

1. Paskirtis ir taikymo sritis:

1.1 Procedūra skirta slaugos specialistui, kuris kokybiškai, saugiai ir tinkamai, gydytojui paskyrus, naudos ir prižiūrės periferinės venos kateterį.

2. Sutrumpinimai ir sąvokos:

2.1 Nėra.

3. Nuorodos:

3.1 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2013 m. liepos 18 d. Nr. V-706 Lietuvos higienos norma HN 66:2013, „Medicininų atliekų tvarkymo saugos reikalavimai“.

3.2 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2012 m. spalio 19 d. įsakymas Nr. V-946 Lietuvos higienos norma HN 47-1:2012, „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“.

3.3 Viešosios įstaigos Kaišiadorių pirminės sveikatos priežiūros centro direktoriaus 2016 m. kovo 30 d. įsakymas Nr. V-13 Viešosios įstaigos Kaišiadorių pirminės sveikatos priežiūros centro rankų higienos procedūra.

3.4 Viešosios įstaigos Kaišiadorių pirminės sveikatos priežiūros centro direktoriaus 2014 m. sausio 2 d. įsakymas Nr. V-1 Viešosios įstaigos Kaišiadorių pirminės sveikatos priežiūros centro medicininių atliekų tvarkymo ir šalinimo tvarka.

3.5 Viešosios įstaigos Kaišiadorių pirminės sveikatos priežiūros centro direktoriaus 2014 m. sausio 2 d. įsakymas Nr. V-1 Viešosios įstaigos Kaišiadorių pirminės sveikatos priežiūros centro procedūrinio kabineto valymo ir dezinfekcijos planas.

3.6 Viešosios įstaigos Kaišiadorių pirminės sveikatos priežiūros centro direktoriaus 2014 m. sausio 2 d. įsakymas Nr. V-1 Viešosios įstaigos Kaišiadorių pirminės sveikatos priežiūros centro medicinos prietaisų valymo ir dezinfekcijos procedūra.

3.7 R. Balčiūnienė, R. Januškevičiūtė, I. Kuzminskienė, B. Markevičienė, V. Rastėnienė, V. Veličkienė. Slaugos ir asmens sveikatos priežiūros procedūros. Mokomoji knyga. Antras pataisytas leidimas. Kaunas; 2016.

4. Valdymas:

4.1 Šią tvarką valdo bendrosios praktikos slaugytoja.

4.2 Ši tvarka laikoma administracijoje, o kopija kiekvienoje darbo vietoje, kur atliekama procedūra.

4.3 Ši tvarka peržiūrima 1 kartą per penkis metus ir įsigaliojus naujiems reikalavimams, reglamentuojantiems šį procesą. Visi šio dokumento pakeitimai įforminami raštiškai, pakeičiant visus valdomus egzempliorius.

5. Atsakomybė:

5.1 Už periferinės venos kateterio tinkamą naudojimą ir priežiūrą atsako bendrosios praktikos slaugytoja.

5.2 Už periferinės venos kateterio saugų ir kokybišką naudojimą ir priežiūros periodinę kontrolę atsako slaugos administratorius.

6. Priemonės:

6.1 Vienkartinės nesterilios pirštinės.

6.2 Sterilūs įvairių dydžių periferinės venos kateteriai.

6.3 Sterilios vienkartinės adatos, sterilus vienkartinis švirkštas (2-5ml).

6.4 Sterilūs vatos tamponai.

6.5 Odos antiseptikas.

6.6 Padėklas priemonėms sudėti.

6.7 Tinkamos priemonės rankų higienai (vanduo, muilas, antiseptikas).

6.8 0,9 NaCl tirpalas.

6.9 Timpa.

6.10 Pagalvėlė.

6.11 Sterilūs tvarsčiai.

6.12 Bintas.

6.13 Žirklys.

6.14 Pleistras.

6.15 Tacelė.

6.16 Konteineris infekuotoms atliekoms.

7. Veiksmų aprašymas:

7.1 Slaugytojo pasiruošimas procedūrai:

7.1.1. Nuvalykite dezinfekcinėmis priemonėmis procedūrinio kabineto darbo vietą (žr. procedūrinio kabineto valymo ir dezinfekcijos planas).

7.1.2. Patikrinkite sterilaus švirkšto, adatos, kateterio, paketų, vatos tamponų sandarumą ir galiojimo laiką; draudžiama naudoti sudrėkusius, įplėštus ar kitaip sugadintus paketus.

7.1.3. Atlikite rankų higieną (žr. rankų higienos procedūra).

7.1.4. Užsimaukite vienkartinės pirštines.

7.2 Paciento paruošimas procedūrai:

7.2.1. Patikrinkite paciento pavardę ir vardą.

7.2.2. Paaiškinkite pacientui apie atliekamą procedūrą, jos reikalingumą, veikslių atlikimo seką, bei vaistų sukeliama šalutinį poveikį.

7.2.3. Suteikite pacientui patogią kūno padėtį, paguldykite arba pasodinkite.

7.2.4. Prieš injekciją apžiūrėkite paciento odą: ar nėra įbrėžimų, vietinio uždegimo, paraudimo, skausmingumo, sukietėjimų, patinimų, randų, išbėrimų, nudegimo ir kt. Jei oda nesveika, slaugytojas injekcijos neatlieka ir praneša gydytojui.

7.2.5. Pacientas įspėjamas, kad jis, atliekant injekciją, ir po injekcijos nedarytų staigių judesių.

7.3 Procedūros atlikimas:

7.3.1. Įvertinkite paciento venų būklę ir pasirinkite tinkamą vietą injekcijai.

7.3.2. Padėkite pagalvėlę po paciento ranka.

7.3.3. Užveržkite timpą 15-20 cm aukščiau injekcijos dūrio vietos (tik ne ant nuogo kūno).

7.3.4. Paprašykite pacientą kelis kartus sugniaužti kumštį (kad venos geriau prisipildytu kraujo) ir laikyti sugniaužtą.

7.3.5. Dezinfekuokite odą injekcijos vietoje 5-10 cm spinduliu steriliu vatos tamponu, suvilgytu odos antiseptiku (būtina išlaukti gamintojo rekomenduojamą ekspozicijos laiką ir leisti odai išdžiūti).

Injekcijos vietą dezinfekuoti galima dviem būdais:

Pirmas būdas-sukamuoju judesiu iš injekcijos vietos centro nuvalomas paciento odos paviršius.

Antras būdas-braukdami viena kryptimi iš viršaus į apačią nuvalomas didesnis paciento odos paviršius.

7.3.6. Paimkite vienkartinį sterilų kateterį su metaliniu pravedikliu (adata) į vieną ranką, o kita ranka nuimkite apsauginį gaubtą.

7.3.7. Kateterį laikykite taip, kad adatos nuopjova būtų į viršų, ir punktuokite veną.

7.3.8. Kateterį kiškite vienu iš būdų: tiesioginiu ar netiesioginiu. Tiesioginiu būdu kateteris įkišamas į storesnes venas, o netiesioginiu – į plonesnes.

Tiesioginis būdas-laikykite kateterio nuopjovą į viršų 15-20° kampu, vienu metu pradurkite odą ir veną, įkiškite kateterį į veną.

Netiesioginis būdas- laikykite kateterio nuopjovą į viršų 15-20° kampu. Pirmiau pradurkite odą, po to sumažinkite kampą ir stumdami kateterį pradurkite veną. Pasipriešinimas nejuntamas, kai kateteris patenka į veną.

7.3.9. Kai kateteryje pasirodo kraujo, įstumkite kateterį dar 0,5 cm gilyn venos kryptimi.

7.3.10. Atleiskite timpą, liepkite pacientui atgniaužti kumštį.

7.3.11. Suimkite kateterio stebulę dešinės rankos nykščiu ir smiliumi, kairės rankos nykščiu ir smiliumi ištraukite metalinį pravediklį (adatą).

7.3.12. Kateterį į veną įstumkite iki stebulės.

7.3.13. Nuimkite apsauginį gaubtą.

7.3.14. Fiksuokite kateterį pleistru.

7.3.15. Įsitinkite, ar teisingai atlikote procedūrą: sušvirkškite į kateterį NaCl 0,9 proc. tirpalo 2 ml.

7.3.16. Fiksuokite kateterį bintu. Tai apsaugo nuo netikėto kateterio išsitraukimo.

7.3.17. Prieš ištraukdami kateterį iš venos, nuimkite pleistrą.

7.3.18. Uždėkite sterilios vatos tamponą, suvilgytą odos antiseptiku ant dūrio vietos ir prispauskite, staigiu judesiu ištraukite kateterį.

7.3.19. Palaikykite 2-3 min. dūrio vietą užspaudę vatos tamponu.

7.3.20. Patikrinkite, ar nustojo kraujuoti.

7.4 Procedūros pabaigimas:

7.4.1. Panaudotus švirkštus, kateterius, vienkartinės priemonės, tvarsliaivą sudėkite į infekuotų atliekų konteinerį (žr. medicininių atliekų tvarkymo ir šalinimo tvarka), o panaudotas adatas ir ampules į konteinerį skirtą aštrioms infekuotoms atliekoms (žr. medicininių atliekų tvarkymo ir šalinimo tvarka).

7.4.2. Panaudotas daugkartinės priemonės dezinfekuokite ir valykite laikantis dezinfekcijos reikalavimų (žr. medicinos prietaisų valymo ir dezinfekcijos procedūra).

7.4.3. Dezinfekuokite darbo vietą po paciento priėmimo (žr. procedūrinio kabineto valymo ir dezinfekcijos planas).

7.4.4. Nusimaukite pirštines.

7.4.5. Atlikite rankų higieną (žr. rankų higienos procedūra).

7.4.6. Dokumentuokite paciento ambulatorinėje asmens sveikatos istorijoje (forma Nr. 025/a) ir procedūrų registravimo žurnalas (forma Nr. 029/a)

8. Intraveninio periferinio kateterio priežiūra:

8.1 Kateterį venoje laikykite ne ilgiau kaip tris paras.

8.2 Stebėkite, kad pacientas neištrauktų kateterio.

8.3 Po injekcijos sušvirkškite NaCl 0,9 proc. tirpalo į kateterį, kad neužkrešėtų.

8.4 Užklijuokite pleistrą su steriliu tvarstuku.

8.5 Stebėkite dūrio vietą, venos būklę infuzijos metu.

9. Kateterio ištraukimas iš venos, kai:

- 9.1 Praėjo trys paros.
- 9.2 Pastebima aplinkinių audinių infiltracija dėl kateterio išslinkimo iš venos.
- 9.3 Pastebima infekcija (odos paraudimas, patinimas, sukietėjimas).
- 9.4 Pastebimi venos uždegimo požymiai.
- 9.5 Užkreša kateteris.
- 9.6 Baigėsi vaistų ar tirpalų lašinimo laikas.