II)***	1	0
	14.	Uniesienie kołdry (położna I), pomoc pacjentce przy przyjęciu pozycji na lewym boku i podtrzymanie pacjentki w tej pozycji (położna II); w przypadku ciężko chorej pacjentki przy zmianie pozycji ułożeniowej uczestniczy położna I i położna II	1	0
	15.	Osłonięcie pacjentki kołdrą (położna I)	1	0
	16.	Oczyszczenie podkładu i prześcieradła za pomocą myjki poprzez wykonywanie ruchów ręką od środka na zewnątrz, odłożenie oczyszczonych warstw bielizny pościelowej na pacjentkę (położna I) lub przekazanie ich położnej II	1	0
	17.	Oczyszczenie materaca, przekazanie myjki położnej II, odwinięcie warstwy bielizny pościelowej na materac (położna I)	1	0
	18.	Uniesienie kołdry (położna II), pomoc pacjentce przy zmianie ułożenia na prawy bok, podtrzymanie pacjentki w pozycji na prawym boku (położna I); w przypadku ciężko chorej pacjentki przy zmianie pozycji ułożeniowej uczestniczy położna I i położna II	1	0
	19.	Osłonięcie pacjentki kołdrą (położna II)	1	0
	20.	Oczyszczenie podkładu i prześcieradła za pomocą myjki poprzez wykonywanie ruchów ręką od środka na zewnątrz, odłożenie oczyszczonych warstw bielizny pościelowej na pacjentkę (położna II) lub przekazanie ich położnej I	1	0

Technika prześcielenia łóżka choremu leżącemu przez dwie położne (czas wykonania: 10–15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	21.	Oczyszczenie materaca i odwinięcie warstwy bielizny pościelowej na materac (położna II)	1	0
	22.	Pomoc pacjentce w przyjęciu pozycji na plecach (położna I i II), złożenie brzegów kołdry oraz brzegów podkładu na pacjentkę (położna I, II)	1	0
	23.	Naciągnięcie i podłożenie prześcieradła pod materac jednocześnie po obu stronach łóżka, wykonanie narożnika kopertowego u góry materaca (położna I, II); gdy prześcieradło jest wystarczająco długie, wykonanie narożnika kopertowego u dołu łóżka (położna I i II)	1	0
	24.	Naciągnięcie i podłożenie pod materac podkładu płóciennego jednocześnie po obu stronach łóżka oraz odwinięcie założonej kołdry (położna I i II)	1	0
	25.	Pomoc pacjentce przy przyjęciu pozycji siedzącej (położna I i II), wyrównanie koszuli na plecach pacjentki (położna II). Przeniesienie poduszki/poduszek z krzesła na łóżko (położna I)	1	0
	26.	Ułożenie poduszki pod plecami pacjentki (wypełnieniem do góry) – położna I; gdy dysponuje się dwiema poduszkami, ułożenie pierwszej wypełnieniem do dołu, aby wypełniła krzywiznę lędźwiową, drugiej wypełnieniem do góry	1	0
	27.	Pomoc pacjentce przy przyjęciu pozycji leżącej (położna I i II)	1	0
	28.	Podłożenie i wyrównanie kołdry z brzegiem materaca jednocześnie po obu stronach łóżka (położna I i II)	1	0
	29.	Nałożenie koca i podwinięcie go pod materac, wykonanie narożnika kopertowego jednocześnie po obu stronach łóżka (położna I i II)	1	0
	30.	Przystawienie szafki przyłóżkowej (położna I) i odstawienie krzesła (położna II), odstawienie parawanu	1	0
Etap porządkowania	31.	**Zapytanie pacjentki o wygodę i komfort (położna I i II)***	1	0
	32.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych i fartucha jednorazowego ochronnego; wykonanie segregacji odpadów medycznych (położna I i II)	1	0
	33.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO (położna 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

15. 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 ginekologii onkologicznej w celu diagnostycznym. Pacjentka wymaga całkowitej pomocy w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych.

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, wykonanie 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

Technika zmiany bielizny pościelowej choremu leżącemu (czas wykonania: 15–20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	6.	**Dostosowanie wysokości łóżka do potrzeb położnej 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, odwinięcie 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 przy przyjmowaniu pozycji siedzącej. Jeżeli stan pacjentki jest ciężki, chora ma trudności przy poruszaniu się, wówczas należy zapewnić sobie pomoc drugiej położnej	1	0
	14.	Ustalenie, czy występują przeciwwskazania do przyjęcia pozycji leżącej bez poduszek pod głową (np. duszność), jeśli nie, odłożenie poduszek na krzesło. Pomoc pacjentce przy przyjęciu pozycji na plecach	1	0
	15.	Zdjęcie brudnych poszewek i umieszczenie ich w worku/koszu na brudną bieliznę, założenie czystych poszewek i odłożenie poduszek na krzesło, jeśli stan pacjentki pozwala na leżenie bez 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 chorej pacjentki przy zmianie pozycji ułożeniowej mogą uczestniczyć dwie położne	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, odwinięcie 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

Technika zmiany bielizny pościelowej choremu leżącemu (czas wykonania: 15–20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	21.	Rozłożenie czystego podkładu na środku materaca, podłożenie jego górnej części pod materac, następnie zwinięcie pozostałej części podkładu pod pacjentkę	1	0
	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 chorej pacjentki przy zmianie pozycji ułożeniowej uczestniczyć mogą dwie położne***	1	0
	23.	Przejście 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 chorej pacjentki przy zmianie pozycji ułożeniowej uczestniczyć powinny dwie położne	1	0
	25.	Zwinięcie i umieszczenie podkładu oraz prześcieradła w worku/koszu 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 wezgłowia 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 mogą dwie położne	1	0
	29.	Przejście 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 chorej pacjentki przy zmianie pozycji ułożeniowej uczestniczyć powinny dwie położne	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 nią górnych brzegów poszwy, złożenie kołdry i odłożenie na krzesło. W sytuacji, gdy pacjentka nie może współpracować z położną, jedną ręką przytrzymanie poszwy, drugą wyciągnięcie kołdry (brudna poszwa pozostaje na pacjentce), ewentualnie w tym etapie zabiegu mogą uczestniczyć dwie położne	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); wykonanie 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 Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = **29**			**Max. 42 pkt.** **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

16. Technika zmiany bielizny osobistej choremu leżącemu – zmiana piżamy

Katarzyna Augustyniuk, Daria Schneider-Matyka

Pacjentka, A.A., lat 35, w 26. tygodniu ciąży przyjęta na oddział patologii ciąży z rozpoznaniem porodu przedwczesnego. Niesamodzielna, całkowicie leżąca, obecnie w trakcie diagnostyki. 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, wykonanie 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 położnej wykonującej zabieg, postawienie parawanu	1	0
	7.	Odwinięcie 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 zsunięcie spodni piżamy ku dołowi	1	0
	9.	Zdjęcie spodni od piżamy, zabezpieczenie i umieszczenie w szafce przyłóżkowej pacjentki; w przypadku bielizny szpitalnej umieszczenie 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 bluzy od rękawa z 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

Technika zmiany bielizny osobistej choremu leżącemu – zmiana piżamy (czas wykonania: 10 min)			**Ocena punktowa**	
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
	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 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, 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

17. Technika zmiany bielizny osobistej choremu leżącemu – zmiana koszuli

Katarzyna Augustyniuk, Daria Schneider-Matyka

Pacjentka, A.A., lat 35, w 26. tygodniu ciąży przyjęta na oddział patologii ciąży z rozpoznaniem porodu przedwczesnego. Niesamodzielna, całkowicie leżąca, obecnie w trakcie diagnostyki. Pacjentka wymaga 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, wykonanie 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

Technika zmiany bielizny osobistej choremu leżącemu – zmiana koszuli (czas wykonania: 10 min)			**Ocena punktowa**	
Etap wykonania	18.	Zapytanie pacjentki o wygodę i komfort	1	0
	19.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych i fartucha jednorazowego ochronnego; wykonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	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 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, 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

18. Technika mycia chorego w łóżku

Mariola Czajkowska, Halina Kulik, Katarzyna Augustyniuk

Pacjentka, lat 25, 2. ciąża, 23. tydzień, stwierdzona czynność serca płodu. Poród przedwczesny zagrażający. Niewydolność cieśniowo-szyjkowa. Pacjentka w zerowej dobie po założeniu szwu okrężnego McDonalda. Zastosowano reżim łóżkowy. Pacjentka została poinformowana o konieczności wykonania toalety ciała.

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 pacjentka 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 (np. Sudocrem), środki do nacierania pleców PC30V, emulsje 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 basenu przy łóżku pacjentki,
- parawan,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- źródło bieżącej wody, środek dezynfekcyjny,
- pojemnik/worek na odpady medyczne i przemysłowe,
- dokumentacja pacjentki.

		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 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 (temperatura, wentylacja, zamknięte drzwi i okna),** • **zapewnienie intymności i spokoju (ustawienie parawanu, ewentualnie poproszenie osób/pacjentek z sali o opuszczenie jej na czas zabiegu)***	1	0
	5.	Udzielenie informacji dotyczących zachowania się podczas zabiegu, ustalenie zakresu współpracy z pacjentką	1	0
	6.	**Przygotowanie sprzętu**; przywiezienie wózka mobilnego zabiegowego do sali pacjentki; **zwrócenie uwagi na upodobania pacjentki w zakresie środków higienicznych***	1	0
	7.	Ustawienie krzesła z oparciem przy łóżku pacjentki po stronie prawej	1	0
	8.	Ustawienie miski do mycia na krześle, 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.	**Dbałość o bezpieczeństwo własne i pacjentki, postępowanie zgodnie z zasadami ergonomii wysiłku; ustawienie wysokości łóżka pacjentki do własnych potrzeb; zabezpieczenie dalszej strony łóżka (strona lewa) barierką przyłóżkową; obserwacja pacjentki oraz utrzymywanie kontaktu słownego podczas wykonywanej procedury; kontrola wygody pacjentki***	1	0
	12.	Przeprowadzenie higieny rąk, założenie odzieży ochronnej fartucha i rękawic jednorazowych niejałowych*	1	0
	13.	Obluzowanie koca, poluzowanie wierzchniego przykrycia pacjentki, podniesienie wezgłowia łóżka do 30–45°	1	0

Technika mycia chorego w łóżku (czas wykonania: 30 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	14.	**Procedura mycia zębów:** • podłożenie ręcznika przeznaczonego do mycia twarzy pod brodę pacjentki, • 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 pacjentce. Jeżeli jej 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 pacjentkę lub przez pielęgniarkę po umyciu zębów, • odłożenie ręcznika na krzesło	1	0
	15.	**Procedura mycia twarzy, oczu, uszu:** • pomoc pacjentce w zdjęciu koszuli/góry piżamy, • ułożenie ręcznika pod głową pacjentki w taki sposób, aby jego dolne rogi znajdowały się na wysokości barków pacjentki, • uniesienie głowy pacjentki 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 pacjentki 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, • zsunięcie ręcznika spod głowy niżej i umycie szyi, karku oraz dekoltu, a następnie osuszenie	1	0
	16.	**Procedura mycia klatki piersiowej:** • wyjęcie ręcznika spod głowy pacjentki i ułożenie go na klatce piersiowej, wywinięcie mankietu na koc, • uniesienie koca prawą ręka za mankiet z ręcznika, • lewą ręką umycie klatki piersiowej pacjentki, sprawdzenie stanu skóry pod biustem, • staranne osuszenie skóry, zabranie i odłożenie ręcznika na krzesło, • zmiana wody, jeżeli uważamy, że jest zimna lub brudna	1	0

		Technika mycia chorego w łóżku (czas wykonania: 30 min)	Ocena punktowa	
Etap wykonania	17.	**Procedura mycia kończyn górnych:** • odsłonięcie kończyny górnej dalszej (lewej), podłożenie pod nią ręcznika i wywinięcie go w okolicy pachy na pacjentkę, odsłonięcie bielizny pościelowej, • postawienie miski z wodą na ręczniku, zanurzenie dłoni pacjentki w wodzie, • umycie kończyny górnej: pachy, ramienia, przedramienia, dłoni – jeżeli jest to konieczne, obcięcie i wyczyszczenie paznokci przygotowaną szczoteczką; gdy pacjentka jest nieprzytomna, unosimy jej 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 lub brudna	1	0
	18.	**Procedura mycia brzucha:** • odwieszenie na krzesło ręcznika i myjki przeznaczonej do mycia górnych części ciała, • zsunięcie spodni piżamy poniżej brzucha, • ułożenie na brzuchu pacjentki ręcznika przeznaczonego do mycia dolnych części ciała i wywinięcie go na zewnątrz, stworzenie w ten sposób mankietu na kocu, • uniesienie koca prawą ręką za mankiet, • założenie na lewą rękę namydlonej myjki (przeznaczonej do mycia dolnych części ciała) i umycie brzucha pacjentki, • staranne osuszenie skóry ręcznikiem tworzącym wcześniej mankiet na kocu, zabranie i odłożenie ręcznika na krzesło, • zmiana wody, jeżeli uważamy, że jest zimna lub brudna	1	0
	19.	**Procedura mycia pleców i pośladków:** • zdjęcie spodni piżamy, jeżeli pacjentka ma ubraną bieliznę osobistą dwuczęściową, • uniesienie koca i zaproponowanie, aby pacjentka zmieniła pozycję na lewoboczną, • ułożenie ręcznika wzdłuż pleców i pośladków pacjentki, • umycie pleców oraz pośladków namydloną myjką, • staranne osuszenie skóry, a następnie natarcie skóry pleców, np. płynem PC30V, wykonanie masażu skóry pleców, • pomoc pacjentce w zmianie pozycji na wznak i w założeniu koszuli (lub górnej części piżamy), • zmiana wody, jeżeli uważamy, że jest zimna, zmydlona lub brudna	1	0
	20.	**Procedura mycia kończyn dolnych:** • 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, • staranne osuszenie 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:** • zmiana wody w misce oraz nalanie wody do dzbanka, • wykonanie „budki" – na zgięte w stawach kolanowych kończyny dolne pacjentki naciągamy kołdrę, osłaniając krocze pacjentki, • podłożenie pacjentce basenu, • sprawdzenie temperatury wody poprzez polanie wewnętrznej strony uda – woda powinna mieć ok. 37°C	1	0
	22.	**Procedura podmywania krocza przez pacjentkę (położna asystuje):** • namydlenie myjki, a następnie założenie jej na rękę pacjentki, • uchwycenie dzbanka prawą ręką, a następnie polanie krocza wodą, • poproszenie pacjentki o podmycie się, • spłukanie krocza wodą z dzbanka, • podanie pacjentce ręcznika w celu osuszenia krocza, • zdjęcie z ręki pacjentki myjki (uchwycenie myjki za brzeg mankietu tak, aby strona wewnętrzna została wywinięta na zewnątrz), • podanie czystej wody w misce w celu socjalnego umycia rąk przez pacjentkę, • podanie ręcznika w celu osuszenia rąk przez pacjentkę. **Procedura wykonania toalety krocza przez położną:** • uchwycenie lewą ręką dzbanka z roztworem, • uchwycenie prawą ręką gazików, • umycie wzgórka łonowego ruchami poziomymi, • umycie pachwiny dalszej, • umycie pachwiny bliższej, • umycie sromu z zachowaniem odpowiedniego kierunku – od spojenia łonowego do odbytu (odbyt ruchem okrężnym zbierającym), • spłukanie krocza wodą z dzbanka, • osuszenie krocza ręcznikiem	1	0
	23.	Wyjęcie basenu spod pośladków i odłożenie go w bezpieczne miejsce, zlikwidowanie „budki"	1	0
	24.	Zdjęcie i odłożenie rękawiczek jednorazowego użytku do miski nerkowatej	1	0
	25.	Założenie czystych rękawiczek jednorazowego użytku	1	0
	26.	**Ułożenie pacjentki w wygodnej pozycji, uczesanie pacjentki***	1	0
	27.	**Poprawienie wyglądu łóżka; zaścielenie łóżka, obniżenie barierki przyłóżkowej**	1	0

Technika mycia chorego w łóżku (czas wykonania: 30 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	28.	Uporządkowanie sprzętu, materiałów i otoczenia	1	0
	29.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0
	30.	**Udokumentowanie wykonanej procedury***	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 3, 4, 6, 11, 12, 27, 28, 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

19. Technika kąpieli pacjenta pod prysznicem

Mariola Czajkowska, Halina Kulik

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

Polecenie: przygotuj zestaw i pomóż pacjentce w kąpieli pod prysznicem.
Niezbędny sprzęt:

- taca / wózek mobilny zabiegowy,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- fartuch ochronny jednorazowego użytku,
- 2 myjki, jeżeli pacjentka 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 salicylowy / 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 pacjentki.

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

Technika kąpieli pacjenta pod prysznicem (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	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.	**Dbałość o bezpieczeństwo własne i pacjentki; obserwacja pacjentki i utrzymywanie podczas wykonywania czynności kontaktu z pacjentką; 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 krzesełku kąpielowym, wykorzystanie zabezpieczeń poręczowych	1	0
	15.	Ocena stanu skóry pacjentki	1	0
	16.	Ustawienie odpowiedniej temperatury i ciśnienia wody	1	0
	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, krocza oraz stóp	1	0
	20.	Spłukanie całego ciała prysznicem	1	0
	21.	Zmiana rękawic jednorazowych niejałowych	1	0

Technika kąpieli pacjenta pod prysznicem (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	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 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, 5, 8, 10, 18, 22, 28, 29,
- *jeżeli 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

20. Technika mycia głowy w łóżku

Mariola Czajkowska, Halina Kulik

Pacjentka, F.K., lat 56, w zerowej dobie po planowanej operacji plastyki narządów rodnych. Pacjentka nie została uruchomiona, obowiązuje bezwzględne leżenie w łóżku. Parametry stanu ogólnego w normie. Pacjentka bardzo zaniepokojona stanem swoich włosów, do których przywiązuję 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 wykonanie zadania zgodnie z posiadanymi uprawnieniami	1	0
	3.	**Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu***	1	0

Technika mycia głowy w łóżku (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	4.	**Zidentyfikowanie stanu pacjentki i zastosowanie odpowiedniej techniki mycia głowy:** • **mycie głowy w pozycji poziomej z poduszka złożoną na pół (wykonanie czynności z pomocą drugiej położnej),** • **mycie głowy w tzw. rynience (prawidłowe wykonanie rynienki, wykonanie czynności samodzielnie),** • **mycie głowy z wyjętą ramą łóżka u wezgłowia (wykonanie czynność z pomocą drugiej położnej),** • **mycie głowy w rynience fryzjerskiej (wykonanie czynności z pomocą drugiej położnej),** • **mycie głowy z podwiniętym materacem (wykonanie czynności z pomocą drugiej położnej)***	1	0
	5.	**Zapewnienie intymności 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	0
	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 pacjentki)	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
	17.	Usunięcie wacików z uszu pacjentki	1	0
	18.	Owinięcie głowy i włosów ręcznikiem. Pomoc pacjentce w przyjęciu pozycji siedzącej	1	0

		Technika mycia głowy w łóżku (czas wykonania: 15 min)	Ocena punktowa	
Etap wykonania	19.	Usuniecie 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; dbałość 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, 8, 10, 14, 15, 16, 22, 25, 26,
- *jeżeli 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

21. 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,
- wanienka do kąpieli,
- termometr kąpielowy,
- (opcjonalnie) miseczka na ciepłą przegotowana 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 jednorazowe mokre,
- 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 frottè 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 kąpieli 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 kąpieli w wanience***	1	0
	7.	**Przygotowanie powierzchni – przewijaka, wanienki, wagi – poprzez zdezynfekowanie ich odpowiednim preparatem zgodnie z wytycznymi; przygotowanie niezbędnych do kąpieli 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, wydalinami i wydzielinami pacjenta	1	0
	9.	Napełnienie wanienki wodą o temperaturze zależnej od sposobu kąpieli (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 wanience termometrem lub poprzez zanurzenie własnego przedramienia	1	0
	10.	Wytarowanie wagi z pieluszką tetrową	1	0

	Technika kąpieli noworodka (czas wykonania: 15–20 min)		Ocena punktowa	
Etap wykonania	11.	Rozebranie dziecka – delikatne, bez gwałtownych ruchów, bez 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 wykonanie pomiaru masy ciała***	1	0
	13.	**Przeniesienie dziecka w pieluszce na stół kąpielowy i wykonanie kąpieli z zachowaniem kolejności toalety poszczególnych części ciała.** **Mycie twarzy i zewnętrznych narządów płciowych:** • **umycie wacikami oczu, twarzy i uszu (przemywanie wacikiem lub miękkim gazikiem namoczonym w wodzie przegotowanej/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 zużytych 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 zużytych 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 kąpieli 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 ręku – stabilizacja głowy i miednicy dziecka – oraz przeniesienie do wanienki; wykonywanie delikatnych, celowych ruchów, ochrona opatrunków, miejsc kaniulacji***	1	0
	16.	Delikatne zanurzenie dziecka w wodzie (od kończyn dolnych po pośladki i plecy) i spłukanie całego ciała we właściwej kolejności	1	0

		Technika kąpieli noworodka (czas wykonania: 15–20 min)	Ocena punktowa	
Etap wykonania	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 kikuta pępowinowego zgodnie z obowiązującymi wytycznymi; ocena kikuta pępowinowego pod kątem ewentualnego stanu zapalnego, oczyszczenie kikuta suchym, jałowym gazikiem, następnie przetarcie go gazikiem nasączonym Octeniseptem*** (do 72 godz. po porodzie następuje kolonizacja kikuta niechorobotwórczą mikroflorą, w pierwszych dobach zalecane jest stosowanie preparatów z oktenidyną, nastepnie 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 kikuta 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 kąpieli oraz bezpieczeństwa dziecka	1	0
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, 15, 20, 29, 30,
- *jeżeli 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

22. Technika wykonywania toalety jamy ustnej u ciężko chorego

Halina Kulik, Mariola Czajkowska

Pacjentka, K.M., lat 46, przebywająca na oddziale ginekologii onkologicznej w stanie terminalnym choroby nowotworowej narządu rodnego. Pacjentka wymaga 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, opcjonalnie maseczka i okulary ochronne,
- wazelina/krem/balsam do ust,
- miski nerkowate,
- pojemnik na protezy (jeżeli pacjentka używa protez),
- środek i szczoteczka do czyszczenia protez,
- ręcznik,
- źródło sztucznego światła (latarka).

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.	**Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie 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

Technika wykonywania toalety jamy ustnej u ciężko chorego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	5.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych oraz maseczki i okularów ochronnych (opcjonalnie)	1	0
	6.	Dostosowanie wysokości łóżka do potrzeb położnej wykonującej zabieg. Ustawienie przygotowanego zestawu/sprzętu na blacie szafki przyłóżkowej pacjentki lub na stoliku zabiegowym	1	0
	7.	Ułożenie pacjentki w wygodnej/bezpiecznej ze względu na wykonywaną czynność pozycji. Podłożenie ręcznika/serwety ochronnej jednorazowego użytku pod brodę pacjentki	1	0
Etap wykonania	8.	**Przeprowadzenie toalety:** • jeżeli pacjentka używa protez zębowych: wyjęcie ich oraz umieszczenie w pojemniku ze środkiem do ich czyszczenia, • wykonanie oceny stanu jamy ustnej, błony śluzowej i zębów, użycie latarki lub innego źródła światła*: » usunięcie za pomocą gazika nawiniętego na szpatułkę, ewentualnie gazikiem w narzędziu typu Pean, zgromadzonej w jamie ustnej wydzieliny » namoczenie gazika w przygotowanym roztworze do higieny jamy ustnej o temperaturze pokojowej i oczyszczenie błony śluzowej dziąseł i powierzchni zębów – od strony dalszej szczęki do bliższej, a następnie od strony dalszej żuchwy do bliższej (powtórzenie czynności 2–6 razy). **Każdy ruch oczyszczający śluzówkę jamy ustnej i powierzchnię zębów z użyciem osobnego gazika.** **W przypadku używania szczoteczki jednorazowego użytku należy ją podłączyć do ssaka i postępować w sposób wyżej podany.** **Obserwacja pacjentki w czasie wykonywania zabiegu***	1	0
	9.	**Wykonanie toalety:** • **wewnętrznej powierzchni 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).** **Wykonanie po kilka ruchów przy użyciu osobnych gazików na każdą okolicę***	1	0
	10.	Osuszenie ręcznikiem twarzy i warg pacjentki; jeżeli pacjentka 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 pacjentki	1	0

Technika wykonywania toalety jamy ustnej u ciężko chorego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	13.	Dbałość o wygodę pacjentki, zastosowanie właściwego ułożenia dostosowanego do stanu pacjentki	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,
- *jeżeli 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

23. Technika założenia czepca przeciwwszawiczego

Halina Kulik, Mariola Czajkowska

Pacjentka, Z.N., lat 45, przyjęta w celu diagnostyki na oddział z powodu krwawienia z dróg rodnych. 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 uzależnia się 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, 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 przeciwwszawiczy i odczytanie próby***	1	0
	11.	Zabezpieczenie wacikami uszu chorej przed insektami oraz przed przypadkowym zalaniem środkiem przeciwwszawiczym	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.	Nasączanie wacików w płynie przeciwwszawiczym 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 pacjentki o czasie pozostawienia czepca na głowie	1	0
	18.	Dopilnowanie czasu działania środka przeciwwszawiczego*	1	0
	19.	**Zdjęcie czepca przeciwwszawiczego zgodnie z obowiązującymi zasadami**	1	0
	20.	Umycie szamponem, dokładne spłukanie wodą i rozczesanie włosów	1	0

Technika założenia czepca przeciwwszawiczego (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	21.	Dbałość o wygodę pacjentki, bezpieczeństwo i estetykę	1	0
	22.	Segregacja odpadów medycznych, uporządkowanie sprzętu	1	0
	23.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych, fartucha i wykonanie segregacji odpadów medycznych	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) = **18**			**Max. 25 pkt.** **Liczba uzyskanych pkt. .....**	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 15, 16, 19, 24, 25,
- *jeżeli 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

24. 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 pacjentki.
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 zleconej diety	1	0

Technika karmienia i pojenia pacjenta (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	6.	Przysunięcie stolika i krzesła do łóżka pacjentki	1	0
	7.	Pomaganie pacjentce w przybraniu wygodnej pozycji siedzącej lub półwysokiej	1	0
	8.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0
	9.	Przygotowanie pokarmu, podzielenie na małe porcje	1	0
	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 kęsami, 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 serwety/ligniny	1	0
	22.	Ułożenie pacjentki w wygodnej pozycji	1	0

Technika karmienia i pojenia pacjenta (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
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 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, 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

25. Technika karmienia noworodka przez zgłębnik

Krystyna Rochala

Wcześniak, A.B., wiek urodzeniowy – 30. tydzień ciąży, waga – 1500 g. Obecnie w 4. dobie życia, przebywa na oddziale intensywnej terapii. Oddech własny, występuje wysiłek oddechowy, brak prawidłowego odruchu ssania. Karmiony Bebilonem, sondą 8 x 11 ml pod kontrolą zalegań.

Polecenie: wykonaj karmienie noworodka przez zgłębnik.
Niezbędny sprzęt:

- pokarm,
- zgłębnik żołądkowy 5F lub 6F,
- woda do iniekcji do nawilżenia końcówki zgłębnika oraz do przepłukania zgłębnika,
- strzykawki: 10 ml do podania pokarmu, 5 ml do kontroli zalegań / umiejscowienia zgłębnika, 2 ml do przepłukania zgłębnika,
- stetoskop / papierek lakmusowy,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- taca,
- naczynie nerkowate,
- kosz do segregacji odpadów,
- pielucha/lignina.

Technika karmienia noworodka przez zgłębnik (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.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	5.	**Nawiązanie kontaktu z pacjentką, sprawdzenie tożsamości dziecka na tasiemkach identyfikacyjnych, ewentualne przedstawienie się rodzicom dziecka, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu***	1	0

		Technika karmienia noworodka przez zgłębnik (czas wykonania: 10 min)	Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	6.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0
	7.	Przygotowanie pokarmu w strzykawce	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych*	1	0
Etap wykonania	9.	Ułożenie noworodka w pozycji leżącej na wznak	1	0
	10.	Wybranie drogi wprowadzenia zgłębnika przez nos lub usta	1	0
	11.	**Określenie głębokości założenia zgłębnika; od nasady nosa lub kącika ust przez płatek ucha do połowy odległości między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem***	1	0
	12.	Zabezpieczenie dziecka pieluchą/ligniną	1	0
	13.	Zamknięcie światła zgłębnika, nawilżenie końcówki zgłębnika wodą	1	0
	14.	Wprowadzenie zgłębnika ruchem obrotowym, stabilizowanie głowy noworodka ręką położoną na czole	1	0
	15.	**Przygięcie głowy dziecka do klatki piersiowej z chwilą wyczucia lekkiego oporu, aby zapobiec umieszczeniu zgłębnika w tchawicy, następnie wprowadzenie zgłębnika na wcześniej oznaczoną długość***	1	0
	16.	Obserwowanie koloru skóry, krztuszenia się, wysiłku oddechowego, trudności podczas wprowadzania zgłębnika	1	0
	17.	Zaciśnięcie światła zgłębnika, podłączenie strzykawki 5 ml	1	0
	18.	**Sprawdzenie umiejscowienia końcówki zgłębnika poprzez:** • **aspirację treści żołądkowej strzykawką; gdy występują zalegania, ocena ich zabarwienia i objętości, w przypadku obecności treści śluzowej sprawdzenie jej pH papierkiem lakmusowym,** • **podanie przez sondę powietrza, ok. 2 ml, i osłuchanie stetoskopem żołądka, usłyszenie szmeru oznacza prawidłowe umiejscowienie zgłębnika, następnie usunięcie podanego powietrza***	1	0
	19.	Zamknięcie światła zgłębnika, podłączenie strzykawki 10 ml z pokarmem	1	0
	20.	Podanie pokarmu metodą grawitacyjną; przy obecności 1 ml treści żołądkowej podanie całej zleconej objętość pokarmu, powyżej 1 ml – wprowadzenie zaaspirowanej treści do żołądka, a zleconą objętość zmniejszyć o objętość zalegań, nie podawać treści krwistej, fusowatej, smółkowej	1	0

Technika karmienia noworodka przez zgłębnik (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	21.	Obserwowanie dziecka podczas karmienia	1	0
	22.	Zaciśnięcie światła zgłębnika, podłączenie strzykawki 2 ml z wodą, przepłukanie sondy ok. 0,5 ml dla uzyskania zleconej ilości pokarmu	1	0
	23.	**Zamknięcie zgłębnika i usunięcie go delikatnym, jednostajnym ruchem***	1	0
Etap porządkowania	24.	Usunięcie pieluchy/ligniny	1	0
	25.	Ułożenie dziecka we właściwej pozycji	1	0
	26.	Uporządkowanie/dezynfekcja sprzętu. Zdjęcie rękawic i odrzucenie do odpadów medycznych	1	0
	27.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0
	28.	**Udokumentowanie ilości podanego pokarmu i ilości występujących zalegań***	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, 5, 6, 8, 11, 15, 18, 23, 28,
- *jeżeli 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:

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

Czynności w zakresie wykonywania zabiegów przeciwzapalnych

26. Technika wykonania okładu zimnego (wysychającego)

Marzanna Stanisławska

Pacjentka K.D., lat 52, przebywając na oddziale ginekologii, poślizgnęła się w czasie kąpieli pod natryskiem. Ratując się przed upadkiem, uderzyła się w prawy łokieć. Lekarz zbadał pacjentkę i stwierdził, że nie ma uszkodzenia stawu łokciowego, jednak ze względu na tworzący się obrzęk i zgłaszany przez pacjentkę ból lekarz z położną zdecydowali, że należy na stłuczone miejsce założyć okład wysychający z Altacetu.

Polecenie: załóż pacjentce 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 lub 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 chorej, nawiązanie kontaktu z pacjentką, wyjaśnienie 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
	5.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalnie założenie rękawic jednorazowych niejałowych***	1	0
	6.	Ułożenie pacjentki w pozycji zapewniającej komfort (siedzącej/leżącej); odsłonięcie miejsca założenia okładu i osłonięcie pościeli podkładem jednorazowym	1	0

Technika wykonania okładu zimnego (wysychającego) (czas wykonania: 5 min, czas utrzymania okładu: 2–3 godz.)			Ocena punktowa	
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 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 pacjentki	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

27. Technika wykonania okładu rozgrzewającego

Marzanna Stanisławska

Pacjentka, J.M., lat 49, usunięto dojście obwodowe z powodu zakończenia terapii dożylnej. Pani J.M. w godz. popołudniowych zgłosiła się do położnej dyżurnej z powodu bólu i zaczerwienienia w miejscu po wkłuciu wenflonu. Położna po ocenie zmian występujących u chorej na kończynie górnej lewej zdecydowała, że należy na nie założyć okład rozgrzewający.

Polecenie: załóż 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 chłodna 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 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
	5.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, opcjonalnie założenie rękawic jednorazowych niejałowych***	1	0
	6.	Ułożenie pacjentki w pozycji zapewniającej komfort (siedzącej/leżącej); odsłonięcie miejsca założenia okładu i osłonięcie pościeli podkładem jednorazowym	1	0

Technika wykonania okładu rozgrzewającego (czas wykonania: 5 min, czas utrzymania okładu: 6–8 godz.)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	7.	**Posmarowanie miejsca założenia okładu wazeliną***	1	0
	8.	**Przyłożenie na okolicę leczoną:** **• pierwszej warstwy: wata odciśnięta z nadmiaru przygotowanego płynu (pierwszą warstwę – mokrą – można skropić spirytusem), wygładzona w miejscu założenia,** **• 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 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, 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

28. Technika stawiania baniek leczniczych

Marzanna Stanisławska

Położnica, 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,
- zapałki,
- 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 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
	6.	Przygotowanie zestawu do wykonania zabiegu	1	0
	7.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0

Technika stawiania baniek leczniczych (czas wykonania: 10 min, czas utrzymania baniek: 15–20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	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
	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

29. Technika zastosowania lampy Sollux

Marzanna Stanisławska

Pacjentka, lat 78, w dalszej dobie po zabiegu operacyjnym usunięcia mięśnia macicy. Zatrzymana na oddziale ginekologii z powodu utrzymującej się podwyższonej temperatury ciała i objawów stanu zapalnego w obrębie rany pooperacyjnej. U pacjentki prowadzone jest raz dziennie naświetlanie lampą Sollux.

Polecenie: wykonaj naświetlenie lampą Sollux.
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 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 przyśpiesza 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 okularów ochronnych***	1	0
	9.	Włączenie lampy, rozpoczęcie naświetlania	1	0
	10.	**Ciągła obserwacja stanu skóry oraz zachowania pacjentki i 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 w łóżku	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

30. Technika podawania leków drogą doustną

Regina Sierżantowicz, Bożena Kirpsza

Pacjentka, K.L., lat 25, przygotowywana do zabiegu usunięcia torbieli jajnika prawego. 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 pacjentce 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 pacjentki, ocena stanu pacjentki	1	0
	4.	**Poinformowanie chorej o rodzaju leku, celu jego podania, działaniu/skutkach ubocznych, zasadach przyjmowania leku (dieta, płyny do popicia). Uzyskanie zgody pacjentki 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 pacjentce w przyjęciu wygodnej i bezpiecznej pozycji siedzącej/półsiedzącej	1	0
	9.	Podanie leku w kieliszku	1	0
	10.	Podanie wody do popicia leku	1	0
	11.	**Sprawdzenie, czy pacjentka połknęła 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 leku doraźnego sprawdzenie po ok. 30 min pożądanego skutku działania	1	0
	16.	**Udokumentowanie wykonania zabiegu***	1	0
	17.	Obserwowanie pacjentki pod kątem pojawienia się objawów ubocznych. Jeśli wystąpią, dokładne opisanie ich w dokumentacji pacjentki, a w razie potrzeby natychmiastowe zawiadomienie lekarza	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, 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

31. Technika podawania do odbytnicy leku w postaci czopka

Dorota Piechocka

Pacjentka, K.S., lat 32, przyjęta do uniwersyteckiego szpitala klinicznego. Urodziła córkę żywą, donoszoną, ocenioną na 9 pkt. w skali Apgar, o masie 4200 g. Stwierdzono pęknięcie krocza I stopnia. Pacjentka 12 godz. po porodzie uskarża się na silne dolegliwości bólowe i dyskomfort w okolicy odbytu. Po ocenie stanu okolic krocza stwierdzono guzki krwawnicze i zlecono podanie czopków Hemorectal 2 razy dziennie.

Polecenie: podaj na zlecenie lekarskie czopek doodbytniczo.
Niezbędny sprzęt:

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

Technika podawania 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 chorej (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

Technika podawania do odbytnicy leku w postaci czopka (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	5.	**Przygotowanie sprzętu: lek, rękawiczki, parawan. Przygotowanie zleconego leku zgodnie ze zleceniem lekarskim:** **• 3-krotne sprawdzenie nazwy leku,** **• sprawdzenie terminu ważności leku,** **• przygotowanie właściwej dawki/stężenia leku***	1	0
	6.	**Zapewnienie intymności przez zamknięcie drzwi lub ustawienie parawanu***	1	0
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. 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
	13.	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
	14.	Poinformowanie pacjentki o konieczności wstrzymania się od defekacji przez kilkadziesiąt min; sprawdzenie, czy pacjentka utrzymuje lek	1	0
	15.	Zdjęcie rękawiczek jednorazowych	1	0

Technika podawania do odbytnicy leku w postaci czopka (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	16.	Uporządkowanie sprzętu i otoczenia po wykonanym zabiegu (zgodnie z obowiązującymi procedurami)	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, 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

32. Technika podawania leku w postaci mikrowlewki doodbytniczej

Hanna Rolka

Pacjentka, J.S., lat 26, w 24. tygodniu ciąży przyjęta na oddział ratunkowy uniwersyteckiego szpitala klinicznego z powodu złego samopoczucia oraz podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego. W czasie badania nastąpił napad drgawek toniczno-klinicznych. Zlecono podanie leku Relsed (diazepam) 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:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- zlecony lek,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- lignina, podkład,
- środek poślizgowy, np. Lignocainum, wazelina,
- miska nerkowata,
- taca.

Technika podawania 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 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 chorej (sprawdzenie nazwy, dawki, daty ważności zleconego leku)***	1	0
	5.	**Zapewnienie intymności przez zamknięcie drzwi do gabinetu lub ustawienie parawanu***	1	0

Technika podawania 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 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 zawierającego mikrowlewkę doodbytniczą w odpowiedniej dawce	1	0
	11.	W pozycji na lewym boku: odsłonięcie 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 pośladkowej w celu uwidocznienia odbytu	1	0
	12.	**Zdjęcie osłonki z kanki mikrowlewki, natłuszczenie kanki tak, aby wazelina/Lignocainum nie zamknęła otworu wylotowego. Wprowadzenie natłuszczonej kanki do odbytu płynnym, obrotowym ruchem na głębokość 10–12 cm, naciśniecie na tubę mikrowlewki i wprowadzenie roztworu***	1	0
	13.	Obserwacja pacjentki, usunięcie kanki z jednoczesnym zabezpieczeniem przed wypłynięciem leku z odbytnicy (pacjentka niewspółpracująca 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 pacjentki na podany lek	1	0
	17.	**Udokumentowanie wykonania zabiegu***	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, 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

33. Technika wykonania kroplowego przyspieszonego wlewu doodbytniczego

Dorota Piechocka

Pacjentka, A.S., lat 55, przyjęta na oddział ginekologii uniwersyteckiego szpitala klinicznego w celu wykonania zabiegu histerektomii. Rozpoznano u niej liczne mięśniaki w obrębie mięśnia macicy. Zabieg wykonano w znieczuleniu ogólnym. Okres pooperacyjny niepowikłany, parametry stanu ogólnego w normie, chora uruchomiona, w 2. dobie zgłasza uczucie pełności w jelitach. Stwierdzono brak perystaltyki jelit, pomimo podania leków pobudzających perystaltykę nadal zgłasza zatrzymanie gazów. Zlecono wykonanie wlewu doodbytniczego z 10% NaCl.

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/płócienny/jednorazowy – chłonny,
- przylepiec, 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, czas przygotowania: 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 przez zamknięcie drzwi do gabinetu lub ustawienie parawanu***	1	0
Etap wykonania	6.	Higieniczna dezynfekcja rąk, założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	7.	Podłączne 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/płóciennego/chłonnego/ligniny w celu zabezpieczenia łóżka	1	0
	10.	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
	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 termoforu na przebiegu drenu, aby płyn utrzymał stałą temperaturę (36°C lub 38°C); przykrycie pacjentki bielizną pościelową**	1	0
	12.	**Ocena poprawności wykonywanego działania (tempa i temperatury podawanego płynu), ocena samopoczucia pacjentki w trakcie podawania płynu, ewentualnie chwilowe przerwanie czynności. Dopilnowanie, aby podać całą zleconą pojemność płynu***	1	0

Technika wykonania kroplowego przyspieszonego wlewu doodbytniczego (czas wykonania: ok 30 min, czas przygotowania: 10 min)			**Ocena punktowa**	
Etap wykonania	13.	Zdjęcie i odłożenie termoforu, odklejenie przylepca mocującego kankę; wysunięcie ruchem obrotowym kanki rektalnej z odbytnicy przez ligninę i odłożenie jej do wcześniej przygotowanego worka na odpady / 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 basenie	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 pośladków*	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, 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

34. Technika wykonania przeczyszczającej wlewki doodbytniczej (enemy)

Dorota Piechocka

Pacjentka, L.J., lat 47, przyjęta na oddział ginekologii uniwersyteckiego szpitala klinicznego w celu wykonania zabiegu operacyjnego plastyki przedniej krocza. U pacjentki rozpoznano: wysiłkowe nietrzymanie moczu, obniżanie się przedniej ściany pochwy. Po badaniu ginekologicznym, wykonaniu badania EKG i pobraniu krwi do badań laboratoryjnych zakwalifikowano chorą do zabiegu, który ma odbyć się w dniu następnym. Zlecono przygotowanie pola operacyjnego oraz przewodu pokarmowego: brak posiłków od godz. 16:00 oraz wykonanie wlewki przeczyszczającej.

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/płócienny/jednorazowy,
- miska nerkowata,
- taca,
- basen / 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 przez 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/płóciennego/chłonnego/ligniny w celu zabezpieczenia łóżka	1	0
	10.	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
	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 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
	15.	Poinformowanie pacjentki, aby po wykonaniu wlewki spróbowała wytrzymać kilkanaście min bez wypróżnienia	1	0
	16.	Jeżeli pacjentka ma problem z utrzymaniem płynu w odbytnicy, zabezpieczenie pacjentki w ligninę i basen	1	0

Technika wykonania przeczyszczającej wlewki doodbytniczej (enemy) (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
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

35. Technika wykonania lewatywy przeczyszczającej

Dorota Piechocka

Pacjentka, L.J., lat 27, przyjęta na salę porodową szpitala ginekologiczno-położniczego, zgłasza regularną czynność skurczową macicy – skurcze co 3–5 min, występują od 2 godz., wody płodowe zachowane. Rodząca zgłasza, że od kilku dni nie może się wypróżnić, nie chce też, żeby podczas porodu „zdarzyła się niespodzianka", więc prosi, jeśli to tylko możliwe, o wykonanie lewatywy przeczyszczającej. Badaniem wewnętrznym stwierdza się: szyja macicy skrócona, kanał drożny na 2 palce, pęcherz płodowy zachowany. Tętno płodu +/– 142 ud./min. Zalecono wykonanie enemy. Po wypróżnieniu pacjentka zostanie przeniesiona na salę porodową.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem wykonaj rodzącej lewatywę przeczyszczającą.
Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- wlewnik (irygator), dren lub kanka doodbytnicza lub gotowy zestaw do wykonania lewatywy,
- dzbanek do przygotowania roztworu,
- substancja natłuszczająca (wazelina, parafina, lidokaina),
- gaziki,
- termometr do pomiaru temperatury wody i pomiaru temperatury pacjentki,
- rękawiczki jednorazowego użytku,
- lignina,
- podkład gumowy/płócienny/jednorazowy,
- 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 (pacjentka 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 czas mijający od 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 przez 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 lewatyw, 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, zaciśniecie zacisku na drenie*	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych	1	0
	9.	Ułożenie pacjentki 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

Technika wykonania lewatywy przeczyszczającej (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	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
	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 udrożnić przepływ płynu)***	1	0
	14.	Obserwacja wykonywanej czynności oraz pacjentki; podanie odpowiedniej ilości płynu (zbyt mała nie odniesie skutku, zbyt duża ilość płynu może wywołać odczucia bólowe, podrażnienie, niepokój, dyskomfort, niemożność utrzymania płynu w odbytnicy); w przypadku dyskomfortu lub bólu 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 zacisnęła pośladki	1	0
	16.	Poinformowanie pacjentki, aby po wykonaniu wlewki spróbowała wytrzymać kilkanaście min bez wypróżnienia	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 basenie	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 Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = **14**			**Max. 21 pkt.** **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

36. Technika założenia suchej rurki doodbytniczej

Hanna Rolka

Pacjentka, A.P., lat 64, hospitalizowana na oddziale ginekologii uniwersyteckiego szpitala klinicznego. Chora w 1. dobie po zabiegu leczenia nietrzymania moczu z zastosowaniem taśm podcewkowych TVT, uskarżająca się na ból brzucha oraz wzdęcia. 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,
- przylepiec,
- nożyczki,
- miska nerkowata,
- taca,
- pojemnik/kaczka z płynem neutralizującym zapach pochodzący z jelit (roztwór nadmanganianu potasu, 1 tab. na 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 chorej***	1	0
	5.	**Zapewnienie intymności przez 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 przygotowaną kanką doodbytniczą/ cewnikiem rektalnym	1	0
	11.	Odsłonięcie 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 pośladkowej 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 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, 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

37. Technika zgłębnikowania żołądka

Katarzyna Olczak, Małgorzata Lewandowska, Renata Miller

Pacjentka, Z.S., hospitalizowana, po zabiegu operacyjnym w obrębie jamy brzusznej. W celu karmienia pisemnie zlecono założenie sondy.

Polecenie: załóż pacjentce sondę.
Niezbędny sprzęt:

- jednorazowe zgłębniki żołądkowe (8–20 Fr/Ch),
- stetoskop,
- środek poślizgowy o działaniu znieczulającym, np. Lignocaina w żelu,
- 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 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 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 pacjentki w pozycji półwysokiej/wysokiej	1	0
	10.	Zabezpieczenie pacjentki podkładem	1	0
	11.	Oczyszczenie jamy nosowej	1	0
	12.	Przygotowanie drogi wprowadzenia zgłębnika	1	0
	13.	Podanie pacjentce 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 pacjentce, aby oddychała ustami	1	0
	18.	Po przejściu zgłębnika przez gardło na odległość ok 7,5 cm polecenie pacjentce 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, odciągniecie wprowadzonego powietrza***	1	0
	21.	Umocowanie zgłębnika	1	0

Technika zgłębnikowania żołądka (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	22.	Odebranie od pacjentki miski nerkowatej i ligniny/ręczników papierowych jednorazowych	1	0
	23.	Zdjęcie podkładu zabezpieczającego pacjentkę	1	0
	24.	Uporządkowanie tacy / wózka zabiegowego, parawanu. Wykonanie 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, 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

Czynności w zakresie wykonywania badań i pobierania materiału do badań laboratoryjnych

38. Technika pobrania moczu do badania ogólnego

Agata Ulenberg

Pacjentka, B.A., lat 66, przebywająca na oddziale ginekologii z powodu planowanego zabiegu operacyjnego, ma zlecone badanie ogólne moczu. Chora samodzielna, nie wymaga pomocy przy czynnościach dnia codziennego.

Polecenie: poucz pacjentkę o sposobie samodzielnego pobrania 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, sprzęt do pobrania, transportowania pobranego materiału do badań, dokumentacja opisująca pobrany materiał, dokumentacja potwierdzająca wykonanie zabiegu	1	0
	5.	Opisanie/oznaczenie pojemnika 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

Technika pobrania moczu do badania ogólnego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	10.	**Przeprowadzenie edukacji pacjentki, by mogła samodzielnie pobrać mocz do badania ogólnego poprzez dokładne objaśnienie zasad:** **• 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,** **• dokładnie zamknięcie 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 pacjentce czystego pojemnika z zakrętką na mocz	1	0
	12.	Przekazanie pacjentce informacji o dalszym postępowaniu po zabiegu, o niezwłocznym przekazaniu personelowi pielęgniarskiemu pobranej próbki moczu	1	0
	13.	Zapewnienie pacjentce warunków do wykonania czynności higienicznych oraz do pobrania moczu	1	0
Etap porządkowania	14.	Sprawdzenie wygody i samopoczucia pacjentki po zabiegu	1	0
	15.	Porządkowanie sprzętu, materiału i otoczenia pacjentki, wykonanie 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 1 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 Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = **12**			**Max. 18 pkt.** **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

39. Technika pobrania moczu na posiew

Marzena Humańska

Pacjentka, M.A., lat 41, przebywa na oddziale ginekologicznym z powodu nawracających zakażeń dróg moczowo-płciowych. Ma zlecone pobrania moczu na posiew. Pani M.A. jest chodząca, nie wymaga pomocy przy czynnościach dnia codziennego.

Polecenie: poucz pacjentkę o sposobie 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
	7.	**Wyjaśnienie celu i przebiegu działania, przygotowanie pacjentki do badania:** **• technika podmywania się, osuszania krocza oraz oddawania moczu ze środkowego strumienia do pojemnika,** **• 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

Technika pobrania moczu na posiew (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
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 Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = **9**			**Max. 13 pkt.**	
			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

40. Technika pobrania moczu na posiew przez cewnik

Marzena Humańska

Pacjentka, D.A., lat 81, przebywająca na oddziale ginekologii, ma zlecone pobranie moczu na posiew. Chora leżąca, wymaga pomocy przy czynnościach dnia codziennego, nie zgłasza potrzeb fizjologicznych, ma założone pieluchomajtki. Zlecono założenie cewnika jednorazowego oraz pobranie moczu na posiew.

Polecenie: wykonaj pobranie moczu na posiew przez cewnik.
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,
- dokumentacja opisująca pobrany materiał,
- 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

Technika pobrania moczu na posiew przez cewnik (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	4.	**Przygotowanie sprzętu: jednorazowy zestaw do założenia cewnika, sprzęt do pobrania i transportowania pobranego materiału do badań, dokumentacja opisująca pobrany materiał, wykonanie zabiegu; opisanie/oznaczenie pojemnika do pobrania materiału***	1	0
	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 ganików 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 niedominująca ręką warg sromowych, pociągnięcie lekko ku górze tkanek, uchwycenie dominującą ręką pęsety, a nią jałowych ganików 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 dominująca ręką i wprowadzenie go ruchem półobrotowym przez ujście zewnętrzne cewki moczowej do pęcherza	1	0

Technika pobrania moczu na posiew przez cewnik (czas wykonania: 20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	16.	**Pobranie materiału do badania do właściwego naczynia laboratoryjnego zgodnie z jego przeznaczeniem (po wprowadzeniu cewnika pierwszych kilka mililitrów moczu wylewa do miski nerkowatej,** w pierwszej porcji mogą znajdować się bakterie kolonizujące cewkę moczową – zmniejsza to ryzyko kontaminacji próbki i uzyskania wyniku fałszywie dodatniego)*	1	0
	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 wygodnej 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, 7, 19, 21, 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

41. Technika przeprowadzenia dobowej zbiórki moczu

Agata Kosobucka

Pacjentka, F.K., lat 62, hospitalizowana na oddziale ginekologii z powodu utrzymującego się bólu podbrzusza. Samodzielna w zakresie czynności dnia codziennego. Obecnie w trakcie badań diagnostycznych. Pacjentce zlecono dobową zbiórkę moczu.

Polecenie: poucz pacjentkę o sposobie samodzielnego wykonania dobowej zbiórki moczu.
Niezbędny sprzęt:

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

Technika przeprowadzenia dobowej zbiórki moczu (czas wykonania: przygotowanie – 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 pacjentki. Poinformowanie pacjentki o celu, istocie i przebiegu badania***	1	0
	7.	**Poinformowanie pacjentki 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
	8.	Uzyskanie zgody na wykonanie badania	1	0
	9.	Ustalenie zakresu współpracy z pacjentką podczas przygotowania do badania i w trakcie jego trwania	1	0

Technika przeprowadzenia dobowej zbiórki moczu (czas wykonania: przygotowanie – 10 min, cała procedura – 24 godz.)			**Ocena punktowa**	
Etap wykonania	10.	**Poinformowanie, że każdorazową kolejną porcję moczu oddanego w ciągu 24 godz. (od rozpoczęcia badania) należy oddać do oznakowanego słoja zbiorczego***	1	0
	11.	Odnotowanie czasu rozpoczęcia dobowej zbiórki moczu	1	0
	12.	Przechowywanie słoja w chłodnym i ciemnym pomieszczeniu	1	0
	13.	**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
Etap porządkowania	14.	Uporządkowanie sprzętu po zabiegu	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, 4, 6, 7, 10, 13, 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

42. Technika przeprowadzenia bilansu płynów

Danuta Ponczek

Pacjentka, A.K., lat 45, hospitalizowana na oddziale ginekologii operacyjnej z powodu mięśniaków macicy. W wywiadzie niewydolność nerek III stopnia. Chora w 2. dobie po operacji, przytomna, ale osłabiona, mało samodzielna. Temperatura ciała oraz pozostałe parametry w normie. Obecnie w trakcie płynoterapii parenteralnej. Przyjmuje w małych ilościach obojętne płyny doustne, dieta ścisła. Mocz oddaje samodzielnie, nie oddała stolca, 4 razy w ciągu doby wymiotowała (150/50/130/100 ml). Pacjentka z rany pooperacynej ma wyprowadzone 2 dreny (treść surowiczo-krwista w ilości 200 ml). Bilans płynów doby poprzedniej – dodatni. Zlecono kontynuowanie bilansu płynów.

Polecenie: wykonaj bilans wodny.
Niezbędny sprzęt:

- miareczkowany słój z pokrywą z miejscem na wpisanie imienia i nazwiska pacjentki,
- 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 pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się***	1	0
	3.	**Wyjaśnienie celu i przebiegu działania, określenie zakresu współdziałania chorej, uzyskanie zgody na przeprowadzenie czynności***	1	0
	4.	Podpisanie słoja miareczkowanego imieniem i nazwiskiem pacjentki	1	0
	5.	Założenie karty bilansu płynów: imię i nazwisko, wiek pacjentki	1	0
Etap wykonania	6.	**Zapisywanie każdej porcji wypitych przez pacjentkę płynów***	1	0
	7.	**Zapisywanie każdej ilości przetoczonych dożylnie (doszpikowo) lub podanych w formie rozpuszczalników do leków płynów infuzyjnych***	1	0
	8.	**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	9.	**Zapisywanie każdej objętości wydalonego moczu w ciągu 24 godz. objętych badaniem z wyłączeniem pierwszej, porannej ilości moczu należącej do doby poprzedniej***	1	0
	10.	**Ujęcie w części karty: płyny wydalone, 500 ml wody utraconej przez skórę (w zależności od pory roku i intensywności pocenia się)***	1	0
	11.	**Ujęcie w części karty: płyny wydalone, 400–500 ml wody utraconej wraz z wydychanym powietrzem***	1	0
	12.	**Ujęcie w części karty: płyny wydalone, 200 ml treści utraconej przez dreny wyprowadzone z rany***	1	0
	13.	**Ujęcie w części karty: płyny wydalone, 430 ml wody utraconej z powodu wymiotów***	1	0
Etap porządkowania	14.	Podsumowanie objętości płynów przyjętych do organizmu	1	0
	15.	Podsumowanie objętości płynów wydalonych z organizmu	1	0
	16.	**Prawidłowe określenie bilansu: dodatni, ujemny, zerowy***	1	0
	17.	**Udokumentowanie procedury w karcie opieki pielęgniarskiej***	1	0
	18.	Omówienie wyniku pomiaru z lekarzem	1	0
	19.	Uporządkowanie zestawu	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, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 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. 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

43. Technika pobrania wymazu z ucha

Małgorzata Gierszewska

Pacjentka, lat 16, przyszła do izby przyjęć na konsultację z powodu bólu w dole brzucha i niewielkiego plamienia z dróg rodnych. Badanie lekarskie wykazało, że jest w 14. tygodniu ciąży. Po zebraniu dokładnego wywiadu okazało się, że 3 miesiące temu opuściła ośrodek MONAR, w którym przeszła kurację odwykową. Dodatkowo pacjentka skarży się na silny ból prawego ucha, upośledzenie słuchu w tym uchu oraz wysięk wydzieliny. Ciężarną natychmiast poddano dokładnym badaniom diagnostycznym.

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 pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu pobrania wymazu z ucha, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu	1	0
	4.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	5.	Ułożenie pacjentki 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 solą fizjologiczną (użycie jałowego gazika nasączonego solą fizjologiczną)	1	0
	10.	**Jałową wymazówką należy w sposób delikatny pobrać wydzielinę lub treść ropną 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 probówki	1	0
Etap porządkowania	12.	Opisanie probówki (imię i nazwisko pacjentki, rodzaj pobranego materiału, data i godz. pobrania, oddział lub przyklejenie kodu kreskowego pacjentki)	1	0
	13.	Umieszczenie probówki 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 Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = **11**			**Max. 16 pkt.** **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

44. Technika pobrania wymazu z worka spojówkowego

Małgorzata Gierszewska

Pacjentka, lat 34, 1. ciąża, przyjęta na oddział patologii ciąży w 30. tygodniu z powodu nieprawidłowych wyników poziomu cukru we krwi, ogólnego osłabienia i niewielkiego świądu skóry. Dodatkowo u pacjentki stwierdzono infekcję górnych dróg oddechowych, a w lewym oku ropną wydzielinę, która powoduje sklejanie brzegów powiek i przekrwienie spojówek. Ciężarna jest negatywnie nastawiona do opieki położniczej i proponowanych badań diagnostycznych. Zlecono wykonanie wymazu z worka spojówkowego oka lewego.

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.	**Jałową wymazówką należy w sposób delikatny pobrać wydzielinę lub treść ropną. Materiał należy pobierać, przeciągając wymazówką od zewnętrznej do wewnętrznej strony oka. Materiału z oka i worka spojówkowego nie należy pobierać w ciągu 4 godz. po wprowadzeniu do niego środków o działaniu przeciwbakteryjnym***	1	0
	10.	Umieszczenie wymazówki w probówce transportowej przy zachowaniu zasad aseptyki, szczelne zamknięcie probówki	1	0
Etap porządkowania	11.	Opisanie probówki (imię i nazwisko pacjentki, rodzaj pobranego materiału, data i godz. pobrania, oddział lub przyklejenie kodu kreskowego pacjentki)	1	0
	12.	**Umieszczenie probówki 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 Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = **11**			**Max. 15 pkt.** **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

45. Technika pobrania wymazu z gardła

Estera Mieczkowska

Ciężarna, A.W., w 25. tygodniu ciąży, hospitalizowana z powodu infekcji o nieznanej etiologii. Od 2 dni pacjentka gorączkuje do 39°C. Zgłasza ból gardła. W obrazie klinicznym gardło zaczerwienione, obrzęknięte, powiększenie migdałków podniebiennych. Zlecono wykonanie badań laboratoryjnych, w tym także pobranie wymazu z gardła w celu oceny mikrobilogicznej.

Polecenie: pobierz materiał biologiczny z gardła.
Niezbędny sprzęt:

- zestaw do pobierania wymazu z gardła (wymazówka lub 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 wymazu 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
	3.	**Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu pobrania materiału biologicznego, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu***	1	0

Technika pobrania wymazu z gardła (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	4.	Przygotowanie sprzętu	1	0
	5.	**Upewnienie się, że pacjentka została odpowiednio przygotowana do badania (badanie wykonywane na czczo, pacjentka 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 pacjentki 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 pacjentce przechylenia głowy do tyłu i szerokiego otwarcia jamy ustnej, unieruchomienie szpatułką języka pacjentki. 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 pacjentki i umieszczenie go w probówce***	1	0
	12.	Zdjęcie rękawic i maseczki	1	0
Etap porządkowania	13.	Opisanie probówki wymazówki (imię i nazwisko pacjentki, rodzaj pobranego materiału, data i godz. pobrania, oddział lub przyklejenie kodu kreskowego pacjentki) 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
	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

46. Technika pobrania wymazu z nosa

Estera Mieczkowska

Pacjentka, M.M., lat 75, po zabiegu radykalnej histerektomii z przydatkami oraz częściowego usunięcia esicy z wyłonioną stomią. Pacjentka poddawana chemio- i radioterapii. Obecnie w 12. dobie po zabiegu operacyjnym, gorączkująca (38–39°C), podwyższone wykładniki stanu zapalnego (leukocytoza, CRP 260 mg/l). Podejrzenie nosicielstwa *methicyllin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA). Zlecono wykonanie badań laboratoryjnych, w tym pobranie wymazu z nosa.

Polecenie: pobierz materiał biologiczny z nosa.
Niezbędny sprzęt:

- zestaw do pobierania wymazu z nosa (wymazówka lub 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 wymazu 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 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.	**Upewnienie się, że pacjentka została odpowiednio przygotowana do badania (przez 12 godz. przed badaniem nie można stosować u pacjentki kropli ani aerozoli do nosa)***	1	0

		Technika pobrania wymazu z nosa (czas wykonania: 5 min)	**Ocena punktowa**	
Etap przygotowawczy	6.	Odpowiednie ułożenie pacjentki (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 probówce zestawu transportowego oraz szczelne zamknięcie***	1	0
	11.	Zdjęcie rękawic	1	0
Etap porządkowania	12.	Opisanie probówki – wymazówki (imię i nazwisko pacjentki, rodzaj pobranego materiału, data i godz. pobrania, oddział lub przyklejenie kodu kreskowego pacjentki) 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

47. Technika pobrania wymazu z odbytu

Grażyna Gebuza

Pacjentka, A.J., w 3. ciąży, 35. tydzień, hospitalizowana z powodu zagrażającego porodu przedwczesnego. W 24. tygodniu założono szew szyjkowy z powodu skrócenia kanału szyjki macicy poniżej 25 mm. Aktualnie w trakcie terapii tokolitycznej. Zgłosiła częste oddawanie stolca w ostatniej dobie. Samodzielna w zakresie czynności higienicznych. Pacjentce zlecono pobranie wymazu z odbytu.

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 wymazu 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
	6.	Ułożenie pacjentki w wygodnej pozycji 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

		Technika pobrania wymazu z odbytu (czas wykonania: 10 min)	Ocena punktowa	
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 rozluźnienie mięśni zwieracza odbytu z lekkim parciem na stolec. Podczas wprowadzania kwacza wymazówki do odbytnicy lekkie rozchylenie fałdów pośladkowych pacjentce. Wprowadzenie kwacza na głębokość 4–5 cm z jednoczesnym pokonaniem oporu zwieracza odbytu. Pobranie materiału biologicznego przez wykonanie ruchów obrotowych lub zbierających. Pobranie materiału przez kilkukrotne obrócenie 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 probówki***	1	0
Etap porządkowania	11.	Opisanie probówki (imię i nazwisko pacjentki, rodzaj pobranego materiału, data i godz. pobrania, oddział lub przyklejenie kodu kreskowego pacjentki)	1	0
	12.	**Umieszczenie probówki 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, 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

48. Technika pobrania wymazu z rany

Grażyna Gebuza

Położnica, A.W., w 5. dobie po porodzie przez cięcie cesarskie, hospitalizowana w związku z zakażeniem rany pooperacyjnej. Cięcie cesarskie wykonano w trybie pilnym z powodu zagrożenia stanu zdrowia dziecka. 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. Stan położniczy: macica obkurczona P/2, tkliwa, odchody połogowe skąpe, krwiste. Rana pooperacyjna zaczerwieniona z obrzękiem, bolesna podczas uciskania. Brzegi rany pooperacyjnej rozchodzące się, zaobserwowano wysięk treści ropnej (substancja koloru biało-żółtego, podbarwiona krwią). Pobrano materiał na badania laboratoryjne: CRP, prokalcytoninę (PCT), morfologię, D-Dimery, mocz na badania ogólne i mikrobiologiczne, krew – badanie mikrobiologiczne. Pacjentka jest samodzielna w zakresie czynności higienicznych. Zlecono pobranie wymazu z rany pooperacyjnej.

Polecenie: pobierz materiał biologiczny z rany po zabiegu operacyjnym.
Niezbędny sprzęt:

- jałowy zestaw testów do badania mikrobiologicznego,
- rękawice jednorazowego użytku,
- rękawice jałowe,
- 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 wymazu 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 wymazu z rany (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	13.	**1. Materiał biologiczny z ran powierzchniowych, owrzodzeń, odleżyn:** **• włożenie jałowego kwacza wymazówki głęboko w kierunku dna rany, przytrzymanie go w miejscu przez 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 dwóch wymazówek, w tym jednej bez podłoża transportowego w celu wykonania preparatu bezpośredniego.** **2. Materiał biologiczny z otwartych ognisk – ropień otwarty, przetoka, drenująca rana:** **• 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).** **3. Ropień zamknięty, głębokie owrzodzenie:** **• 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

		Technika pobrania wymazu z rany (czas wykonania: 5 min)	Ocena punktowa	
Etap porządkowania	21.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0
	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

49. Technika pobrania materiału biologicznego z pochwy

Marzena Kaźmierczak, Katarzyna Szymoniak

Pacjentka, A.B., w 34. tygodniu 1. ciąży, hospitalizowana z powodu cukrzycy ciążowej leczonej insuliną. Na wizycie lekarskiej zgłasza świąd i pieczenie pochwy oraz upławy o treści białej, grudkowej. Samodzielna w zakresie czynności higienicznych. Zlecono pobranie wymazu z pochwy.

Polecenie: pobierz materiał biologiczny z pochwy.
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 rozchylenia zgiętych we wszystkich stawach 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.	**Wydzielinę zaabsorbowaną na wymazówce umieścić 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 fotela	1	0

Technika pobrania materiału biologicznego z pochwy (czas wykonania: 5 min)			Ocena punktowa	
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 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, 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

50. Technika pobrania materiału biologicznego z szyjki macicy – badanie cytologiczne

Katarzyna Szymoniak

Pacjentka, S.B., lat 30, zgłosiła się do poradni ginekologicznej na kontrolne badanie cytologiczne. Od ostatniego badania minęły 3 lata. Kobieta nie zgłasza dolegliwość ze strony narządu rodnego. Ostatnia miesiączka skończyła się 8 dni temu. Pacjentka zachowała wstrzemięźliwość płciową przez 48 godz.

Polecenie: pobierz materiał biologiczny z szyjki macicy.
Niezbędny sprzęt:

- szczoteczka Cervex-Brush,
- szkiełko mikroskopowe zawierające pole matowe (opis szkiełka),
- pojemnik transportowy do materiału biologicznego,
- rękawice jednorazowego użytku,
- jednorazowy wziernik ginekologiczny typu Cusco (rozmiar S, M, L, XL),
- utrwalacz cytologiczny, np. Cytofix,
- pojemnik na brudne narzędzia,
- pojemnik na odpady medyczne – miska nerkowata,
- skierowanie na wykonanie badania,
- ołówek.

Technika pobrania materiału biologicznego z szyjki macicy – badanie cytologiczne (czas wykonania: 10 min)			**Ocena punktowa**	
Etap przygotowawczy	1.	Przygotowanie się do pracy w warunkach poradni (spięte włosy, umundurowanie wg wzoru, brak ozdób na nadgarstkach i dłoniach, paznokcie krótkie, bez lakieru)	1	0
	2.	**Sprawdzenie zlecenia pobrania materiału biologicznego (skierowanie na badanie)***	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 szyjki macicy – badanie cytologiczne (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	6.	Ułożenie pacjentki na plecach na fotelu ginekologicznym oraz polecenie rozchylenia zgiętych we wszystkich stawach 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 jałową szczoteczką materiału z szyjki macicy poprzez wykonanie szczoteczką 5 obrotów o 360° wokół długiej osi szyjki macicy**	1	0
	12.	**Umieszczenie wydzieliny zaabsorbowanej na szczoteczce na odtłuszczonym szkiełku podstawowym poprzez naniesienie wydzieliny 2-krotnie zarówno z jednej, jak i z drugiej strony szczoteczki (ruch pędzla) prostopadle na szkiełku (zachowanie zasad aseptyki). Następnie z odległości 20 cm pod kątem prostym do szkiełka naniesienie utrwalacza cytologicznego w aerozolu. Pozostawienie do wyschnięcia w temperaturze pokojowej. Zabezpieczenie w pojemniku transportowym***	1	0
	13.	Wycofanie wziernika ginekologicznego z pochwy z jednoczesnym obróceniem go o 90°	1	0
	14.	Zdjęcie rękawic, przeprowadzenie higieny rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
Etap porządkowania	15.	Opisanie szkiełka ołówkiem (imię i nazwisko pacjentki lub numer preparatu)	1	0
	16.	Umieszczenie szkiełka w pojemniku do transportu materiału biologicznego i szczelne zamknięcie	1	0
	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, 10, 11, 12, 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

51. Technika pobrania kału do badania na obecność pasożytów i/lub ich jaj

Estera Mieczkowska

Ciężarna, lat 23, 1. ciąża, 16. tydzień, hospitalizowana z powodu silnego bólu jamy brzusznej i biegunki. Od kilku dni utrzymują się u niej objawy grypopodobne i wysoka gorączka. Pacjentka zgłasza zaburzenia żołądkowo-jelitowe, takie jak nudności, wymioty i biegunkę. W wywiadzie podaje, że niedawno wróciła z Grecji, gdzie spożywała sery typu feta.

U pacjentki podejrzewa się chorobę pasożytniczą przewodu pokarmowego (prawdopodobnie listeriozę). Zlecono pobranie materiału do badań laboratoryjnych, w tym kału, w celu badania na obecność pasożytów i/lub ich jaj.

Polecenie: pobierz kał na obecność pasożytów 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,
- ewentualnie maseczka jednorazowego użytku,
- ewentualnie skierowanie na wykonanie badania (jeżeli nie występuje w wersji elektronicznej).

Technika pobrania kału do badania 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 pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu pobrania materiału biologicznego, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu***	1	0
	4.	**Poinformowanie pacjentki o przebiegu badania (pobieranie próbek powtarzane po 2–3 dniach, specjalna dieta, np. unikanie niektórych produktów itp.)***	1	0

Technika pobrania kału do badania 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 pacjentki na pojemniku na kał	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych, ewentualnie maseczki na twarz	1	0
Etap wykonania	9.	**Jeżeli pacjentka będzie oddawała stolec na sali: zapewnienie intymności (zamknięcie drzwi, parawan), dobrego oświetlenia, basenu, ligniny; podłożenie pacjentce pod pośladki basenu wyłożonego ligniną. Jeżeli pacjentka odda stolec w toalecie: dostarczenie pacjentce nakładki na sedes lub czystego basenu, miski nerkowatej, nocnika, ligniny***	1	0
	10.	**Po oddaniu stolca przez pacjentkę do przygotowanego pojemnika (basenu, nocnika) pobranie dwóch próbek kału do dwóch 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 wykonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	14.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0
	15.	**Udokumentowanie wykonania zabiegu***	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = **10**			**Max. 15 pkt.**	**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

52. Technika pobierania kału do badania na krew utajoną

Estera Mieczkowska

Pacjentka, S.M., lat 55, hospitalizowana z powodu silnego bólu jamy brzusznej oraz częstych biegunek. W wywiadzie anemia z niedoboru żelaza, mięśniaki. Samodzielna w zakresie czynności higienicznych. Obecnie w trakcie badań diagnostycznych na oddziale ginekologii operacyjnej. Zlecono pobranie kału do badania na krew utajoną.

Polecenie: pobierz kał do badania 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 do badania 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 pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu. Ocena zdolności pacjentki do współpracy***	1	0
	4.	**Upewnienie się, że pacjentka została poinformowana o przygotowaniu się do badania 3 dni przed pobraniem próbki: pacjentka powinna 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, suplementów diety zawierających wit. C, środków przeczyszczających, a także powinna unikać 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 do badania na krew utajoną (czas wykonania: 1. etap – 10 min, 2. etap – 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	**W dniu pobrania próbek**			
	5.	Ponowne poinformowanie pacjentki 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 pacjentki na pojemniku na kał***	1	0
	8.	Założenie rękawic jednorazowych niejałowych, ewentualnie maseczki na twarz	1	0
Etap wykonania	9.	**Jeżeli pacjentka będzie oddawała stolec na sali: zapewnienie intymności (zamknięcie drzwi, parawan), dobrego oświetlenia, basenu, ligniny; podłożenie pacjentce pod pośladki basenu wyłożonego ligniną. Jeżeli pacjentka będzie oddawała stolec w toalecie: dostarczenie pacjentce nakładki na sedes lub czystego basenu, nerki, nocnika, ligniny***	1	0
	10.	**Po oddaniu stolca przez pacjentkę do przygotowanego pojemnika (basenu, nocnika) pobranie dwóch próbek kału do dwóch 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 wykonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	14.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0
	15.	**Udokumentowanie wykonania zabiegu***	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = **10**			**Max. 15 pkt.**	**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

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

Elżbieta Sibiga, Joanna Łatka

Ciężarna, A.Z., lat 29, 1. ciąża, 24. tydzień, przebywa na oddziale patologii ciąży. Miała wykonany test obciążenia glukozą 75 g. Wynik na czczo i po 2 godz. wyniósł odpowiednio: 129 mg/dl i 226 mg/dl. Ze względu na nieprawidłowe wyniki poziomu glukozy, po konsultacji diabetologicznej zlecono wykonanie u pacjentki profilu glikemii w celu doboru dawek insuliny.

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

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 włośniczkowej 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 1	0 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 włośniczkowej 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 bliższego otoczenia, zapewnienie 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 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, 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

54. Technika pobrania krwi żylnej metodą próżniową

Elżbieta Sibiga, Alicja Kamińska

Ciężarna, A.Z., lat 29, 2. ciąża i poród, 29. tydzień, przyjęta na oddział patologii ciąży z powodu plamienia z dróg rodnych. Wykonane badania diagnostyczne wykazały łożysko brzeżnie przodujące, obecność akcji serca płodu, brak czynności skurczowej, ujście szyjki macicy rozwarte na 1 cm. Pacjentce zlecono reżim łóżkowy, podłączenie zapisu kardiotokograficznego, wnikliwą obserwacje plamienia (częstotliwość, ilość) oraz pobranie krwi żylnej do diagnostyki laboratoryjnej. Panel diagnostyczny obejmuje badania: morfologiczne, biochemiczne, układ krzepnięcia.

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

- Indywidualna karta zleceń lekarskich i skierowania na badania laboratoryjne,
- jałowe probówki próżniowe,
- zestaw do próżniowego pobrania krwi: jałowa igła 21Gx1,5”(0,8 x 38 mm) / 20Gx1,5”(0,9 x 38 mm), 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 probówki,
- pojemniki segregacji odpadów medycznych.

Technika pobrania krwi żylnej 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 żylnej 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 probówek 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 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 żylnej*:** • **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 probówki i wypełnienie jej krwią, odłączenie probówki i umieszczenie jej w stojaku na probówki,** • **pobranie krwi do kolejnych probówek z zachowaniem właściwej kolejności pobierania i zaleceń co do mieszania krwi z odczynnikiem w probówce (umieszczanie ich w stojaku),** • **zwolnienie ucisku stazy nie później niż 60 sek. od jej zaciśnięcia, ale przed odłączeniem ostatniej wypełnionej probówki,** • **wykłucie igły wraz z holderem i uciśnięcie miejsca wkłucia jałowym gazikiem**	1 1 1 1 1 1	0 0 0 0 0 0
	15.	Poinformowanie pacjentki o konieczności uciskania miejsca wstrzyknięcia przez 3–5 min	1	0

Technika pobrania krwi żylnej 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.	Osłonięcie 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 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, 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

55. Technika pobrania krwi żylnej metodą próżniowo-strzykawkową

Elżbieta Sibiga, Alicja Kamińska, Joanna Łatka

Ciężarna, A.Z., lat 29, 2. ciąża i poród, 29. tydzień, przyjęta na oddział patologii ciąży z powodu plamienia z dróg rodnych. Wykonane badania diagnostyczne wykazały łożysko brzeżnie przodujące, obecność akcji serca płodu, brak czynności skurczowej, ujście szyjki macicy rozwarte na 1 cm. Pacjentce zlecono reżim łóżkowy, podłączenie zapisu kardiotokograficznego, wnikliwą obserwacje plamienia (częstotliwość, ilość) oraz pobranie krwi żylnej do diagnostyki laboratoryjnej. Panel diagnostyczny obejmuje badania: morfologiczne, biochemiczne, układ krzepnięcia.

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

- Indywidualna karta zleceń lekarskich i skierowania na badania laboratoryjne,
- jałowe probówko-strzykawki,
- 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 żylnej 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 żylnej 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 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-strzykawki	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 żylnej*:** • **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-strzykawki, 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, co do 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 • **wykłucie 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 żylnej 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.	Osłonięcie 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

56. Technika oklepywania klatki piersiowej

Halina Kulik, Mariola Czajkowska

Pacjentka, lat 72, przebywa na oddziale ginekologii operacyjnej z powodu choroby nowotworowej. W 3. dobie po zabiegu operacyjnym zgłosiła problemy z odksztuszaniem wydzieliny zalegającej w drogach oskrzelowych. U pacjentki podjęto działania usprawniające układ oddechowy.

Polecenie: przygotuj zestaw i wykonaj oklepywanie klatki piersiowej.
Niezbędny sprzęt:

- taca / wózek mobilny zabiegowy,
- niejałowe rękawiczki jednorazowego użytku,
- 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 pacjentki.

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 pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji pacjentki, 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 pacjentce***	1	0
	5.	Udzielenie informacji dotyczących zachowania się podczas zabiegu, ustalenie zakresu współpracy z pacjentką	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 pacjentki we właściwej pozycji (na brzuchu / w pozycji wysokiej / na boku) na łóżku lub krześle – w zależności od stanu pacjentki***	1	0
	9.	Poproszenie o zdjęcie lub pomoc w zdjęciu górnej części piżamy w celu uwidocznienia klatki piersiowej	1	0
	10.	Naniesienie na dłoń płynu/lotionu przygotowanego do nacierania	1	0
	11.	Natarcie pleców pacjentki płynem/lotionem w kierunku od dołu do góry, a następnie ruchem owalnym do dołu, bez odrywania dłoni od ciała pacjentki	1	0
	12.	**Właściwe ułożenie dłoni do wykonania zabiegu – „w łódkę", „budkę" lub „miseczkę"***	1	0
	13.	**Oklepywanie klatki piersiowej – pleców należy przeprowadzić od podstawy do szczytów płuc, po prawej i lewej stronie; oklapywanie naprzemienne po obu stronach kręgosłupa z ominięciem łopatek i kręgosłupa; 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 pacjentki i utrzymywanie podczas wykonywania czynności kontaktu z pacjentką***	1	0
	14.	Mobilizowanie pacjentki do odksztuszania zalegającej wydzieliny, podanie przygotowanej miski nerkowatej i ligniny	1	0
	15.	Ocena ewentualnej ewakuowanej wydzieliny	1	0
	16.	**Położenie pacjentki do łóżka, jeżeli w trakcie zabiegu była poza nim; zapewnienie wysokiej lub półwysokiej pozycji ułożeniowej przez ok. 30 min po oklepywaniu;** **okrycie pacjentki kołdrą/kocem po wykonanym zabiegu; dbałość o komfort i wygodę pacjentki***	1	0
	17.	Podanie pacjentce (zgodnie z potrzebami pacjentki) 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,
- *jeżeli 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

57. Technika masażu skóry

Mariola Czajkowska, Halina Kulik

Pacjentka, lat 27, przebywa na oddziale położniczym w 3. dobie po porodzie bliźniaczym. Zgłasza zmęczenie i ból piersi, które są mocno obrzęknięte. Pacjentka zwróciła uwagę na duży dyskomfort w czasie karmienia dzieci, powodowany przez ból pleców. Pomimo otrzymania leków przeciwbólowych ból nie ustępuje. Pacjentce zaproponowano wykonanie masażu 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 pacjentki.

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 pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji pacjentki, 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 pacjentką	1	0
	6.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO, założenie rękawiczek jednorazowych (opcjonalnie)***	1	0

Technika masażu skóry – plecy (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	7.	**Dbałość 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 piżamy w celu uwidocznienia klatki piersiowej	1	0
	9.	**Ułożenie pacjentki we właściwej pozycji – na brzuchu / w pozycji wysokiej / na boku – w zależności od stanu pacjentki***	1	0
	10.	**Ocena stanu skóry pleców pacjentki***	1	0
	11.	Naniesienie na dłoń płynu/lotionu/oliwki	1	0
	12.	**Rozprowadzenie płynu/lotionu/oliwki na skórze pleców pacjentki; natarcie pleców pacjentki płynem/lotionem/oliwką w kierunku od dołu do góry, a następnie ruchem owalnym do dołu, bez odrywania dłoni od ciała pacjentki***	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 żylnej	1	0
	14.	**Obserwacja pacjentki i utrzymywanie podczas wykonywania czynności kontaktu z pacjentką***	1	0
	15.	Ułożenie pacjentki w dowolnej, wygodnej pozycji	1	0
	16.	Okrycie pacjentki kołdrą/kocem po wykonanym zabiegu. Zapewnienie odpowiednich warunków środowiskowych po jego wykonaniu, dbałość o komfort i wygodę pacjentki	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 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, 9, 12, 14, 20, 21,
- *jeżeli 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

Czynności w zakresie usprawniania układu oddechowego

58. Technika wykonywania ćwiczeń oddechowych

Aleksandra Kołtuniuk

Pacjentka, P.K., lat 55, w 3. dobie po zabiegu operacyjnym narządów rodnych, w wywiadzie przewlekła obturacyjna choroba płuc przebiegająca z okresowymi napadami duszności. Podjęto działania usprawniające układ oddechowy.

Polecenie: wykonaj gimnastykę oddechową.
Niezbędny sprzęt:

- łóżko,
- miejsce do mycia i dezynfekcji rąk,
- woreczek z piaskiem (3–4 kg),
- opaska elastyczna.

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.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO**	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.	Przygotowanie sali (zapewnienie warunków intymności, wywietrzenie sali, zapewnienie optymalnej temperatury: 18–22°C i wilgotności: 50–70%) oraz sprzętu	1	0
	5.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0
	6.	Ocena stanu zdrowia pacjentki oraz wydolności jej układu oddechowego	1	0
Etap wykonania	7.	Zaproponowanie przyjęcia wygodnej pozycji na wznak	1	0
	8.	Zgięcie kończyn dolnych pacjentki w stawach kolanowych i biodrowych*	1	0
	9.	Splecenie kończyn górnych pacjentki na karku lub nad głową*	1	0

Technika wykonywania ćwiczeń oddechowych (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	10.	Poproszenie pacjentki o wykonywanie ćwiczeń w następującej kolejności*: • głęboki, powolny wydech ustami z wciągnięciem brzucha, • przedłużenie wydechu w świst, • głęboki wdech nosem (z udziałem głównych mięśni oddechowych: przepony i mięśni międzyżebrowych)	1	0
	11.	Ocena udziału przepony*: • położenie jednej ręki w okolicy przepony, a drugiej na mostku, • położenie woreczka z piaskiem na brzuchu pacjentki – podczas wdechu napięte mięśnie brzucha unoszą woreczek	1	0
Etap porządkowania	12.	Uporządkowanie sprzętu	1	0
	13.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	14.	Ocena postępów pacjentki w oddychaniu	1	0
	15.	**Udokumentowanie wykonania zabiegu***	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = **10**			**Max. 15 pkt.** **Liczba uzyskanych pkt. .....**	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 5, 15,
- *jeżeli 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
- 11–10 pkt. – dostateczny
- poniżej 10 pkt. – niedostateczny

59. Technika wykonywania 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 u pacjentki 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 niejałowe jednorazowego użytku,
- łóżko,
- krzesło,
- zlecone leki,
- sterylny inhalator (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 wykonywania 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
	5.	Przygotowanie otoczenia (zamknięcie drzwi, okien) oraz sprzętu	1	0

Technika wykonywania inhalacji (czas wykonania: 10–15 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	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 leku, 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
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 wykonanie segregacji odpadów medycznych	1	0
	21.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	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 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

60. Technika podawania tlenu

Anna Rozensztrauch

Pacjentka, A.K., lat 51, z rozpoznanym nowotworem szyjki macicy, w trakcie chemioterapii. Była hospitalizowana na oddziale ginekologii i 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 jednorazowego użytku,
- 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 (działanie reduktora, źródło tlenu, 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 położnej 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, zdjęcie pacjentce maseczki lub kaniuli donosowej, poprawienie pozycji ułożeniowej pacjentki	1	0
Etap porządkowania	12.	Uporządkowanie zestawu, otoczenia po zabiegu, wykonanie 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 Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = **10**			**Max. 15 pkt.** **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

61. Technika odsysania dróg oddechowych u noworodka

Monika Przestrzelska

Noworodek płci męskiej, urodzony drogami i siłami natury w 40. tygodniu ciąży. Po 1. min oceniony w skali Apgar na 7 pkt. W 5. min punktacja bez zmian. W jamie ustnej noworodka widoczny śluz i płyn owodniowy. Szacunkowa masa urodzeniowa wynosi ok. 3500 g.

Polecenie: wykonaj odsysanie dróg oddechowych u urodzonego noworodka.
Niezbędny sprzęt:

- miękkie cewniki o średnicy: 6F, 9F,
- łącznik cewnika z drenem,
- dren do ssaka,
- ssak elektryczny z pojemnikiem na wydzielinę,
- rękawiczki jednorazowe jałowe,
- kosz do segregacji odpadów medycznych,
- stanowisko do mycia i dezynfekcji rąk: bieżąca woda, mydło w dozowniku, ręcznik jednorazowego użytku, płyn dezynfekcyjny w dozowniku.

Technika odsysania dróg oddechowych u noworodka (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 oceny pourodzeniowej noworodka, identyfikacja wskazania do odśluzowania***	1	0
	3.	**Przygotowanie sprzętu*:** **• wybór odpowiedniego cewnika, z uwzględnieniem masy ciała noworodka,** **• połączenie cewnika i łącznika drenem do ssaka, z zachowaniem zasad aseptyki,** **• włączenie ssaka,** **• ustawienie siły ssania 80–100 mmHg**	1	0
	4.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0
	5.	Założenie rękawic jednorazowych jałowych	1	0

Technika odsysania dróg oddechowych u noworodka (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	6.	Ułożenie noworodka w pozycji drenażowej Trendelenburga, zapewnienie drenażu ułożeniowego	1	0
	7.	Uchwycenie dystalnej części cewnika z zachowaniem zasad aseptyki, wysunięcie cewnika z opakowania, uchwycenie ok. 10 cm od szczytu	1	0
	8.	Odessanie ust i gardła (jako pierwsze): • wprowadzić cewnik do jamy ustnej i gardła, nie zatykając otworu bocznego łącznika, • odessać wydzielinę, zatykając otwór łącznika i wysuwać jednocześnie jednostajnym ruchem cewnik z jamy nosowo-gardłowej, • cykl jednorazowego odsysania nie powinien przekraczać 5 sek.	1 1 1	0 0 0
	9.	Odessanie przewodów nosowych (jako kolejne): • wprowadzić cewnik do przewodu nosowego prawego/lewego, nie zatykając otworu bocznego łącznika, • odessać wydzielinę, zatykając otwór łącznika, i wysuwać jednocześnie jednostajnym ruchem cewnik z przewodu nosowego prawego/lewego, • cykl jednorazowego odsysania nie powinien przekraczać 5 sek.	1 1 1	0 0 0
	10.	Ocena skuteczności odsysania – brak śluzu i wód płodowych w jamie ustnej (brak zalegania i wypływu)	1	0
	11.	**Ocena noworodka/obserwacja – ryzyko*:** • **bezdechu,** • **bradykardii – stymulacja nerwu błędnego**	1	0
Etap porządkowania	12.	Segregacja zużytego sprzętu	1	0
	13.	Opróżnienie i przygotowanie do dezynfekcji zbiornika na ewakuowaną wydzielinę	1	0
	14.	Zdjęcie rękawiczek jednorazowych	1	0
	15.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	16.	**Udokumentowanie wykonania procedury w dokumentacji noworodka (zgłoszenie neonatologowi wykonania procedury)***	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, 11, 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
- 16–15 pkt. – dość dobry
- 14 pkt. – dostateczny
- poniżej 14 pkt. – niedostateczny

Czynności w zakresie usprawniania wydalania

62. Technika podawania basenu

Mariola Czajkowska, Halina Kulik, Katarzyna Augustyniuk

Pacjentka, Z.N., lat 39, przyjęta na oddział ginekologii z bólem okolicy lewego jajnika. Pacjentka po przebytym udarze pnia mózgu, mało samodzielna, kontakt słowny zaburzony. Wymaga pomocy w zaspokajaniu potrzeb. Sygnalizuje potrzebę oddania stolca.

Polecenie: przygotuj zestaw i podaj pacjentce basen.
Niezbędny sprzęt:

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

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 pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji pacjentki, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu***	1	0
	4.	**Przygotowanie sprzętu i stanowiska***	1	0

		Technika podawania basenu (czas wykonania: 10–20 min)	Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	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 pacjentką	1	0
	7.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0
Etap wykonania	8.	Założenie rękawiczek jednorazowych niejałowych	1	0
	9.	Osłonięcie łóżka parawanem. Przygotowanie łóżka – odkrycie kołdry, podłożenie podkładu jednorazowego chłonnego	1	0
	10.	Pomoc pacjentce w zdjęciu spodni od piżamy lub odsunięciu 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.	**Podłożenie basenu (z uwzględnieniem stanu pacjentki):** **• pacjentka samodzielnie podnosi pośladki – poproszenie pacjentki o zgięcie kończyn dolnych w stawach kolanowych i biodrowych, ułożenie basenu pomiędzy udami chorej, a następnie poproszenie pacjentki o uniesienie pośladków do góry z jednoczesnym mocnym zaparciem się stopami o materac i wsunięcie basenu pod pośladki,** **• pacjentka nie jest w stanie podnieść pośladków samodzielnie – podłożenie pacjentce basenu z wykorzystaniem ułożenia pacjentki w pozycji „na boku" – zgięcie kończyny dolnej dalszej w stawie kolanowym i oparcie stopy na materacu, następnie kończyny dolnej bliższej, położenie na materacu przy biodrze dalszym pacjentki zwiniętego w wałek ręcznika, uchwycenie pacjentki za bark i biodro dalsze, uniesienie boku pacjentki do góry i podłożenie wzdłuż biodra pacjentki zwiniętego ręcznika, ułożenie pacjentki z powrotem na łóżku, uchwycenie pacjentki za bark i biodro bliższe, uniesienie boku pacjentki do góry i podłożenie basenu, ułożenie pacjentki na wznak z podłożonym basenem***	1	0
	13.	**Poinformowanie pacjentki o miejscu pozostawienia papieru toaletowego i/lub dzwonka umożliwiającego przywołanie pielęgniarki, przykrycie pacjentki***	1	0
	14.	Zdjęcie rękawiczek, przeprowadzenie higieny rąk	1	0

Technika podawania basenu (czas wykonania: 10–20 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	15.	**Po zgłoszeniu przez pacjentkę wypróżnienia wykonanie higieny rąk, założenie rękawiczek jednorazowych niejałowych i wyjęcie basenu (z uwzględnieniem stanu pacjentki):** **• pacjentka samodzielnie podnosi pośladki – poproszenie pacjentki o uniesienie bioder do góry, wyjęcie basenu i ułożenie pacjentki na podkładzie, przykrycie basenu pokrywą i odstawienie go, ułożenie pacjentki na boku dalszym,** **• pacjentka nie jest w stanie podnieść pośladków samodzielnie – zgięcie kończyny dolnej dalszej w stawie kolanowym i oparcie stopy na materacu, następnie kończyny dolnej bliższej, uchwycenie pacjentki za bark i biodro dalsze, uniesienie boku pacjentki do góry i wyjęcie ułożonego tam zwiniętego ręcznika, ułożenie pacjentki ponownie na łóżku, uchwycenie pacjentki za bark i biodro bliższe, uniesienie boku pacjentki jedną ręką, a drugą wyjęcie spod pośladków basenu, ułożenie pacjentki na podkładzie, przykrycie basenu pokrywą i odstawienie go, ułożenie pacjentki na boku dalszym***	1	0
	16.	Podmycie pacjentki	1	0
	17.	Usunięcie jednorazowego podkładu chłonnego i umieszczenie go w pojemniku/worku na odpady medyczne	1	0
	18.	**Założenie pacjentce spodni od piżamy / wyrównanie koszuli. Poprawienie pościeli na łóżku pacjentki***	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 Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = **16**			**Max. 23 pkt.** **Liczba uzyskanych pkt. .....**	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 3, 4, 5, 7, 12, 13, 15, 18, 22, 23,
- *jeżeli 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

63. Technika założenia cewnika do pęcherza moczowego u kobiety

Sylwia Wieder-Huszla, Marzanna Stanisławska,
Katarzyna Augustyniuk

Pacjentka, lat 62, została przyjęta na oddział ginekologii z wypadnięciem macicy w celu diagnostyki i leczenia operacyjnego. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu uzyskano informacje o przyczynach wypadnięcia macicy, które utrzymuje się od 2 lat. Chora zgłosiła się do ginekologa z powodu bólu w podbrzuszu i bezwiednego oddawania moczu. Stan ogólny pacjentki jest dobry, parametry życiowe w normie, budowa ciała szczupła, powłoki skórne są blade. Pacjentka skarży się na bóle podbrzusza, z powodu bezwiednego oddawania moczu stosuje pampersy. Po wykonaniu badania ginekologicznego i zapoznaniu się z wynikami badań pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu odprowadzenia macicy w znieczuleniu ogólnym. Po zabiegu operacyjnym zalecono założenie cewnika Foleya do pęcherza moczowego w celu monitorowania diurezy.

Polecenie: załóż pacjentce cewnik na stałe.
Niezbędny sprzęt:

- miejsce do dezynfekcji rąk,
- środek do dezynfekcji rąk,
- taca,
- miska nerkowata,
- 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, np. Instillagel lub Lignokaina do cewnikowania w żelu,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- rękawice jałowe,
- 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: • nabranie do strzykawki jałowej Aqua pro injectione do „uszczelnienia balonu", zabezpieczenie strzykawki jałową igłą zabezpieczoną osłonką, • przygotowanie środka znieczulająco-poślizgowego, np. Lignokainy (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 górnej jego 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 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
	12.	Ułożenie na łóżku obok jałowej serwety / jałowego podkładu tacy z miską nerkowatą, przygotowaną wcześniej strzykawką z Aqua pro injectione oraz pojemnika twardościenego	1	0

Technika założenia cewnika do pęcherza moczowego u kobiety (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap porządkowania	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 chwytamy gaziki, którymi przemywamy okolicę krocza z zachowaniem kierunku od spojenia łonowego do odbytu (od góry do dołu). Przemycie osobnymi gazikami: • gazik 1 – ujście zewnętrzne cewki moczowej, • gaziki 2 i 3 – wargi sromowe mniejsze, • gaziki 4 i 5 – wargi sromowe większe. Każdym gazikiem wykonujemy 1 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 nałożenie jałowego lubrykantu do znieczulenia na cewnik	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 Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = **20**			**Max. 28 pkt.**	
			Liczba uzyskanych pkt.	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 2, 3, 4, 5, 6, 13, 17, 18, 27, 28,
- *jeżeli 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

64. 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: przez założony cewnik wykonaj płukanie pęcherza moczowego.
Niezbędny sprzęt:

- miejsce do dezynfekcji rąk,
- środek do dezynfekcji rąk,
- taca,
- miska nerkowata,
- roztwór NaCl 0,9% w ilości zleconej przez lekarza (temperatura 30°C),
- miska z ciepłą woda do podgrzania roztworu NaCl,
- termometr do pomiaru temperatury roztworu,
- strzykawka typu Janeta,
- nakładka/aplikator do pobierania płynów z butelki, np. Mini-Spike,
- słój na mocz,
- (opcjonalnie) zacisk na cewnik,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- kosz do segregacji odpadów medycznych,
- parawan.

Technika płukania pęcherza moczowego (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, zapewnienie dobrego oświetlenia***	1	0
	3.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0
	4.	**Przygotowanie sprzętu, podgrzanie roztworu NaCl do właściwej temperatury (sprawdzenie termometrem)***	1	0

Technika płukania pęcherza moczowego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	5.	**Zapewnienie intymności pacjentce***	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 kończynami dolnymi zgiętymi w stawach kolanowych i biodrowych, z odwiedzionymi na boki udami i rozstawionymi stopami	1	0
Etap wykonania	8.	Ułożenie podkładu między udami pacjentki; ułożenie na łóżku obok podkładu tacy z: miską nerkowatą, podgrzanym roztworem NaCl 0,9% (butelka nakłuta aplikatorem), strzykawką typu Janeta	1	0
	9.	Położenie na podkładzie miski nerkowatej	1	0
	10.	Uchwycenie cewnika dominującą ręką i odłączenie go od worka na mocz oraz skierowanie do miski nerkowatej	1	0
	11.	**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
	12.	Zaciśnięcie cewnika zaciskiem lub zaciśnięcie cewnika poprzez zagięcie go i odczekanie kilku sek. tak, aby płyn zadziałał w pęcherzu	1	0
	13.	Wypuszczenie wraz z kontrolą do miski nerkowatej wprowadzonego płynu, a następnie przelanie go do słoja na mocz, powtarzanie czynności do momentu podania zleconej ilości przygotowanego roztworu	1	0
	14.	Po podaniu porcji płynu połączenie cewnika z workiem na mocz	1	0
	15.	Wygodne ułożenie chorej	1	0
Etap porządkowania	16.	Uporządkowanie i segregacja sprzętu	1	0
	17.	Zdjęcie rękawiczek i umieszczenie w pojemniku na odpady	1	0
	18.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0
	19.	**Udokumentowanie wykonania zabiegu i jego skuteczności***	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, 6, 10, 18, 19,
- *jeżeli 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 pkt. – dobry
- 15 pkt. – dość dobry
- 14–13 pkt. – dostateczny
- poniżej 13 pkt. – niedostateczny

Czynności w zakresie podawania leków różnymi drogami

65. Technika podawania leków drogą domięśniową

Renata Madetko, Renata Tokarska, Alicja Kamińska

Pacjentka, J.M., lat 28, w 31. tygodniu pierwszej ciąży zgłosiła się na oddział patologii ciąży z powodu utrzymującego się od 1 godz. silnego bólu o charakterze kolkowym w okolicy lędźwiowej po stronie lewej, promieniującego do pachwiny i przyśrodkowej powierzchni uda. Ciężarna zgłasza nudności i wzdęcie brzucha. Od godz. porannych odczuwa parcie na pęcherz moczowy i trudności w oddawaniu moczu. Pacjentka jest niespokojna, cierpiąca, nie może znaleźć wygodnej pozycji. Dalsza diagnostyka potwierdziła rozpoznanie kolki nerkowej u ciężarnej. Wdrożono leczenie nawadniające (doustne i dożylne pod kontrolą bilansu płynów), leczenie przeciwbólowe i rozkurczowe lekiem No-Spa (*Drotaverini hydrochloridum*) – 2 razy dziennie 20 mg domięśniowo.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem lekarskim wykonaj iniekcję domięśniową u pacjentki.
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 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 nabrania 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 pacjentki; zweryfikowanie tożsamości pacjentki; 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

Technika podawania leków drogą domięśniową (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	10.	**Przygotowanie pacjentki: ułożenie 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:** • zapewnienie pacjentce pozycji na brzuchu, z palcami stóp skierowanymi ku sobie, z rękami obejmującymi poduszkę lub • zapewnienie pacjentce pozycji na boku z kończyną dalszą wyprostowaną, z kończyną bliższą zgiętą w stawie biodrowym i kolanowym, • określenie granic pośladka: » 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 kolec biodrowy przedni górny, • podzielenie górnego zewnętrznego kwadrantu przekątnymi, • wyznaczenie miejsca wstrzyknięcia w mięsień pośladkowy wielki w punkcie przecięcia przekątnych kwadrantu górnego zewnętrznego. **B. Wstrzyknięcie w mięsień pośladkowy wielki (pośladek przerośnięty) – metoda Dzirby:** • zapewnienie pacjentce 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 pośladkową 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 pośladkowy wielki w punkcie przecięcia pionowej linii dzielącej zewnętrzną połowę pośladka z poziomą linią wyprowadzoną z kolca biodrowego przedniego górnego. **C. Wstrzyknięcie w mięsień pośladkowy średni – metoda wg Sachtlebena:** • zapewnienie pacjentce pozycji na plecach lub na boku, • ułożenie palca wskazującego na grzebieniu kości biodrowej tak, aby kolec biodrowy przedni górny leżał w „C" utworzonym przez palec wskazujący i kciuk, • wyznaczenie miejsca wstrzyknięcia w mięsień pośladkowy średni w linii między środkowym stawem palca wskazującego a krętarzem większym kości udowej, w odległości ok.: » 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.	1	0

		Technika podawania leków drogą domięśniową (czas wykonania: 10 min)	Ocena punktowa	
Etap wykonania		**D. Wstrzyknięcie w mięsień pośladkowy średni – metoda wg von Hochstettera:** • zapewnienie pacjentce pozycji na plecach lub na boku, z lekko ugiętymi w stawach kolanowych kończynami dolnymi 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 pośladkowy średni w $^1/_3$ dolnej części trójkąta utworzonego przez palec wskazujący i środkowy. **E. Wstrzyknięcie w mięsień czworogłowy uda:** • zapewnienie pacjentce pozycji na plecach, na boku lub siedzącej, • położenie po zewnętrznej stronie uda: » 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 $^1/_3$ środkowej części linii utworzonej między odwiedzionymi kciukami. **F. Wstrzyknięcie w mięsień naramienny:** • zapewnienie pacjentce pozycji na plecach, na boku lub siedzącej, • wyznaczenie miejsca wstrzyknięcia w mięsień naramienny, po zewnętrznej stronie ramienia, 2–3 cm poniżej wyrostka barkowego łopatki		
	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*:** • **zdjęcie osłonki z igły w sposób aseptyczny i prawidłowe umocowanie igły na strzykawce, odpowietrzenie igły,** • **napięcie skóry między palcem wskazującym i kciukiem,** • **uprzedzenie pacjentki; zdecydowanym ruchem wkłucie igły pod kątem 90° na głębokość $^2/_3$–$^3/_4$ długości igły, aspiracja, powolne podawanie leku; obserwowanie reakcji pacjentki,** • **wykłucie igły wraz ze strzykawką i uciśnięcie miejsca wkłucia jałowym gazikiem**	1 1 1 1	0 0 0 0

Technika podawania leków drogą domięśniową (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
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) = **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

66. Technika podawania leków drogą domięśniową u noworodka

Dorota Ćwiek

Noworodek, A.K., urodzony 2. godz. wcześniej drogami natury, Apg. 10/10/10, masa ciała 3560 g. Właśnie przywieziono matkę i dziecko na oddział położniczo-noworodkowy. Przyjęto dziecko, matka wyraziła pisemną zgodę na podanie witaminy K u noworodka.

Polecenie: wykonaj iniekcję domięśniową u noworodka z podaniem witaminy K.
Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- zgoda matki,
- strzykawka 2 ml,
- igły o przekroju 0,5 x 25 mm (21Gx1½") lub 0,6 x 25 mm do wykonania wstrzyknięcia,
- igła do nabrania leku 0,8 x 40 mm (21Gx1½"),
- zlecony lek,
- 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 u noworodka (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 noworodka (zapytanie matki 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

Technika podawania leków drogą domięśniową u noworodka (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); 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 1 1	0 0 0 0 0 0
Etap wykonania	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.	Ułożenie noworodka w pozycji leżącej na wznak	1	0
	10.	**Określenie miejsca wkłucia: znalezienie krętarza większego, położenie prawej ręki poniżej niego, a lewej ręki powyżej kolana tak, aby odwiedzione kciuki i palce wskazujące rąk wyznaczały zewnętrzną, boczną część uda.** **Określenie miejsca wkłucia – w ⅓ środkowej części linii łączącej kąty utworzone przez palce wskazujące i kciuki obu rąk (mięsień czworogłowy – przednio-boczna część uda)***	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
	13.	Naciągnięcie skóry lewą ręką w miejscu podania za pomocą kciuka i palca wskazującego	1	0

Technika podawania leków drogą domięśniową u noworodka (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	14.	**Podanie domięśniowe leku*:** • **zdjęcie osłonki z igły w sposób aseptyczny i prawidłowe umocowanie igły na strzykawce, odpowietrzenie igły,** • **wprowadzenie prawą ręką igły pod kątem 90° do powierzchni skóry na głębokość równą ¾ długości igły,** • **wprowadzenie igły poprzez zastosowanie jednego z dwóch sposobów: albo zdecydowanym ruchem od razu na odpowiednią głębokość, albo dwustopniowo – początkowo krótko i silnie przebić naskórek, a następnie płynnym ruchem wprowadzić dalszą części igły na żądaną głębokość,** • **wykonanie aspiracji w celu sprawdzenia, czy igła nie znajduje się w naczyniu krwionośnym (odciągnąć tłok strzykawki, trzymając lewą ręką nasadę igły, lub odłączyć strzykawkę od nasady igły, obserwując, czy nie pojawi się w niej krew),** • **powolne podanie leku ze stałą obserwacją dziecka,** • **usuwanie powoli igły ze strzykawką z tkanki, jednocześnie uciskanie lekko skóry suchym, jałowym gazikiem,** • **delikatne masowanie miejsca podania leku ruchami okrężnymi przez 30–60 sek.**	1 1 1 1 1 1 1	0 0 0 0 0 0 0
Etap porządkowania	15.	Wyrzucenie wykorzystanego sprzętu i materiału – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0
	16.	Oddanie dziecka matce i poinformowanie o efekcie zabiegu	1	0
	17.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	18.	**Udokumentowanie podania leku drogą wstrzyknięcia***	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, 6, 7, 8, 10, 12, 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. 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

67. Technika podawania leków drogą dożylną

Renata Tokarska, Joanna Łatka

Rodząca, H.K., lat 35, po 2 porodach w 39. i 40. tygodniu ciąży, ukończonych siłami i drogami natury. Przyjęta została na salę porodową w 41. tygodniu ciąży z regularną akcją skurczową co 4–5 min, ujście szyjki rozwarte na 4 cm, wody płodowe zachowane, zapis kardiotokograficzny prawidłowy (akcja serca płodu ok. 145 ud./min, obecne akceleracje, deceleracji nie stwierdzono). W 40. min pobytu pacjentki na sali porodowej pękł pęcherz płodowy przy rozwarciu ujścia szyjki macicy 6–7 cm, odpłynęły czyste wody płodowe, akcja skurczowa nasiliła się, akcja serca płodu prawidłowa. Po 5 min od odpłynięcia wód płodowych badaniem wewnętrznym *per vaginam* stwierdzono pełne rozwarcie ujścia szyjki macicy, rodząca odczuwa parcie. W 50. min pobytu rodzącej na sali porodowej urodziła się córka żywa, donoszona, o masie ciała 4275 g i 60 cm długości z 10 pkt. w skali Apgar. Poród popłodu bez powikłań, łożysko i błony płodowe urodziły się kompletne. Po urodzeniu popłodu stwierdzono brak prawidłowego obkurczania się macicy. Pomimo łyżeczkowania ścian macicy i jej ręcznego masażu pozostawała rozkurczona z nasilającym się krwawieniem. Rozpoznano atonię poporodową. Zlecono jednorazowe podanie leków naskurczowych: 5 IU/ml Oxytocinum dożylnie. Pacjentka ma założone wkłucie obwodowe do żyły przedramienia prawego (wenflon zamknięty). Na oddziale dostępny jest zlecony lek: Oxytocin-Grindex, 5 IU/ml, roztwór do wstrzykiwań i infuzji. Lek należy podać w rozcieńczeniu z NaCl 0,9% do objętości 10 ml.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem lekarskim wykonaj wstrzyknięcie dożylne u pacjentki 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 10 ml (3 szt.),
- 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 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 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. Przygotowanie niezbędnego sprzętu i materiałów***	1	0
	7.	**Przygotowanie leku w strzykawce*:** • **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 1	0 0 0 0 0
	8.	Przygotowanie strzykawek z roztworem do sprawdzenia drożności wkłucia obwodowego i do przepłukania kaniuli po podaniu leku. Zabezpieczenie obu strzykawek jałowymi igłami	1	0
Etap wykonania	9.	**Udanie się z zestawem do sali pacjentki; zweryfikowanie tożsamości pacjentki; przygotowanie optymalnych warunków otoczenia (oświetlenie), zapewnienie intymności (parawan/ zasłona przyłóżkowa)***	1	0
	10.	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
	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 dożylne leku*:** • **zdjęcie igły w sposób aseptyczny ze strzykawki z lekiem, odpowietrzenie strzykawki,** • **powolne podawanie leku; obserwowanie reakcji pacjentki**	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.	Osłonięcie miejsca wstrzyknięcia, zapewnienie pacjentce komfortowej pozycji, uporządkowanie bliższego otoczenia pacjentki, zapewnienie jej dostępu do systemu przyzywowego	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 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, 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

68. 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 dużej torbieli jajnika prawego. 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 podskórnie, 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 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 0,6 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*:** • **zdjęcie osłonki z igły w sposób aseptyczny i prawidłowe umocowanie igły na strzykawce, odpowietrzenie igły,** • **uniesienie kciukiem i palcem wskazującym fałdu skórnego o grubość 2–3 cm,** • **uprzedzenie pacjentki; zdecydowanym ruchem wkłucie igły pod kątem 45–60° na głębokość ⅔–¾ długości igły, aspiracja, powolne podawanie leku; obserwowanie reakcji pacjentki,** • **wykłucie igły wraz ze strzykawką i uciśnięcie miejsca wkłucia jałowym gazikiem**	1 1 1 1	0 0 0 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

69. Technika podania podskórnie heparyny drobnocząsteczkowej w ampułko-strzykawce

Renata Madetko, Joanna Łatka

Ciężarna, H.P., lat 33, 2. ciąża i poród, w 20. tygodniu przyjęta na oddział patologii ciąży z krwawieniem z dróg rodnych. Hospitalizowana od 2 dni z powodu rozpoznanego łożyska przodującego. Parametry stanu ogólnego w normie: RR 124/82 mmHg, tętno 76 ud./min, temperatura ciała 37,7°C. Stan położniczy: napięcie mięśnia macicy prawidłowe, akcja serca płodu (ASP) ok. 140 ud./min, krwawienie z dróg rodnych znikome. Aktualny stan ogólny i położniczy stabilny. W związku z zaleceniem ograniczenia aktywności (reżim łóżkowy) ciężarna może opuszczać łóżko tylko w celu zaspokajania potrzeb fizjologicznych. U pacjentki stosowana jest profilaktyka powikłań zakrzepowo-zatorowych. Lekarz zlecił podawanie heparyny drobnocząsteczkowej Fraxiparyne 3800 j.m./0,4 ml podskórnie raz dziennie (godz. 14:00).

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

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- zlecony lek (ampułko-strzykawka Fraxiparyne 3800 j.m./0,4 ml),
- 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 (3-krotne w trakcie wykonywania zabiegu 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 tylno-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*:** • **wyjęcie ampułko-strzykawki z opakowania, zdjęcie osłonki z igły w sposób aseptyczny,** • **uniesienie kciukiem i palcem wskazującym fałdu skórnego o grubość 2–3 cm,** • **uprzedzenie pacjentki; zdecydowanym ruchem wkłucie całej długości igły pod kątem 90°, utrzymywanie fałdu skórnego, powolne podawanie leku; obserwowanie reakcji pacjentki,** • **wykłucie ampułko-strzykawki, zwolnienie fałdu skórnego, opcjonalnie absorbcja wynaczynionej krwi jałowym gazikiem,** • **zalecenie pacjentce, aby nie masowała miejsca wstrzyknięcia**	1 1 1 1 1	0 0 0 0 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

70. Technika podania insuliny penem

Beata Fryc-Przybyłowska, Alicja Kamińska

Pacjentka, A.K., lat 35, 2. ciąża i poród, 30. tydzień. Rozpoznano u niej cukrzycę ciążową bez innych dodatkowych schorzeń, ma prawidłową budowę ciała, BMI = 23,6 z prawidłowo wykształconą tkanką podskórną. W wyniku dalszej diagnostyki i po konsultacji z diabetologiem pacjentka leczona jest insuliną ludzką: Humulin R i Humulin N, podawaną podskórnie 4 razy w ciągu doby wg schematu:

- 7:30 – 4 j.m. Humulin R s.c.
- 12:30 – 2 j.m. Humulin R s.c.
- 17:30 – 2 j.m. Humulin R s.c.
- 22:00 – 2 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 insuliną 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 podania 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 (3-krotne w trakcie wykonywania zabiegu 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 uchwytu 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
	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

		Technika podania insuliny penem (czas wykonania: 10 min)	Ocena punktowa	
Etap wykonania	14.	**Podanie podskórne insuliny*:** • **nastawienie na selektorze dawki zleconej liczby jednostek insuliny,** • **uniesienie kciukiem i palcem wskazującym fałdu skórnego,** • **uprzedzenie pacjentki; zdecydowanym ruchem wkłucie całej długości igły pod kątem 90°, utrzymywanie fałdu skórnego, podanie leku,** • **odczekanie ok. 10 sek., wykłucie igły z tkanek pacjentki, zwolnienie fałdu skórnego**	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.	Osłonięcie 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 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, 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

71. Technika wykonania wstrzyknięcia śródskórnego

Renata Tokarska

Pacjentka, B.L., lat 39, przyjęta na oddział ginekologii z podejrzeniem guza w miednicy mniejszej. W wywiadzie wieloletnie stosowanie antykoncepcyjnej wkładki wewnątrzmacicznej. Przy pomocy biopsji pobrano materiał do badania histopatologicznego. U pacjentki wykonano także posiew z kanału szyjki macicy w kierunku bakterii beztlenowych. Na podstawie uzyskanych wyników zdiagnozowano zakażenie grzybem promienicy *Actinomyces bovis israeli*, obejmujące miednicę mniejszą, jajnik i jajowód lewy. Zlecono leczenie penicyliną krystaliczną, dożylnie 2–24 mln j.m./dobę w dawkach podzielonych co 4–6 godz., oraz Probenecidem, 0,5 g co 6 godz. W związku z planowanym leczeniem preparatem penicyliny pacjentka ma zlecone wykonanie śródskórnej próby uczuleniowej na penicylinę z 10 j.m. penicyliny krystalicznej w 0,1 ml NaCl 0,9%. Śródskórna próba uczuleniowa ma składać się ze wstrzyknięcia testowanej substancji oraz ze wstrzyknięcia kontrolnego z 0,1 ml NaCl 0,9%.

Polecenie: wykonaj u pacjentki iniekcję śródskórną z 0,1 ml NaCl 0,9% (w ramach próby kontrolnej) zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- zlecony lek,
- jałowa strzykawka 1 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 / substancji testowej 0,4 x 16 lub 0,33 x 13 (26G),
- jałowe gaziki,
- dermograf do oznaczenia miejsca wykonania wstrzyknięcia,
- alkoholowy preparat antyseptyczny,
- preparat dezynfekcyjny do powierzchni,
- preparat do higienicznej dezynfekcji rąk,
- rękawice jednorazowe niejałowe,
- pojemniki do segregacji odpadów medycznych,
- zestaw przeciwwstrząsowy.

Technika wykonania 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 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; 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 strzykawce (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
	8.	**Przygotowanie leku / substancji testowej w strzykawce (0,1 ml NaCl 0,9% w ramach próby kontrolnej)*:** **• 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 wykonania wstrzyknięcia śródskórnego (czas wykonania: 10 min)	Ocena punktowa	
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%)*:** • **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 do skóry nasadki igły kciukiem ręki niedominującej,** • **powolne podawanie leku / substancji testowej (powstanie bąbla o śr. ok. 5 mm),** • **wykłucie igły wraz ze strzykawką płasko po skórze**	1 1 1 1 1 1 1	0 0 0 0 0 0 0
	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 strzykawce, 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),** • **wykłucie igły wraz ze strzykawką płasko po skórze**	1 1 1 1 1 1 1	0 0 0 0 0 0 0

Technika wykonania wstrzyknięcia śródskórnego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	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 Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = **30**			**Max. 43 pkt.**	
			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

72. Technika wykonywania wstrzyknięcia śródskórnego. 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. Przy pomocy biopsji pobrano materiał do badania histopatologicznego. U pacjentki wykonano także posiew z kanału szyjki macicy w kierunku bakterii beztlenowych. Na podstawie uzyskanych wyników zdiagnozowano zakażenie grzybem promienicy *Actinomyces bovis israeli*, obejmujące miednicę mniejszą, jajnik i jajowód lewy. Zlecono leczenie penicyliną krystaliczną, dożylnie 2–24 mln j.m./dobę w dawkach podzielonych co 4–6 godz., oraz Probenecidem, 0,5 g co 6 godz. W związku z planowanym leczeniem preparatem penicyliny pacjentka ma zlecone wykonanie śródskórnej próby uczuleniowej na penicylinę z 10 j.m. penicyliny krystalicznej w 0,1 ml NaCl 0,9%. Śródskórna próba uczuleniowa ma składać się ze wstrzyknięcia testowanej substancji 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 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 / 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 pacjentki należy wykonać kaniulację obwodowego naczynia żylnego oraz zapewnić dostęp do:

- sprzętu do monitorowania stanu pacjentki,
- 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; 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 strzykawce (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

		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)*:** • **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
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%)*:** • **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 do skóry nasadki igły kciukiem ręki niedominującej,** • **powolne podawanie leku / substancji testowej (powstanie bąbla o śr. ok. 5 mm),** • **wykłucie igły wraz ze strzykawką płasko po skórze**	1 1 1 1 1 1 1	0 0 0 0 0 0 0
	15.	Wyrzucenie wykorzystanego sprzętu i materiału – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0

Technika wykonywania wstrzyknięcia śródskórnego. Próba uczuleniowa (penicylina krystaliczna) (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	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 strzykawce, 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),** **• wykłucie igły wraz ze strzykawką płasko po skórze**	1 1 1 1 1 1 1	0 0 0 0 0 0 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 Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = **30**			**Max. 43 pkt.** **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

73. Technika założenia wkłucia obwodowego

Beata Fryc-Przybyłowska, Joanna Łatka

Pacjentka, B.H., lat 28, w 1. ciąży, w terminie porodu, przygotowywana do elektywnego cięcia cesarskiego z powodu makrosomii płodu. Przed planowanym zabiegiem operacyjnym ciężarna wymaga zastosowania profilaktyki antybiotykowej i podania płynów drogą dożylną, zgodnie ze zleceniem lekarskim. W celu ich podania konieczne jest założenie wkucia obwodowego.

Polecenie: wykonaj u pacjentki kaniulację naczynia obwodowego.
Niezbędny sprzęt:

- Indywidualna karta zleceń lekarskich,
- właściwa dokumentacja monitorowania wkłucia dożylnego,
- kaniule dożylne 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

Technika założenia wkłucia obwodowego (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 i materiałów do wykonania zabiegu	1	0
	6.	Przygotowanie strzykawki z NaCl 0,9% do sprawdzenia prawidłowości założenia wkłucia obwodowego. Zabezpieczenie strzykawki 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 dożylnej 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*:** • **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 1 1 1 1 1 1 1	0 0 0 0 0 0 0 0
	16.	Zwolnienie stazy	1	0
	17.	Podłożenie jałowego gazika pod kaniulę	1	0

Technika założenia wkłucia obwodowego (czas wykonania: 15 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	18.	Ustabilizowanie kaniuli; uciśnięcie żyły powyżej końcówki kaniuli; wyjęcie mandrynu	1	0
	19.	Wyrzucenie mandrynu – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0
	20.	**Sprawdzenie prawidłowości położenia kaniuli w żyle 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 pacjentki, zapewnienie jej dostępu do systemu przyzywowego	1	0
	24.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO. Odstawienie parawanu / odsunięcie zasłon przyłóżkowych	1	0
	25.	**Udokumentowanie wykonania zabiegu we właściwej dokumentacji monitorowania wkłucia dożylnego***	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = **23**			**Max. 32 pkt.** **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

74. Technika podawania leków drogą dożylną – kroplowy wlew dożylny

Renata Tokarska, Alicja Kamińska

Pacjentka, A.K., lat 40, została przyjęta na oddział ginekologii z powodu silnych dolegliwości bólowych w podbrzuszu, obfitych upławów z dróg rodnych o nieprzyjemnym zapachu, bólu w dolnym odcinku pleców i gorączki: 39,7°C, tętno pacjentki wynosi 118 ud./min, ciśnienie tętnicze krwi 115/68 mmHg. Pacjentka z nadwagą (BMI = 35,7), cukrzycą typu II, samodzielna, w dobrym kontakcie słownym, zorientowana co do miejsca i osoby. W ostatnim czasie miesiączkowała nieregularnie. Rodziła 4 razy drogami i siłami natury. W badaniu fizykalnym stwierdzono tkliwość uciskową w podbrzuszu po stronie prawej. Analiza badań laboratoryjnych wykazała podwyższone stężenie białka C-reaktywnego (CRP – 72 U/ml) i leukocytozę (19200/ml). Dalsza diagnostyka radiologiczna i tomografia komputerowa potwierdziły wstępne rozpoznanie obecności płynu w miednicy mniejszej. Oprócz leczenia przeciwbólowego i przeciwgorączkowego zastosowano skojarzoną antybiotykoterapię dożylną. Jednym ze zleconych leków przeciwbakteryjnych jest Metronidazole B. Braun, podawany 2 razy dziennie w dawce 500 mg/100 ml roztworu do infuzji.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem lekarskim przygotuj i podłącz kroplowy wlew dożylny.
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 (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 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); 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*:** • **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 1 1 1	0 0 0 0
	9.	Przygotowanie strzykawek z roztworem NaCl 0,9% do sprawdzenia drożności wkłucia obwodowego i do przepłukania kaniuli po podaniu leku. Zabezpieczenie obu strzykawek 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

Technika podawania leków drogą dożylną – kroplowy wlew dożylny (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
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
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 1 1 1 1	0 0 0 0 0
Etap wykonania	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
Etap porządkowania	16.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych, higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO. Odstawienie parawanu / odsunięcie zasłon przyłóżkowych	1	0
Etap porządkowania	17.	**Kontrolowanie prawidłowości postępu infuzji, obserwacja pacjentki pod kątem wystąpienia ewentualnych objawów niepożądanego działania leku***	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, 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

75. Technika podawania leku w postaci maści na skórę

Agata Kulikowska, Matylda Sierakowska, Iwona Jarocka

Pacjentka, lat 40, 3. ciąża, 2. poród, w 2. dobie po porodzie fizjologicznym, współpracująca, ze zmianą chorobową suchą na powierzchni skóry przedramienia. Pacjentka wymaga regularnej, 2 razy dziennie, zmiany opatrunku oraz podania leku w postaci maści.

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, przylepiec,
- rękawice,
- szpatułki jednorazowego użytku,
- miska nerkowata,
- kosz do segregacji odpadów medycznych.

Technika podawania 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 chorej***	1	0
	3.	Przygotowanie otoczenia chorej: zapewnienie optymalnej temperatury i dobrego oświetlenia, zapewnienie warunków intymności	1	0
	4.	**Zidentyfikowanie pacjentki, poinformowanie jej o celu i przebiegu zabiegu, uzyskanie zgody pacjentki na wykonanie zabiegu, ocena stanu pacjentki (w celu wyboru pozycji wykonania zabiegu)***	1	0

Technika podawania 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:** **• 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 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 pacjentki 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 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, 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

76. Technika podawania leku w postaci roztworu na skórę

Matylda Sierakowska, Iwona Jarocka, Agata Kulikowska

Pacjentka, lat 34, przytomna, hospitalizowana na oddziale ginekologii, współpracująca. Przyjęta została z rozpoznaniem torbieli jajnika lewego w celu wykonania zabiegu operacyjnego. U pacjentki na powierzchni skóry uda zauważono zmianę chorobową sączącą się. Zalecono podanie leku w postaci roztworu na skórę.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem lekarskim 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 chorej***	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
	5.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0

Technika podawania leku w postaci roztworu na skórę (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap przygotowawczy	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
	14.	Poinformowanie pacjentki 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 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, 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

77. Technika podawania leku do nosa

Katarzyna Snarska, Grażyna Kobus

Kobieta, lat 35, w 32. tygodniu ciąży zgłosiła się na SOR z niedrożnością nosa, z 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. Pacjentka ma zlecony glikokortykosteroid donosowo.

Polecenie: zgodnie ze zleceniem lekarskim podaj lek do nosa.
Należy przygotować:

- 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 chorej***	1	0
	3.	**Nawiązanie kontaktu z pacjentką, przeprowadzenie identyfikacji chorej, przedstawienie się, wyjaśnienie celu i przebiegu działania, poinformowanie o ewentualnych objawach ubocznych; uzyskanie zgody na przeprowadzenie zabiegu***	1	0
	4.	Ocena stanu pacjentki w celu wyboru pozycji wykonania zabiegu	1	0
	5.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0
	6.	**Przygotowanie sprzętu:** **• 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 pacjentki w pozycji zapewniającej komfort i bezpieczeństwo:** • **pozycja siedząca z głową odchyloną ku tyłowi, z podparciem barków,** • **leżąca na plecach lub jeśli lek ma zadziałać na ściany boczne nosa, przy zakraplaniu pacjentka przechyla głowę w odpowiednią stronę***	1	0
	9.	Dezynfekcja rąk i założenie jednorazowych niejałowych rękawic	1	0
	10.	Oczyszczenie obu przewodów nosowych pacjentki	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 pacjentki 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 zleconej, nie dotykając zakraplaczem ścian nosa***	1	0
	14.	Wytarcie gazikiem wypływających kropli lub maści z nosa	1	0
Etap porządkowania	15.	Poinformowanie pacjentki o pozostaniu przez ok. 5 min w pozycji, w której był podawany lek	1	0
	16.	Kontrolowanie reakcji pacjentki na lek	1	0
	17.	Zdjęcie rękawic jednorazowych niejałowych i wykonanie 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 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, 5, 6, 8, 13, 18, 20,
- *jeżeli 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

78. Technika podawania leku do ucha

Hanna Rolka, Jolanta Lewko

Położnica, w 6. dobie po cesarskim cięciu, karmiąca dziecko piersią, przyjęta w trybie ostrego dyżuru przez lekarza otolaryngologa. Chora zgłasza dolegliwości bólowe ucha prawego, wyciek wydzieliny, ból podczas żucia pokarmów stałych, temperatura ciała 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 ze zleceniem podaj pacjentce lek do ucha prawego.
Niezbędny sprzęt:

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

Technika podawania 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, takie jak silne pieczenie, ból***	1	0
	3.	**Przygotowanie sprzętu. Zapoznanie się z pisemnym zleceniem w Indywidualnej karcie zleceń lekarskich chorej (sprawdzenie nazwy, dawki, daty ważności zleconego leku)***	1	0
	4.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0

Technika podawania 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.	**Odsłonięcie przewodu słuchowego zewnętrznego przez pociągnięcie małżowiny usznej w kierunku: do tyłu i do góry***	1	0
	10.	Oczyszczenie przy użyciu ciepłej wody i kwacza lub wacika przewodu słuchowego zewnętrznego z woskowiny	1	0
	11.	**Podanie leku w taki sposób, aby krople trafiły na wewnętrzną ścianę kanału; kroplomierz powinien być umieszony 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 minut	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

79. Technika podawania leku do worka spojówkowego

Beata Kowalewska, Barbara Jankowiak

Pacjentka, B.K., lat 40, w 35. tygodniu ciąży, zgłosiła się na SOR do okulisty. Chora 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 pacjentce lek do oka prawego.
Niezbędny sprzęt:

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

Technika podawania 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 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 (lek może wywołać uczucie pieczenia oka), poproszenie, aby chora niezwłocznie zgłosiła niepokojące objawy, jeśli wystąpią podczas wykonywania zabiegu, takie jak silne pieczenie, ból; poinformowanie chorej, że pogorszenie widzenia może być następstwem podania leków do worka spojówkowego, jednakże nasilający się lub długo 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 podawania leku do worka spojówkowego (czas wykonania: 10 min)			Ocena punktowa	
Etap wykonania	5.	Ułożenie chorej w odpowiedniej pozycji (ułożenie w pozycji leżącej na wznak lub w pozycji siedzącej z lekkim odchyleniem głowy do tyłu i wsparciem o wezgłowie 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 pacjentki, aby otworzyła szeroko oko i patrzyła 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 chorej, następnie powolne zwolnienie powieki, aby zapobiec wypłynięciu leku; poproszenie pacjentki, aby nie zaciskała powiek, nie mrugała intensywnie i nie uciskała oka; poinstruowanie pacjentki, aby po zakropleniu leku i powolnym zamknięciu powiek wykonała 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 pacjentki na podany lek	1	0
	17.	**Udokumentowanie wykonania zabiegu***	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, 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

80. Technika płukania oka

Beata Kowalewska, Barbara Jankowiak

Ciężarna, B.K., lat 28, zgłosiła się do lekarza okulisty. Chora zgłasza dolegliwości bólowe oka prawego oraz dużą ilość wydzieliny, która skleja rzęsy powiek. W wywiadzie podaje, że dolegliwości pojawiły się po tym, jak zawiał silny wiatr, nawiewając do oka piasek, którego chora samodzielnie nie potrafiła usunąć. Aby przeprowadzić badanie kliniczne, chorej zlecono płukanie oka.

Polecenie: wykonaj pacjentce płukanie oka prawego.
Niezbędny sprzęt:

- jałowy, ogrzany preparat do płukania oka (np. NaCl 0,9%, jeśli lekarz inaczej nie zleci) o temperaturze 32–38°C lub o temperaturze pokojowej,
- rękawiczki jednorazowego użytku (opcjonalnie fartuch ochronny),
- 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 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 (lek może wywołać uczucie pieczenia oka), poproszenie, aby chora niezwłocznie zgłosiła 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 strzykawki / 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 chorej 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 wezgłowie 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.	Osłonięcie pacjentki podkładem, ułożenie miski nerkowatej na spływający płyn na ramieniu chorej po stronie oka płukanego, poproszenie chorej 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 pacjentki, aby otworzyła szeroko oczy i patrzyła w jeden punkt, najlepiej w górę	1	0
	12.	Wykonanie płukania oka: • 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 razie konieczności założenie opatrunku na oko i przytwierdzenie go przylepcem 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 pacjentki 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 stosowania opatrunków

81. Technika szycia naciętego krocza

Dorota Ćwiek

Rodząca, K.R., lat 27, 2. ciąża i poród, 42. tydzień, przebywa na sali porodowej. O godz. 13:45 urodziła siłami natury z nacięciem krocza żywego syna – w skali Apgar 9/10/10, masa ciała 3950 g. Pacjentka w stanie ogólnym dobrym, w logicznym kontakcie. Łożysko urodziło się w całości. Krwawienie mierne, macica obkurczona prawidłowo. Dokonano sprawdzenia ciągłości tkanek – widoczne nacięcie krocza przyśrodkowo-boczne długości ok. 4 cm na godz. 19:30.

Polecenie: zszyj krocze zgodnie ze standardem.
Niezbędny sprzęt:

- łóżko porodowe,
- historia choroby rodzącej,
- Lignocainum 1%,
- jałowa strzykawka 20 ml,
- jałowa igła do pobrania leku, o rozmiarze nie większym niż 0,8 x 40 mm (21Gx1½”),
- jałowa igła do podania leku 0,8 x 40 mm (21Gx1½”),
- pojemnik twardościenny i worki do segregacji odpadów medycznych,
- jałowe gaziki,
- preparat do higienicznej dezynfekcji rąk,
- rękawice jednorazowe jałowe,
- jałowa serwetka do zasłonięcia odbytu,
- fartuch jałowy,
- maska,
- jałowy podkład pod pośladki,
- płyn dezynfekcyjny do umycia krocza,
- zestaw do szycia krocza w kuwecie: imadło, nożyczki, pęseta anatomiczna, pęseta chirurgiczna, igły do szycia krocza z nićmi rozpuszczalnymi do szycia krocza.

UWAGA: student jest sam na sali porodowej, musi sobie poradzić z nabraniem leku do znieczulenia samodzielnie!

Technika szycia naciętego krocza (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 lekarskim	1	0
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)	1	0
	4.	Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO	1	0
	5.	Przygotowanie zestawu do wykonania zabiegu	1	0
	6.	Przygotowanie pacjentki do wykonania zabiegu (pozycja ginekologiczna, przygotowanie oświetlenia, zapewnienie intymności, położenie pod pośladki jałowego podkładu, dezynfekcja miejsca szycia)	1	0
	7.	**Higiena rąk zgodnie z wytycznymi WHO***	1	0
	8.	Nałożenie maski i fartucha	1	0
	9.	Rozłożenie zestawu do szycia krocza na stoliku zabiegowym	1	0
	10.	**Sprawdzenie leku do znieczulenia (3-krotne w trakcie wykonywania zabiegu sprawdzenie: nazwy, dawki, postaci, drogi podania, daty ważności, wyglądu leku)**	1	0
	11.	**Przygotowanie środka do znieczulenia krocza (1% Lignocaina w strzykawce 20 ml)*:** • **zdezynfekowanie szyjki ampułki,** • **otwarcie ampułki z użyciem jałowego gazika,** • **nałożenie jałowej rękawiczki na dłoń, która będzie trzymała strzykawkę,** • **aseptyczne połączenie igły i strzykawki (strzykawka trzymana w ręce w jałowej rękawiczce; druga ręka trzyma najpierw igłę, potem fiolkę),** • **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,** • **położenie strzykawki na podkład jałowy obok zestawu do szycia krocza**	 1 1 1 1 1 1 1 1	 0 0 0 0 0 0 0 0

		Technika szycia naciętego krocza (czas wykonania: 30 min)	Ocena punktowa	
Etap wykonania	12.	Założenie drugiej jałowej rękawiczki	1	0
	13.	Zasłonięcie odbytu jałową serwetką	1	0
	14.	**Ocena wzrokowa i palpacyjna miejsca szycia; osuszenie jałowymi gazikami miejsca szycia***	1	0
	15.	**Znieczulenie krocza: wbicie igły wzdłuż nacięcia, następnie w kierunku kolca kulszowego**	1	0
	16.	**Nałożenie igły z nicią na imadło**	1	0
Etap wykonania	17.	• **założenie pierwszego szwu za szczytem nacięcia, tzn. od błony śluzowej pochwy,** • **założenie kolejnych szwów pojedynczych co ¾ cm aż do spoidła tylnego za pomocą szwów podwójnych,** • **szycie mięśni i tkanek głębokich krocza szwami pojedynczymi wiązanymi podwójnie,** • **szycie skóry od góry ku dołowi szwem ciągłym (dopuszczalne są szwy pojedyncze)**	1 1 1 1	0 0 0 0
	18.	**Sprawdzenie przez wprowadzenie palca do odbytnicy, czy nie nastąpiło przypadkowe umieszczenie szwu w błonie śluzowej odbytnicy***	1	0
Etap porządkowania	19.	Wyrzucenie wykorzystanego sprzętu i materiału – segregacja odpadów medycznych zgodnie z rozporządzeniem	1	0
	20.	Umycie krocza pacjentki, założenie wkładki na krocze i wygodne ułożenie na łóżku	1	0
	21.	Po zakończeniu zabiegu poinformowanie pacjentki o rozległości uszkodzenia, omówienie zasad higieny krocza oraz znaczenia ćwiczeń wzmacniających mięśnie dna miednicy	1	0
	22.	Postępowanie z bielizną operacyjną i rękawiczkami zgodnie z rozporządzeniem	1	0
	23.	**Udokumentowanie wykonania zabiegu***	1	0
Suma punktów Poziom zaliczenia umiejętności (70% punktacji maksymalnej) = **24**			**Max. 33 pkt.** **Liczba uzyskanych pkt. .....**	

KRYTERIA OCENY:

- do zaliczenia umiejętności konieczne jest wykonanie kluczowych czynności nr 7, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 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. 33 pkt.

SKALA OCENY:

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

82. Technika zmiany opatrunku na ranie

Anita Rybicka

Pacjentka, J.K., lat 35, przebywa na oddziale ginekologii operacyjnej, w 2. dobie po zabiegu operacyjnym usunięcia guza jajnika lewego. Pacjentka w stanie ogólnym dobrym, uruchomiona, samodzielna, dolegliwości bólowych nie zgłasza. Rana pooperacyjna zaopatrzona jest jałowym opatrunkiem.

Polecenie: dokonaj oceny stopnia czystości rany pooperacyjnej oraz wykonaj zmianę opatrunku na ranie 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 pacjentką: przedstawienie się; sprawdzenie tożsamości pacjentki (zapytanie o nazwisko i sprawdzenie bransoletki ID)***	1	0
	4.	**Poinformowanie pacjentki 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 pacjentki, przewiezienie lub zaprowadzenie pacjentki do gabinetu opatrunkowego, zamknięcie drzwi, ułożenie pacjentki w bezpiecznej pozycji na kozetce, osłonięcie parawanem, zabezpieczenie kozetki i ubrania pacjentki 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 pacjentki 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: • preparatem do lawaseptyki (rana czysta, rana skażona), • antyseptykiem (rana zakażona)	1	0
	15.	Założenie rękawic jednorazowych jałowych	1	0
	16.	**Oczyszczenie rany za pomocą nasączonego gazika chwytanego jałową pęsetą (jeden gazik – jedno przetarcie) rany* :** **• czystej, skażonej – od środka rany na zewnątrz,** **• zakażonej – od zewnątrz do środka rany**	1	0
	17.	Założenie nowego opatrunku z wykorzystaniem bezdotykowej techniki aseptycznej: • 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 pacjentką, udzielanie informacji o zasadach pielęgnowania rany w warunkach domowych, odprowadzenie lub odwiezienie pacjentki 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 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, 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

Piśmiennictwo

- Ślusarska B, Zarzycka D, Majda A (red.). Podstawy pielęgniarstwa. Tom 2. Wybrane umiejętności i procedury opieki pielęgniarskiej. PZWL, Warszawa 2017.
- Klimaszewska K, Baranowska A, Krajewska-Kułak E (red.). Podstawowe czynności medyczne i pielęgnacyjne. PZWL, Warszawa 2017.
- Ślusarska B, Zarzycka D, Majda A (red.). Umiejętności pielęgniarskie katalog check-list. 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, Szczecin 2014.
- Cavanaugh BM. Badania laboratoryjne i obrazowe dla pielęgniarek. PZWL, Warszawa 2007.
- Kózka M, Płaszewska-Żywko L (red.). Procedury pielęgniarskie. PZWL, Warszawa 2014.
- Sipiński A. Opieka w ginekologii. „Śląsk", Katowice 2012.
- Bręborowicz GH (red.). Operacje w położnictwie. Tom 3. PZWL, Warszawa 2012.
- Dudenhausen J, Pschyrembel W. Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. PZWL, Warszawa 2013.
- Troszyński M. Położnictwo: ćwiczenia. PZWL, Warszawa 2016.