

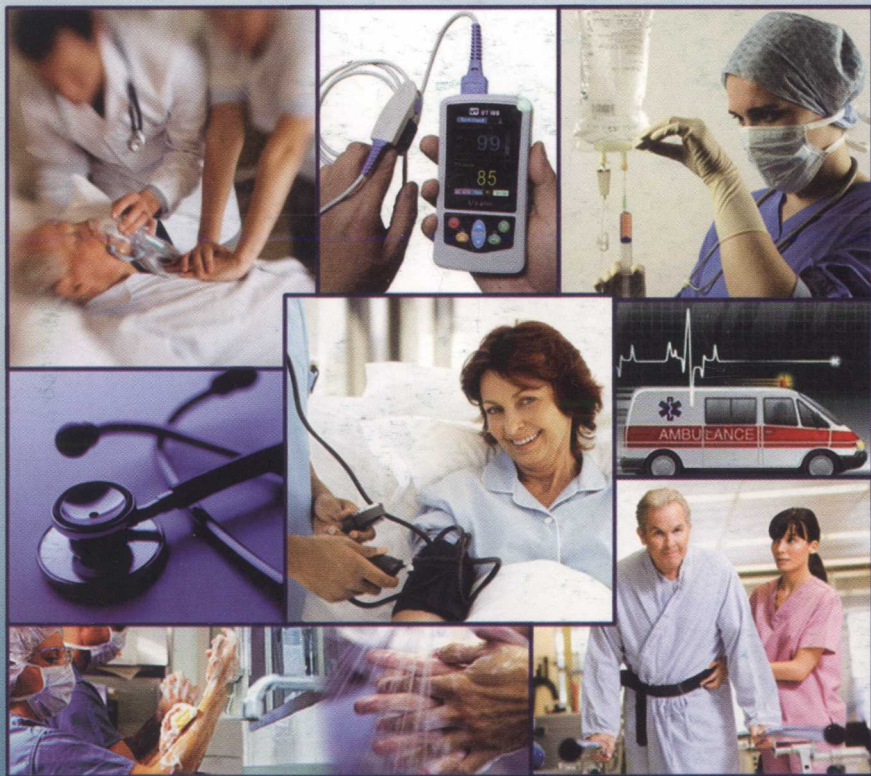
676  
G49



IP USMF *Nicolae Testemițanu*

# **GHID DE MANOPERE PRACTICE**

## **Vol. I**



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

649

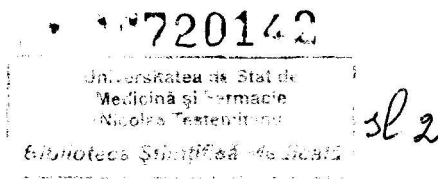
INSTITUȚIA PUBLICĂ  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
NICOLAE TESTEMIȚANU

# GHID DE MANOPERE PRACTICE

## VOLUMUL I

Pentru studenții anilor I și II, Facultatea Medicină nr. 1

*Responsabil de ediție:*  
**Olga CERNEȚCHI, dr. hab. med., prof. univ.**



CHIȘINĂU  
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*  
2013



Aprobat de Consiliul Metodic Central al IP USMF *Nicolae Testemițanu*,  
process-verbal nr. 5 din 16.05.2013

**Autori:**

*Oleg Codreanu*, asist. univ.  
*Svetlana Plămădeală*, dr. med., asist. univ.  
*Ovidiu Petriș*, UMF „Gr. T. Popa” Iași  
*Marin Vozian*, asist. univ.

**Recenzenți:**

*Serghei Șandru*, dr. med., conf. univ.  
*Eugen Guțu*, dr. hab. med., prof. univ.

**Redactor:** *Vadim Iutiș*

**Machetare computerizată:** *Iulia Don*

**DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII**

**Ghid de manopere practice / resp. de ed.:** Olga Cernețchi; Inst. Publică Univ. de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*. – Chișinău: CEP *Medicina*, 2013. – ISBN 978-9975-113-92-2.

Vol. 1: pentru studenții anilor 1 și 2, Fac. Medicină nr.1 / aut.: Oleg Codreanu, Svetlana Plămădeală, Ovidiu Petriș; – 2013. – 133 p. – Bibloogr.: p. 131 (20 tit.). – 1200 ex. – ISBN 978-9975-113-93-9.

616-08(075.8)

C 60

**CURSUL URGENȚE MEDICALE PRIMARE (34 ORE)  
MANOPERELE PRACTICE  
(Studenții anului I)**

**1. Determinarea stării de conștiență a pacientului**

Procedeul de determinare a stării de conștiență a pacientului este folosit în managementul situațiilor medicale cu victime inconștiente.

**Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de evaluare a situației cu implicarea pacientului critic somatic și de determinare a reacției pacientului la stimulii aplicați.

**Obiectivele**

Studentul trebuie:

- să poată determina gradul de securitate a salvatorului și a pacientului critic;
- să aplice corect stimulii verbali și tactili în funcție de starea critică a pacientului.

**Materialele și metodele**

Manevra poate fi efectuată:

- pe mulaj;
- pe student.

**Tehnica**

1. Salvatorul determină pericolele potențiale care ar putea periclita securitatea personală sau a pacientului (victimei).
2. Salvatorul se apropie de mulaj (pacient) din partea laterală, la nivelul capului și îngenunchează.
3. Se aplică 2–3 lovituri ușoare pe umărul pacientului (la matur) sau pe obraz (la copii).
4. Concomitent pacientul este întrebat ce s-a întâmplat și cum se simte.
5. Lipsa reacției indică faptul că pacientul este inconștient.

**Locul desfășurării**

Sala de studii.

**2. Tripla manevră Safar**

Procedeul este folosit în managementul căilor aeriene, restabilirea permeabilității căilor respiratorii la victima cu coloana vertebrală, regiunea cervicală, intactă.

### Scopul

Dezvoltarea abilității practice de restabilire a permeabilității căilor aeriene la pacientul inconștient.

### Obiectivele

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile efectuării manevrei Safar;
- etapele efectuării manevrei Safar;
- scopul efectuării fiecărei etape și rezultatul ei.

### Materialele și metodele

Manevra poate fi efectuată:

- pe mulaj.

### Tehnica

1. Poziționarea salvatorului în genunchi, lateral, în dreptul umărului victimei.
2. Efectuarea hiperextensiei capului plasând mâna dreaptă dinspre capul victimei, la nivelul frunții, iar mâna stângă dinspre picioarele acesteia, la nivelul cefei. Hiperextensia capului victimei se realizează exercitând presiune la nivelul frunții, ceafa fiind fixată cu cealaltă mână.

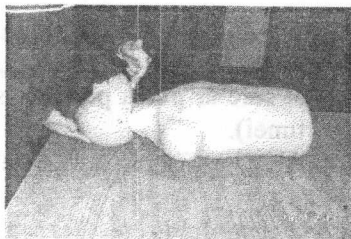


Fig. 1. Hiperextensia capului.

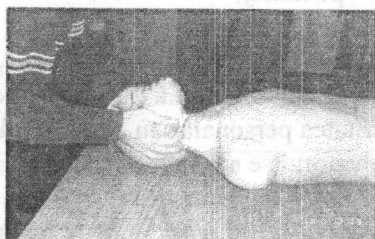


Fig. 2. Protruzia mandibulei.



Fig. 3. Revizia cavității bucale.

3. Se efectuează subluxația mandibulei, menținând presiunea mâinii de la nivelul frunții victimei (*pentru a păstra hiperextensia capului victimei*). Pentru realizarea protruziei mandibulei victimei, vârful degetelor II și III ale mâinii stângi poziționată pe ceafă se deplasează la nivelul mentonului (*partea osoasă, mandibulară*), prin împingerea în sus.

4. Menținând mandibula subluxată, cu degetele unu se deschide cavitatea bucală și se efectuează revizia vizuală a acesteia pentru determinarea prezenței corpurilor străini.

### Locul desfășurării

Sala de studii.

### 3. Dubla manevră Esmarch

Procedeul este folosit în managementul căilor respiratorii, restabilirea permeabilității lor la victima cu coloana vertebrală (regiunea cervicală) traumatizată.

### Scopul

Dezvoltarea abilității practice de restabilire a permeabilității căilor respiratorii la pacientul inconștient cu suspjecție de traumatism a coloanei vertebrale în regiunea cervicală.

### Obiectivele

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile aplicării manevrei date;
- etapele efectuării manevrei Esmarch;
- scopul efectuării fiecărei etape și rezultatul ei.

### Materialele și metodele

Manevra se efectuează:

- pe mulaj.

### Tehnica

1. Se efectuează subluxația mandibulei. Plasând degetul trei la nivelul unghiului mandibulei, se depune efort bilateral pentru protruzia mandibulei.
2. Menținând mandibula subluxată, cu degetele unu se deschide cavitatea bucală și se efectuează revizia vizuală a acesteia pentru determinarea prezenței corpurilor străini.

### Locul desfășurării

Sala de studii.

#### 4. Restabilirea permeabilității căilor respiratorii la copii (nou-născuți, sugari)

Procedeeul este folosit în managementul căilor respiratorii, restabilirea permeabilității lor la copii.

##### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de restabilire a permeabilităților căilor respiratorii la copii în funcție de particularitățile anatomice de vârstă.

##### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile aplicării manevrei date;
- etapele efectuării manevrei.

##### **Materialele și metodele**

Manevra se efectuează:

- pe mulaj.

##### **Tehnica**

1. Copilul este poziționat orizontal pe un suport dur.
2. Sub omoplați se pune un cearșaf împăturit astfel încât capul să ocupe o poziție axială față de trunchi.
3. Se efectuează subluxația mandibulei. Plasând degetele trei bilateral la nivelul unghiului mandibulei, se aplică un efort pentru protruzia mandibulei.
4. Menținând mandibula subluxată, cu degetele unu se deschide cavitatea bucală și se efectuează revizia vizuală a acesteia pentru determinarea prezenței corpurilor străini.

##### **Locul desfășurării**

Sala de studii.

#### 5. Poziția laterală de siguranță a pacientului

Poziția laterală de siguranță este folosită în managementul situațiilor medicale cu victime inconștiente, cu funcții vitale păstrate și care nu prezintă leziuni ale coloanei vertebrale.

##### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de asigurare a permeabilității căilor aeriene.

##### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile aplicării manevrei date;
- etapele efectuării manevrei.

##### **Materialele și metodele**

Manevra se efectuează:

- pe mulaj;
- pe student.

##### **Tehnica**

1. Salvatorul determină pericolele potențiale care ar putea periclita securitatea personală sau a pacientului (a victimei).
2. Salvatorul se apropie de pacient din partea laterală, la nivelul trunchiului și îngenunchează.
3. Se aplică 2–3 lovituri ușoare pe umărul pacientului (la maturi) sau pe obraz (la copii).
4. Concomitent pacientul este întrebat ce s-a întâmplat și cum se simte.
5. Lipsa reacției indică că pacientul este inconștient.
6. Salvatorul apelează 903, anunțând situația.
7. Pacientul se poziționează cu spatele pe un plan dur orizontal.
8. Se efectuează hiperextensia capului, cu plasarea mâinii drepte a salvatorului dinspre capul victimei, la nivelul frunții acesteia, iar mâna stângă, dinspre picioarele victimei, la nivelul cefei. Hiperextensia capului victimei se realizează exercitând presiune la nivelul frunții, ceafa fiind fixată cu mâna opusă.
9. Se efectuează subluxația mandibulei. Menținând presiunea mâinii de la nivelul frunții victimei (pentru a păstra hiperextensia capului victimei), vârful degetelor II și III ale mâinii de pe ceafă se deplasează la nivelul mentonului (partea osoasă, mandibulară), prin împingerea în sus pentru protruzia mandibulei.
10. Menținând mandibula subluxată, cu degetele unu se deschide cavitatea bucală și se efectuează revizia vizuală a acesteia pentru determinarea prezenței corpurilor străini.
11. Menținând pozițiile mâinilor la nivelul capului victimei, salvatorul își poziționează urechea în dreptul nasului victimei.
12. Poziționarea obrazului salvatorului în dreptul gurii victimei.
13. Îndreptarea privirii salvatorului spre toracele victimei.
14. În această poziție se evaluează existența unei respirații normale a victimei (timp de 10 secunde). *DA NU*



15. În cazul confirmării unei respirații normale, se palpează vestimentația și se îndepărtează oricare obiect contondent de la nivelul hainelor victimei (telefon mobil, sticle, ochelari etc.).
16. Mâna victimei, ce se află mai aproape de salvator, se deplasează lateral flectată în articulația cotului sub un unghi de  $90^{\circ}$ , cu antebrățul orientat cefalic.
17. Brațul opus se flectează în articulația cotului, astfel ca partea dorsală a palmei să fie lipită de obrazul opus.
18. Cu mâna dreaptă salvatorul menține brațul la nivelul cotului.
19. Cu mâna stângă salvatorul flectează membrul inferior opus salvatorului, la nivelul articulației genunchiului.
20. Apăsând pe articulația genunchiului, pacientul se deplasează lateral.

#### **Locul desfășurării**

Sala de studii.



**Fig. 4.** Privirea în lungul toracelui victimei.

### **6. Determinarea respirației (vedem, simțim, auzim)**

Determinarea respirației este folosită în managementul situațiilor medicale când victima este inconștientă, pentru a stabili prezența sau absența funcțiilor vitale (respirația).

#### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de determinare a respirației.

#### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile aplicării manevrei date;
- etapele efectuării acestei manevre;
- respectarea algoritmului evaluării respirației.

#### **Materialele și metodele**

Manevra se efectuează:

– pe mulaj.

#### **Tehnica**

1. Salvatorul determină pericolele potențiale care ar putea periclita securitatea personală sau a pacientului (a victimei).
2. Salvatorul se apropie de pacient, lateral, la nivelul trunchiului, și îngenunchează.
3. Se aplică 2–3 lovituri ușoare pe umărul pacientului (la maturi) sau pe obraz (la copii).
4. Concomitent pacientul este întrebat ce s-a întâmplat și cum se simte.
5. Lipsa reacției indică că pacientul este inconștient.
6. Dacă răspunsul lipsește, se apelează imediat 903, anunțând situația.
7. Pacientul se poziționează orizontal cu spatele pe un plan dur.
8. Se dezgolește toracele.
9. Se efectuează hiperextensia capului. O mână a salvatorului se plasează dinspre capul victimei, la nivelul frunții, iar mâna opusă dinspre picioarele victimei, la nivelul cefei. Hiperextensia capului se realizează exercitând presiune la nivelul frunții victimei, ceafa fiind fixată cu mâna opusă.
10. Se efectuează subluxația mandibulei. Menținând presiunea mâinii de la nivelul frunții victimei (pentru a păstra hiperextensia capului victimei), vârful degetelor II și III ale mâinii de pe ceafă se deplasează la nivelul mentonului (partea osoasă, mandibulară), cu împingerea în sus pentru protruzia mandibulei.
11. Menținând mandibula subluxată, cu degetele unu se deschide cavitatea bucală și se efectuează revizia vizuală a acesteia pentru determinarea prezenței corpi străini.
12. Menținând pozițiile mâinilor la nivelul capului victimei, salvatorul își plasează urechea în dreptul nasului victimei.
13. Salvatorul își deplasează obrazul în dreptul gurii victimei.
14. Salvatorul își îndreaptă privirea spre toracele victimei.
15. În această poziție se evaluează existența unei respirații normale a victimei (timp de 10 secunde). **DA NU**

#### **Locul desfășurării**

Sala de studii.

## 7. Determinarea pulsului la maturi

Determinarea pulsului este folosită în managementul situațiilor medicale când victima este inconștientă pentru a determina prezența sau absența funcțiilor vitale (pulsul arterelor carotidă și radială).

### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de determinare a pulsului.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- topografic, unde se determină pulsul pe artera carotidă;
- etapele efectuării manevrei.

### **Materialele și metodele**

Manevra se efectuează:

– pe student.

### **Tehnica**

1. Salvatorul determină pericolele potențiale care ar putea periclita securitatea personală sau a pacientului (a victimei) inconștient.
2. Salvatorul se apropie de pacient din partea laterală, la nivelul trunchiului și îngenunchează.
3. Determinarea pulsului se face concomitent pe arterele carotidă și radială.
4. Pulsul pe artera carotidă se determină la nivelul intersecției liniei imaginare care trece orizontal, la nivelul cartilajului tiroid și marginea anterioară a mușchiului sternocleidomastoidian.
5. Degetele II și III se plasează la nivelul unde se efectuează palparea pulsului la artera carotidă.
6. Determinarea pulsului pe artera radială se face pe partea anterio-laterală a antebrațului, în zona metacarpiană.
7. Degetele II și III se plasează la nivelul unde se efectuează palparea pulsului la artera radială.
8. Determinarea pulsului se face concomitent pe ambele artere.

### **Locul desfășurării**

Sala de studii.

## 8. Determinarea pulsului la copii (nou-născuți, sugari)

Determinarea pulsului este folosită în managementul situațiilor medicale când victima este inconștientă pentru a determina prezența sau absența funcțiilor vitale (pulsul arterei brahiale).

### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de determinare a pulsului.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- topografic, unde se determină pulsul pe artera carotidă;
- etapele efectuării manevrei.

### **Materialele și metodele**

Manevra se efectuează:

– pe student.

### **Tehnica**

1. Salvatorul stabilește pericolele potențiale care ar putea periclita securitatea personală sau a pacientului (a victimei) inconștient;
2. Copilul este plasat pe un suport dur, orizontal.
3. Pulsul la artera brahială este determinat în treimea medie a brațului, pe partea mediană.
4. Degetele II și III se plasează la nivelul unde se efectuează palparea pulsului la artera brahială.

### **Locul desfășurării**

Sala de studii.

## 9. Masajul cardiac extern la maturi (tehnica efectuării compresiunilor sternale)

Masajul cardiac extern este utilizat în managementul situațiilor în care victima este inconștientă, cu funcții vitale pierdute (situații de stop cardiorespirator).

### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de efectuare a masajului cardiac extern.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- topografic unde se aplică mâinile pe torace pentru efectuarea compresiunilor sternale;
- poziția corectă a salvatorului față de pacient;
- viteza efectuării compresiunilor și forța cu care se aplică compresiunile pe torace.

### **Materialele și metodele**

Manevra se efectuează:

– pe mulaj.

### **Tehnica**

1. Salvatorul stabilește pericolele potențiale ce ar putea periclita securitatea personală sau a pacientului (a victimei).
2. Salvatorul se apropie de pacient din partea laterală la nivelul trunchiului, și îngenunchează.
3. Se aplică 2-3 lovituri ușoare pe umărul pacientului (la maturi) sau pe obraz (la copii).
4. Concomitent pacientul este întrebat ce s-a întâmplat și cum se simte.
5. Lipsa reacției indică că victima este inconștientă.
6. În lipsa răspunsului salvatorul imediat apelează serviciul 903, anunțând situația.
7. Pacientul este poziționat orizontal cu spatele pe un plan dur.
8. Se dezgolește toracele.
9. Se efectuează hiperextensia capului. Mâna dreaptă a salvatorului se plasează pe capul victimei, la nivelul frunții, iar mâna stângă pe ceafa acestuia. Hiperextensia capului se realizează exercitând presiune la nivelul frunții victimei, ceafa fiind fixată cu mâna opusă.
10. Se efectuează subluxația mandibulei. Menținând presiunea mâinii de la nivelul frunții victimei (pentru a păstra hiperextensia capului victimei), vârful degetelor II și III ale mâinii de pe ceafă se deplasează la nivelul mentonului (partea osoasă, mandibulară), prin împingerea în sus pentru protruzia mandibulei.
11. Menținând mandibula subluxată, cu degetele unu se deschide cavitatea bucală și se efectuează revizia vizuală a acesteia pentru determinarea prezenței corpilor străini.
12. Menținând pozițiile mâinilor la nivelul capului victimei, urechea salvatorului se poziționează în dreptul nasului victimei.
13. Obrazul salvatorului se poziționează în dreptul gurii victimei.
14. Privirea salvatorului se îndreaptă spre toracele victimei.
15. În această poziție se evaluează existența unei respirații normale a victimei (timp de 10 secunde). *DA NU*
16. În lipsa confirmării unei respirații, se inițiază măsurile de resuscitare.
17. Salvatorul se poziționează din partea laterală a pacientului, la nivelul trunchiului, în genunchi. Genunchii sunt deplasați lateral, la nivelul umerilor. Poziția salvatorului trebuie să fie stabilă.
18. Se determină locul aplicării compresiunilor toracice: două degete mai sus de la baza procesului xifoid.

19. Podul palmei este plasat perpendicular pe torace, pe stern, a doua mână se plasează deasupra primei și se încheie în lacăt cu degetele mâinilor.
20. Trunchiul salvatorului trebuie să fie plasat deasupra pacientului, pentru a utiliza greutatea corpului la efectuarea compresiunilor.
21. Brațele salvatorului trebuie să fie drepte (nu se flexează la nivelul articulației cotului).
22. Compresiunile trebuie aplicate cu o forță, ce ar permite deplasarea sternului cu 5 cm în profunzime, dar nu mai mult de 6 cm.
23. Viteza compresiunilor este de 100 miș/min.
24. Compresiunile trebuie aplicate ritmic.
25. Reexpansiunea integrală a pieptului victimei, prealabilă efectuării unei noi compresiuni toracice, se realizează fără desprinderea podului palmei de pe suprafața toracelui.
26. Salvatorul, ce realizează compresiunile toracice, se înlocuiește (dacă este posibil) cu altă persoană la fiecare 2 minute de resuscitare, în timpul fazei reexpansiunii toracice, pentru a evita pauzele în efectuarea masajului cardiac (înlocuitorul trebuie să fie poziționat simetric, în partea controlaterală a victimei, fiind pregătit corespunzător).
27. Anunțarea sistării efectuării compresiunilor (în cazul: succesului manevrelor de resuscitare, exprimat prin mișcările/respirațiile/spontane ale pacientului, vorbire, tuse etc.; epuizării fizice a resuscitatorului; înlocuirii sale de către echipajul medical de urgență; declarării decesului victimei, cu înregistrarea timpului sistării manevrelor de resuscitare).

### **Locul desfășurării**

Sala de studii.

### **10. Masajul cardiac extern la copii.**

#### **Tehnica efectuării compresiunilor sternale în funcție de vârsta copilului, numărul salvatorilor**

Masajul cardiac extern este utilizat în managementul situațiilor în care victima este inconștientă, cu funcții vitale pierdute (situații de stop cardiorespirator).

### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de efectuare a masajului cardiac extern.



### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- topografic unde se aplică mâinile pe torace pentru efectuarea compresiunilor sternale;
- poziția corectă a salvatorului față de pacient;
- viteza efectuării compresiunilor;
- forța cu care se aplică compresiunile pe torace.

### **Materialele și metodele**

Manevra se efectuează:

– pe mulaj.

### **Tehnica**

1. Salvatorul determină pericolele potențiale ce ar putea periclita securitatea personală sau a pacientului (victimei).
2. Copilul este plasat orizontal pe un suport dur.
3. Se aplică 2–3 lovituri ușoare pe obraz.
4. Lipsa reacției din partea victimei indică că aceasta este inconștientă.
5. Dacă răspunsul lipsește, se apelează imediat serviciul 903, anunțând situația.
6. Sub omoplații victimei se plasează un cearșaf împăturit, astfel ca capul să ocupe o poziție axială față de trunchi.
7. Se efectuează subluxația mandibulei. Plasând degetul trei la nivelul unghiului mandibulei, bilateral se aplică un efort pentru protruzia mandibulei.
8. Dezgolirea toracelui.
9. Menținând mandibula subluxată, cu degetele unu se deschide cavitatea bucală și se efectuează revizia vizuală a acesteia pentru determinarea prezenței corpi străini.
10. Menținând pozițiile mâinilor la nivelul capului victimei, salvatorul poziționează urechea sa în dreptul nasului victimei.
11. Salvatorul poziționează obrazul său la nivelul gurii victimei.
12. Salvatorul își îndreaptă privirea spre toracele victimei.
13. În această poziție se evaluează existența unei respirații normale a victimei (timp de 10 secunde). *DA NU*
14. În lipsa respirației, se inițiază măsurile de resuscitare.
15. Se utilizează tehnica efectuării masajului cardiac în prezența unui salvator.

16. Punctul aplicării compresiunilor pe torace se află cu două degete mai jos de linia intermamelonară pe stern.
17. Salvatorul aplică degetele 2 și 3 pe stern (paralel cu sternul).
18. Forța cu care se aplică compresiunile pe stern trebuie să asigure o deplasare a sternului în interior cu 1/3 din diametrul toracelui (3–4 cm).
19. Viteza compresiunilor trebuie să fie de 100–120 miș/min.
20. Tehnica efectuării masajului cardiac în prezența a doi salvatori.
21. Primul salvator cuprinde trunchiul copilului cu ambele mâini, plasând policele unul peste altul pe stern.
22. Primul salvator efectuează compresiunile sternale, al doilea – respirația artificială.
23. Compresiunile se efectuează ritmic.
24. Reexpansiunea integrală a pieptului victimei, prealabilă exercitării unei noi compresi toracice, se efectuează fără desprinderea podului palmei de pe suprafața toracelui.
25. Dacă este posibil salvatorul ce realizează compresiunile toracice, se înlocuiește cu altă persoană la fiecare 2 minute de resuscitare în timpul fazei reexpansiunii toracice pentru a evita pauzele în administrarea masajului cardiac (înlocuitorul se va poziționa simetric, în partea controlaterală a victimei, fiind pregătit corespunzător).
26. Metoda policelui se efectuează numai de doi salvatori.
27. Anunțarea sistării efectuării compresiunilor (în cazul: succesului manevrelor de resuscitare, exprimat prin mișcările/respirațiile spontane ale pacientului, vorbire, tuse etc.; epuizării fizice a resuscitatorului; înlocuirii sale de către echipajul medical de urgență; declarării decedului victimei, cu înregistrarea timpului sistării manevrelor de resuscitare).

### **Locul desfășurării**

Sala de studii.

## **11. Tehnica efectuării respirației artificiale (gură la gură, gură-mască)**

Respirația artificială (gură la gură, gură-mască) este utilizată în managementul situațiilor în care victima este inconștientă, cu funcțiile vitale pierdute (situații de stop cardiorespirator).

### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de efectuare a respirației artificiale.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile efectuării respirației artificiale;
- tehnica efectuării respirației gură la gură;
- tehnica efectuării respirației gură-mască.

### **Materialele și metodele**

Manevra se efectuează:

- pe mulaj;
- pe folia de protecție cu filtru antibacterian de unică folosință;
- pe masca facială cu filtru antibacterian de unică folosință.

### **Tehnica**

1. Se efectuează hiperextensia capului. Mâna dreaptă a salvatorului se plasează dinspre capul victimei, la nivelul frunții, iar mâna stângă dinspre picioarele acestea, la nivelul cefei. Hiperextensia capului victimei se realizează exercitând presiune la nivelul frunții în timp ce mâna opusă fixează ceafa acesteia.
2. Se efectuează subluxația mandibulei. Menținând presiunea mâinii de la nivelul frunții victimei (pentru a păstra hiperextensia capului victimei), vârful degetelor II și III ale mâinii de pe ceafă se deplasează la nivelul mentonului (partea osoasă, mandibulară), prin împingerea în sus pentru protruzia mandibulei victimei.
3. Menținând mandibula subluxată, cu degetele unu se deschide cavitatea bucală pentru efectuarea reviziei vizuale în vederea determinării corpilor străini.
4. Fixând mandibula de bărbie, gura pacientului se cuprinde cu gura salvatorului (se utilizează măsurile de protecție personală a salvatorului – folia de protecție), astfel încât să se creeze un contur respirator ermetic.
5. Nasul pacientului se pensează și se efectuează insuflarea aerului.
6. Apoi gura salvatorului se îndepărtează pentru 2–3 sec., pentru a permite ieșirea aerului din pulmonii pacientului și a da posibilitate salvatorului să efectueze un inspir pentru următoarea insuflare de aer acestuia.
7. Cu ajutorul măștii faciale se efectuează respirația gură-mască.
8. Se efectuează tripla manevră Safar.
9. Masca se poziționează după regula întrebării CE? Degetele I și II formează litera „C” pe mască, iar degetele III, IV, V – litera „E”,

menținând mandibula, astfel încât să se formeze un contur respirator ermetic.

10. Prin orificiul măștii, salvatorul insuflă aer.

### **Locul desfășurării**

Sala de studii.

## **12. Manevra Heimlich**

### **(Manevra de dezobstrucție a căilor aeriene la maturi)**

Manevra Heimlich este utilizată în managementul situațiilor în care victima este conștientă și a aspirat în tractul respirator corpi străini.

### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de identificare a obstrucției căilor respiratorii cu un corp străin; aplicare a manevrelor de dezobstrucție a căilor respiratorii.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile efectuării manevrei de dezobstrucție a căilor respiratorii superioare;
- etapele manevrei.

### **Materialele și metodele**

Manevra se efectuează:

- pe student;
- pe mulaj.

### **Tehnica**

1. Identificarea victimei posibile care a aspirat un corp străin (ex.: s-a înecat cu mâncare). Imediat se apelează serviciul 903 anunțând situația.
2. Observarea manifestărilor clinice prezentate de victimă (tuse bruscă, cianoză, transpirații profuze, stridor – inspirație șuierătoare, dispnee, ochi înlăcrimați etc.).
3. Încurajăm victima să tușească pentru a elimina prin tuse corpul aspirat. Pentru aceasta asistăm victima să se plaseze în poziție ortostatică, susținând-o din lateral pentru a fi ușor aplecată înainte și sprijinind-o cu palma mâinii la nivelul pieptului.
4. Dacă căile respiratorii nu s-au eliberat de corpul străin se efectuează lovituri interscapulare.

5. Salvatorul se apropie de pacient din lateral, aplică palma pe partea anterioară a toracelui pe sub braț, pentru susținere în timpul loviturilor interscapulare.
6. Cu a doua mână salvatorul aplică 5 lovituri interscapulare victimei.
7. Dacă loviturile interscapulare nu au fost eficiente, se trece la următoarea etapă – manevra Heimlich.
8. Aproximarea de victimă din spate.
9. Cuprinderea victimei pe sub brațe, la nivelul abdomenului.
10. Îndepărtarea picioarelor victimei pentru lărgirea bazei de susținere.
11. Degetul mare este flectat în interiorul pumnului, care se plasează la mijlocul distanței dintre ombilic și procesul xifoid, perpendicular pe peretele abdominal.
12. Cuprinderea pumnului cu a doua mână, în căușul palmei (pentru a mări forța de aplicare a manevrei).
13. Efectuarea mișcărilor de compresiune sub formă de virgulă, orientate spre coloana vertebrală și regiunea cefalică, pentru a genera iritarea diafragmului, cu contracția subsecventă a acestuia și expulzarea forțată a aerului aflat distal de corpul străin aspirat, în intenția eliminării acestuia. Se efectuează 5 compresiuni.

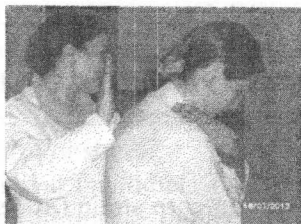


Fig. 5. Lovituri interscapulare.

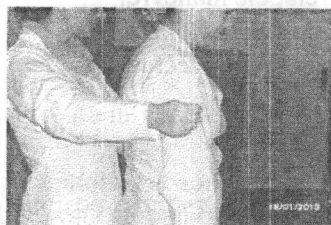


Fig. 6. Plasarea pumnului.



Fig. 7. Mișcări de compresiune sub formă de virgulă.

14. Dacă pe moment nu s-a reușit eliminarea corpului străin și pacientul își poate pierde conștiința din cauza hipoxiei cerebrale, este important de a-l susține, pentru a evita un traumatism craniocerebral.
15. Salvatorul (din spatele victimei) plasează un picior în anterior, printre picioarele victimei, celălalt în posterior, pentru a ocupa o poziție stabilă, lăsând victima să gliseze pe salvator.
16. Se aplică compresiuni abdominale la nivelul treimii medii a distanței dintre ombilic și procesul xifoid, cu podul palmei. Direcția compresiunilor – spre coloana vertebrală și regiunea cefalică. Pentru a genera iritarea diafragmului, cu contracția subsecventă a acestuia și expulzarea forțată a aerului aflat distal de corpul străin aspirat, se efectuează 5 compresiuni.
17. În caz de nereușită, se efectuează 2 insuflări sub presiune, pentru a deplasa corpul străin într-o bronhie.
18. Se efectuează hiperextensia capului. O mână a salvatorului se plasează dinspre capul victimei, la nivelul frunții, iar cealaltă, dinspre picioarele acesteia, la nivelul cefei. Realizarea hiperextensiei capului se obține exercitând o presiune la nivelul frunții victimei, în timp ce mâna opusă a salvatorului fixează ceafa acesteia.
19. Se efectuează sublucxația mandibulei. Menținând presiunea mâinii de la nivelul frunții victimei (pentru a păstra hiperextensia capului victimei), vârful degetelor II și III ale mâinii de pe ceafă se deplasează la nivelul mentonului (partea osoasă, mandibulară) prin cu împingerea în sus pentru protruzia mandibulei.
20. Menținând mandibula sublucxată, cu degetele unu se deschide cavitatea bucală, pentru efectuarea reviziei vizuale în vederea determinării prezenței corpilor străini.
21. Fixând mandibula de bărbie, se cuprinde gura pacientului cu gura salvatorului (se utilizează măsuri de protecție personală a salvatorului – folia de protecție), astfel ca să se creeze un contur respirator ermetic.
22. Se pensează nasul pacientului și se efectuează insuflarea de aer.
23. Se inițiază resuscitarea.

#### **Locul desfășurării**

Sala de studii.



### 13. Manevra Heimlich

#### (Manevra de dezobstrucție a căilor respiratorii la copii)

Manevra Heimlich este utilizată în managementul situațiilor cu victime conștiente care au aspirat corpi străini în tractul respirator.

#### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de identificare a obstrucției căilor respiratorii și de aplicare a manevrelor de dezobstrucție a acestora.

#### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile corespunzătoare în vederea efectuării manevrei de dezobstrucție a căilor respiratorii;
- etapele manevrei.

#### **Materialele și metodele**

Manevra se efectuează:

- pe student;
- pe mulaj.

#### **Tehnica**

1. Identificarea victimei posibile care a aspirat un corp străin (ex.: s-a înecat cu mâncare, piese mici de jucării). Apelarea serviciului 903 anunțând situația.
2. Copilul se plasează pe brațul salvatorului cu fața în jos.
3. Degetele arătător și trei se plasează la nivelul unghiului gurii, pentru a o menține deschisă.
4. Mâna salvatorului, pe care se află copilul, se sprijină pe coapsă.
5. Cu cealaltă mână se efectuează lovituri interscapulare (3 lovituri).
6. Apoi copilul se întoarce cu fața în sus și se efectuează două compresiuni sternale, se verifică cavitatea bucală în vederea depistării corpiilor străini, acest procedeu fiind repetat de trei ori. În timpul verificării cavității bucale capul copilului trebuie să se afle plasat mai jos decât trunchiul.
7. Dacă aceste acțiuni nu sunt eficiente, copilul se plasează pe un suport dur și se inițiază procedura de resuscitare.
8. Prima acțiune: două insuflări sub presiune pentru a deplasa corpul străin într-o bronhie. Astfel se eliberează un pulmon pentru a putea efectua resuscitarea. Se inițiază acțiunile de resuscitare.

#### **Locul desfășurării**

Sala de studii.

### 14. Aplicarea garoului Esmarch

Aplicarea garoului Esmarch este o metodă de hemostază, utilizată în caz de amputație unimomentană a membrului sau de lezare a unei artere de calibru mare de pe membre.

#### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de identificare a sursei hemoragiei externe și de aplicare a garoului Esmarch.

#### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile aplicării garoului Esmarch;
- regulile de aplicare a garoului;
- criteriile de evaluare a eficienței aplicării garoului Esmarch.

#### **Materialele și metodele**

Manevra se efectuează:

- pe student;
- pe mulaj.

#### **Tehnica**

1. Garoul Esmarch se aplică în caz de amputație unimomentană a membrului.
2. Lezarea unui vas sangvin de calibru mare (arteră).
3. Salvatorul determină pericolele potențiale ce ar putea periclita securitatea personală sau a pacientului (a victimei).
4. Salvatorul se apropie de mulaj (pacient) din partea laterală, la nivelul trunchiului și îngenunchează.
5. Salvatorul aplică lovituri ușoare (2–3) pe umărul pacientului (la mături) sau pe obraz (la copii).
6. Concomitent pacientul este întrebare ce s-a întâmplat și cum se simte.
7. Lipsa reacției din partea victimei indică faptul că aceasta este inconștientă.
8. Se examinează victima, inițial membrele superioare, pentru a determina dacă nu sunt plăgi ce ar fi surse de hemoragie.
9. În cazul în care victima este îmbrăcată (pe timp de iarnă), se examinează hainele la nivelul membrelor pentru a stabili dacă acestea nu sunt murdare de sânge, ceea ce ar fi un indiciu al unei hemoragii.
10. Hainele vor fi scoase. În situația în care aceasta este imposibil, ele vor fi tăiate cu foarfecele pe linia cusăturii.
11. La nivelul aplicării garoului se va face un pansament protector al pielii (pentru a evita aplicarea garoului pe pielea goală).
12. Garoul se aplică cu 10–15 cm mai sus de nivelul amputației.

13. Primul tur se face cu scopul de a fixa garoul.
14. Următoarele tururi acoperă doar o 1/3 din turul precedent.
15. Pe tot parcursul aplicării, garoul se ține tensionat.
16. Fixarea garoului se face prin apropierea capetelor și încheierea nas-turilor.
17. Se va efectua controlul eficacității aplicării garoului – stoparea he-moragiei.

În cazul în care pacientul este conștient:

1. Salvatorul va stabili pericolele potențiale ce ar putea periclita securitatea personală sau a pacientului (a victimei).
2. Bună ziua. Îmi zice ..... Sunt medicul care vă va acorda ajutor. Stați liniștit, nu vă mișcați.
3. Ce s-a întâmplat ? Ce vă doare?
4. Victima îi va indica locul traumei/durerii. (ex: Mă doare brațul stâng).
5. Examinați victima la nivelul membrului care îi provoacă dureri.
6. În cazul în care victima este îmbrăcată (pe timp de iarnă), se examinează hainele la nivelul membrelor pentru a se stabili dacă acestea nu sunt murdare de sânge, ceea ce ar fi un indiciu al unei eventuale hemoragii.
7. Hainele vor fi scoase, iar în cazul în care aceasta este imposibil, ele vor fi tăiate cu foarfecele pe linia cusăturii.
8. Se va aplica garoul.

#### **Locul desfășurării**

Sala de studii.

### **15. Aplicarea garoului improvizat**

Aplicarea garoului improvizat este o metodă de hemostază utilizată în caz de amputație unimomentană a membrului sau de lezare a unei artere de calibru mare de pe membre, la etapa de prespital.

#### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de identificare a sursei hemoragiei externe și de aplicare a garoului.

#### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile aplicării garoului;
- regulile de aplicare a garoului;
- stabilirea criteriilor de evaluare a eficienței aplicării garoului improvizat.

#### **Materialele și metodele**

Manevra se efectuează:

- pe student;
- pe mulaj.

#### **Tehnica**

1. Garoul improvizat se aplică numai în caz de amputație unimomentană a membrului.
2. Lezarea unui vas sangvin de calibru mare (arteră).
3. Salvatorul determină pericolele potențiale care ar putea periclita securitatea personală sau a pacientului (a victimei).
4. Salvatorul se apropie de mulaj (pacient) din partea laterală, la nivelul trunchiului și îngenunchează.
5. Se aplică lovituri ușoare (2–3) pe umărul pacientului (la maturi), sau pe obraz (la copii).
6. Concomitent pacientul este întrebat ce s-a întâmplat și cum se simte.
7. Lipsa reacției din partea victimei indică faptul că aceasta este inconștientă.
8. Se examinează victima, inițial membrele superioare pentru a determina dacă nu sunt plăgi ce ar fi surse ale hemoragiei.
9. În cazul în care victima este îmbrăcată (pe timp de iarnă), se vor examina hainele la nivelul membrelor pentru a se constata dacă acestea nu sunt murdare de sânge, ceea ce ar fi un indiciu al unei eventuale hemoragii.
10. Hainele vor fi scoase, iar în cazul în care operațiunea este imposibilă, ele se vor tăia cu foarfecele pe linia cusăturii.
11. Garoul improvizat poate fi confecționat din orice material moale, ce nu se va inclava în țesuturi (ex.: fâșie din bumbac, cravată).
12. Se prepară din garou un laț, astfel ca un capăt să fie mai scurt decât celălalt.
13. Se aplică lațul peste membrul lezat.
14. Se trece capătul lung prin laț, se strânge lațul și se leagă capetele garoului. Garoul se aplică cu 10–15 cm mai sus de nivelul amputației.
15. Se va efectua controlul eficacității aplicării garoului – oprirea hemoragiei.

În cazul în care pacientul este conștient:

1. Salvatorul va reliefa pericolele potențiale care ar putea periclita securitatea personală sau a pacientului (a victimei).
2. Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic și vă voi acorda ajutor. Stați liniștit, nu vă mișcați.

3. Ce s-a întâmplat ? Ce vă doare?
4. Victima îi va indica locul traumei/durerei (ex.: Mă doare brațul stâng).
5. Se va examina victima la nivelul membrului afectat.
6. La depistarea sursei hemoragiei, medicul îi va spune pacientului:  
– Dumneavoastră aveți o hemoragie și este absolut necesar să aplic garoul pentru a o stopa.
7. În cazul în care victima este îmbrăcată (pe timp de iarnă), se examinează hainele la nivelul membrelor pentru a se constata dacă acestea nu sunt murdare de sânge, ceea ce ar fi un indiciu al unei hemoragii.
8. Hainele vor fi scoase, iar în cazul în care aceasta este imposibil, ele se vor tăia cu foarfecele pe linia cusăturii. Medicul va explica necesitatea tăierii hainelor.
9. Se va aplica garoul.



**Fig. 8. Amputația unimomentană a membrului.**



**Fig. 9. Garou improvisat.**



**Fig. 10. Aplicarea lațului pe membrul lezat.**



**Fig. 11. Trecerea capătului lung prin laț, strângerea lațului și legarea capetelor garoului.**



**Fig. 12, 13. Garoul se aplică cu 10–15 cm mai sus de nivelul amputației.**



**Fig. 14. Controlul eficacității aplicării garoului: oprirea hemoragiei.**

### **Locul desfășurării**

Sala de studii.

### **16. Aplicarea garoului pe artera carotidă**

Aplicarea garoului pe artera carotidă este o metodă de hemostază utilizată în caz de lezare a acesteia.

#### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de identificare a sursei hemoragiei externe și de aplicare a garoului.

#### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile aplicării garoului;
- regulile de aplicare a garoului;
- criteriile de evaluare a eficienței aplicării garoului improvisat.



### **Materialele și metodele**

Manevra se efectuează:

- pe student;
- pe mulaj.

### **Tehnica**

1. Salvatorul identifică pericolele potențiale ce ar putea periclita securitatea personală sau a pacientului (a victimei).
2. Salvatorul se apropie de victimă.

*Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic și vă voi acorda ajutor. Stați liniștit, nu vă mișcați. Ce s-a întâmplat? Ce vă doare?*

3. Se va aplica o meșă de tifon care va fi comprimată manual la nivelul plăgii. În unele cazuri în plagă se poate aplica o foaie strânsă de formatul A4.
4. Se va aplica deasupra meșei sau foii din plagă un pansament compresiv.
5. După aplicarea pansamentului, se va face imobilizarea membrului lezat.



**Fig. 15.** Aplicarea garoului pe artera carotidă.

### **Locul desfășurării**

Sala de studii.

## **17. Aplicarea pansamentului compresiv**

Aplicarea pansamentului compresiv este o metodă de hemostază, utilizată în caz de lezare a vaselor sangvine cu diametru mic.

### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de identificare a sursei hemoragiei externe și de aplicare a pansamentului compresiv.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile aplicării pansamentului compresiv;
- regulile de aplicare a pansamentului compresiv;
- criteriile de evaluare a eficienței aplicării pansamentului compresiv.

### **Materialele și metodele**

Manevra se efectuează:

- pe student;
- pe mulaj.

### **Tehnica**

1. Salvatorul determină pericolele potențiale ce ar putea periclita securitatea personală sau a pacientului (a victimei).
2. Salvatorul se apropie de victimă (pacient) din partea laterală.  
*Sunt medic și vă voi acorda ajutor. Stați liniștit, nu vă mișcați.*
3. Se va aplica o meșă de tifon care va fi comprimată manual la nivelul plăgii.
4. Garoul se va aplica protejând de compresie artera carotidă intactă.
5. Se va ridica membrul superior din partea arterei carotide intacte.
6. Garoul va fi trecut pe deasupra membrului superior ridicat și va comprima numai artera carotidă lezată. Între garou și arteră trebuie să se afle meșă de tifon.

### **Locul desfășurării**

Sala de studii.

## **18. Imobilizarea membrului superior cu batista (triunghi)**

Imobilizarea membrului superior cu batista este o metodă de imobilizare la etapa de prespital.

### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de efectuare a imobilizării membrului superior.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- semnele clinice ale unei fracturi;
- principiul imobilizării membrului superior la etapa prespital.

### **Materialele și metodele**

Manevra se efectuează:

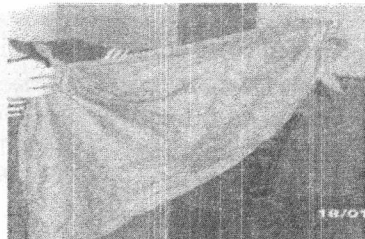
- pe student;
- pe mulaj;
- pânză în formă de triunghi;
- tifon.

### **Tehnica**

1. Salvatorul determină pericolele potențiale ce ar putea periclita securitatea personală sau a pacientului (a victimei).
2. Salvatorul se apropie de victimă (pacient).  
*Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic și vă voi acorda ajutor. Stați liniștit, nu vă mișcați. Ce s-a întâmplat? Ce vă doare?*
3. În funcție de acuze se va examina membrul superior lezat.
4. Inițial se va face imobilizarea manuală a fracturii.
5. Imobilizarea provizorie se efectuează pe batistă (triunghi). La unghiul de  $90^{\circ}$  a triunghiului se face un nod.



**Fig. 16.** Batistă (triunghi) pentru imobilizarea provizorie.



**Fig. 17.** La unghiul de  $90^{\circ}$  a triunghiului se face un nod.

6. Astfel se creează un buzunar pentru fixarea cotului. Membrul superior va fi fixat cu batista în așa mod ca nodul să fie plasat pe partea posterioară a cotului.
7. Capetele batistei se vor fixa după gât.
8. Imobilizarea definitivă se va face prin fixarea membrului superior de trunchi, prin aplicarea unui pansament circular în jurul trunchiului, pe sub mâna sănătoasă.



**Fig. 18.** Membru superior fixat cu batista cu nodul plasat pe partea posterioară a cotului.



**Fig. 19, 20.** Capetele batistei se vor fixa după după gât.



**Fig. 21.** Fixarea membrului superior de trunchi, prin aplicarea unui pansament circular în jurul trunchiului, pe sub mâna sănătoasă.

### **Locul desfășurării**

Sala de studii.

### **19. Imobilizarea membrului superior cu atele improvizate**

Imobilizarea membrului superior cu atele improvizate este o metodă de imobilizare la etapa de prespital.

#### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de efectuare a imobilizării membrilor lezate.

#### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- semnele clinice ale unei fracturi;
- principiul imobilizării membrilor la etapa de prespital.

### **Materialele și metodele**

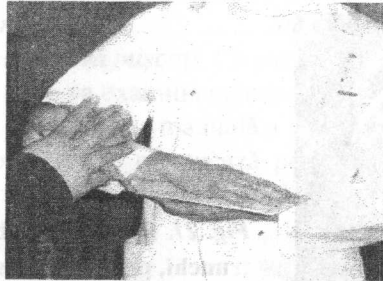
Manevra se efectuează:

- pe student;

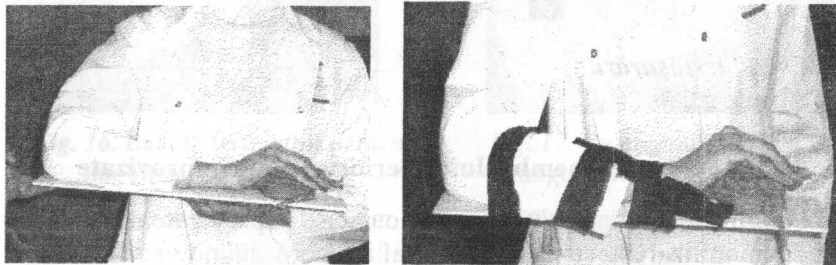
- pe mulaj;
- scândurele;
- tifon.

**Tehnica**

1. Salvatorul determină pericolele potențiale ce ar putea periclita securitatea personală sau a pacientului (a victimei).
2. Salvatorul se apropie de victimă (pacient).  
*Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic și vă voi acorda ajutor. Stați liniștit, nu vă mișcați. Ce s-a întâmplat? Ce vă doare?*
3. În funcție de acuzele victimei se va examina membrul lezat.



**Fig. 22. Imobilizarea cu ajutorul atelelor improvizate.**



**Fig. 23, 24, 25. Etapele de imobilizare prin fixarea segmentului fracturat.**

4. Inițial se va face imobilizarea manuală a fracturii.
5. Imobilizarea se va face cu atelele improvizate (material dur).
6. Se determină dimensiunile atelelor pe membrul sănătos.
7. Se face imobilizarea, fixând segmentul fracturat. Fixarea se face distal și proximal de fractură.

**Locul desfășurării**

Sala de studii.

**20. Imobilizarea membrului inferior cu atele improvizate**

Imobilizarea membrului inferior cu atele improvizate este o metodă de imobilizare la etapa de prespital.

**Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de efectuare a imobilizării membrilor.

**Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- semnele clinice ale unei fracturi;
- principiul imobilizării membrilor la etapa de prespital.

**Materialele și metodele**

Manevra se efectuează:

- pe student;
- pe mulaj;
- scândurele;
- tifon.

**Tehnica**

1. Salvatorul determină pericolele potențiale ce ar putea periclita securitatea personală sau a pacientului (a victimei).
2. Salvatorul se apropie de victimă (pacient).  
*Bună ziua. Mă numesc..... Sunt medic și vă voi acorda ajutor. Stați liniștit, nu vă mișcați. Ce s-a întâmplat ? Ce vă doare?*
3. În funcție de acuzele victimei se va examina membrul lezat.
4. Inițial se va face imobilizarea manuală a fracturii.
5. Imobilizarea se va face cu atelele improvizate (material dur).
6. Se determină dimensiunile atelelor pe membrul sănătos.
7. Se face imobilizarea, fixând segmentul fracturat.
8. Fixarea se face distal și proximal de fractură.

**Locul desfășurării**

Sala de studii.

## 21. Măsurarea tensiunii arteriale cu tensiometrul mecanic Moretti

Tensiunea arterială este forța cu care sângele apasă pe pereții arterelor prin care circulă. Cele două valori ale tensiunii arteriale (TA) sunt date de contracția și relaxarea inimii (sistolă, respectiv, diastolă). Valorile tensionale poartă numele de sistolică (valoarea cea mai mare) și diastolică (valoarea cea mai mică). În cazul unui adult, valorile presiunii arteriale situate sub nivelul de 140 de milimetri ai coloanei de mercur (prescurtat 140 mmHg) pentru sistolică și 90 mmHg pentru diastolică sunt considerate normale. În general, medicii consideră aceste valori ca un prag maxim admis.

### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de măsurare a tensiunii arteriale.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- valorile tensionale normale;
- principiul de măsurare a tensiunii arteriale.

### **Materialele și metodele**

Manevra se efectuează:

- pe student;
- tensiometru.

### **Tehnica**

1. Salvatorul stabilește pericolele potențiale ce ar putea periclita securitatea personală sau a pacientului (a victimei).
2. Salvatorul se apropie de victimă (pacient).  
*Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic și vă voi acorda ajutor. Stați liniștit, nu vă mișcați. Ce s-a întâmplat? Ce vă doare?*
3. În funcție de acuzele victimei se va adopta decizia de determinare a tensiunii arteriale.
4. Pacientul trebuie să fie în poziție șezând sau culcat, relaxat, fără să-și încrucișeze picioarele.
5. *Nu vă mișcați și nu vorbiți în timpul măsurării.*
6. Măsurările se pot face la un singur braț sau la ambele, luându-se în considerare valorile mai ridicate.
7. Se aplică tensiometrul direct pe piele.
8. Manșeta tensiometrului trebuie să acopere aproximativ două treimi din lungimea brațului (aproximativ 12–13 cm lungime).

9. Se începe insuflarea în tensiometru până la o cifră adecvată, la care nu se va mai palpa pulsul.
10. Apoi se eliberează lent aerul din manșetă. Dacă se folosește stetoscopul, primul zgomot auzit coincide cu valoarea tensiunii sistolice, iar ultimul – cu tensiunea diastolică.

### **Locul desfășurării**

Sala de studii.

## Bibliografie

1. Bergeron J. D., Bizjak G. FIRST RESPONDER. Fifth Edition, 1999.
2. Tintinalli J. E., Kelen G. D., Stapczynski J. S. MEDICINA DE URGENȚĂ (GHID PENTRU STUDIU COMPREHENSIV) Colegiul American al Medicină de Urgență, 2010.
3. Pediatric Advanced Life Support. © 2011 American Heart Association. Provider manual.
4. John E. Campbell, Alabama Chapter. Basic Trauma Life Support for Paramedics and Other Advanced Providers (4<sup>th</sup> Edition), 1999.



# ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR. MANOPERE PRACTICE

## (Curs pentru studenții anului II)

### 1. Spălarea medicală a mâinilor cu apă și săpun

#### Scopul

Dezvoltarea abilităților practice de spălare medicală a mâinilor cu apă și săpun.

#### Obiectivele

Studentul trebuie să cunoască:

- regulile de spălare medicală a mâinilor cu apă și săpun.

#### Materialele și metodele

- acces la robinet;
- apă;
- dispensator cu săpun;
- șervețele pentru deschiderea robinetului;
- șervețele pentru ștergerea mâinilor;
- coș de gunoi.

#### Tehnica

1. Dacă este cazul, eliberarea de haine a zonei antebrățelor prin ridicarea lor cu ajutorul unui șervețel de hârtie, aruncat apoi la coșul de gunoi.
2. Plasarea în fața chiuvetei fără a o atinge.
3. Utilizând dispozitivele speciale de declanșare a curgerii apei sau, în absența acestora, folosind un alt șervețel de hârtie, aruncat apoi la coșul de gunoi, deschiderea și reglarea robinetului:
  - pentru o temperatură adecvată a apei (nici prea fierbinte sau nici prea rece);
  - un debit al apei cât mai mare, dar care să nu provoace stropirea zonelor din afara perimetrului chiuvetei.
4. Spălarea mâinilor prin plasarea lor sub jetul de apă, vârful degetelor fiind orientate în jos.
5. Aplicarea a 4–5 ml de săpun din dispozitivele speciale cu ajutorul unui nou șervețel de hârtie.
6. Frecarea mâinilor: palmă pe palmă în sens circular.
7. Frecarea mâinilor: palmă pe față dorsală a mâinii controlaterale, intercalând degetele.

8. Frecarea mâinilor: palmă pe palma mâinii controlaterale, intercalând degetele.
9. Frecarea vârfulor degetelor, cu mișcări circulare, executate cu pumnii intercalați.
10. Frecarea policelui, alternativ, la ambele mâini, cuprinzându-1 în pumnul contralateral. Frecarea pliurilor palmare cu vârful degetelor mâinii controlaterale.



11. Durată minimă pentru timpii 4–8 este de 20 secunde.
12. Clătirea mâinilor prin plasarea lor sub jetul de apă, având vârful degetelor orientate în jos.
13. Ștergerea mâinilor cu șervețele de hârtie, schimbând orientarea antebrățelor deasupra chiuvetei, pentru ca vârful degetelor să fie orientate în sus:
  - prin tamponament, nu prin frecare;
  - unidirecțional, dinspre vârful degetelor spre încheietura mâinii;
  - utilizând un nou șervețel la ștergerea celeilalte mâini;
  - închiderea robinetului, în absența dispozitivelor speciale, cu ajutorul unui șervețel de hârtie curat.

#### Locul desfășurării

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

### 2. Spălarea medicală a mâinilor cu soluții alcoolice

#### Scopul

Dezvoltarea abilităților practice de spălare medicală a mâinilor cu soluții alcoolice.

#### Obiectivele

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile aplicării manevrei date;
- etapele manevrei date.

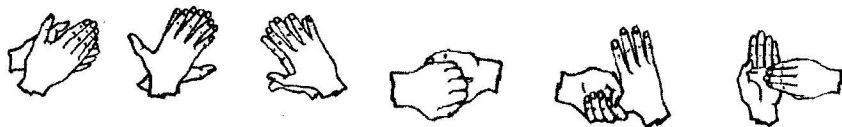
#### Materialele și metodele

- soluții alcoolice.



### **Tehnica**

1. Evaluarea potențialului risc alergic la soluția alcoolică utilizată; aplicarea a 4–5 ml de soluție alcoolică din dispozitive speciale (*practic o cantitate care să permită distribuirea soluției pe întreaga suprafață a mâinilor, prin intermediul unui șervețel de hârtie în lipsa accesoriilor speciale*).
2. Frecarea mâinilor: palmă pe palmă și în sens circular.
3. Frecarea mâinilor: palmă pe față dorsală a mâinii controlaterale, intercalând degetele.
4. Frecarea mâinilor: palmă pe palma mâinii controlaterale, intercalând degetele.
5. Frecarea vârfulor degetelor, cu mișcări circulare, executate cu pumnii intercalați.
6. Frecarea policelui, alternativ, la ambele mâini, cuprins în pumnul contralateral.
7. Frecarea pliurilor palmare cu vârful degetelor mâinii contralaterale.
8. Durata pentru timpii 2–7: până la uscarea soluției anterior distribuite la nivelul mâinilor.



### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

## **3. Îmbrăcarea mănușilor sterile**

### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de îmbrăcare a mănușilor sterile cu respectarea regulilor de aseptice și antiseptică.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile aplicării manevrei;
- regulile ce trebuie respectate la efectuarea manevrei.

### **Materialele și metodele**

- pereche de mănuși sterile;
- suprafața de lucru (fie o masă, un suport).

### **Tehnica**

1. După posibilitate, până a îmbrăca mănușile sterile, spălați-vă mâinile și uscați-le cu grijă.
2. Rupeți plicul exterior și scoateți plicul interior în care se găsesc mănușile. Această etapă ar trebui efectuată de o altă persoană.
3. Deschideți cu grijă ambalajul și apucați plicul interior de părțile laterale. Puneți mănușile sterile cât mai aproape de dumneavoastră.
4. Apucați cu mâna dreaptă manșeta rulată a mănușii stângi, scoateți mănușa stângă din plic și îmbrăcați-o pe mâna stângă.
5. Aveți grijă să nu atingeți mănușa de obiectele nesterile din preajmă.
6. Apucați cu mâna stângă înmănușată manșeta mănușii drepte, scoateți-o din ambalaj.
7. Introduceți mâna dreaptă în mănușa dreaptă ținând-o de manșetă cu mâna stângă.
8. Îndreptați manșeta mănușii drepte cu ajutorul mâinii stângi până când aceasta va acoperi mâneca costumului chirurgical.
9. Prindeți cu mâna dreaptă înmănușată de manșeta mănușii stângi și îndreptați-o până când aceasta va acoperi mâneca costumului chirurgical.

### **N.B. Sfaturi particulare:**

- scoateți bijuteriile de pe mâini;
- spălați mâinile și uscați-le, mai ales între degete;
- verificați dacă plicul exterior, în care sunt împachetate mănușile chirurgicale sterile, nu este deteriorat sau rupt (mănușile sunt sterile până în momentul defacerii plicului);
- după îmbrăcarea mănușilor, înlăturați excesul de pudră de pe ele ștergându-le cu un pansament steril;
- mănușile uzate trebuie aruncate în coșul special pentru reziduurile medicale.

### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

## **4. Îmbrăcarea halatului steril**

### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de îmbrăcare a halatului steril cu respectarea regulilor de aseptice și antiseptică.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- regulile de îmbrăcare a halatului steril.

### **Materialele și metodele**

- halat steril din bix sau în ambalaj separat, fie unul monoutilizabil în ambalaj de la producător;
- suprafața de lucru (sau o masă, un suport).

### **Tehnica**

1. Înainte de a îmbrăca un halat steril este obligatoriu să vă spălați mâinile cu apă și cu săpun, conform protocolului.
2. Ulterior prelucrați mâinile cu soluții alcoolice, conform protocolului.
3. Asistentul va deschide bixul, ridicând capacul metalic.
4. Pentru a confirma sterilitatea conținutului bixului trebuie să extrageți din el markerul sterilității care trebuie verificat vizual de către dumneavoastră și de către cel ce vă asistă.
5. Fără a atinge marginile bixului, apucați cu vârful degetelor capetele scutecului în care sunt plasate halatele și îndepărtați-le lateral pentru a vizualiza halatele împăturite.
6. Luați unul din halate și, ținându-l la distanță de corpul d-voastră, apucați-l de marginea de sus și despăturiți-l.
7. Luați cu mâna dreaptă marginea stângă de sus a halatului și avansați mâna stângă în mâneca respectivă până la apariția degetelor din mânecă.
8. Ulterior, cu mâna stângă, luați partea dreaptă de sus a halatului și avansați mâna dreaptă în mâneca respectivă până la apariția degetelor din mânecă.
9. Întoarceți spatele către asistent ca să vă ajute să ajustați halatul.
10. Asistentul apucă cordelele de sus ale halatului și le trage în spate, ajustând astfel mânecile și partea anterioară a halatului.
11. Asistentul leagă halatul la spate.
12. Apucați capetele cordonului de la nivelul taliei și prin îndepărtare lateral, dați-le asistentului.
13. Asistentul apucă capetele cordonului și le aduce în spate, unde le leagă.

**N.B.** În cazul halatului steril monoutilizabil se omit pașii 3–4.

1. Halatul va fi scos cu atenție din ambalajul producătorului.

2. Plasăm pachetul pe o suprafață în așa mod ca marginile ambalajului din interior să fie deasupra.
3. Apucați cu degetele unghiurile ambalajului și îndepărtați-le lateral, descoperind halatul steril. Următorii pași sunt comuni (6–9).
4. Apucați marginea cordonului fixat anterior la nivelul taliei halatului de care este atașată eticheta producătorului și dați-o asistentului.
5. Efectuați o rotire pe loc la stânga în timp ce asistentul ține cordonul întins, în felul acesta fixând cordonul la nivelul taliei.
6. Asistentul va fixa cordonul la spate cu cel de-al doilea capăt de cordon fixat lateral.

**N.B.** În cazul halatului steril ce vine în ambalaj separat se omit pașii 3-4, ceilalți fiind comuni.

### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

## **5. Măsurarea non-invazivă a tensiunii arteriale**

### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de măsurare a tensiunii arteriale.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- tehnica de determinare a tensiunii arteriale sistolice și diastolice la nivelul arterei brahiale;
- modificările tensiunii arteriale sistemice în funcție de starea pacientului (stres, efort, medicație cardiacă).

### **Materialele și metodele**

- pat pentru poziționarea subiectului;
- persoană care va servi drept subiect de studiu (un student);
- tensiometru cu manjete de diferite dimensiuni;
- fonendoscop;
- fișă marcată pentru înregistrarea grafică a tensiunii arteriale;
- carioci/creioane colorate.

### **Tehnica**

1. *Bună ziua. Mă numesc.....Sunt medic/asistent medical și vă voi examina astăzi.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*

3. Asigurarea unui mediu privat pentru examinare.
4. *Vă voi măsura tensiunea arterială, cu ajutorul unui aparat, numit tensiometru.*
5. *Este o manevră care presupune aplicarea unei manșete la nivelul brațului dumneavoastră și pe care o voi umfla manual până la o presiune care nu vă va incomoda. Apoi dezumflarea progresivă a acesteia, timp în care voi asculta cu stetoscopul artera brațului dumneavoastră.*
6. *Este foarte important pe durata manevrei să fiți relaxat/ă, calm/ă. dezgoliți brațul și sprijiniți antebrațul după cum o să vi-l poziționez eu (în flexie ușoară a cotului, antebrațul fiind sprijinit pe un plan orizontal, situat la nivelul cordului, mâna orientată cu fața palmară în sus). Brațul relaxat, picioarele libere pe podea.*
7. *Tensiunea arterială constituie un indiciu important al stării de sănătate, valorile acesteia vor determina diagnosticul și tratamentul.*
8. *Cunoașteți parametrii tensiunii dumneavoastră arteriale?*
9. *Sunteți alergic la ceva? La produsele din cauciuc, bunăoară?*
10. Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale curate (în leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau potențial infectant sporit al pacientului) ca parte a precauțiilor standard.
11. Decontaminarea cu un tampon îmbibat cu alcool sanitar a suprafeței mesei medicale, a olivelor stetoscopului, a piesei de auscultatie și a interiorului manșetei tensiometrului.
12. Verificarea conformității dimensiunii alese pentru manșetă (lățimea – 40% din circumferința brațului respectiv sau cu 20% mai lată decât diametrul brațului în zona mediană: 2/3 din circumferința brațului respectiv, încadrarea în marcajele special configurate ale manșetei tensiometrului).
13. În cazul în care trebuie aleasă o altă manșetă de dimensiuni adecvate, se recurge din nou la spălarea mâinilor, decontaminarea manșetei, urmată de verificarea conformității acesteia.
14. Inspecția brațului pentru depistarea unor eventuale leziuni. Utilizarea unui alt membru (braț controlateral, coapsă, gambă) în cazul în care la nivelul acestuia sunt prezente: leziuni traumatice sau alte patologii (ex. arsuri), bandaje voluminoase, aparate gipsate, perfuzii intravenoase, transfuzii sanguine, fistule arteriovenoase, evicții ganglionare regionale, mastectomie ipsilaterală (de aceeași parte).
15. Verificarea poziționării corecte a pacientului: flexie ușoară a cotului, antebrațul sprijinit pe un plan orizontal situat la nivelul cordului, mâna cu fața palmară orientată în sus, relaxată.
16. Detectarea, prin palpate, a poziționării arterei brahiale la nivelul zonei plicii cotului.
17. Aplicarea manșetei tensiometrului la nivelul brațului, respectând următoarele reguli:
  - mijlocul manșetei, marcajul special conceput de pe manșeta tensiometrului – la nivelul arterei brahiale;
  - marginea inferioară a manșetei – la 2,5 cm proximal de plica cotului;
  - manșeta – la nivelul brațului.
18. Determinarea valorii până la care trebuie umflată manșeta tensiometrului, de la care să pornească evaluarea TA:
  - palparea arterei brahiale la nivelul plicii cotului (pentru a detecta continuu prezența pulsației);
  - umflarea rapidă a manșetei tensiometrului până la o presiune la care nu se mai percep pulsațiile la nivelul arterei brahiale (nu este necesară detectarea valorii exacte a momentului presional la care survine dispariția pulsațiilor, importantă fiind efectuarea rapidă a manevrei, pulsațiile fiind absente cu certitudine);
  - dezumflarea rapidă și completă a manșetei tensiometrului.
19. Valoarea presională de debut în evaluarea TA = 30 mmHg + valoarea presională precizată anterior.
20. Temporizare (așteptare) 1–2 min., pentru a permite restabilirea circulației la nivelul brațului investigat.
21. Plasarea stetoscopului la nivelul canalelor auditive externe ale urechilor (olivele trebuie poziționate cu o ușoară orientare a axului lor spre anterior – dictată de orientarea normală a conductului auditiv extern) și a piesei de ascultare (clopotul) la nivelul zonei plicii cotului, unde a fost detectată prin palpate artera brahială.
22. Umflarea manșetei tensiometrului la valoarea presională de debut anterior determinată.
23. Scăderea progresivă, într-un ritm constant, a presiunii reflectate în manometru, prin dezumflarea manșetei (2–3 mmHg per secundă, aproximativ 3 secunde per interval de 10 mmHg).

24. În timpul acestei curse de reducere uniformă a presiunii din manșetă, identificarea valorii presionale corespondentă fazei I (momentul apariției zgomotelor Korotkoff – TA sistolică), respectiv, fazei V (momentul dispariției zgomotelor Korotkoff – TA diastolică), eventual, fazei IV (momentul atenuării marcate a zgomotelor Korotkoff – considerată în unele unități medicale ca și corespondent mai fidel al valorii TA diastolice).
25. Dezumflarea completă a manșetei tensiometrului.
26. Temporizare (așteptare) 1–2 min., pentru a permite restabilirea circulației la nivelul brațului investigat.
27. Reluarea determinării, umflând din nou manșeta la valoarea presională de debut.
28. Scăderea progresivă, într-un ritm constant, a presiunii reflectate în manometru, prin dezumflarea manșetei (2–3 mmHg per secundă, aproximativ 3 secunde per interval de 10 mmHg).
29. În timpul acestei curse de reducere uniformă a presiunii din manșetă, identificarea valorii presionale corespondentă fazei I (momentul apariției zgomotelor Korotkoff – TA sistolică), respectiv, fazei V (momentul dispariției zgomotelor Korotkoff – TA diastolică), eventual, fazei IV (momentul atenuării marcate a zgomotelor Korotkoff – considerată în unele unități medicale ca și corespondent mai fidel al valorii TA diastolice).
30. Dezumflarea completă a manșetei tensiometrului în cazul în care între cele două determinări există diferențe mai mari de 5 mmHg, reluarea determinării TA pentru a treia valoare după o așteptare de 1–2 min., rezultatul final fiind o medie a celor trei valori obținute pentru TA sistolică, respectiv, diastolică.
31. *Aveți tensiunea* ..... Înregistrarea acesteia în documentele medicale ale pacientului.
32. Desfacerea tensiometrului cu îndepărtarea acestuia de la nivelul brațului. Examinarea aspectului tegumentului subiacent, secundar exercitării presiunii locale din cadrul manevrei.
33. Decontaminarea cu un tampon îmbibat cu alcool sanitar a interiorului manșetei tensiometrului, a olivelor stetoscopului, a piesei de ascultație cu depozitarea acestora în locația respectivă (eventual, aruncarea ca deșeuri medicale a manșetelor de unică folosință, preconizate pentru utilizare la un singur pacient, pe parcursul spitalizării

- acestuia). Decontaminarea cu un tampon îmbibat cu alcool sanitar a suprafeței mășutei medicale utilizate.
34. *Puteți să vă îmbrăcați*. Protejarea pacientului (pat coborât la nivelul inferior de înălțime, ridicarea limitatoarelor laterale), poziționarea la îndemână a obiectelor personale (ex. telefon mobil, carte, rebus, paharul cu apă și telecomanda de apelare a sistemului medical). *Urmează să mai facem* (ex. electrocardiogramă) *peste aproximativ.....minute* (se oferă informații despre programul medical și despre intervalul de timp după care se va reveni la pacient).
35. TA se măsoară la ambele brațe (în cazul în care pacientul este la prima evaluare, urmând ca mai apoi TA să fie determinată numai la brațul la care valoarea TA a fost cea mai mare – în limitele normalului, la nivelul brațului dominant (drept la dreptaci, stâng la stângaci), valoarea determinată fiind superioară cu până la 10 mmHg celei controlaterale (diferențe mai mari de 10 mmHg semnaleză o patologie locală), în ortostatism, clinostatism și poziție șezândă (în cazul în care se suspicionează clinic hipotensiune ortostatică – astenie, vertije etc. În mod normal, nu există diferențe între valorile TA determinate în cele trei poziționări).
36. Anamneza:
  - *Cu cât timp în urmă ați servit o cafea? În ultimele 30 de minute?*
  - *Dar când ați fumat ultima țigară? În ultimele 30 de minute?*
  - *Sunteți în repaos de cel puțin 30 de minute?*
37. Reluarea eventuală a examinării după un repaos fizic și alimentar de 30 min, în cazul evaluării TA în patologia hipertensivă.

Tabelul 1

Valorile tensiunii arteriale în funcție de vârstă

Vârsta	Valorile normale ale TA	Limitele superioare ale normalului
1 an	95/65 mmHg	Nedeterminate
6–9 ani	100/65 mmHg	119/79 mmHg
10–13 ani	110/65 mmHg	124/84 mmHg
14–17 ani	120/80 mmHg	134/89 mmHg
18 ani – adult	120/80 mmHg	139/89 mmHg

**Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

## 6. Aprecierea pulsului la artera radială

### Scopul

Dezvoltarea abilității practice de apreciere a pulsului la artera radială.

### Obiectivele

Studentul trebuie să cunoască:

- tehnica de apreciere a pulsului la nivelul arterei radiale;
- tehnica de apreciere a frecvenței pulsului;
- schimbările pulsului în funcție de starea pacientului (stres, efort, medicație cardiacă).

### Materialele și metodele

- persoană care va servi drept subiect de studiu (un student);
- ceas cu secundar;
- fișă marcată pentru înregistrarea grafică a pulsului;
- carioci/creioane colorate.

### Tehnica

1. *Bună ziua. Mă numesc..... Sunt medic/asistent medical și vă voi examina astăzi.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru examinare.
4. *Vă voi determina frecvența pulsului la nivelul arterei radiale.*
5. *Este o manevră simplă care presupune identificarea și numărarea într-un interval scurt de timp (30 secunde, sau un minut) a frecvenței pulsului la nivelul unui vas arterial cum este artera radială. În timpul examinării nu veți simți nici un fel de disconfort.*
6. *Este foarte important ca în timpul determinării să fiți relaxat/ă, calm/ă. Vă rog să dezgoliți antebrațul și să-l sprijiniți după cum o să vi-l poziționez eu (flexie ușoară a cotului, antebrațului sprijinit pe un plan orizontal situat la nivelul cordului, mâna cu fața palmară orientată în sus). Brațul relaxat, picioarele libere pe podea.*
7. *Frecvența pulsului este un parametru important al stării de sănătate și în funcție de valorile înregistrate vom stabili tratamentul.*
8. *Știți care este frecvența pulsului dumneavoastră?*
9. Spălarea pe mâni, îmbrăcarea mănușilor medicale curate (în leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau potențial infectant sporit al pacientului) ca parte a precauțiilor standard.

10. Reperați artera radială la extremitatea distală a antebrațului, pe fața anterioară (palmară), în șanțul aflat în prelungirea policelui.
  11. Plasați degetele arătător, mediu și inelar (2,3,4) deasupra, pe traectul arterei radiale reperate.
  12. Exercițiați o presiune ușoară asupra arterei pe osul radial, astfel încât să percepeți sub degete pulsațiile sângelui.
  13. Fixați-vă un punct de reper pe cadranul ceasului de mână.
  14. Numărați timp de un minut pulsațiile percepute de degete sau timp de 30 sec. și înmulțiți cu 2 pentru a obține frecvența la un minut.
- N.B. Aprecierea timp de 30 sec este valabilă doar în cazurile unui puls ritmic.
15. Apreciați ritmul pulsului în timp ce măsurați frecvența.
  16. *Aveți o frecvență a pulsului de .....*(Înregistrarea acesteia în documentele medicale ale pacientului).
  17. Marcați printr-un punct roșu valoarea înregistrată în fișa de observare a pacientului.
  18. La prezența mai multor puncte, uniți-le între ele cu linii cu săgeată, obținând imaginea grafică a variațiilor pulsului pentru pacientul respectiv.
  19. *Puteți să vă îmbrăcați.* Protejarea pacientului (pat coborât la nivelul inferior de înălțime, ridicarea limitatoarelor laterale), poziționarea la îndemână a obiectelor personale (ex. telefon mobil, carte, rebus, a paharului de apă și a telecomenzii de apelare a sistemului medical. *Urmează să mai facem investigații (ex. electrocardiogramă) peste aproximativ.....minute, (se oferă informații asupra programului medical următor și asupra intervalului la care se va reveni la pacient).*

Tabelul 2

Frecvența pulsului în funcție de vârstă

Vârsta	Variațiile	Valorile medii
Nou-născut	120-160	140
Sugar (1-2 luni)	100-140	120
12 luni-2 ani	80-130	110
2-6 ani	75-120	100
6-12 ani	75-110	95
Adolescent	60-100	80
Matur	60-100	80

### Locul desfășurării

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.



## 7. Măsurarea temperaturii corpului

### Scopul

Dezvoltarea abilităților practice de măsurare a temperaturii corporale.

### Obiectivele

Studentul trebuie să cunoască:

- tehnica măsurării temperaturii corpului;
- criteriile de apreciere a evoluției unor boli cu component hipertermic.

### Materialele și metodele

În funcție de calea aleasă pentru măsurare:

- termometru din sticlă, oral sau rectal;
- termometru uzual pentru axilă;
- lubrifiant dacă se va recurge la metoda rectală;
- mănuși de unică folosință, comprese de tifon;
- ceas de mână;
- creion albastru;
- foaia de temperatură;
- recipient cu soluții de cloramină;
- acces la robinet cu apă caldă;
- detergenți pentru spălarea termometrului.

### Tehnica

1. *Bună ziua. Mă numesc..... Sunt medic/asistent medical și vă voi examina astăzi.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru examinare.
4. *Vă voi măsura temperatura corpului.*
5. *Este o manevră simplă care presupune plasarea unui dispozitiv, termometrul, în fosa axilară (cavitate bucală, rect) pentru o durată de aproximativ 10 minute. În timpul examinării nu veți simți nici un disconfort (disconfort minim în cazul termometriei la nivelul rectului).*
6. *Este foarte important ca în timpul măsurării temperaturii să fiți relaxat/ă, calm/ă.*
7. *Temperatura corpului este un parametru important al stării de sănătate care, într-un șir de cazuri, ghidează acțiunile terapeutice.*
8. *Culcați-vă pe spate cu fața în sus și fiți cât mai relaxat. Pentru măsurarea temperaturii în fosa axilară vă voi ruga să creați acces la ea*

(pentru măsurarea temperaturii oral – deschideți gura, pentru metoda rectală culcați-vă în decubit lateral și descoperiți zona fesieră).

9. Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale ca parte a precauțiilor standard.

### Metoda orală

1. Clătiți termometrul sub un jet de apă rece dacă a fost păstrat în soluții dezinfectante.
2. Ștergeți termometrul cu o compresă de tifon pentru a îndepărta urmele soluției chimice.
3. Prindeți strâns termometrul cu degetul mare și celelalte degete.
4. Scuturați termometrul printr-o mișcare puternică din articulația mâinii până la coborârea mercurului sub 36°C (sau 95°Fahrenheit).
5. Rugați pacientul să deschidă gura.
6. Plasați tubul cu mercur al termometrului pe partea dreaptă sau stângă a cavității sublinguale.
7. Instruiți pacientul cum să mențină termometrul:  
*Închideți atent gura apropiind buzele în jurul termometrului.*
8. *Mențineți termometrul sub limbă timp de 3 minute.*
9. Peste 3 minute îndepărtați termometrul și ștergeți-l cu tifon.
10. Citiți gradația de pe scala termometrului.
11. Spălați termometrul cu apă caldă și detergent, clătiți-l sub apă curgătoare.
12. Uscați termometrul și plasați-l fie în ambalajul său de plastic, fie în recipientul preconizat pentru termometre.
13. Spălați-vă pe mâini.
14. Înregistrați valoarea temperaturii prin notarea cu un punct albastru în foaia de temperaturi.

### Metoda axilară

1. Asigurați intimitatea pacientului și descoperiți axila.
2. Spălați și ștergeți termometrul dacă a fost ținut în soluții dezinfectante.
3. Scuturați termometrul pentru a coborî mercurul în rezervor, dacă este cazul.
4. Plasați bulbul termometrului în mijlocul axilei, paralel cu toracele.
5. Mențineți termometrul în axilă timp de 10 minute.
6. Îndepărtați termometrul și citiți gradația.
7. Spălați, clătiți și ștergeți termometrul după folosire.
8. Uscați termometrul și plasați-l fie în ambalajul său de plastic, fie în recipientul preconizat pentru termometre.

9. Spălați-vă pe mâini.
10. Înregistrați valoarea temperaturii prin notarea cu un punct albastru în foaia de înregistrare a temperaturii.

#### **Metoda rectală**

1. Spălați și ștergeți termometrul dacă a fost ținut în soluții dezinfectante.
2. Scuturați termometrul pentru a coborî mercurul în rezervor, dacă este cazul.
3. Puneți-vă mănuși de unică folosință.
4. Lubrifiați bulbul termometrului și zona din apropiere pe o distanță de 2,5 cm.
5. Asigurați intimitatea pacientului.
6. Așezați pacientul în decubit lateral și rugați-l să descopere zona fesieră.
7. Îndepărtați fesele pentru vizualizarea orificiului anal.
8. Introduceți termometrul în anus la o adâncime de aproximativ 3,8 cm la adult, 2,5 cm la copil și 1 cm la sugar.
9. Mențineți termometrul în loc pentru o durată de 3–5 minute.
10. Îndepărtați termometrul și ștergeți-l cu o compresă de tifon.
11. Ștergeți orice urmă de lubrifianț sau de materii fecale din jurul anusului.
12. Citiți gradația termometrului.
13. Spălați termometrul în apă caldă cu detergent și clătiți-l cu apă rece.
14. Uscați-l și așezați-l în ambalajul său de plastic sau în recipientul special pentru termometre rectale.
15. Spălați-vă pe mâini.
16. Înregistrați valoarea temperaturii prin notarea cu un punct albastru în foaia de înregistrare a temperaturii.

#### **Locul desfășurării**

Saia de studii în cadrul Centrului de simulări.

### **8. Pulsoximetria**

#### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de evaluare a funcțiilor respiratorii.

#### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- tehnica aprecierii saturației cu oxigen a Hb cu ajutorul pulsoximetrului (SpO<sub>2</sub>);
- criteriile de evaluare a rezultatelor pulsoximetriei.

#### **Materialele și metodele**

- pulsoximetru;
- soluții de acetonă pentru înlăturarea ojei;
- comprese de tifon;
- carioci;
- hartă de supraveghere a pacientului pentru înregistrarea rezultatelor măsurărilor.

#### **Tehnica**

1. *Bună ziua. Mă numesc..... Sunt medic/asistent medical și vă voi examina astăzi.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii .....*  
*Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru examinare.
4. *Vă voi determina saturația cu oxigen a hemoglobinei.*
5. *Este o manevră simplă care presupune plasarea unui dispozitiv, pulsoximetru, la nivelul falangei distale a unuia dintre degete. În timpul examinării nu veți simți nici un disconfort (doar că va trebui să fiți ceva mai prudent la mișcarea mâinii și a degetelor respective pentru a nu defecta dispozitivul).*
6. *Este foarte important ca în timpul examinării să fiți relaxat/ă, calm/ă. Pentru obținerea unor date informative trebuie înlăturată oja (valabil pentru persoanele a căror unghii sunt acoperite cu oja de culoare verde, neagră, roșie-brună).*
7. *Pulsoximetria ne pune la dispoziție informații cu privire la gradul de saturare a Hb cu O<sub>2</sub>, care depinde de starea funcțională a sistemului cardiovascular și respirator.*
8. *Vă rog, culcați-vă pe spate și relaxați-vă.*
9. Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale ca parte a precauțiilor standard.
10. Se aplică sensorul la nivelul falangei distale sau a lobului urechii astfel ca sensorul optic, care detectează lumina ce traversează țesuturile umane, să fie plasat posterior.
11. Pe ecranul monitorului se constată imaginea grafică a pulsoximetriei cu valoarea numerică a parametrului. Descrșterea valorii numerice a pulsoximetrului poate fi semnalată și prin reducerea intensității sunetului care la atingerea valorilor critice, presetate de către specialist, va activa sistemul de alarmă.
12. Limitele valorilor normale ale pulsoximetriei variază între 95–99%.

## Locul desfășurării

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

### 9. Asistarea pacientului la poziționarea sa la marginea patului și la deplasarea prin salon

#### Scopul

Dezvoltarea abilităților practice de mobilizare a pacientului la deplasarea în salon.

#### Obiectivele

Studentul trebuie să cunoască:

- regulile de asistare a pacientului la poziționarea sa la marginea patului;
- regulile de asistare a pacientului la deplasarea prin salon.

#### Materialele și metodele

- un subiect/manechin care necesită mobilizare;
- un pat medical funcțional cu frână;
- condiții ce respectă autonomia pacientului;
- centură pentru ambulație.

#### Tehnica

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă voi examina și asista astăzi.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*  
Asigurarea unui mediu privat pentru efectuarea manoperei (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.). Dacă nu au fost recent evaluate, se face determinarea TA și a frecvenței pulsului, pulsoximetria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C.
3. *Vă voi ajuta să vă ridicați pe marginea patului și să facem apoi o scurtă plimbare prin încăpere.*
4. *Manevra dată presupune poziționarea în pat culcat pe o parte, urmată de re-poziționarea în șezut la marginea patului, ridicarea în picioare după o mică pauză de acomodare și deplasarea prin salon. Pe toată durata manevrei vă voi susține pentru a preveni căderea dumneavoastră.*
5. *O să vă rog să urmați instrucțiunile mele pentru a evita accidentările. Dacă simțiți că amețiți sau că vă părăsesc puterile, mă anunțați imediat pentru a întreprinde măsurile ce se impun.*

6. *Aflarea îndelungată la pat poate agrava starea de sănătate, de aceea este important să reușiți să vă ridicați din pat și să vă deplasați prin salon.*
7. *Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale curate (în leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau potențial infectant sporit al pacientului) ca parte a precauțiilor standard.*
8. *Evaluarea necesarului de resurse umane și/sau de aparatură specifică pentru efectuarea ambulației pacientului:*
  - a. *Consultarea fișei medicale a pacientului pentru eventuale:*
    - diagnostice (hemiplegii – ex.: Accident vascular cerebral; afecțiuni ortopedice – ex.: fracturi; reumatologice – ex.: artroză, artrite etc.);
    - medicații ce diminuează capacitatea motorie a pacientului (sedative – ex.: Diazepam; antihistaminice – ex.: Romergan; tranchilizante – ex.: Xanax etc.).
  - b. *Examinarea generală pentru constatarea eventualei utilizări de către pacient a unor dispozitive de mers (ex.: cadru de mers, baston, cârje etc.), aparate ortopedice (ex.: orteze), existenței unor markeri de intervenție chirurgicală recentă.*

N.B. Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.

9. *Acum aveți dureri de piept? Probleme de respirație?*  
– Da. – Amânăm ambulația – evaluarea clinică, electrocardiografică, enzimatică – conform protocolului local de asistență a sindromului coronarian acut.
  10. *Astăzi ați coborât de unul singur din pat? Câte zile aveți de când stați numai la pat? Ați mers astăzi de unul singur la baie sau cu ajutorul cuiva? (evaluarea anamnezei pacientului în ceea ce privește mobilizările sale anterioare); pacientul se poate deplasa singur sau are nevoie de ajutor. Pentru realizarea ambulației efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.*
  11. *Ce greutate aveți? (pacienții supraponderali necesită mai mult de o persoană pentru asistența ambulației); efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.*
  12. *Puteți mișca cu ușurință brațele, picioarele? Îmi arătați și mie? Mulțumesc. Îndoiiți genunchii, coatele? Îmi arătați, vă rog. Mulțumesc.*
- N.B. Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.

13. *Rezistați unei deplasări mai lungi sau oboșiți repede?* (evaluarea duranței la efort a pacientului).
- N.B. Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.
14. *Vă simțiți slăbit? Puteți să stați în picioare fără ajutor? Sau cel puțin să vă ridicați de unul singur la marginea patului?*
- N.B. Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.
15. *Strângeți-mi, vă rog, degetele* (oferind degetele II și III ale mâinilor și apoi retrăgându-le din strânsoarea pumnilor pacientului evaluăm existența unei eventuale asimetrii în forța musculară a pacientului). *Pe care din brațe vă simțiți mai sigur... în care aveți mai multă forță? Pe care din picioare sunteți mai în siguranță? Cât de slăbit, lipsit de putere, vă simțiți brațul, piciorul afectat?* (în cazul unui deficit motor ușor sau moderat – medicul/asistentul medical se va plasa de acea parte a pacientului; în cazul unei deficiențe severe – plasa-rea va fi de partea opusă – cea fără probleme sau, eventual, cu deficiență mai redusă pentru a permite și pacientului să se sprijine eficient de cel ce îl asistă în ambulație).
16. *Evaluarea disponibilității pacientului de a coopera în timpul procedurii.*
- N.B. Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.
17. *Acum vă doare ceva?* (cu administrarea eventuală de medicație antalgică).
18. Identificarea și îndepărtarea eventualelor obstacole (ex.: mobilier, covoare lunecoase, aparatură medicală) ce pot fi prezente pe traseul ce urmează a fi parcurs în timpul procedurii.
19. Plasarea la îndemână a încălțărilor pe care pacientul le va folosi în ambulație (în laterala patului, de partea pe care se decide efectuarea ridicării în șezut a pacientului) și a centurii de ambulație (lângă pacient, în partea patului opusă poziționării medicului/asistentului medical).
20. Identificarea și poziționarea corespunzătoare a eventualelor echipamente medicale la care pacientul este conectat (ex. tubulatura perfuzoarelor, cateterului urinar, cablurile de înregistrare electrocardiografică, de monitorizare ECG, pulsoximetrică, temperatură corporală).

21. Poziționarea pacientului în poziție Fowler înalt (semișezând într-un unghi de 60–90° a trunchiului față de planul orizontal al membrelor și al abdomenului).
22. *Facem o pauză de cam un minut ca să vă obișnuiți cu noua poziție.* Menținerea acestei poziții timp de 1 minut (pentru a permite reglarea vasomotorie – adaptarea parametrilor circulației cerebrale la situația hemodinamică cauzată de noua poziție capul fiind situat deasupra nivelului inimii) *Ați amețit? Simțiți că ceva nu e în regulă sau dimpotrivă, că totul e normal?*
23. Plasarea pacientului în decubit lateral cu fața spre medic/asistent, cât mai aproape de marginea patului.
24. Poziționarea medicului/asistentului lângă pat, în dreptul coapsei pacientului, cu fața spre colțul opus (cel mai îndepărtat) de la capătul patului cu picioarele depărtate pentru a mări suprafața de sprijin.
25. Aplecarea înainte a trunchiului (medicului/asistentului medical) cu trecerea brațului dinspre capul pacientului pe sub umerii acestuia, cuprinzându-i. Coborârea centrului de greutate – prin flectarea genunchilor (medicului/asistentului medical).
26. Trecerea brațului dinspre picioarele pacientului sub coapsele acestuia, aproape de genunchi, cuprinzându-i. Contractia izometrică a musculaturii abdominale și a membrelor inferioare pentru a fixa această poziție (a medicului/asistentului medical). Ridicare ușoară a picioarelor pacientului prin intermediul brațului ce le cuprinde (pentru a le elibera din frecarea de planul patului).
27. Pivotarea pe călcâie pentru a roti pacientul cu picioarele la marginea patului (mișcare efectuată menținând fixă, rigidă partea superioară a corpului medicului/asistentului medical – deci fără torsiune/răsucire la nivelul coloanei vertebrale – mișcând corpul ca un întreg, prin rotirea lui la nivelul călcâielor prin tehnica transferului greutății propriului corp de pe piciorul dinspre capul pacientului pe celălalt picior).
28. Retragerea mâinii de la nivelul coapselor pacientului, ridicarea din poziția de flexie cu menținerea susținerii la nivelul spatelui acestuia (pentru a putea susține pacientul în cazul unei eventuale căderi posterioare a acestuia, pe spate, în pat). Păstrarea poziției șezând a pacientului la marginea patului minim încă 1 minut (pentru a permite reglarea vasomotorie – adaptarea parametrilor circulației cerebrale la situația hemodinamică cauzată de noua poziție – membrele

inferioare sunt plasate sub nivelul inimii cu dirijarea gravitațională a sângelui, predominant la nivelul acestora).

– Ați amețit? Simțiți că ceva nu e în regulă sau dimpotrivă, că totul e în regulă?

29. *Facem o pauză de 1 minut să vă obișnuiți cu noua poziție.*
30. Repoziționarea în fața pacientului, susținându-l cu mâinile plasate la nivelul antebrațelor sale.
31. Repoziționarea pacientului cât mai comod, mai la marginea patului, cu tălpile sprijinindu-se pe podea.
32. Evaluarea stării tegumentului de la nivelul spatelui pacientului, din punct de vedere al riscului de a dezvolta escare (leziuni ale pielii ce survin în zone de presiune, sub greutatea corpului, cauzate de întreruperea irigației locale – hrană, oxigen – printr-o comprimare prelungită a vaselor de sânge care deservesc zona respectivă).
33. Determinarea valorii tensiunii arteriale și a frecvenței cardiace (după trei minute de la poziționarea pe marginea patului, o scădere a valorii TA sistolice cu mai mult de 20 mmHg și/sau a celei diastolice cu mai mult de 10 mmHg semnifică hipotensiune ortostatică).
34. Plasarea centurii de ambulație la nivelul taliei pacientului, deasupra hainelor acestuia, într-o strânsoare moderată.
35. *O să încercăm să vă ridicăm în picioare. Pentru aceasta am să mă poziționez din nou în fața dumneavoastră susținându-vă de centura din jurul taliei. Dumneavoastră trebuie să vă sprijiniți cu mâinile de marginea saltelei. Poziționarea mâinilor pacientului de o parte și de alta a corpului, sprijinite pe saltea.*
36. *Pentru a vă ridica mai ușor trebuie să facem împreună un ușor balans al corpului: înainte – înapoi, iar când ajungem cu numărătoarea la 3 împingeți-vă în mâini și în picioare. Am să vă ajut și eu ca să vă ridicați în picioare. Să nu vă fie frică, întrucât vă susțin, iar dacă nu reușiți, vă reasez în pat, în poziția inițială.*
37. Repoziționarea în fața pacientului susținându-l cu mâinile plasate la nivelul centurii de ambulație, un picior în fața celui alt, genunchii flectați.
38. Inițierea balansului cu numărarea în voce tare: 1..... 2..... 3. *Foarte bine. Împingerea în spate a corpului medicului/asistentului medical prin intermediul contracției musculaturii membrului inferior aflat mai aproape de pacient și mușchilor fesieri, menținând spatele fix (prin tehnica transferului greutății propriului corp de pe piciorul dinspre pacient pe celălalt picior, mușchii coloanei vertebrale susțin*

doar coloana și nu trebuie utilizați pentru a ridica greutate suplimentare).

39. *Puteți să stați în picioare? Dacă amețiți sau simțiți că ceva nu e în regulă vă rog să îmi spuneți imediat!*
40. *Ne obișnuim acum cu poziția nouă.*  
Plasarea în lateral a pacientului, conform evaluării anterioare (de partea opusă celei afectate în caz de deficit sever; de aceeași parte cu cea afectată în cazul deficitului mediu / ușor).
41. Transferul poziționării mâinilor medicului/asistentului medical, din lateralele centurii de ambulație în partea centurii de la spatele pacientului, pe mijloc, cealaltă mână fiind plasată sub antebrațul pacientului, spre cotul acestuia, susținându-l.
42. *Haideți să facem câțiva pași.*  
Deplasarea în paralel cu pacientul, având o poziție stabilă, cât timp acesta pășește (cât pășește, riscul de a cădea este maxim, de aceea acesta este momentul în care cel ce îl asistă în deplasare trebuie să fie capabil să îl susțină eficient), deplasarea medicului/asistentului medical realizându-se rapid, cât pacientul se găsește într-o poziție stabilă, între pași ..... Deplasarea până la locul preconizat, cu poziționarea pacientului în fața unui scaun.
43. Rotirea pe loc, cu pași mici, la 180 de grade pentru a poziționa pacientul cu spatele cât mai aproape de scaun.
44. *Vă rog să vă sprijiniți cu mâna liberă de cotiera scaunului.*
45. *Așezați-vă ușor în scaun, îndoind ușor genunchii.* Plasarea în fața pacientului cu transferul poziționării mâinilor: cea din spatele pacientului pe laterala centurii dinspre medic/asistentul medical, iar cea de la nivelul antebrațului pacientului, pe laterala opusă a centurii. Poziționarea unui picior în fața celui alt cu flectarea genunchilor sincron cu pacientul.
46. *Așa. Acum prindeți cotierele scaunului cu ambele mâini. Și așezați-vă. Perfect.*
47. *Acum o să ne întoarcem la pat. O să încercăm să ne ridicăm în picioare. Am să stau din nou în fața dumneavoastră susținându-vă de centura din jurul taliei. Dumneavoastră vă sprijiniți cu mâinile de cotierele scaunului.*
48. *Facem din nou balansul corpului înainte-înapoi, iar când ajungem cu numărătoarea la 3, vă împingeți în mâini și picioare. Poziționarea*



în fața pacientului, susținându-l cu mâinile plasate la nivelul centurii de ambulație, un picior în fața celui alt, genunchii flectați.

49. Inițierea balansului, cu numărarea cu voce tare: 1...2.....3. – *Foarte bine.*

Împingerea în spate a corpului medicului/asistentului medical, prin intermediul contracției musculaturii membrului inferior aflat mai aproape de pacient și a mușchilor fesieri, menținând fix spatele.

*Totul e în regulă? Dacă amețiți sau dacă simțiți că ceva nu e în regulă, să-mi spuneți, vă rog, imediat.*

50. Ne obișnuim din nou cu poziția. Plasarea în laterala pacientului de partea adecvată cu transferul poziționării mâinilor medicului/asistentului medical din lateralele centurii de ambulație în partea de la spatele pacientului a centurii, pe mijloc, cu cealaltă mână plasată sub antebrațul pacientului spre cotul acestuia, susținându-l – *Haideți să mergem.*

Deplasarea în paralel cu pacientul.

51. În cazul în care pacientul are tendința de a cădea, susținerea acestuia prin forța brațelor, prin intermediul prizelor de la nivelul centurii și a antebrațului, cu poziționarea rapidă a medicului/asistentului medical, cu pași mărunți spre zona din spatele pacientului, coborându-l încet la nivelul solului, având grijă să-i protejăm capul de eventuale traumatisme. *Un coleg să mă ajute urgent. Avem un pacient căzut!*

### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

## **10. Poziția medicală de ortopnee a pacientului la nivelul patului**

### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de poziționare a pacientului în ortopnee la nivelul patului.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile aplicării manevrei date;
- tehnica de ortopnee a pacientului la nivelul patului.

### **Materialele și metodele**

– subiect/manechin;

- pat medical funcțional cu frână;
- condiții ce respectă autonomia pacientului;
- perne 70×50 (4 buc.).



Patul plasat, cu segmentul său cefalic, la un unghi de 90 de grade față de orizontală

Plasarea mai multor perne, suprapuse, la nivelul coapselor pacientului, realizând un "turn de perne" pe care pacientul se poate sprijini într-o poziție de ușoară flexie anterioară, permițând relaxarea musculaturii de susținere a posturii și odihnă

### **Tehnica**

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă voi asista astăzi.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru mobilizare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.). Dacă nu au fost recent evaluate, determinarea TA, frecvenței pulsului, pulsoximetria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C.
4. *Vă voi ajuta să vă ridicați în poziție șezând la nivelul patului. Este o manevră simplă care nu ar trebui să vă creeze careva disconfort. În cazul în care simțiți că ceva nu este în regulă, vă rog să mă anunțați imediat.*
5. *Insist să urmați instrucțiunile mele pentru a asigura succesul comun (cum poate să contribuie pacientul la realizarea procedurii).*

6. Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale curate (în leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau potențial infectant crescut al pacientului) ca parte a precauțiilor standard.
7. Segmentul cefalic, al patului plasat sub un unghi de 90 de grade față de orizontală.
8. Așezarea mai multor perne, suprapuse, la nivelul coapselor pacientului, realizând un „turn de perne” pe care pacientul se poate sprijini într-o poziție de ușoară flexie anterioară, permițând relaxarea musculaturii de susținere a posturii și odihnă.
9. *Totul este în regulă? Foarte bine.*
10. Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l când va fi o nouă schimbare.
11. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoximetria. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%.

### Locul desfășurării

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

## 11. Poziția medicală de decubit dorsal susținut a pacientului la nivelul patului

### Scopul

Dezvoltarea abilităților practice de poziționare a pacientului în decubit dorsal la nivelul patului.

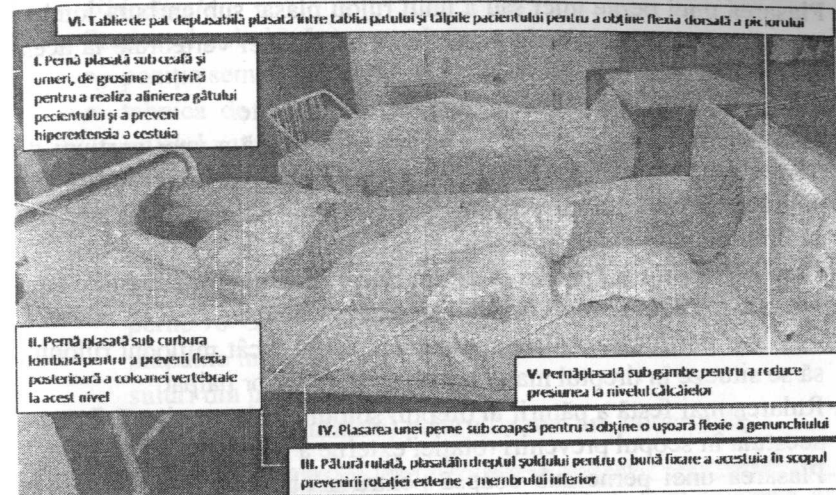
### Obiectivele

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile aplicării manevrei date;
- etapele efectuării acestei manevre.

### Materialele și metodele

- subiect/manechin;
- pat medical funcțional cu frână;
- condiții ce respectă autonomia pacientului;
- perne 70×50 (4 buc.);
- plapume înfățate;
- suluri din plapume rulate;
- tăblie mobilă (înfățată) pentru fixarea art. talocrurale.



### Tehnica

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă voi asista astăzi.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru poziționare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.). Dacă nu au fost recent evaluate, determinarea TA, frecvenței pulsului, pulsoximetria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C.
4. *Vă voi ajuta să stați culcat în decubit dorsal (pe spate). Este o manevră simplă care nu ar trebui să vă creeze careva disconfort. În cazul în care simțiți că ceva, nu este în regulă, vă rog să mă anunțați imediat.*
5. *Insist să-mi urmați strict instrucțiunile pentru a asigura succesul comun.*
6. Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale curate (doar în caz de leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau al unui potențial infectant sporit al pacientului) ca parte a precauțiilor standard.
7. Plasarea sub ceafă și umeri a unei perne de grosime potrivită pentru a realiza alinierea gâtului pacientului și a preveni hiperextensia acestuia (în special la pacienții cu torace globulos).

8. Plasarea unei perne mici sau a unui ruluu plasat sub curbura lombară, pentru a preveni flexia posterioară a coloanei vertebrale la acest nivel.
9. Plierea unui prosop/pături pe lungime, în jumătate.
10. Rularea strânsă a acestuia, cu păstrarea nerulată a unei porțiuni de 30 cm din acesta.
11. Inversarea ruloului cu poziționarea porțiunii nerulate spre pacient, în dreptul coapsei acestuia.
12. Precizarea prin palpate a poziționării protruberanței osoase a feței laterale a șoldului, reprezentată de marele trohanter.
13. Plasarea porțiunii nerulate sub pacient astfel încât mijlocul ruloului să se situeze în dreptul marelui trohanter, anterior palpat.
14. Rularea mai festă a păturii în dreptul șoldului pentru o bună fixare a acestuia în scopul prevenirii rotației externe a membrului inferior.
15. Plasarea unei perne sub coapsă pentru a obține o ușoară flexie a genunchiului (se previne astfel hiperextensia acestuia).
16. Plasarea pernei rulate între tâblia patului și tălpile pacientului (sau tâblie de pat deplasabilă) pentru a obține flexia dorsală a piciorului (se previne astfel „căderea piciorului”, flexia plantară a acestuia).
17. Plasarea pernei sub gambe pentru a reduce presiunea la nivelul călcâielor.
18. *Totul este în regulă? Foarte bine.*
19. Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l când va fi o nouă schimbare.
20. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoximetria. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%.

### Locul desfășurării

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

## 12. Poziția medicală semișezândă (Fowler) susținută a pacientului la nivelul patului

În funcție de gradul de elevare a extremității cefalice a patului (în raport cu nivelul șoldului pacientului): semi Fowler (15–45°), Fowler (45–60°), Fowler înalt (60–90°).

### Scopul

Dezvoltarea abilităților practice de poziționare a pacientului în poziția semișezândă (Fowler) la nivelul patului.

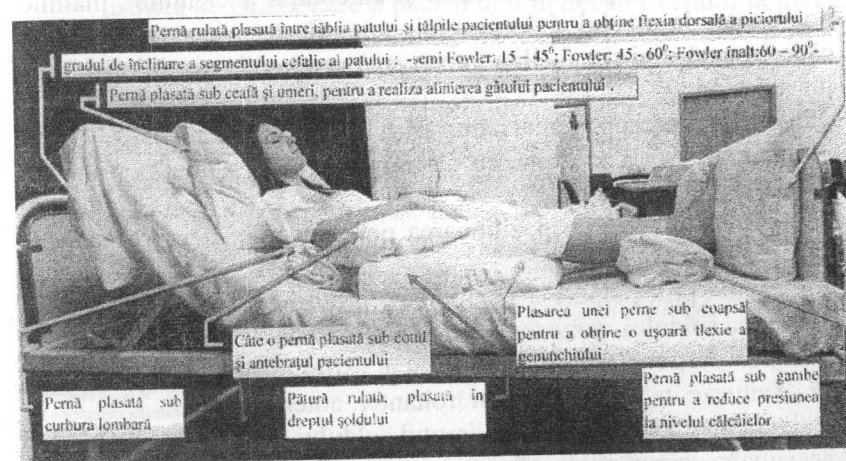
### Obiectivele

Studentul trebuie să cunoască:

- poziția semișezândă (Fowler) la nivelul patului;
- tehnica de poziționare a pacientului semișezând (Fowler) la nivelul patului.

### Materialele și metodele

- subiect/manechin;
- pat medical funcțional cu frână;
- condiții ce respectă autonomia pacientului;
- perne 70×50 (4 buc.);
- plapume înfățate;
- suluri din plapume rulate;
- tâblie mobilă (înfățată) pentru fixarea art. talocrurale.



### Tehnica

1. *Bună ziua. Mă numesc .....* Sunt medic/asistent medical și vă voi asista astăzi.
2. *Numele dumneavoastră.....* Data nașterii.....  
Mulțumesc.
3. Asigurarea unui mediu privat pentru poziționare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.). Dacă nu au fost recent evaluate, determinarea TA, frecvenței pulsului, pulsoximetria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C



4. *Vă voi ajuta să ocupați o poziție semișezândă în pat. Este o manevră simplă care nu ar trebui să vă creeze vreun disconfort. În cazul în care simțiți că ceva nu este în regulă, vă rog să mă anunțați imediat.*
5. *Insist să urmați instrucțiunile mele pentru a asigura succesul comun (cum poate pacientul să contribuie la realizarea procedurii).*
6. Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale curate (în leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau potențial infectant crescut al pacientului) ca parte a precauțiilor standard.
7. Plasarea sub ceafă și umeri a unei perne, de grosime potrivită, pentru a realiza alinierea gâtului pacientului și pentru a preveni hiperextensia acestuia.
8. Plasarea unei perne mici sau a unui rulou sub curbura lombară, pentru a preveni flexia posterioară a coloanei vertebrale la acest nivel.
9. Plasarea a câte o pernă sub cotul și antebrațul pacientului, mâinile poziționate la nivelul abdomenului, cotul flectat – pentru a preveni căderea umărului și a facilita întoarcerea venoasă la nivelul membrului superior.
10. Plierea unui prosop, a unei pături pe lungime, în jumătate.
11. Rularea strânsă a acestuia, cu păstrarea nerulată a unei porțiuni de 30 cm din acesta.
12. Inversarea ruloului cu poziționarea porțiunii nerulate spre pacient, în dreptul coapsei acestuia.
13. Precizarea prin palpate a poziționării protruberanței osoase a feței laterale a șoldului, reprezentată de marele trohanter.
14. Plasarea porțiunii nerulate sub pacient astfel încât mijlocul ruloului să se situeze în dreptul marelui trohanter, anterior palpat.
15. Rularea mai festă a păturii în dreptul șoldului pentru o bună fixare a acestuia în scopul prevenirii rotației externe a membrului inferior.
16. Plasarea unei perne sub coapsă pentru a obține o ușoară flexie a genunchiului (se previne astfel hiperextensia acestuia)
17. Plasarea unei perne rulate între tăblia patului și tălpile pacientului (sau tăblie de pat deplasabilă) pentru a obține flexia dorsală a piciorului (se previne astfel „căderea piciorului”, flexia plantară a acestuia).
18. Plasarea pernei sub gambe pentru a reduce presiunea la nivelul călcâielor.
19. *Totul este în regulă? Foarte bine.*
21. Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l când va fi o nouă schimbare.

20. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoximetria. TA:...../.....mmHg; Ps:...../min., SaO<sub>2</sub>.....%.

### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

### **13. Poziția medicală de decubit ventral susținut a pacientului la nivelul patului**

#### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de poziționare a pacientului în decubit ventral.

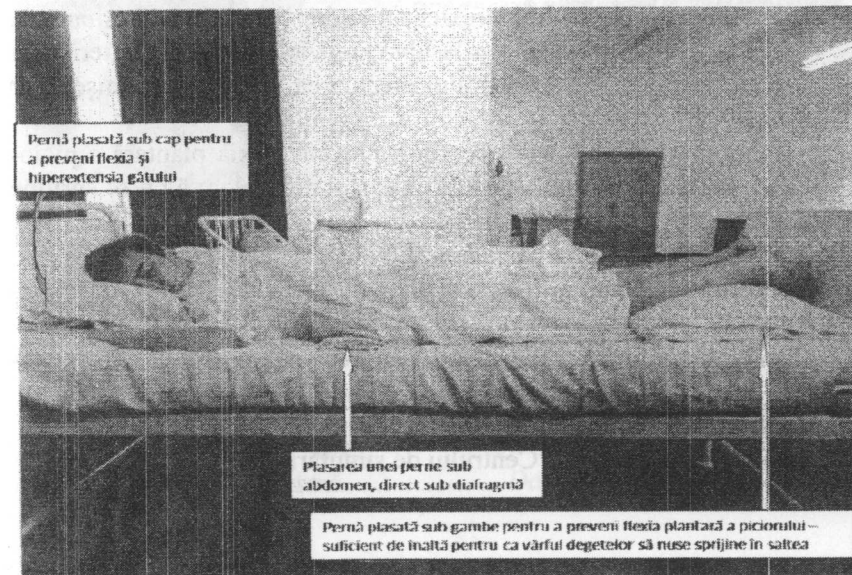
#### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- poziția de decubit ventral a pacientului la nivelul patului;
- tehnica de poziționare a pacientului în decubit ventral la nivelul patului.

#### **Materialele și metodele**

- subiect/manechin;
- pat medical funcțional cu frână;
- condiții ce respectă autonomia pacientului;
- perne 70×50 (4 buc.).



### Tehnica

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă voi asista astăzi.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru imobilizare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.). Dacă nu au fost recent evaluate, determinarea TA, frecvenței pulsului, pulsoximetria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C.
4. *Vă voi ajuta să stați culcat în decubit ventral (culcat pe burtă). Este o manevră simplă care nu ar trebui să vă creeze careva disconfort. În cazul în care simțiți că ceva nu e în regulă, vă rog să mă anunțați imediat.*
5. *Insist să urmați instrucțiunile mele pentru succesul comun.*
6. Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale curate (în leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau potențial infectant sporit al pacientului) ca parte a precauțiilor standard.
7. Plasarea pernei sub cap pentru a preveni flexia sau hiperextensia gâtului. Prudență la poziționarea capului pentru a preveni presiunea asupra globului ocular de la nivelul pernei.
8. Plasarea unei perne în zona abdomenului, direct sub nivelul diafragmului pentru a preveni hiperextensia curbării lombare, presiunea la nivelul sânilor (la femei) sau asupra organelor genitale externe (la bărbați), și a permite pacientului efectuarea mai facilă a mișcărilor respiratorii.
9. Plasarea pernei sub gambe pentru a preveni flexia plantară a piciorului – suficient de înaltă pentru ca vârful degetelor să nu se sprijine în saltea.
10. *Totul este în regulă? Foarte bine.*
11. Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l când va fi o nouă schimbare.
12. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoximetria. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%.

### Locul desfășurării

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

## 14. Poziția medicală de decubit lateral susținut a pacientului la nivelul patului

### Scopul

Dezvoltarea abilităților practice de poziționare a pacientului în decubit lateral.

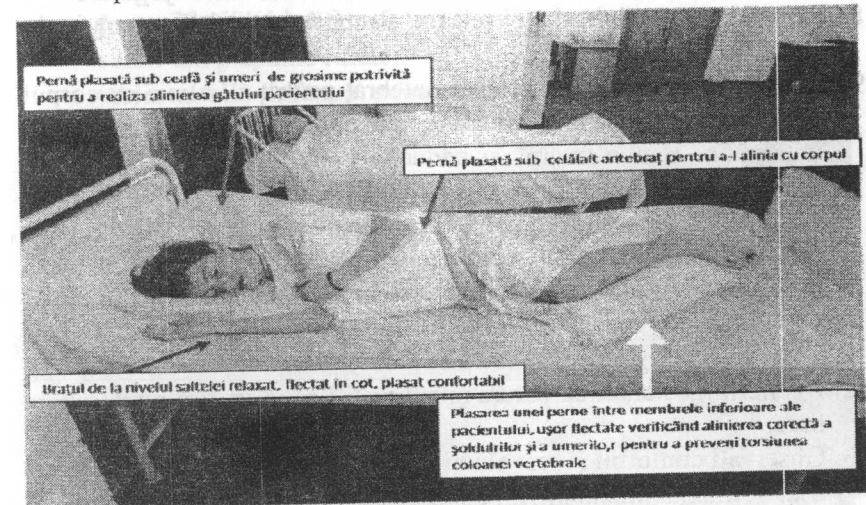
### Obiectivele

Studentul trebuie să cunoască:

- poziția de decubit lateral susținut a pacientului la nivelul patului;
- tehnica de poziționare a pacientului în decubit lateral la nivelul patului.

### Materialele și metodele

- subiect/manechin;
- pat medical funcțional cu frână;
- condiții ce respectă autonomia pacientului;
- perne 70×50 (4 buc.).



### Tehnica

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă voi asista astăzi.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*



3. Asigurarea unui mediu privat pentru mobilizare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.). Dacă nu au fost recent evaluate, determinarea TA, frecvenței pulsului, pulsoximetria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C.
4. *Vă voi ajuta stați culcat în decubit lateral (culcat pe o parte, fie pe stânga, fie pe dreapta). Este o manevră simplă care nu ar trebui să vă creeze careva disconfort. În cazul în care simțiți că ceva nu e în regulă, vă rog să mă anunțați imediat.*
5. *Insist să urmați instrucțiunile mele pentru succesul comun.*
6. Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale curate (în leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau potențial infectant sporit al pacientului) ca parte a precauțiilor standard.
7. Plasarea sub ceafă și umeri a unei perne, de grosime potrivită, pentru a realiza alinierea gâtului pacientului, a preveni flexia laterală a acestuia și suprasolicitarea mușchilor gâtului (m. sternocleidomastoidian), a nu compromite returul venos la nivelul venelor jugulare.
8. Brațul de la nivelul saltelei relaxat, flectat în articulația cotului, plasat confortabil.
9. Plasarea unei perne sub celălalt antebraț pentru a-l alinia cu corpul. Astfel este asigurată o amplitudine favorabilă a mișcărilor respiratorii, evitându-se rotația internă și adducția umărului, ce ar putea cauza limitări funcționale ulterioare la nivelul acestuia.
10. Plasarea unei perne între membrele inferioare ale pacientului, ușor flectate, verificând alinierea corectă a șoldurilor și a umerilor, pentru a preveni torsiunea coloanei vertebrale (secundară rotației interne și adducției coapselor).
11. *Totul este în regulă? Foarte bine.*
12. Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l când va fi o nouă schimbare.
13. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoximetria. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%.

#### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

## **15. Poziția medicală de semidecubit ventral susținut a pacientului la nivelul patului**

### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de poziționare a pacientului în semidecubit ventral.

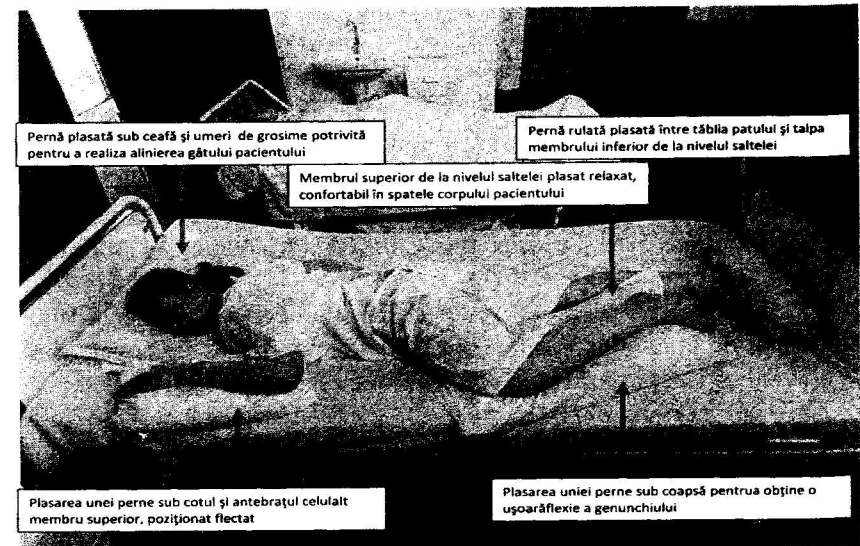
### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- poziția de semidecubit ventral susținut a pacientului la nivelul patului;
- tehnica de poziționare a pacientului în semidecubit ventral la nivelul patului.

### **Materialele și metodele**

- subiect/manechin;
- pat medical funcțional cu frână;
- condiții ce respectă autonomia pacientului;
- perne 70×50 (4 buc.);
- suluri din plapume rulate;
- tăblie mobilă (înfățată) pentru fixarea art. talocrurale.



Pernă plasată sub ceafă și umeri de grosime potrivită pentru a realiza alinierea gâtului pacientului

Pernă rulată plasată între tăblia patului și talpa membrului inferior de la nivelul saltelei

Membrul superior de la nivelul saltelei plasat relaxat, confortabil în spatele corpului pacientului

Plasarea unei perne sub cotul și antebrațul celălalt membru superior, poziționat flectat

Plasarea unei perne sub coapsă pentru a obține o ușoară flexie a genunchiului

3. Asigurarea unui mediu privat pentru mobilizare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.). Dacă nu au fost recent evaluate, determinarea TA, frecvenței pulsului, pulsoximetria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C.
4. *Vă voi ajuta stați culcat în decubit lateral (culcat pe o parte, fie pe stânga, fie pe dreapta). Este o manevră simplă care nu ar trebui să vă creeze careva disconfort. În cazul în care simțiți că ceva nu e în regulă, vă rog să mă anunțați imediat.*
5. *Insist să urmați instrucțiunile mele pentru succesul comun.*
6. Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale curate (în leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau potențial infectant sporit al pacientului) ca parte a precauțiilor standard.
7. Plasarea sub ceafă și umeri a unei perne, de grosime potrivită, pentru a realiza alinierea gâtului pacientului, a preveni flexia laterală a acestuia și suprasolicitarea mușchilor gâtului (m. sternocleidomastoidian), a nu compromite returnul venos la nivelul venelor jugulare.
8. Brațul de la nivelul saltelei relaxat, flectat în articulația cotului, plasat confortabil.
9. Plasarea unei perne sub celălalt antebraț pentru a-l alinia cu corpul. Astfel este asigurată o amplitudine favorabilă a mișcărilor respiratorii, evitându-se rotația internă și adducția umărului, ce ar putea cauza limitări funcționale ulterioare la nivelul acestuia.
10. Plasarea unei perne între membrele inferioare ale pacientului, ușor flectate, verificând alinierea corectă a șoldurilor și a umerilor, pentru a preveni torsiunea coloanei vertebrale (secundară rotației interne și adducției coapselor).
11. *Totul este în regulă? Foarte bine.*
12. Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l când va fi o nouă schimbare.
13. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoximetria. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%.

#### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

## **15. Poziția medicală de semidecubit ventral susținut a pacientului la nivelul patului**

### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de poziționare a pacientului în semidecubit ventral.

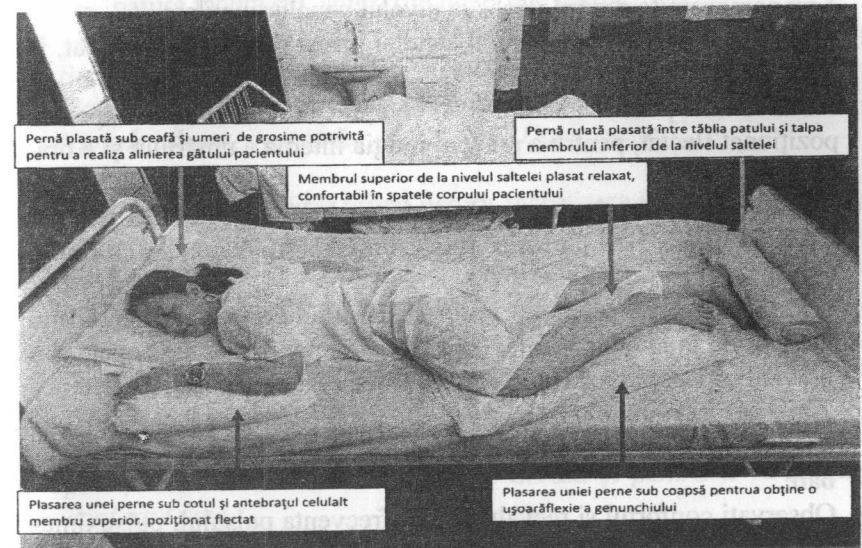
### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- poziția de semidecubit ventral susținut a pacientului la nivelul patului;
- tehnica de poziționare a pacientului în semidecubit ventral la nivelul patului.

### **Materialele și metodele**

- subiect/manechin;
- pat medical funcțional cu frână;
- condiții ce respectă autonomia pacientului;
- perne 70×50 (4 buc.);
- suluri din plapume rulate;
- tăblie mobilă (înfățată) pentru fixarea art. talocrurale.



### **Tehnica**

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă voi asista astăzi.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru mobilizare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.). Dacă nu au fost recent evaluate, determinarea TA, frecvenței pulsului, pulsoximetria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C.
4. *Vă voi ajuta să stați culcat în semidecubit ventral (culcat pe o parte, fie pe stânga, fie pe dreapta). Este o manevră simplă care nu ar trebui să vă creeze careva disconfort. În cazul în care simțiți că ceva nu e în regulă, vă rog să mă anunțați imediat.*
5. *Insist să urmați instrucțiunile mele pentru a asigura succesul comun.*
6. Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale curate (în leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau potențial infectant sporit al pacientului) ca parte a precauțiilor standard.
7. Plasarea sub ceafă și umeri a unei perne de grosime potrivită, pentru a realiza alinierea gâtului pacientului, a preveni flexia laterală a acestuia și suprasolicitarea mușchilor gâtului (m. sternocleidomastoidian), a nu compromite returul venos la nivelul venelor jugulare.
8. Membrul superior de la nivelul saltelei plasat confortabil, relaxat, în spatele pacientului.
9. Plasarea unei perne sub cotul și antebrațul celui alt membru superior, poziționat flectat, pentru a preveni rotația internă a umărului și a brațului.
10. Plasarea unei perne sub coapsă pentru a obține o ușoară flexie a genunchiului (se previne astfel rotația internă și adducția membrului inferior).
11. Plasarea unei perne rulate între tăblia patului și talpa membrului inferior de la nivelul saltelei (sau tăblie de pat deplasabilă) pentru a preveni „căderea piciorului”, flexia plantară a acestuia.
12. *Totul este în regulă? Foarte bine.*
13. Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l când va fi o nouă schimbare.
14. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoximetria. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%.

### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

### **16. Schimbarea poziției pacientului imobilizat, adinamic** (Schimbarea poziției din decubit dorsal în decubit lateral)

#### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de schimbare a poziției unui pacient adinamic din decubit dorsal în decubit lateral

#### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- modalitățile de prevenire a complicațiilor (escare, tromboze, înțetinirea tranzitului intestinal);
- tehnica de poziționare a pacientului adinamic din decubit dorsal în decubit lateral.

#### **Materialele și metodele**

- subiect/manechin;
- pat medical funcțional cu frână;
- condiții ce respectă autonomia pacientului;
- perne 70×50 (4 buc.);
- pătură făcută sul, suluri din materiale textile.

#### **Tehnica**

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă voi schimba astăzi lenjeria de corp.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru mobilizare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.) cu respectarea autonomiei pacientului.
4. Dacă nu au fost recent evaluate, determinarea TA, frecvenței pulsului, pulsoximetria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C.
5. *Ne cerem scuze pentru deranj și disconfortul minim în legătură cu schimbarea poziției dumneavoastră în pat (din decubit dorsal în decubit lateral). Este o manevră strict necesară pentru a preveni complicațiile asociate adinamismului de durată și pentru a vă asigura confortul fizic.*

6. Este o procedură inofensivă. Vă rog să-mi urmați instrucțiunile pentru a reduce la minim inconvenientele. În cazul în care simțiți că ceva nu e în regulă, vă rog să mă anunțați imediat.
7. Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale curate (în leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau potențial infectant sporit al pacientului) ca parte a precauțiilor standard.

**N.B.** Participă 1 sau 2 persoane, una având rol de coordonator.

8. Aduceți materialele auxiliare lângă pat.
9. Apropiati ușor pacientul împreună cu cearșaful de marginea opusă a patului (în raport cu cea spre care va fi întors pacientul).
10. Stați de partea patului spre care întoarceți pacientul.
11. Ridicați pătura și pliați-o spre partea opusă.
12. Prindeți cu mâna dinspre cap umărul pacientului, ridicați-l cu atenție și introduceți pătura sub spate (sau un sul) pentru a-l sprijini.
13. Plasați o pernă de grosime potrivită sub ceafă și umeri, pentru a realiza alinierea gâtului pacientului, a preveni flexia laterală a acestuia și suprasolicitarea mușchilor gâtului (m. sternocleidomastoidian), pentru a nu compromite returul venos la nivelul venelor jugulare.
14. Susțineți toracele pacientului, pentru a-i asigura stabilitate și cu mâna dinspre picioare rotiți bazinul și membrele inferioare spre dumneavoastră.
15. Sprijiniți spatele pacientului cu un sul de cearșaf.
16. Flectați ușor membrele inferioare și plasați o pernă între ele, verificând alinierea corectă a șoldurilor și a umerilor, pentru a preveni torsionarea coloanei vertebrale (secundară rotației interne și adducției coapselor).
17. Întindeți și fixați bine cearșaful de pat.
18. Brațul de la nivelul saltei este relaxat, flectat în articulația cotului, plasat confortabil.
19. Plasați altă pernă sub celălalt antebraț pentru a-l alinia cu corpul. Astfel este facilitată o cât mai bună amplitudine a mișcărilor respiratorii, evitându-se rotația internă și adducția umărului, ce ar putea cauza limitări funcționale ulterioare la nivelul acestuia.
20. *Totul este în regulă? Foarte bine.*
21. Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l când va fi o nouă schimbare.
22. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoximetria. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%.

## Locul desfășurării

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

## 17. Schimbarea poziției pacientului imobilizat, adinamic

(Schimbarea poziției din decubit lateral în decubit dorsal)

### Scopul

Dezvoltarea abilităților practice, de schimbare a poziției unui pacient adinamic din decubit lateral în decubit dorsal.

### Obiectivele

Studentul trebuie să cunoască:

- tehnica poziționării pacientului imobilizat, adinamic din decubit lateral în decubit dorsal.

### Materialele și metodele

- subiect/manechin;
- pat medical funcțional cu frână;
- condiții ce respectă autonomia pacientului;
- perne 70×50 (4 buc.);
- pătura făcută sul, suluri din materiale textile;
- tăblie de pat deplasabilă sau sac de nisip.

### Tehnica

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă voi schimba astăzi lenjeria de corp.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru mobilizare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.) cu respectarea autonomiei pacientului.
4. Dacă nu au fost recent evaluate, determinarea TA, frecvenței pulsului, pulsoximetria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C.
5. *Ne cerem scuze pentru deranj și disconfortul minim generat de schimbarea poziției dumneavoastră în pat (din decubit lateral în decubit dorsal). Este o manevră strict inevitabilă pentru a preveni complicațiile asociate adinamismului de durată și pentru a vă asigura confortul fizic.*
6. *Este o procedură inofensivă. Vă rog să-mi urmați instrucțiunile pentru a facilita procedeul și pentru a reduce la minim inconvenientele.*



*În cazul în care simțiți că ceva nu e în regulă, vă rog să mă anunțați imediat (cum poate pacientul să contribuie la realizarea procedurii).*

7. Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale curate (în leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau potențial infectant sporit al pacientului) ca parte a precauțiilor standard.
- N.B. Participă 1 sau 2 persoane, una având rol de coordonator.
8. Așezați-vă de partea patului spre care este orientat spatele pacientului și rugați o persoană să vă ajute.
9. Prindeți pacientul de sub axilă și sprijiniți-i capul pe antebraț.
10. Rugați ajutorul să introducă o mână sub bazinul pacientului.
11. Sincronizați-vă mișcările și executați o mișcare de rotație aducând pacientul în decubit dorsal.
12. Întindeți lenjeria de corp și de pat
13. Plasați sub ceafă și umeri o pernă de grosime potrivită pentru a realiza alinierea gâtului pacientului și a preveni hiperextensia acestuia (în special la pacienții cu torace globulos).
14. Plasați o perna mică sau un rulou sub curbura lombară pentru a preveni flexia posterioară a coloanei vertebrale la acest nivel.
15. Plierea unui prosop/pături pe lungime, în jumătate.
16. Rularea strânsă a acestuia, cu păstrarea nerulată a unei porțiuni de 30 cm din acesta.
17. Inversarea ruloului cu poziționarea porțiunii nerulate spre pacient, în dreptul coapsei acestuia.
18. Precizarea prin palpate a poziționării protruhanței osoase a feței laterale a șoldului, reprezentată de marele trohanter.
22. Plasarea porțiunii nerulate sub pacient astfel încât mijlocul ruloului să se situeze în dreptul marelui trohanter, anterior palpat.
23. Rularea mai festă a păturii în dreptul șoldului pentru o bună fixare a acestuia în scopul prevenirii rotației externe a membrului inferior.
24. Plasarea unei perne sub coapsă pentru a obține o ușoară flexie a genunchiului (se previne astfel hiperextensia acestuia).
25. Plasați o pernă rulată între tăblia patului și tălpile pacientului (sau tăblie de pat deplasabilă) pentru a obține flexia dorsală a piciorului (se previne astfel „căderea piciorului”, flexia plantară a acestuia).
26. Plasați o pernă sub gambe pentru a reduce presiunea la nivelul călcâielor.
27. *Totul este în regulă? Foarte bine.*

19. Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l când va fi o nouă schimbare.
20. Observați confortul și reevaluați TA, frecvenței pulsului, pulsoximetria. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%.

### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

## **18. Schimbarea poziției pacientului imobilizat, dinamic** (Schimbarea poziției din decubit dorsal în poziție șezând)

### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de schimbare a poziției unui pacient dinamic din decubit dorsal în poziție șezând.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- modalitățile de prevenire a complicațiilor (escare, tromboze, încetinirea tranzitului intestinal);
- tehnica de poziționarea a pacientului imobilizat din decubit în poziția șezând.

### **Materialele și metodele**

- subiect/manechin;
- pat medical funcțional cu frână;
- condiții ce respectă autonomia pacientului;
- perne 70×50 (4 buc.);
- pătura făcută sul, suluri din materiale textile;
- tăblie de pat deplasabilă sau sac de nisip.

### **Tehnica**

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă voi schimba astăzi lenjeria de corp.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru mobilizare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.) cu respectarea autonomiei pacientului.
4. Dacă nu au fost recent evaluate, determinarea TA, frecvenței pulsului, pulsoximetria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C.
5. *Ne cerem scuze pentru deranj și disconfortul minim cauzat de schimbarea poziției dumneavoastră în pat (din decubit dorsal în poziție șezând). Este o manevră strict necesară pentru a preveni complicațiile*



asociate adinamismului de durată și pentru a vă asigura confortul fizic.

6. Este o procedură inofensivă. Vă rog să-mi urmați instrucțiunile pentru a facilita procedeul și pentru a reduce la minim inconveniențele. În cazul în care simțiți că ceva nu este în regulă, vă rog să mă anunțați imediat (cum poate pacientul să contribuie la realizarea procedurii).
7. Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale curate (în leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau potențial infectant sporit al pacientului) ca parte a precauțiilor standard.

#### **A. De către o singură persoană**

1. Îndoți/pliați pătura și dezveliți pacientul până la mijloc.
2. Așezați-vă față în față cu pacientul, rugându-l să întoarcă puțin capul într-o parte.
3. Prindeți cu o mână regiunea axilară.
4. Îmbrățișați cu cealaltă mână spatelul pacientului, sprijinindu-i capul pe antebraț.
5. Rugați pacientul, care are resurse fizice, să vă prindă de umeri, să-și flecteze genunchii și să se sprijine pe tălpi.
6. Comandați mișcarea de ridicare, folosind un cuvânt de îndemn (de ex.: „sus“).
7. Ajutați pacientul să se ridice în timp ce se sprijină și deplasați-l ușor spre capul patului.
8. Sprijiniți spatelul cu pernă și cu rezemătorul mobil al patului de la extremitatea cefalică.
9. Plasați câte o pernă sub cotul flectat și antebrațul pacientului – pentru a spori condițiile de confort ale pacientului și pentru a facilita întoarcerea venoasă la nivelul membrului superior.
10. Asigurați menținerea poziției introducând un sul sub genunchii flectați.
11. Plasați perna rulată între tăblia patului și tălpile pacientului (sau tăblia de pat deplasabilă) pentru a obține flexia dorsală a piciorului (se previne astfel „căderea piciorului”, flexia plantară a acestuia) și fortifică poziția șezând.
12. *Totul este în regulă? Foarte bine.*
13. Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l când va fi o nouă schimbare.
14. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoximetria. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%.

#### **B. De către două persoane**

1. Așezați-vă de o parte și de alta a patului.
2. Îndoți/pliați pătura și dezveliți pacientul până la mijloc.
3. Încrucșați antebrațele pe spatelul pacientului.
4. Introduceți cealaltă mână în axilă.
5. Comandați mișcarea de ridicare și executați-o concomitent, folosind un cuvânt de îndemn (de ex. „sus“).
6. Sprijiniți spatelul cu pernă și cu rezemătorul mobil al patului de la extremitatea cefalică.
7. Plasați câte o pernă sub cotul flectat și antebrațul pacientului – pentru a spori condițiile de confort ale pacientului și pentru a facilita întoarcerea venoasă la nivelul membrului superior.
8. Asigurați menținerea poziției introducând un sul sub genunchii flectați.
9. Plasați pernă rulată între tăblia patului și tălpile pacientului (sau tăblia de pat deplasabilă) pentru a obține flexia dorsală a piciorului (se previne astfel „căderea piciorului”, flexia plantară a acestuia) și fortifică poziția șezând.
10. *Totul este în regulă? Foarte bine.*
11. Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l când va fi o nouă schimbare.
12. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoximetria. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%.

#### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

### **19. Schimbarea poziției pacientului imobilizat, dinamic** (Schimbarea poziției din șezând în decubit dorsal)

#### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de schimbare a poziției unui pacient dinamic din șezând în decubit dorsal.

#### **Obiectivele**

- modalitățile de prevenire a complicațiilor (escare, tromboze, încetinirea tranzitului intestinal);
- tehnica de poziționare a pacientului imobilizat din șezând în decubit dorsal.

#### **Materialele și metodele**

- subiect/manechin;
- pat medical funcțional cu frână;

- condiții ce respectă autonomia pacientului;
- perne 70×50 (4 buc.);
- pătura făcută sul, suluri din materiale textile;
- tăblie de pat deplasabilă sau sac de nisip.

### **Tehnica**

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă voi schimba astăzi lenjeria de corp.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru mobilizare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.) cu respectarea autonomiei pacientului.
4. Dacă nu au fost recent evaluate, efectuăm determinarea TA, frecvenței pulsului, pulsoximetria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps:...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C.
5. *Ne cerem scuze pentru deranj și disconfortul minim generat de schimbarea poziției dumneavoastră în pat (din șezând în decubit dorsal). Este o manevră strict necesară pentru a preveni complicațiile asociate adinamismului de durată și pentru a vă asigura confortul fizic.*
6. *Este o procedură inofensivă. Vă rog să-mi urmați instrucțiunile pentru a facilita procedeul și pentru a reduce la minim inconvenientele. În cazul în care simțiți că ceva nu e în regulă, vă rog să mă anunțați imediat.*
7. Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale curate (în leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau potențial infectant sporit al pacientului) ca parte a precauțiilor standard.
8. Îndoii/pleșiți pătura și dezveliți pacientul până la mijloc.
9. Îndepărtați pernele și sulurile
10. Așezați-vă față în față cu pacientul, rugându-l să întoarcă puțin capul într-o parte.
11. Prindeți cu o mână regiunea axilară.
12. Îmbrățișați cu cealaltă mână spatele pacientului, sprijinindu-i capul pe antebraț.
13. Rugați pacientul, care are resurse fizice, să vă prindă de umeri și lăsați-l ușor pe spate.
14. Reașterneți patul, întindeți lenjeria.

15. Plasați sub ceafă și umeri o pernă de grosime potrivită pentru a realiza alinierea gâtului pacientului și pentru a preveni hiperextensia acestuia (în special la pacienții cu torace globulos).
16. Plasați o pernă mică sau un rulou sub curbura lombară pentru a preveni flexia posterioară a coloanei vertebrale la acest nivel.
17. Plierea unui prosop, a unei pături pe lungime, în jumătate.
18. Rularea strânsă a acestuia, cu păstrarea nerulată a unei porțiuni de 30 cm din el.
19. Inversarea ruloului cu poziționarea porțiunii nerulate spre pacient, în dreptul coapsei acestuia.
20. Precizarea prin palpate a poziționării protruhanței osoase a feței laterale a șoldului, reprezentată de marele trohanter.
21. Plasarea porțiunii nerulate sub pacient astfel încât mijlocul ruloului să se situeze în dreptul marelui trohanter, anterior palpat.
22. Rularea mai festă a păturii în dreptul șoldului pentru o bună fixare a acestuia în scopul prevenirii rotației externe a membrului inferior.
23. Plasarea unei perne sub coapsă pentru a obține o ușoară flexie a genunchiului (se previne astfel hiperextensia acestuia).
24. Plasarea unei perne rulate între tăblia patului și tălpile pacientului (sau tăblia de pat deplasabilă) pentru a obține flexia dorsală a piciorului (se previne astfel „căderea piciorului”, flexia plantară a acestuia).
28. Plasarea unei perne sub gambe pentru a reduce presiunea la nivelul călcâielor.
29. *Totul este în regulă? Foarte bine.*
30. Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l când va fi o nouă schimbare.
31. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoximetria. TA:...../.....mmHg; Ps:...../min., SaO<sub>2</sub>.....%.

### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

## **20. Schimbarea lenjeriei de pat neocupat (fără pacient)**

### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de schimbare a lenjeriei pe un pat neocupat.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile aplicării manevrei;
- etapele efectuării manevrei date.

### **Materialele și metodele**

- mănuși de unică folosință;
- cărucior pentru lenjerie;
- cearșaf de pat;
- cearșaf de pătură/plic;
- fața de pernă;
- pătură;
- aleza, mușama (material impermeabil);
- două scaune cu spetează.

### **Tehnica**

1. Aplicarea mănușilor medicale curate ca parte a precauțiilor standard.
2. Îndepărtați noptiera de lângă pat.
3. Așezați cele două scaune cu spătar, spate în spate lângă patul pacientului, lateral, în partea dreaptă, spre capul patului.
4. Puneți sacul pentru lenjerie murdară în partea opusă a patului, la picioare.
5. Așezați materialele pregătite pe cele două scaune astfel: pătura și cearșaful de pătură pliate în armonică; mușama și aleza rulate din două părți egale până la mijloc, cearșaful de pat rulat la fel, fața de pernă.
6. Îndepărtați lenjerie murdară și introduceți-o în sacul special pregătit. Spălați-vă pe mâini, îmbrăcați mănuși.
7. Puneți cearșaful de pat peste saltea la mijloc.
8. Întindeți cu o mână o parte a cearșafului spre cap, iar cu cealaltă spre picioare (partea opusă).
9. Introduceți cearșaful adânc sub saltea la capetele patului și cu mâna de lângă pat prindeți partea liberă a cearșafului la o distanță de colț egală cu lungimea marginilor care atârnă și ridicați-o în sus lângă (pat) saltea.
10. Introduceți sub saltea partea din triunghiul format care o depășește, apoi lăsați în jos partea ridicată și introduceți sub saltea restul triunghiului împreună cu partea laterală a cearșafului realizând un plic.
11. Procedați la fel și pentru celelalte colțuri.

12. Așezați mușama și aleza la mijlocul patului și derulați-le ca pe cearșaful de pat.
13. Introduceți mușama și aleza adânc sub saltea pe părțile laterale ale patului. Întindeți cearșaful plic în lungimea patului și peste el pătura.
14. Introduceți pătura în cearșaf și fixați colțurile.
15. Fixați cearșaful și pătura la picioarele patului introducându-le sub saltea. Efectuați pliul de confort (cu o mână deasupra patului iar cu cealaltă dedesubt, trageți spre picioare și formați această cută).
16. Aranjați colțurile de la capătul distal al patului sub formă de plic. Introduceți pătura și cearșaful pe părțile laterale ale patului.
17. Puneți la capul patului perna înfășată.
18. Reașezați noptiera la locul ei de lângă pat și puneți cele două scaune la loc.
19. Scoateți sacul cu rufe murdare din salon și aerisiți salonul.
20. Scoateți mănușile, spălați-vă pe mâini.

### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul centrului de simulări.

## **21. Schimbarea lenjeriei patului ocupat de pacientul imobilizat**

(cu pacientul în poziție șezândă și în decubit)

### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de schimbare a lenjeriei de pat în funcție de gradul de mobilitate a pacientului.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- tehnologia de schimbarea a lenjeriei de pat în funcție de gradul de mobilizare a pacientului.

### **Materialele și metodele**

- cărucior pentru lenjerie;
- cearșaf plic;
- cearșaf de pat;
- fața de pernă;
- aleza, mușama (material impermeabil);
- învelitoare de flanelă sau o pătură moale;

- două scaune cu spătar;
- mănuși de unică folosință;
- sac pentru rufe murdare.

### **Tehnica**

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă voi schimba lenjeria de pat.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii.....*  
*Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru mobilizare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.) cu respectarea autonomiei pacientului.
4. Dacă nu au fost recent evaluate, determinarea TA, frecvența pulsului, pulsoximetria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C.
5. *Ne cerem scuze pentru deranj și disconfortul minim generat de schimbarea lenjeriei, dar procedura este necesară pentru a vă asigura igiena personală, confortul fizic și cel psihic.*
6. *Este o procedură inofensivă. Vă rog să-mi urmați instrucțiunile pentru a facilita procedeul și pentru a reduce la minim inconveniențele. În cazul în care simțiți că ceva nu e în regulă, vă rog să mă anunțați (cum poate să contribuie la realizarea procedurii).*

#### **A. La pacientul, care se poate ridica în poziție șezând, se folosește schimbarea în lățime.**

1. Aduceți materialele în salon.
2. Îndepărtați noptiera de lângă pat.
3. Așezați cele două scaune spate în spate.
4. Pregătiți materialele astfel:
  - rulați cearșaful de pat pe dimensiunea mică (în lățime) și așezați-l pe spătarele scaunelor; dacă pacientul necesită aleză și mușama, rulați-le împreună cu cearșaful;
  - îndepărtați pătura și lăsați pacientul acoperit cu cearșaful sau înlocuiți cu o pătură moale;
  - introduceți pătura în cearșaful plic și împachetați în armonică în trei la început pe lățime și apoi încă o dată reducând cele două dimensiuni (lungime, lățime) la o treime, așezați pe scaun fața de pernă.
5. Spălați mâinile și îmbrăcați mănușile.
6. Degajați cearșaful murdar de sub saltea.

7. Acoperiți pacientul și ajutați-l să se ridice în poziție șezând.
8. Rugați persoana care vă ajută să sprijine pacientul.
9. Îndepărtați perna și rulați cearșaful murdar până aproape de pacient.
10. Poziționați echidistant cearșaful curat la capătul patului și pe suprafața acestuia pentru a putea fi fixat sub saltea.
11. Derulați cearșaful curat până aproape de cel murdar.
12. Schimbați fața de pernă și așezați perna pe pat.
13. Culcați pacientul în decubit dorsal și rugați-l să se ridice puțin pentru a continua schimbarea.
14. Introduceți mâna dinspre capul pacientului sub regiunea fesieră și ridicați în același timp cu cel ce vă ajută.
15. Cu cealaltă mână rulați spre picioarele pacientului lenjeria murdară și întindeți cearșaful curat.
16. Ridicați în același mod picioarele și continuați rularea și, respectiv, derularea.
17. Introduceți cearșaful murdar în sac.
18. Întindeți bine cearșaful de pat, eventual mușama și aleza, și fixați-l sub saltea.

#### **B. La pacientul, care nu se poate ridica, se folosește schimbarea în lungime.**

1. Rulați cearșaful de pat într-o singură direcție, pe dimensiunea mare (lungime).
2. Așezați materialele pe scaune ca și în cazul precedent.
3. Spălați mâinile și îmbrăcați mănușile.
4. Îndepărtați cearșaful murdar de sub saltea.
5. Întoarceți pacientul în decubit lateral, sprijinindu-l sub axilă, sub umeri și la nivelul genunchilor.
6. Trageți perna spre marginea patului și așezați-o sub capul pacientului.
7. Rugați persoana care vă ajută să sprijine pacientul.
8. Rulați cearșaful murdar până lângă pacient și derulați cearșaful curat având grijă să fie bine poziționat pentru a putea fi fixat la capete și pe laterali.
9. Aduceți pacientul în decubit dorsal, apoi în decubit lateral pe partea opusă, sprijinind capul pe antebraț.
10. Trageți perna sub capul pacientului.
11. Continuați rularea cearșafului murdar și derularea celui curat.
12. Introduceți cearșaful murdar în sac.

13. Aduceți pacientul în decubit dorsal.
14. Întindeți bine cearșaful curat și fixați la capete și pe margini, executând colțul.
15. Schimbați fața de pernă.
16. Schimbarea cearșafului plic în ambele situații.
17. Așezați cearșaful cu pătura deasupra pacientului astfel încât marginea liberă dedesubt să fie sub bărbia bolnavului, iar cea de deasupra orientată spre picioarele pacientului.
18. Rugați pacientul sau o altă persoană să țină marginea cearșafului sub bărbia acestuia.
19. Așezați-vă de o parte a patului, iar ajutorul – de cealaltă.
20. Prindeți cu mâna dinspre capul pacientului colțul liber al cearșafului curat, iar cu cealaltă mână pe cel al cearșafului murdar.
21. Cu o mișcare rapidă, sincronizată, întindeți cearșaful curat împreună cu pătura și/sau învelitoarea și îndepărtați-l pe cel murdar.
22. Introduceți cearșaful murdar în sac.
23. Verificați dacă cearșaful de pat și lenjeria de corp sunt bine întinse.
24. Efectuați pliul de confort la picioarele pacientului și eventual fixați-l sub saltea, să nu alunece.
25. Așezați pacientul în poziție comodă sau în cea recomandată de afecțiunea și starea sa.
26. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoximetria. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%.
27. Îndepărtați învelitoarea și acoperiți pacientul cu pătura.
28. Îndepărtați sacul cu rufe murdare.
29. Reașezați noptiera la locul ei și cele două scaune.
30. Scoateți mănușile, spălați-vă pe mâini.

#### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

## **22. Schimbarea lenjeriei de corp în cazul pacientului imobilizat** (Schimbarea pijamalei)

### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de schimbare a pijamalei pacientului în funcție de gradul lui de mobilitate.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- indicațiile aplicării manevrei date;
- regulile ce trebuie respectate la efectuarea acestei manevre.

### **Materialele și metodele**

- pijama încălzită;
- cuvertură;
- pudră de talc;
- sac pentru lenjeria murdară;
- mănuși de unică folosință.

### **Tehnica**

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă voi schimba lenjeria de corp.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru mobilizare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.) cu respectarea autonomiei pacientului.
4. Dacă nu au fost recent evaluate, efectuăm determinarea TA, frecvenței pulsului, pulsoximetria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C
5. *Ne cerem scuze pentru deranj și disconfortul minim generat de schimbarea lenjeriei, dar procedura este strict necesară pentru a vă asigura condițiile de igienă personală, confortul fizic și psihic.*
6. *Este o procedură inofensivă. Vă rog să-mi urmați instrucțiunile pentru a facilita procedeul și pentru a reduce la minim inconveniențele. În cazul în care simțiți că ceva nu e în regulă, mă anunțați.*
7. Obțineți informații despre posibilitățile de mobilizare a pacientului.
8. Așezați lenjeria curată pe un scaun, în apropierea patului.
9. Pliati pătura la picioarele pacientului.
10. Înveliți pacientul cu un pled încălzit.
11. Spălați-vă mâinile, îmbrăcați mănuși de cauciuc.

### **A. Dezbrăcarea și îmbrăcarea pacientului care se poate ridica în poziție șezând.**

1. Descheiați nasturii pijamalei.
2. Ridicați pacientul în poziție șezând.
3. Rulați pijamaua de la spate spre ceafă și treceți-o peste cap, rugând pacientul să aplece capul.
4. Rulați fiecare mânecă și îmbrăcați pe rând brațele.
5. Scoateți mâinile în afara mâneilor.



6. Ridicați bluza pe spatele bolnavului și îmbrăcați umerii.
7. Fricționați ușor spatele pacientului.
8. Încheiați nasturii.

**B. Dezbrăcarea și îmbrăcarea pacientului care nu se poate ridica.**

1. Descheiați nasturii.
2. Întoarceți pacientul în decubit lateral și dezbrăcați brațul eliberat.
3. Întoarceți pacientul în decubit lateral invers și dezbrăcați celălalt braț, îndepărtând bluza.
4. Mențineți pacientul în decubit lateral. Fricționați ușor spatele pacientului.
5. Rulați mâneca și îmbrăcați brațul liber.
6. Întoarceți cu atenție pacientul în decubit lateral invers și îmbrăcați celalalt braț, întinzând bluza pe spate.
7. Aduceți pacientul în decubit dorsal.
8. Încheiați nasturii.

**C. Îndepărtarea și îmbrăcarea pantalonilor.**

1. Ridicați regiunea lombosacrată a pacientului și trageți cu grijă pantalonii spre picioare.
2. Așezați pacientul pe pat.
3. Ridicați ușor membrele inferioare și continuați dezbrăcarea.
4. Puneți pantalonii murdari în sac.
5. Observați aspectul membrelor inferioare.
6. Rugați persoana care vă ajută să ridice membrele inferioare ale pacientului.
7. Îmbrăcați pe rând fiecare membru și trageți pantalonii până aproape de șezut.
8. Coborâți și așezați pe pat membrele inferioare.
9. Ridicați regiunea fesieră și trageți în sus pantalonii.
10. Verificați dacă cearșaful e bine întins.
11. Încheiați nasturii.
12. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoxi-metria. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%;
13. Acoperiți pacientul cu plapumă.
14. Îndepărtați sacul cu rufe murdare.
15. Îndepărtați mănușile, spălați-vă mâinile.

**Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

**23. Schimbarea lenjeriei de corp în cazul bolnavului imobilizat**  
(Schimbarea cămășii de noapte)

**Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de schimbare a lenjeriei de corp a bolnavului imobilizat.

**Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- importanța menținerii stării de igienă și confort;
- modalitățile de prevenire a escarelor de decubit;
- regulile ce trebuie respectate la schimbarea lenjeriei de corp a bolnavului imobilizat.

**Materialele și metodele**

- cămașa de noapte încălzită;
- cuvertură;
- pudră de talc;
- sac pentru lenjeria murdară;
- mănuși de unică folosință.

**Tehnica**

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă voi schimba lenjeria de corp.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru mobilizare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.) cu respectarea autonomiei pacientului.
4. Dacă nu au fost recent evaluate, efectuăm determinarea TA, frecvenței pulsului, pulsoxi-metria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C.
5. *Ne cerem scuze pentru deranj în procesul de schimbare a lenjeriei, dar procedura este strict necesară pentru a vă asigura condițiile de igienă personală și confortul fizic.*
6. *Este o procedură inofensivă. Vă rog să-mi urmați instrucțiunile pentru a facilita procedeu și pentru a reduce la minim inconveniențele. În cazul în care simțiți că ceva nu e în regulă, vă rog să mă anunțați.*
7. Obțineți informații despre posibilitățile de mobilizare a pacientului.
8. Așezați lenjeria curată pe un scaun, în apropierea patului.
9. Plițați pătura la picioarele pacientului.

10. Înveliți pacientul cu o cuvertură încălzită.

11. Spălați-vă mâinile, îmbrăcați mănușile.

**A. Bolnav care se poate ridica în poziție șezând.**

a. *Dezbrăcarea cămășii*

1. Ridicați șezutul pacientului și trageți în sus cămașa.
2. Ridicați apoi pacientul în poziție șezând, dacă este posibil.
3. Rulați cămașa până la ceafă și treceți cămașa peste cap.
4. Scoateți mânecile prin coborârea brațelor.
5. Introduceți cămașa murdară în sacul de rufe.
6. Inspectați și observați modificările la nivelul punctelor de sprijin.
7. Pudrați cu talc.

*Îmbrăcarea cămășii*

1. Rulați cămașa curată de la poale către guler.
2. Rulați pe rând fiecare mânecă și îmbrăcați brațele.
3. Treceți cămașa curată și caldă deasupra capului, lăsând-o să alunece.
4. Ridicați șezutul și întindeți bine cămașa.
5. Încheiați nasturii.
6. Întindeți și fixați bine cearșaful de pat.

**B. Bolnav care nu se poate ridica** (schimbarea se face de către două persoane)

a. *Dezbrăcarea cămășii*

1. Ridicați șezutul, introducând mâinile sub regiunea fesieră și trageți cât mai mult cămașa spre regiunea lombară.
2. Întoarceți pacientul cu atenție în decubit lateral și strângeți cămașa până la axilă.
3. Readuceți pacientul în decubit dorsal, apoi în decubit lateral pe partea opusă și strângeți cămașa.
4. Readuceți pacientul în decubit dorsal, ridicați ușor umerii și trageți cămașa peste cap.
5. Dezbrăcați brațele.
6. Introduceți cămașa murdară în sac.

b. *Îmbrăcarea cămășii*

1. Rulați cămașa de la poale spre guler.
2. Rulați pe rând fiecare mânecă și îmbrăcați brațele.
3. Ridicați capul și umerii pacientului și treceți cămașa peste cap.
4. Întoarceți cu atenție pacientul în decubit lateral și întindeți cămașa.

5. Readuceți pacientul în decubit dorsal, apoi în decubit lateral pe partea opusă și procedați la fel.

6. Așezați pacientul în decubit dorsal, ridicați și întindeți bine cămașa și încheiați nasturii.

7. Întindeți și fixați bine cearșaful de pat.

8. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoximetria. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%;

9. Acoperiți pacientul cu plapumă.

10. Îndepărtați sacul cu rufe murdare.

11. Îndepărtați mănușile, spălați-vă mâinile.

**Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

**24. Poziționarea pacientului din pat în scaun/fotoliu**

**Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de mobilizare a pacientului pentru poziționarea sa din pat în scaun/fotoliu.

**Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- modalitățile de prevenire a complicațiilor asociate adinamismului;
- condițiile de stimulare a tonusului fizic și psihic;
- indicațiile manevrei date;
- etapele efectuării acestei manevre.

**Materialele și metodele**

- subiect/manechin;
- pat medical funcțional cu frână;
- condiții ce respectă autonomia pacientului;
- scaun cu rotile sau fotoliu;
- centură de ambulație.

**Tehnica**

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă voi ajuta să treceți din pat în scaun/fotoliu.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*

3. Asigurarea unui mediu privat pentru mobilizare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.) cu respectarea autonomiei pacientului.
4. Dacă nu au fost recent evaluate, efectuăm determinarea TA, frecvența pulsului, pulsoximetria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C.
5. *Vom încerca astăzi să vă ridicăm din pat și să vă așezăm în fotoliu.*
6. *Este o manevră care presupune inițial poziționarea în șezut, la marginea patului, ulterior poziționarea în scaun cu rotile/fotoliu, după o mică pauză de acomodare. Pentru a preveni căderea și lovirea dumneavoastră, vă voi susține pe toată durata manevrei (în ce constă manevra).*
7. *Vă rog să urmați instrucțiunile mele pentru a evita traumatizările. Dacă simțiți că amețiți sau dacă vă pierdeți puterile mă anunțați imediat ca să putem lua măsurile de rigoare.*
8. *Aflarea prelungită la pat vă poate agrava starea de sănătate. Este important să reușim această manevră (la ce îi folosește pacientului procedura pe care urmează să o efectuăm).*
9. Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale curate (în leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau potențial infectant sporit al pacientului) ca parte a precauțiilor standard.
10. Evaluarea necesarului de resurse umane și/sau de aparatură specifică pentru efectuarea ambulației pacientului.
11. Consultarea fișei medicale a pacientului pentru eventuale:
  - diagnostice (hemiplegii – ex.: accident vascular cerebral; afecțiuni ortopedice – ex.: fracturi; reumatologice – ex.: artroză, artrite etc.);
  - medicații ce diminuează capacitatea motorie a pacientului (sedative – ex.: Diazepam; antihistaminice – ex.: Romergan; tranșilizante – ex.: Xanax etc.).
12. Examinarea generală pentru evidențierea eventualei utilizări de către pacient a unor dispozitive de mers (ex.: cadru de mers, baston, cârje etc.), aparate ortopedice (ex.: orteze), existenței unor markeri de intervenție chirurgicală recentă.

**N.B.** Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.

13. *Aveți acum dureri de piept? Probleme de respirație?*

– Da. – Amânăm ambulația – evaluare clinică, electrocardiografică, enzimatică - conform protocolului local de asistență a sindromului coronarian acut.

14. *Ați coborât din pat astăzi? Câte zile aveți de când stați numai la pat? Astăzi ați mers la baie de unul singur? Sau cu ajutorul cuiva? (evaluarea anamnezei pacientului în ceea ce privește mobilizările sale anterioare); pacientul se poate deplasa singur sau are nevoie de ajutor; pentru realizarea ambulației.*

**N.B.** Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.

15. *Care este greutatea dumneavoastră? (pacienții supraponderali necesită mai mult de o persoană pentru asistența ambulației).*

**N.B.** Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.

16. *Puteți mișca fără efort brațele, picioarele? Demonstrați-mi, vă rog. Mulțumesc. Îndoiiți genunchii, coatele? Demonstrați-mi, vă rog. Mulțumesc.*

**N.B.** Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.

17. *Vă simțiți slăbit? Fără forță? Puteți sta în picioare fără ajutor? Sau cel puțin să vă ridicați de unul singur la marginea patului?*

**N.B.** Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.

18. *Strângeți-mă de degete (oferind degetele II și III ale mâinilor și apoi retrăgându-le din strânsoarea pumnilor pacientului pentru a evalua o eventuală asimetrie în forța musculară a pacientului). În care braț aveți mai multă forță. Pe care picior vă țineți mai bine? Cât de slăbit, lipsit de putere, vă simțiți brațul, piciorul afectat? (în cazul unui deficit motor ușor sau moderat – medicul/asistentul medical se va plasa pe acea parte a pacientului; în cazul unei deficiențe severe – plasarea de partea opusă – cea fără probleme sau, eventual, cu deficiență mai redusă; aceasta pentru a permite și pacientului să se sprijine eficient de cel ce îl asistă în ambulație).*

19. Evaluarea disponibilității pacientului de a coopera în timpul procedurii.

**N.B.** Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.

20. *Momentan vă supără ceva? (cu administrarea eventuală de medicație antalgică).*

21. Identificarea și îndepărtarea eventualelor obstacole (ex.: componente de mobilier, covoare alunecoase, aparatură medicală) ce pot fi prezente la nivelul traseului de deplasare care va fi parcurs în cadrul procedurii.
22. Plasarea paralelă cu patul (mai aproape de extremitatea podalică) a scaunului cu roțile/fotoliului cu rezemătoare lipită de laterala patului (pentru a reduce distanța de parcurs). Blocați roțile scaunului/fotoliului prin intermediul fixativelor.
23. Plasarea la îndemână a încălțărilor de care pacientul va avea nevoie (în laterala patului, pe partea pe care se află scaunul cu roțile/fotoliu) și a centurii de ambulație (lângă pacient, în partea patului opusă poziționării medicului/asistentului medical).
24. Identificarea și poziționarea corespunzătoare a eventualelor echipamente medicale la care pacientul este conectat (ex.: tubulatura perfuzoarelor, a cateterului urinar, cablurilor de înregistrare electrocardiografică, de monitorizare ECG, pulsoximetrică, temperaturii corporale).
25. Blocați roțile patului.
26. Poziționarea pacientului în poziție Fowler înalt (semișezând într-un unghi de 60–90° a trunchiului față de planul orizontal al membrilor și abdomenului).
27. *Facem o pauză de un minut pentru a vă obișnui cu noua poziție. Menținerea acestei poziții timp de 1 minut (pentru a permite reglarea vasomotorie – adaptarea parametrilor circulației cerebrale la situația hemodinamică cauzată de noua poziție, în care acum capul este situat deasupra nivelului inimii) Ați amețit? Simțiți că ceva nu e în regulă sau, dimpotrivă, totul e normal?*
28. Coborârea părții mobile de la extremitatea cefalică a patului.
29. Plasarea pacientului în decubit lateral cu fața orientată spre medic/asistent cât mai aproape de marginea patului.
30. Poziționarea medicului/asistentului lângă pat, în dreptul coapsei pacientului, cu fața orientată spre colțul opus (cel mai îndepărtat) de la capătul patului cu picioarele depărtate pentru a asigura o bună bază de susținere.
31. Aplecarea înainte a trunchiului (medicului/asistentului medical) cu trecerea brațului dinspre capul pacientului pe sub umerii acestuia, cuprinzându-i. Coborârea centrului de greutate – prin flectarea genunchilor (medicului/asistentului medical).

32. Trecerea brațului dinspre picioarele pacientului sub coapsele acestuia, aproape de genunchi, cuprinzându-i. Contractia izometrică a musculaturii abdominale și a membrilor inferioare pentru a fixa această poziție (a medicului/asistentului medical). Ridicarea ușoară a picioarelor pacientului prin intermediul brațului ce le cuprinde (pentru a le elibera din frecarea de planul patului).
33. Pivotare pe călcâie pentru a roti pacientul cu picioarele la marginea patului (mișcare efectuată menținând fixă, rigidă partea superioară a corpului medicului/asistentului medical – deci fără torsiune/răsucire la nivelul coloanei vertebrale, mișcând corpul ca un întreg, prin rotirea lui la nivelul călcâielor prin tehnica transferului greutății propriului corp de pe piciorul dinspre capul pacientului pe celălalt picior).
34. Retragera mâinii de la nivelul coapselor pacientului, ridicarea din poziția de flexie cu menținerea susținerii la nivelul spatelui acestuia (pentru a putea susține pacientul în cazul unei eventuale căderi posterioare a acestuia, spre în spate, în pat). Păstrarea poziției șezând a pacientului la marginea patului minim încă 1 minut (pentru a permite reglarea vasomotorie – adaptarea parametrilor circulației cerebrale la situația hemodinamică cauzată de noua poziție, în care acum membrele inferioare sunt plasate sub nivelul inimii cu dirijarea gravitațională a sângelui, predominant la nivelul acestora). *Ați amețit? Simțiți că ceva nu e în regulă sau dimpotrivă totul e normal?*
35. *Facem o pauză de un minut pentru a vă obișnui cu noua poziție.*
36. Repoziționarea în fața pacientului, susținându-l cu mâinile plasate la nivelul antebrațelor sale.
37. Repoziționarea pacientului cât mai comod, mai la marginea patului, cu picioarele în jos.
38. Evaluarea stării tegumentului de la nivelul spatelui pacientului, din punct de vedere al riscului de a dezvolta escare (leziuni ale pielii ce survin în zone de presiune, sub greutatea corpului, datorate întreruperii irigației locale – hrană, oxigen – printr-o comprimare prelungită a vaselor de sânge care deservesc zona respectivă).
39. Determinarea valorii tensiunii arteriale și a frecvenței cardiace (după trei minute de la poziționarea la marginea patului, o scădere a valorii TA sistolice cu mai mult de 20 mm Hg și/sau a celei diastolice cu mai mult de 10 mm Hg semnifică hipotensiune ortostatică). Conti-

nuarea procedurii se permite doar la stabilizarea parametrilor hemodinamici.

40. Plasarea centurii de ambulație la nivelul taliei pacientului, deasupra hainelor acestuia, într-o strânsoare moderată.
41. Oferiți pacientului încălzările. Coborâți maximal posibil patul (aceasta va oferi pacientului posibilitatea de a se sprijini cu picioarele în podea).
42. Poziționați-vă astfel ca piciorul drept să fie puțin înainte, iar stângul puțin în urmă pentru a ușura schimbarea centrului de greutate în timp ce veți deplasa pacientul. Mențineți poziția dată, iar cu mâinile fixați spatele pacientului. Una din mâinile pacientului trebuie să fie plasată pe umărul medicului/asistentului, iar cea de-a doua să se sprijine în salteaua patului.
43. *Vom încerca să vă ridicăm în picioare. Pentru aceasta, aflându-mă în fața dumneavoastră vă voi susține de centura din jurul taliei. Sprijiniți-vă cu mâinile de marginea saltelei. Poziționarea mâinilor pacientului de o parte și de alta a corpului, sprijinite pe saltea.*
44. *Pentru a vă ridica mai ușor, vom face împreună un ușor balans al corpului, înainte – înapoi, iar când ajungem cu număratoarea la 3, vă împingeți în mâini și în picioare. Am să vă ajut și eu să vă ridicați în picioare. Să nu vă fie frică, vă susțin, iar dacă nu reușiți, vă reasez în pat, în poziția inițială.*
45. Stați în fața pacientului, talpa piciorului drept fiind paralelă talpei piciorului stâng al pacientului, blocând cu genunchiul piciorului stâng genunchii pacientului (în felul acesta veți preveni alunecarea piciorului și genuflexia).
46. Flectați ușor genunchii și aplecați corpul anterior susținând pacientul cu mâinile plasate la nivelul centurii de ambulație.
47. Inițierea balansului cu numărarea în voce tare: *1...2...3. Foarte bine.* Împingerea în spate a corpului medicului/asistentului medical prin contracția musculaturii membrului inferior, aflat mai aproape de pacient, și mușchilor fesieri, menținând spatele fix (prin tehnica transferului greutății propriului corp de pe piciorul dinspre pacient pe celălalt, mușchii coloanei vertebrale susțin doar coloana și nu trebuie utilizați pentru a ridica greutăți suplimentare).
48. *Puteți sta în picioare? Dacă amețiți sau dacă simțiți că ceva nu e în regulă, îmi spuneți imediat.*

49. Ridicați pacientul în picioare, menținând spatele drept. Pivotați pacientul astfel ca spatele lui să fie direcționat spre scaunul cu rotile/fotoliu și instruiți-l să se prindă cu mâinile de cotierele scaunului pentru un suport suplimentar. Nu uitați să mențineți genunchii flectați în timp ce stați vertical.
50. Asistați pacientul în timp ce el încet coboară în scaun, flectând picioarele în genunchi și șolduri. Asigurați-vă că fundul pacientului este direct pe scaun, iar spatele se sprijină în spetează.
51. Plasați mâinile pacientului pe cotiere, iar picioarele pe suportul pentru picioare.
52. *Totul este în regulă? Foarte bine.*
53. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoximetria. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%.
54. Acoperiți pacientul cu plapuma.

## 25. Poziționarea pacientului din scaun/fotoliu în pat

### Scopul

Dezvoltarea abilităților practice de poziționare a pacientului din scaun/fotoliu în pat.

### Obiectivele

Studentul trebuie să cunoască:

- modalitățile de prevenire a complicațiilor asociate adinamismului;
- tehnicile de stimulare a tonusului fizic și psihic;
- regulile de poziționare a pacientului din scaun/fotoliu în pat.

### Materialele și metodele

- subiect/manechin;
- pat medical funcțional cu frână;
- condiții ce respectă autonomia pacientului;
- scaun cu rotile sau fotoliu;
- centură de ambulație.

### Tehnica

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă va ajuta astăzi să trecem din scaun/fotoliu în pat.*
2. *Numele dumneavoastră.....Data nașterii..... Mulțumesc.*



3. Asigurarea unui mediu privat pentru mobilizare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.) cu respectarea autonomiei pacientului.
4. Dacă nu au fost recent evaluate, efectuăm determinarea TA, frecvența pulsului, pulsoximetria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C.
5. *Vă voi ajuta să treceți din fotoliu pe pat.*
6. *Este o manevră simplă. Mai întâi vă voi ajuta să vă ridicați din scaun și apoi să vă așezați pe marginea patului și, în final, să vă culcați în pat pentru comoditate.*
7. *Vă rog urmați instrucțiunile mele pentru ca niciunul dintre noi să nu se accidenteze. Dacă simțiți amețeli sau dacă vă pierdeți puterile, mă anunțați imediat pentru a lua măsurile de rigoare.*
8. *Este important să reușim această manevră (la ce îi folosește pacientului manevra pe care urmează să o efectuăm).*
9. Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale curate (în leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau potențial infectant sporit al pacientului) ca parte a precauțiilor standard.
10. Evaluarea necesarului de resurse umane și/sau de aparatură specifică pentru efectuarea ambulației pacientului.
11. Consultarea fișei medicale a pacientului pentru eventuale: diagnostice (hemiplegii – ex.: accident vascular cerebral; afecțiuni ortopedice – ex.: fracturi; reumatologice – ex.: artroză, artrite etc.).
12. *Vă simțiți bine? Putem începe?*
13. *Da – la primirea acordului purcedem la efectuarea manevrei, explicând la fiecare etapă cum poate pacientul să contribuie la realizarea ei.*
14. *Care este greutatea dumneavoastră? Cam câte kilograme cântăriți? (pacienții supraponderali necesită mai mult de o persoană pentru asistența ambulației).*

**N.B.** Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.

15. *Puteți mișca cu ușurință brațele, picioarele? Demonstrați-mi, vă rog. Mulțumesc. Îndoiiți genunchii, coatele? Demonstrați-mi, vă rog. Mulțumesc.*

**N.B.** Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.

16. *Vă simțiți slăbit? Fără forță? Puteți să stați în picioare fără ajutor? Sau să vă ridicați singur pe marginea patului?*

**N.B.** Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.

17. *Strângeți-mă de degete (oferind degetele II și III ale mâinilor și apoi retrăgându-le din strânsoarea pumnilor pacientului – pentru a evalua o eventuală asimetrie în forța musculară a pacientului). În care braț aveți mai multă forță. Pe care din picior? Cât de slăbit, lipsit de putere, vă simțiți brațul, piciorul afectat? (în cazul unui deficit motor ușor sau moderat – medicul/asistentul medical se va plasa pe aceea parte a pacientului; în cazul unei deficiențe severe – plasarea de partea opusă – cea fără probleme sau eventual cu deficiență mai redusă; aceasta pentru a permite și pacientului să se sprijine eficient de cel ce îl asistă în ambulație).*
18. Evaluarea disponibilității pacientului de a coopera în cadrul procedurii.  
**N.B.:** Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.
19. *Vă doare ceva acum? (cu administrarea eventuală de medicație analgică).*
20. Identificarea și îndepărtarea eventualelor obstacole (ex.: componente de mobilier, covoare alunecoase, aparatură medicală).
21. Asigurați-vă ca scaunul cu roțile să fie poziționat astfel încât să fie paralel cu patul și să privească spre extremitatea podalică a patului sau să fie plasat sub un unghi de 45° în raport cu patul. Scaunul trebuie să fie plasat la mijlocul patului.
22. Blocați roțile scaunului/fotoliului și ale patului prin intermediul fixativelor.
23. Retrageți suportul pentru picioare și înlăturați cotiera de pe partea ce vine în contact cu patul (dacă este posibil). Asigurați-vă că patul este maximal coborât.
24. *Vă rog să plasați mâna, care este mai aproape de pat, pe canapea, în timp ce cea de-a doua la nivel de cotieră și să fiți gata, sprijinindu-vă în ele, să vă împingeți în sus pentru a reuși să vă ridicați.*
25. Stați în fața pacientului astfel încât piciorul dumneavoastră să vină în contact direct cu piciorul pacientului, iar genunchii dumneavoastră – cu genunchii bolnavului.
26. Aplecași-vă ușor înainte și cuprindeți pacientul de mijloc.
27. Instruiți pacientul să se sprijine în mâini în momentul ridicării pentru a facilita susținerea corpului. În același moment îndoiiți genunchii pentru a asigura ridicarea și, pivotând, întoarceți-vă spre pat.
28. Pentru a asigura ridicarea pacientului și a reduce efortul la nivelul coloanei, se recomandă fixarea sigură a picioarelor și a mușchilor glutei.

29. Odată pacientul așezat, acordați-i timp pentru ca să-și recapete echilibrul. Plasați o mână peste spatele pacientului, la nivelul șoldului contralateral, iar cealaltă mână sub coapse. Îndoți ușor picioarele dumneavoastră. Întoarceți spatele pacientului și culcați-l, concomitent poziționați picioarele lui la nivelul patului.

**N.B.** Centura de ambulație ar putea facilita transferul pacientului.

30. Plasați sub ceafă și umeri o pernă de grosimea potrivită pentru a realiza alinierea gâtului pacientului și pentru a preveni hiperextensia acestuia (în special la pacienții cu torace globulos).

31. Plasați o pernă mică sau un rulou sub curbura lombară, pentru a preveni flexia posterioară a coloanei vertebrale la acest nivel.

32. Plierea unui prosop / pături pe lungime, în jumătate.

33. Rularea strânsă a acestuia, cu păstrarea nerulată a unei porțiuni de circa 30 cm din acesta.

34. Inversarea ruloului cu poziționarea porțiunii nerulate spre pacient, în dreptul coapsei acestuia.

35. Precizarea prin palpate a poziționării protruberanței osoase a feței laterale a șoldului, reprezentată de marele trohanter.

36. Plasarea porțiunii nerulate sub pacient astfel încât mijlocul ruloului să se situeze în dreptul marelui trohanter, anterior palpat.

37. Rularea mai festă a păturii în dreptul șoldului pentru o bună fixare a acestuia în scopul prevenirii rotației externe a membrului inferior.

38. Plasarea unei perne sub coapsă pentru a obține o ușoară flexie a genunchiului (se previne astfel hiperextensia acestuia).

39. Plasarea unei perne rulate între tăblia patului și tăpile pacientului (sau tăblie de pat deplasabilă) pentru a obține flexia dorsală a piciorului (se previne astfel „căderea piciorului”, flexia plantară a acestuia).

40. Plasarea unei perne sub gambe pentru a reduce presiunea la nivelul călcâielor.

41. *Totul este în regulă? Foarte bine.*

42. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoxi-metria. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%.

43. Acoperiți pacientul cu o plapumă.

#### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de stimulări.

## **26. Transportarea pacientului în scaunul cu rotile**

### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de transportare a unui pacient în scaun cu rotile/fotoliu.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- modalitățile de prevenire a complicațiilor asociate adinamismului;
- regulile transportării intraspitalicești a pacientului.

### **Materialele și metodele**

- subiect/manechin;
- pat medical funcțional cu frână;
- condiții ce respectă autonomia pacientului;
- scaun cu rotile sau fotoliu;
- centură de ambulație.

### **Tehnica**

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă voi asista la plimbarea în scaunul cu rotile/fotoliu.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru mobilizare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.) cu respectarea autonomiei pacientului.
4. Dacă nu au fost recent evaluate, determinarea TA, frecvenței pulsului, pulsoxi-metria, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C.
5. *O să vă ajut să vă poziționați la marginea patului, să vă așezați în fotoliu și faceți o plimbare în poziție șezând în fotoliul cu rotile.*
6. *Este o manevră care presupune inițial poziționarea în șezut, la marginea patului, ulterior trecerea în scaunul cu rotile/ fotoliu după un repaos de acomodare. Pe toată durata manevrei vă voi susține pentru a preveni căderea și lovirea. În final veți face o plimbare de scurtă durată în fotoliu cu rotile.*
7. *Vă rog să urmați instrucțiunile mele pentru a evita traumarea în cursul acestei manevre. Dacă simțiți că amețiți sau că vă părăsesc puterile, mă anunțați ca să iau măsurile ce se impun.*
8. *Statul prelungit în pat vă poate agrava starea de sănătate. Este important să reușim această mobilizare (la ce îi folosește pacientului procedura pe care urmează să o efectuăm).*

9. Spălarea mâinilor, aplicarea mănușilor medicale curate (în leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau potențial infectant sporit al pacientului) ca parte a precauțiilor standard.

10. Evaluarea necesarului de resurse umane și/sau de aparatură specifică pentru efectuarea ambulației pacientului.

11. Consultarea fișei medicale a pacientului pentru eventuale: diagnostice (hemiplegii – *ex.*: accident vascular cerebral; afecțiuni ortopedice – *ex.*: fracturi; reumatologice – *ex.*: artroză, artrite etc.). medicații ce diminuează capacitatea motorie a pacientului (sedative – *ex.*: Diazepam; antihistaminice – *ex.*: Romergan; tranchilizante – *ex.*: Xanax etc.).

12. Examinare generală pentru evidențierea eventualei utilizări de către pacient a unor dispozitive de mers (*ex.*: cadru de mers, baston, cârje etc.), aparate ortopedice (*ex.*: orteze), existenței unor markeri de intervenție chirurgicală recentă.

**N.B.** Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.

13. *Aveți acum dureri de piept?* Probleme de respirație?

14. *Da – Amănăm ambulația – evaluare clinică, electrocardiografică, enzimatică – conform protocolului local de asistență a sindromului coronarian acut.*

15. *Astăzi v-ați dat jos din pat? Câte zile stați numai în pat? Ați mers singur la baie? Sau cu ajutor?* (evaluarea anamnezei pacientului în ceea ce privește mobilizările sale anterioare).

16. Pacientul se poate deplasa singur sau are nevoie de ajutor pentru realizarea ambulației.

**N.B.** Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.

17. *Care este greutatea dumneavoastră? Cam câte kilograme cântăriți?* (pacienții supraponderali necesită mai mult de o persoană pentru asistența ambulației).

**N.B.** Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.

18. *Puteți mișca cu ușurință brațele, picioarele? Demonstrați-mi, vă rog. Mulțumesc. Puteți îndoiți genunchii, coatele? Arătați-mi, vă rog. Mulțumesc.*

**N.B.** Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.

19. *Vă simțiți slăbit? Fără forță? Puteți sta în picioare fără ajutor sau cel puțin să vă ridicați de unul singur la marginea patului?*

**N.B.** Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.

20. *Strângeți-mă, vă rog, de degete* (oferind degetele II și III ale mâinilor și apoi retrăgându-le din strânsoarea pumnilor pacientului pentru a evalua eventualele asimetrii în forța musculară a pacientului). *Pe care din brațe vă simțiți în siguranță? Pe care picior vă simțiți mai sigur? Cât de slăbit, lipsit de putere, vă pare brațul sau piciorul afectat?* (în cazul unui deficit motor ușor sau moderat – medicul/asistentul medical se va plasa pe acea parte a pacientului; în cazul unei deficiențe severe – de partea opusă, cea fără probleme sau eventual cu deficiență mai redusă; aceasta pentru a permite și pacientului să se sprijine eficient de cel ce îl asistă în ambulație).

21. Evaluarea disponibilității pacientului de a coopera în cadrul procedurii.

**N.B.** Efectuăm procedura: singuri; cu ajutorul unui coleg; mecanizat.

22. *Vă supără ceva acum?* (cu administrarea eventuală de medicație analgică).

23. Identificarea și îndepărtarea eventualelor obstacole (*ex.*: componente de mobilier, covoare lunecoase, aparatură medicală) ce pot fi prezente pe traseul de deplasare care urmează a fi parcurs în cadrul procedurii.

24. Plasarea paralelă cu patul (mai aproape de extremitatea podalică) a scaunului cu rotile/fotoliului cu rezemătoarea lipită de laterala patului (pentru a reduce distanța de parcurs). Blocați roțile scaunului/fotoliului prin intermediul fixativelor.

25. Plasarea la îndemână a încălțărilor de care pacientul va avea nevoie (în laterala patului, pe partea pe care se află scaunul cu rotile/fotoliul) și a centurii de ambulație (lângă pacient, în partea patului opusă poziționării medicului/asistentului medical).

26. Identificarea și poziționarea corespunzătoare a eventualelor echipamente medicale la care pacientul este conectat (*ex.*: tubulatura perfuzoarelor, a cateterului urinar, cablurile de înregistrare electrocardiografică, de monitorizare ECG, pulsoximetrică, temperatură corporală).

27. Blocați roțile patului.

28. Poziționarea pacientului în poziție Fowler înalt (semișezând într-un unghi de 60–90° a trunchiului față de planul orizontal al membrelor și abdomenului).
29. *Facem o pauză de cel puțin un minut pentru a vă obișnui cu noua poziție.* Menținem această poziție timp de 1 minut (pentru a permite reglarea vasomotorie – adaptarea parametrilor circulației cerebrale la situația hemodinamică cauzată de noua poziție în care capul este situat deasupra nivelului inimii) *Ați amețit nițel? Simțiți că ceva nu e în regulă sau, dimpotrivă, totul e normal?*
30. Coborârea părții mobile de la extremitatea cefalică a patului.
31. Plasarea pacientului în decubit lateral cu fața orientată spre medic/asistent, cât mai aproape de marginea patului.
32. Poziționarea medicului/asistentului lângă pat, în dreptul coapsei pacientului, cu fața orientată spre colțul opus (cel mai îndepărtat) de la capătul patului cu picioarele depărtate pentru a asigura o bună bază de susținere.
33. Aplecarea înainte a trunchiului (medicului/asistentului medical) cu trecerea brațului dinspre capul pacientului pe sub umerii acestuia, cuprinzându-i. Coborârea centrului de greutate prin flectarea genunchilor (medicului /asistentului medical).
34. Trecerea brațului dinspre picioarele pacientului sub coapsele acestuia, aproape de genunchi, cuprinzându-i. Con tracția izometrică a musculaturii abdominale și a membrelor inferioare pentru a fixa această poziție (a medicului/asistentului medical). Ușoară ridicare a picioarelor pacientului prin intermediul brațului ce le cuprinde (pentru a le elibera din frecarea de planul patului).
35. Pivotare pe călcâie pentru a roti pacientul cu picioarele la marginea patului (mișcare efectuată menținând fixă, rigidă partea superioară a corpului medicului/asistentului medical – deci fără torsiune/răsucire la nivelul coloanei vertebrale – mișcând corpul ca un întreg, prin rotirea lui la nivelul călcâielor prin tehnica transferului greutății propriului corp de pe piciorul dinspre capul pacientului pe celălalt picior).
36. Retragerea mâinii de la nivelul coapselor pacientului, ridicarea din poziția de flexie cu menținerea susținerii la nivelul spatelui acestuia (pentru a putea susține pacientul în cazul unei eventuale căderi posterioare a acestuia, spre în spate, în pat). Păstrarea poziției șezând a pacientului la marginea patului pentru minim încă 1 minut (pentru a permite reglarea vasomotorie – adaptarea parametrilor circulației

- cerebrale la situația hemodinamică cauzată de noua poziție în care membrele inferioare sunt plasate sub nivelul inimii, cu dirijarea gravitațională a sângelui, predominant la nivelul acestora). *Ați amețit nițel? Simțiți că ceva nu e în regulă sau, dimpotrivă, este bine așa?*
37. *Facem o pauză de cel puțin un minut pentru a vă obișnui cu noua poziție.*
38. Repoziționarea în fața pacientului, susținându-l cu mâinile plasate la nivelul antebrațelor.
39. Repoziționarea pacientului cât mai comod, mai la marginea patului, cu picioarele în jos.
40. Evaluarea stării tegumentului de la nivelul spatelui pacientului în vederea depistării eventualelor escare (leziuni ale pielii ce survin în zone de presiune, sub greutatea corpului, ca urmare a întreruperii irigației locale – hrană, oxigen – printr-o comprimare prelungită a vaselor de sânge care deservesc zona respectivă).
41. Determinarea valorii tensiunii arteriale și a frecvenței cardiace (după trei minute de la poziționarea la marginea patului, o scădere a valorii TA sistolice cu mai mult de 20 mmHg și/sau a celei diastolice cu mai mult de 10 mmHg semnifică hipotensiune ortostatică). Continuarea procedurii se permite doar la stabilizarea parametrilor hemodinamici.
42. Plasarea centurii de ambulație la nivelul taliei pacientului, deasupra hainelor acestuia, într-o strânsoare moderată.
43. Oferiți pacientului încălțărilor. Coborâți maximal posibil patul (aceasta va oferi pacientului posibilitatea de a se sprijini cu picioarele în podea).
44. Poziționați-vă astfel ca piciorul drept să fie puțin înainte, iar stângul puțin în urmă pentru ca mai ușor să reușiți să vă schimbați centrul de greutate în timp ce veți deplasa pacientul. Mențineți poziția dată, iar cu mâinile fixați spatele pacientului. Una din mâinile pacientului se recomandă să fie plasată pe umărul medicului/asistentului, iar cu cealaltă să se sprijine în salteaua patului.
45. *O să încercăm să vă ridicăm în picioare. Pentru aceasta voi sta în fața dumneavoastră, susținându-vă de centura de ambulație. Dumneavoastră trebuie să vă sprijiniți cu mâinile de marginea saltelei. Poziționarea mâinilor pacientului de o parte și de alta a corpului, sprijinite pe saltea.*



46. Pentru a vă ridica mai ușor trebuie să balansăm corpul. Am să vă ajut ca să vă ridicați în picioare, să nu vă fie frică. Dacă nu veți reuși, o să vă reasez în pat, în poziția inițială.
47. Stați în fața pacientului, talpa piciorului drept fiind paralelă talpei piciorului stâng al pacientului, iar cu genunchiul piciorului stâng blocați genunchii pacientului (în felul acesta veți reuși să preveniți alunecarea piciorului și genuflexia).
48. Flectați ușor genunchii și aplecați corpul anterior, susținând pacientul cu mâinile plasate la nivelul centurii de ambulație.
49. Inițierea balansului cu numărarea în voce tare: 1... 2.....3. Foarte bine. Împingerea în spate a corpului medicului/asistentului medical prin contracția musculaturii membrului inferior aflat mai aproape de pacient și mușchilor fesieri, menținând spatele fix (prin tehnica transferului greutății propriului corp de pe piciorul dinspre pacient pe celălalt picior, mușchii coloanei vertebrale susțin doar coloana și nu trebuie utilizați pentru a ridica greutate suplimentare).
50. Puteți să stați în picioare? Dacă amețiți sau simțiți că ar fi ceva în neregulă, vă rog să-mi spuneți imediat!
51. Ridicați pacientul în picioare și păstrați-vă spatele drept în clipa în care efectuați această manevră. Pivotați pacientul în așa mod ca spatele lui să fie direcționat spre scaunul cu roțile/fotoliu și instruiți-l să se prindă cu mâinile de cotierele scaunului pentru un suport suplimentar. Nu uitați să mențineți genunchii flectați în timp ce stați vertical.
52. Asistați pacientul în momentul în care el coboară încet în scaun, flectând picioarele în genunchi și șolduri. Asigurați-vă că fundul pacientului este direct pe scaun, iar spatele se sprijină în spetează.
53. Plasați mâinile pacientului pe cotiere, iar picioarele pe suportul pentru picioare.
54. Totul este în regulă? Foarte bine.
55. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoximetrie. TA:...../.....mmHg; Ps:...../min., SaO<sub>2</sub>.....%.
56. Fixați pacientul cu centura fotoliului de mijloc. Coborâți suportul pentru picioare astfel încât unghiul din articulațiile șoldului și genunchiului să fie de 90°.
57. La necesitate, oferiți-i pacientului o pernă de grosime potrivită sub cap. Asigurați-vă de confortul pacientului înainte de a debloca roțile fotoliului.

58. Acoperiți pacientul cu o plapumă.
59. La parcurgerea treptelor, pragurilor ușilor, cotiturilor și intrărilor în ascensor se recomandă ca scaunul cu roțile să fie tras din spate în- apoi pentru a evita căderea accidentală a pacientului din fotoliu în caz de lovire puternică de careva obstacol. Atenție la elementele care ar putea trauma pacientul în timpul transportării (mânerele ușii, marginile banchetelor, rafturile jos plasate).
60. În vederea sporirii confortului și siguranței pacientului, se recomandă reducerea vitezei în timpul plimbării, în special, la cotituri.
61. Ajungând la destinație, blocați roțile fotoliului. Coborâți picioarele pacientului pe podea, ridicați suportul pentru picioare. Decuplați centura de siguranță și asistați pacientul la ridicarea lui din scaun conform protocolului „**Poziționarea pacientului din scaun/fotoliu în pat**”.
62. Acoperiți pacientul cu o plapumă.

#### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

### **27. Îngrijirea ochilor**

#### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de îngrijire a ochilor.

#### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- modalitățile de prevenire a infecțiilor oculare;
- regulile de îndepărtare a secrețiilor;
- importanța menținerii ochiului umed (corneea expusă la pacienții comatoși sau paralizați).

#### **Materialele și metodele**

- soluție de ser fiziologic, soluție de acid boric;
- soluție de vit. A și picurător;
- lacrimi artificiale sau unguent oftalmic, prescris de medic;
- tampoane de tifon /comprese sterile;
- pansament steril și bandă adezivă nealergică;
- mănuși de unică folosință.

#### **Tehnica**

1. Bună ziua. Mă numesc..... Sunt medic/asistent medical și vă voi efectua astăzi toaleta de dimineață.

2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii.....*  
*Mulțumesc.*
  3. Asigurarea unui mediu privat pentru efectuarea procedurii cu respectarea autonomiei pacientului.
  4. *Pentru început vom efectua toaleta ochilor.*
  5. *Este o manevră simplă care presupune îndepărtarea secrețiilor de la nivelul ochilor cu comprese umezite și administrarea colirelor oftalmice (în cazul în care sunt prescrise de către medic).*
  6. *Este o procedură simplă care nu ar trebui să vă creeze disconfort.*
  7. *Este foarte important ca dumneavoastră să fiți relaxat/ă, calm/ă în timpul procedurii.*
  8. *Vă rog să vă culcați în decubit dorsal (pe spate) și să întoarceți ușor capul spre dreapta (în cazul în care ochiul drept va fi spălat primul, și viceversa).*
  9. Spălați-vă mâinile și aplicați mănușile medicale curate ca parte a precauțiilor standard.
  10. Îndepărtați secrețiile sau crustele aderente de gene și pleoape prin ștergere ușoară de la comisura externă spre cea internă folosind un tampon steril îmbibat în ser fiziologic.
  11. Folosiți un nou tampon steril pentru fiecare ștergere până când ochiul este curat.
  12. Repetați procedura și pentru celalalt ochi, înclinând ușor capul.
  13. Instilați lacrimi artificiale sau unguent oftalmic, la indicația medicului.
  14. Rugați pacientul să închidă ochii și apoi aplicați soluție de vit. A pe pleoape, protejând astfel pielea fragilă.
  15. Pentru a menține ochii umeziți, aplicați un pansament steril, îmbibat în ser fiziologic, și fixați-l cu bandă adezivă; pansamentul se va schimba frecvent (valabil pentru pacienții în stare de comă care au reflexul de clipire abolit). Printre măsurile de menținere a ochilor umeziți sunt recomandate aplicațiile de polietilen.
  16. În cazul pacientului comatos se respectă același algoritm descris mai sus, nursa fiind cea care va deschide pleoapa pacientului, folosind câte o compresă sterilă pentru fiecare pleoapă.
  17. Instilați în sacul conjunctival câte o picătură de vit. A de 2 ori/zi.
- N.B.** Colectați materialele folosite în recipiente speciale, în special dacă secrețiile sunt purulente.
18. Îndepărtați mănușile.

19. Spălați mâinile.

### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

## **28. Îngrijirea urechilor**

### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de îngrijire a urechilor.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- importanța menținerii stării de curățenie a pavilionului urechii și a conductului auditiv extern;
- tehnica de îndepărtare a depozitelor naturale (cerumen) sau a celor patologice din urechi.

### **Materialele și metodele**

- tava medicală;
- tampoane montate pe bețișoare;
- tăviță renală;
- apă și săpun;
- mănuși de unică folosință;
- mănușa de baie;
- prosop.

### **Tehnica**

1. *Bună ziua. Mă numesc..... Sunt medic/asistent medical și vă voi efectua toaleta de dimineață.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii.....*  
*Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru efectuarea procedurii cu respectarea autonomiei pacientului.
4. Pentru început vom efectua toaleta urechilor.
5. *Este o manevră simplă care presupune spălarea pavilionului urechii și a conductului auditiv extern.*
6. *Este o procedură simplă care nu ar trebui să vă creeze disconfort.*
7. *Este foarte important ca în timpul procedurii să fiți relaxat/ă, calm/ă.*
8. *Vă rog să vă culcați în decubit dorsal (pe spate) și să întoarceți ușor capul lateral.*

9. Spălați-vă pe mâini și aplicați mănușile medicale curate ca parte a precauțiilor standard.
10. Curățați conductul auditiv extern cu un tampon uscat executând cu atenție mișcări de rotație.
11. Curățați fiecare ureche cu un tampon separat.
12. Spălați pavilionul urechii cu mânășă de bumbac cu săpun și insistați în șanțurile pavilionului și regiunea retroauriculară.
13. Observați eventuale iritații retroauriculare sau leziunile produse prin compresiune la bolnavii imobilizați.
14. Limpeziți și uscați bine cu prosopul conductul și pavilionul urechii.
15. Introduceți un tampon de vată absorbant în conductul auditiv extern.
16. Îndepărtați-vă mănușile și spălați-vă mâinile.

#### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

### **29. Îngrijirea cavității bucale**

#### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de îngrijire a cavității bucale.

#### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- importanța îndepărtării plăcii bacteriene;
- regulile de evaluare a stării de sănătate orală;
- modalitățile de reducere a posibilităților de infecție;
- tehnica de îndepărtare a gustului și mirosului neplăcut al cavității bucale.

#### **Materialele și metodele**

##### **A. Bolnav conștient:**

- periuță personală;
- pastă de dinți cu fluor;
- pahar cu apă;
- tăviță renală (recipient) pentru apa folosită;
- ață dentară;
- șervețele de hârtie, prosop, mușama;
- apă de gură, dacă e solicitată;
- tavă pentru materiale.

##### **B. Bolnav inconștient:**

- periuță personală;
- pastă de dinți cu fluor;
- prosop;
- tampoane pe porttampon;
- deschizător de gură, comprese de tifon sterile;
- apa boricată, glicerină boraxată %, glicerină boraxată cu stamicin;
- spatulă linguală;
- tăviță renală;
- mănuși de unică folosință;
- vaselină pentru buze;
- seringă pentru aspirarea lichidului.

#### **Tehnica**

1. *Bună ziua. Mă numesc..... Sunt medic/asistent medical și vă voi efectua astăzi toaleta de dimineață.*
2. *Numele dumneavoastră, vă rog..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru efectuarea procedurii cu respectarea autonomiei pacientului.
4. *Pentru început vom efectua toaleta cavității bucale.*
5. *Este o manevră simplă care presupune îndepărtarea depunerilor de pe dinți și limbă, astfel înlăturând mirosul neplăcut și asigurând prospețimea respirației.*
6. *Este o procedură simplă care nu ar trebui să vă creeze disconfort.*
7. Este foarte important ca în timpul procedurii să fiți relaxat/ă, calm/ă.

##### **A. Pacient conștient**

1. *Vă rog să vă așezați (dacă starea de sănătate permite) sprijinind spațele cu câteva perne în funcție de necesitate și să punem acest prosop în jurul gâtului sau vă culcați în decubit lateral (pe o parte) cu capul ușor ridicat (sub cap se plasează o pernă de grosime potrivită protejată de un prosop).*
2. Spălați-vă mâinile și aplicați mănușile medicale curate ca parte a precauțiilor standard.
3. Aduceți materialele pregătite lângă bolnav.
4. Serviți pacientului periuța cu pastă de dinți și paharul cu apă.

5. Susțineți tăvița renală sub bărbia pacientului sau în apropierea feței acestuia așezată pe perna acoperită cu mușama și prosop.
6. Sfătuiți pacientul să perie dinții timp de 2–3 minute în sens vertical, pe ambele fețe pentru îndepărtarea depozitelor sau resturilor de alimente.
7. Invitați pacientul să-și clătească gura cu multă apă și la sfârșit cu apă de gură, dacă dorește.
8. Oferiți pacientului așezat în decubit o cană cu cioc sau cu un tub de sucțiune.
9. Asigurați pacientului o poziție adecvată în raport cu starea sa generală.
10. Îndepărtați materialele folosite, colectând în containere speciale pe cele cu potențial de infecție.
11. Plasați obiectele bolnavului în noptieră.
12. Îndepărtați mănușile și spălați mâinile.

#### B. Pacient inconștient

1. Spălați-vă pe mâini și aplicați mănușile medicale curate ca parte a precauții standard.
2. Așezați pacientul în decubit lateral, cu toracele ușor ridicat; dacă nu este posibil, întoarceți-i capul într-o parte.
3. Aduceți materialele lângă pacient.
4. Protejați perna cu un prosop și așezați alături tăvița renală și o seringa pentru aspirație.
5. Îndepărtați maxilarele cu ajutorul unui deschizător de gură și fixați-l între molarii din spate, pentru a menține gura deschisă.
6. Periați suprafața externă a dinților folosind o cantitate mică de pastă și apă.
7. Aspirați cu seringă lichidul ca să nu ajungă în căile respiratorii.
8. Renunțați la pastă și periuță dacă există riscul de aspirare în căile respiratorii.
9. Folosiți o spatulă linguală și tampoane pentru a îndepărta obrazii și buzele, și pentru a curăța mucoasa bucală.
10. Curățați suprafața internă a dinților și limba, bolta palatină, folosind tampoane cu glicerină boraxată.
11. Observați mucoasa orală, starea gingiilor și a dinților, limba.
12. Stabiliți îngrijirile ulterioare în funcție de cele constatate.
13. Ungeți buzele cu vaselină.
14. Asigurați pacientului o poziție adecvată în raport cu starea sa generală.

15. Îndepărtați materialele folosite, colectând în containere speciale pe cele cu potențial de infecție.
16. Plasați obiectele bolnavului în noptieră.
17. Îndepărtați mănușile și spălați mâinile.

#### Locul desfășurării

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

### 30. Toaleta pacientului imobilizat, dinamic

#### Scopul

Dezvoltarea abilităților practice de efectuare a toaletei zilnice a pacientului imobilizat, dinamic.

#### Obiectivele

Studentul trebuie să cunoască:

- importanța menținerea pielii în stare de curățenie;
- modalitățile de prevenire a apariției leziunilor cutanate.

#### Materialele și metodele

- subiect/manechin;
- condiții ce respectă autonomia pacientului;
- paravan;
- șorț de unică folosință pentru asistenta medicală;
- masă mobilă pentru materiale, acoperită cu un câmp;
- trei prosoape de culori diferite;
- mănuși de baie de culori diferite (față, trunchi și membre, organe genitale);
- mănuși de unică folosință;
- săpun neutru și săpunieră;
- perii de unghii;
- foarfece pentru unghii/pilă de unghii;
- lighean/bazin cu apă caldă/termometru de baie;
- ploscă (bazinet), găleata pentru apă murdară;
- mușama, aleză;
- cuvertură de flanelă/un cearșaf;
- alcool mentolat;
- pudră de talc;
- deodorant;
- pijamale și lenjerie de pat curate;
- sac pentru lenjeria murdară.



## **Tehnica**

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă voi efectua astăzi toaleta corpului.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru efectuarea procedurii (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.) cu respectarea autonomiei pacientului.
4. Dacă nu au fost recent evaluate, determinarea TA, frecvenței pulsului, pulsoximetrie, termometrizare. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%; T.....°C (pentru a evita o toaletă prea lungă și obositoare).
5. *Când ar fi cel mai potrivit timp pentru efectuarea toaletei corpului, procedura inofensivă, dar strict necesară pentru a preveni complicațiile și pentru a vă asigura confortul necesar.*
6. *Vă simțiți bine și o s-o faceți de unul singur, eu doar o să vă asist?*  
DA – se va oferi pacientului tot de ce are nevoie, fiind ajutat la cererea pacientului.  
NU – manevra va fi asigurată în totalitate de către personalul medical.
7. *Vă rog să-mi urmați instrucțiunile pentru a facilita procedeu și pentru a reduce la minim inconvenientele. La orice eventual disconfort, vă rog să mă anunțați.*
8. Spălarea mâinilor și aplicarea mănușilor medicale curate ca parte a precauțiilor standard.
9. Asigurați-vă că temperatura din salon depășește valoarea de 20°C, că geamurile și ușa sunt închise.
10. Așezați paravanul în jurul patului, umpleți bazinul 2/3 cu apă caldă (37–38°C) (controlul termic se asigură cu ajutorul termometrului de baie).
11. Așezați pacientul în decubit dorsal.
12. Dezbrăcați pacientul și acoperiți-l cu cearșaf și flanelă.
13. Pliati pătura și așezați-o pe un scaun sau pe pat la picioarele bolnavului.
14. Descoperiți progresiv numai partea care se va spăla.

### **Față și gât**

1. Se îmbracă prima mănușă de baie și se umezește.
2. Ochii se spală de la comisura internă la cea externă, folosind părți separate din mănușă pentru fiecare ochi.

3. Imediat se șterg ochii cu primul prosop.
4. Fruntea se spală de la mijloc spre tâmpole.
5. Prin mișcări circulare se spală regiunea periorală și perinazală, se insistă la urechi, în șanțurile pavilionului și regiunea retroauriculară.
6. Se spală cu/fără săpun, fața, apoi se limpezește de câteva ori cu apă curată și se șterge imediat.
7. Spălați gâtul, limpeziți.
8. Uscați prin tamponare cu prosopul.

### **Partea anterioară a toracelui**

1. Se schimbă apa și mănușa de baie.
2. Prin mișcări ferme se spală partea anterioară a toracelui, evitând gădilarea pacientului, insistați la axile.
3. Se limpezește și se usucă foarte bine cu un prosop, deodorantul se folosește la dorința pacientului.
4. La femei se insistă la pliurile submamare.
5. Observați respirația pacientului și eventuale iritații ale pielii sau alte modificări.
6. Acoperiți toracele.

### **Membrele superioare**

1. Mușamaua și aleza se așează sub membrul superior.
2. Prin mișcări lungi și atent se spală extremitățile de la articulația pumnului spre umăr, stimulând astfel circulația venoasă.
3. Se limpezește cu apă și se șterge imediat cu cel de-al doilea prosop.
4. Pe măsura posibilităților, așezați mâna pacientului în bazinul cu apă caldă, pentru a tăia mai ușor unghiile sau pentru a le curăța: spălați mâna pacientului cu săpun insistând în spațiile interdigitale: limpeziți cu apă și uscați foarte bine.
5. Celălalt membru superior se spală după același principiu.

### **Abdomenul**

1. Dezveliți abdomenul pacientului.
2. Insistați la nivelul pliurilor inghinale, unde ca urmare a transpirației și lipsei de igienă a unor persoane pot apărea iritații ale pielii.
3. Insistați la nivelul ombilicului, îndepărtând depozitul de murdărie cu ajutorul unui tampon de vată înmuiat în apă cu săpun și montat pe un porttampon.
4. Se limpezește cu apă curată, după care se usucă bine și regiunea dată se unge cu vaselină.
5. Acoperiți pacientul cu cearșaf și flanelă.

### **Partea posterioară a toracelui și regiunea sacrată**

1. Așezați pacientul în poziție de decubit lateral, fiind susținut de o altă nursă.
2. Mutați mușamaua și aleza și întindeți-le sub trunchiul pacientului.
3. Spălați, limpeziți și uscați regiunea dată.
4. Masați spatele pacientului cu alcool mentolat, observați proeminențele osoase și verificați starea pielii în punctele de sprijin.
5. Aplicați pudră de talc într-un strat foarte subțire.
6. Acoperiți spatele pacientului.
7. Spălați regiunea anală dinspre față spre spate, astfel încât să evitați contaminarea regiunii perineale. Limpeziți și uscați foarte bine regiunea.
8. Observați atent starea pielii în zonele predispuse apariției escarelor.

### **Membrele inferioare**

1. Schimbați apa, mănua de baie și prosopul cu altele curate.
2. Întindeți mușamaua și aleza sub jumătatea inferioară a pacientului.
3. Readuceți pacientul în decubit dorsal.
4. Insistați la nivelul genunchiului, plicii poplitee, în regiunea tendonului lui Ahile și a calcaneului.
5. Spălați cu apă și săpun prin mișcări atente dinspre gleznă spre șold pentru a stimula circulația venoasă.

**N.B.** Nu se masează!

6. După fiecare săpunire limpeziți bine cu apă și uscați cu prosopul.
7. Observați atent starea pielii în zonele predispuse apariției escarelor (zona călcâielor, fața posterioară a gambelor, punctele de proiecție a trohanterelor).
8. Spălați picioarele prin introducerea lor într-un vas cu apă, așezat pe pat. Protejați patul cu mușamaua, această metodă ușurează curățarea și tăierea unghiilor. Tăiați unghiile.
9. Pudrați cu un strat foarte subțire plicile naturale.
10. Acoperiți pacientul cu cearșaf și flanelă.

### **Organele genitale și regiunea perianală**

Igiena organelor genitale și a regiunii perianale încheie toaleta la pat a pacientului. Dacă starea generală a pacientului îi permite, acesta se poate spăla de unul singur, în timp ce asistenta îl va supraveghea.

1. Înlocuiți apa, mănua de baie și prosopul cu altele curate.
2. Îmbrăcați mănua de unică folosință.

3. Așezați bolnavul în poziție ginecologică. Suprafața patului va fi acoperită cu mușama și aleză, care se introduce sub regiunea sacrată.
4. Sub regiunea sacrată se introduce plosca.
5. Peste mănua de cauciuc se îmbracă mănua de baie.
6. Regiunea genitală se spală din anterior spre posterior, evitând regiunea anală (se recomandă folosirea săpunului neutru pentru piele și mucoase).
7. Limpeziți cu apă curată foarte atent pentru a îndepărta urmele de săpun (se poate face cu ajutorul unui jet de apă turnat dintr-un vas. Se mai pot folosi tampoane și o pensă porttampon, insistând la toate pliurile. Se recomandă schimbarea frecventă a tampoanelor pentru a nu transporta germeni dinspre regiunea anală spre cea genitală).
8. Îndepărtați bazinetul de sub pacient și ștergeți foarte bine organele genitale și regiunea din jur folosind al treilea prosop.

**N.B.** În timpul procedurii examinați tegumentele și observați eventuale modificări (hiperemie/iritație).

9. La final se recomandă fricționarea cu alcool mentolat în special a regiunile predispuse la escare, pentru activarea circulației sanguine.
10. Schimbați lenjeria de corp și de pat și întindeți bine pătura pentru a nu jena pacientul.
11. Acoperiți pacientul și asigurați-vă că este într-o poziție de confort fizic și psihic.
12. Dacă pacientul este purtător de sonde, asigurați-vă că sunt permeabile și bine poziționate
13. Îndepărtați mănuașile și spălați-vă mâinile.
14. *Totul este în regulă? Foarte bine.*
15. Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l care este programul pentru timpul apropiat.
16. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoximetria. TA:...../.....mmHg; Ps:...../min., SaO<sub>2</sub>:.....%.

### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

### 31. Igiena cateterului vezical

#### Scopul

Dezvoltarea abilităților practice de îngrijire a cateterului vezical.

#### Obiectivele

Studentul trebuie să cunoască:

- importanța prevenirii dezvoltării complicațiilor infecțioase asociate cateterului vezical;
- regulile de profilaxie a complicațiilor traumatice asociate cateterului vezical.

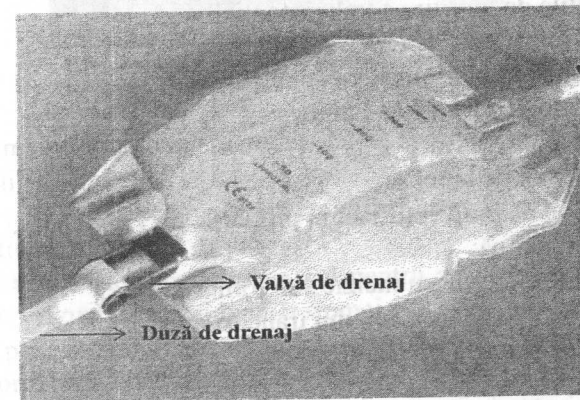
#### Materialele și metodele

- mulaj pentru cateterizare vezicală (femei, bărbați);
- cateter vezical;
- sac colector de urină;
- condiții ce respectă autonomia pacientului;
- paravan;
- bazin cu apă caldă;
- săpun neutru;
- prosop;
- mănușă pentru baie;
- mănuși de unică folosință;
- ploscă;
- mușama, aleză.

#### Tehnica

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și vă voi efectua igiena cateterului vezical.*
2. *Numele dumneavoastră, vă rog..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru efectuarea procedurii (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.) cu respectarea autonomiei pacientului.
4. *Drenarea urinei prin intermediul cateterului vezical impune respectarea anumitor reguli, în vederea reducerii riscului infecțiilor asociate, cu care țin să vă familiarizez. De asemenea trebuie efectuată toaleta cateterului de două ori în zi.*
5. Spălarea mâinilor și aplicarea mănușilor medicale curate ca parte a precauțiilor standard.

6. Trebuie să urmăriți ca urina să se dreneze într-un sac colector urinar. Prudență la tubul cateterului: nu se admite să fie răsucit sau îndoit.
7. Nivelul sacului colectorului urinar trebuie să fie mai jos de cel al vezicii urinare.
8. Poziția sacului colectorului urinar trebuie să excludă tensionarea sau tracția cateterului vezical.
9. Se verifică zilnic aspectul urinei (culoarea, transparența, mirosul) și se examinează zona pericateret în vederea evidențierii precoce a primelor semne de inflamație și infecție (secreții purulente, iritație, edematare, hiperemie a pielii din adiacență etc.).
10. Peste mănușa de unică folosință se îmbracă o mănușă de baie.
11. Se înmoaie mănușa în bazinul cu apă caldă.
12. Zona din jurul cateterului se spală de 2 ori pe zi cu apă caldă și săpun, după care se limpezește cu apă curată. La bărbații necircumcizați se recomandă decalotarea glandului penisului în vederea eliminării secrețiilor acumulate sub prepuțiu.
13. Se șterge atent prin tamponare cu un prosop curat.
14. Pe pielea din jurul cateterului este interzisă categoric aplicarea pudrei sau a loțiunilor de corp.
15. Este interzisă tensionarea, tracția cateterului.
16. În timp ce pacientul este la regim de pat, sacul colectorului urinar se plasează la una din lateralele patului prin intermediul unui dispozitiv de fixare din plastic sau metal.



17. Pentru golirea sacului colectorului vezical mobilizați duza de drenaj din buzunarul de fixare; deschideți valva specială pentru golirea sacului.
18. Lăsați urina să se scurgă într-un container astfel ca marginea duzei să nu se atingă de nimic.
19. După ce s-a scurs urina ștergeți vârful duzei pentru a înlătura urmele de urină.
20. Se închide valva de drenaj și se remontează duza de drenaj în buzunarul de fixare.
21. Îndepărtați mănușile și spălați-vă mâinile cu apă și săpun.
22. *Totul este în regulă? Foarte bine.*
23. Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l care este programul pentru timpul apropiat.

#### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

### **32. Îngrijirea traheostomiei**

#### **Scopul**

Dezvoltarea abilității practice de îngrijire a traheostomiei.

#### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

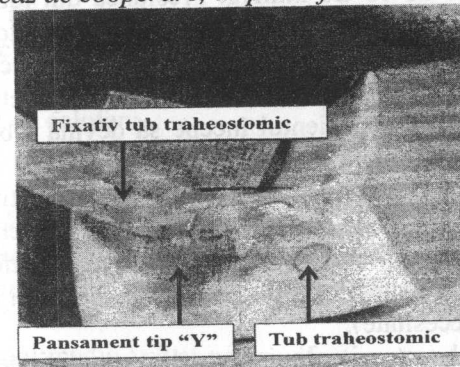
- importanța prevenirii dezvoltării iritației locale;
- modalitățile de prevenire a dezvoltării complicațiilor infecțioase;
- regulile de îngrijire a traheostomiei.

#### **Materialele și metodele**

- mulaj de traheostomă;
- aplicatoare cu vârf de bumbac;
- pensă chirurgicală;
- tamponare de bumbac;
- peroxid de oxigen (diluat în proporție de 1:1 cu apă);
- soluție salină;
- comprese sterile cu incizie sub formă de „Y”;
- panglică de fixare a tubului traheostomic;
- vase pentru soluții dezinfectante;
- măsuță mobilă;
- foarfece sterile;
- cuvă renală;
- stetofonendoscop.

#### **Tehnica**

1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și voi efectua astăzi prelucrarea traheostomiei.*
2. *Numele dumneavoastră ..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru efectuarea procedurii (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.) cu respectarea autonomiei pacientului.
4. *După cum v-ați dat seama și Dvs., tubul aflat la nivelul traheii dumneavoastră și prin intermediul căruia respirați va fi menținut un timp anume și pentru a preveni diverse complicații este obligatorie prelucrarea periodică a regiunii din imediata apropiere a tubului traheostomic (2 ori pe zi, la necesitate, mai frecvent).*
5. *Este o procedură strict necesară care provoacă un anumit disconfort, dar care, în caz de cooperare, ar putea fi diminuat la maximum.*



6. Spălarea mâinilor și aplicarea unor mănuși medicale curate ca parte a precauțiilor standard.
7. Coborâți partea cefalică mobilă a patului și asigurați-vă că pacientul este poziționat orizontal.
8. Plasați sub umerii bolnavului un sul pentru a asigura o extensie a gâtului și o vizualizare mai bună a stomei.
9. Eliberați panglica de fixare a tubului traheostomic.
10. Cu ajutorul pensei chirurgicale înlăturați pansamentul (în timpul acestei manipulații se fixează tubul traheostomic pentru a preveni o eventuală retragere accidentală).



11. Înmuiiați aplicatorul cu vârf de bumbac în vasul cu peroxid de oxigen diluat și înlăturați secrețiile din imediata apropiere a tubului (începeți cât mai aproape de tub, mișcările fiind direcționate dinspre tub spre periferie).

**Atenție!** Nu se admite scurgerea părții lichide la nivelul stomei și a tubului (în cazul stomei cronice se recomandă spălarea marginilor plăgii cu soluții saline, deoarece utilizarea îndelungată a peroxidului poate produce iritații locale în special la copii).

12. Repetați această procedură până la debridarea totală a plăgii și/sau înlăturarea completă a secrețiilor.
13. Uscați marginile stomei cu un tampon de bumbac.
14. Verificați pielea sub fixativul tubului traheostomic.
15. În cazul tuburilor traheostomice cu balon se recomandă verificarea la fiecare 4 ore a presiunii din balon, care nu trebuie să depășească valoarea medie de 15–20 mmHg. Presiunea din tub trebuie să fie minimală pentru a asigura ermetizarea căilor respiratorii.
16. Monitorizați zilnic pielea din jurul stomei cu scopul evidențierii precoce a primelor semne de infectare, cum ar fi hiperemia, inflamația, mirosul neplăcut sau pacientul începe să devină febril. La apariția acestor semne se solicită consultația chirurgului.
17. La indicații se aplică unguente antibacteriene sau antifungice cu ajutorul unui aplicator de la marginea stomei spre periferie.
18. Aplicați pansamentul aseptice sub formă de „Y”, astfel încât incizia să fie direcționată superior (aplicarea pansamentului aseptice se face în funcție de necesitate).
19. Fixați tubul traheostomic prin intermediul panglicii de fixare.
20. Auscultați ariile pulmonare la nivelul ambilor hemitorace pentru a verifica poziția tubului traheostomic.
21. Retrageți sulul de sub umerii pacientului, plasați sub cap și umeri o pernă de grosime potrivită.
22. Elevați extremitatea cefalică mobilă a patului.
23. Îndepărtați mănușile și spălați-vă mâinile cu apă și săpun.
24. *Totul este în regulă? Foarte bine.*
25. Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l care este programul pentru timpul apropiat.

#### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

### 33. Îngrijirea stomelor

#### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de îngrijire a stomelor.

#### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- modalitățile de prevenire a dezvoltării iritației locale;
- importanța prevenirii dezvoltării complicațiilor infecțioase.

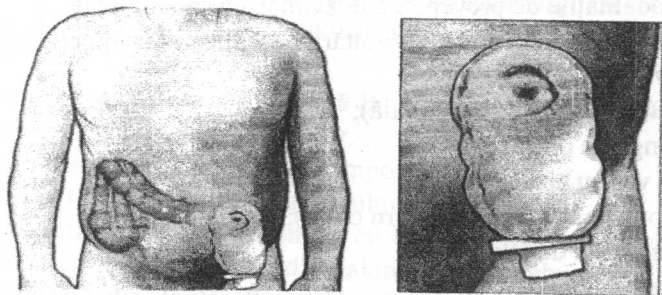
#### **Materialele și metodele**

- mulaj cu stomă (intestinală);
- pungă de plastic;
- un vas cu apă caldă;
- săpun neutru lichid (pentru copii);
- tampon de bumbac;
- port-tampon;
- meșe de tifon;
- sac colector cu adeziv pentru stomă;
- foarfece;
- o bucată de celofan;
- marker.

#### **Tehnica**

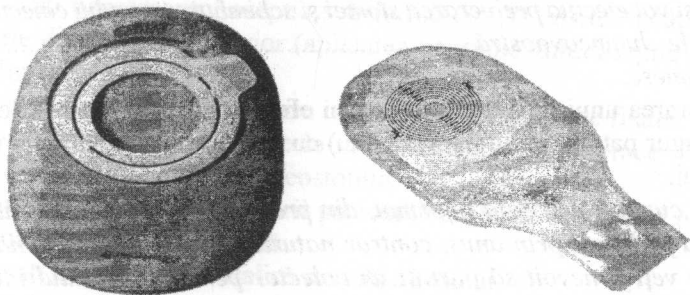
1. *Bună ziua. Mă numesc ..... Sunt medic/asistent medical și voi efectua prelucrarea stomei și schimbarea sacului colector.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. Asigurarea unui mediu privat pentru efectuarea procedurii (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.) cu respectarea autonomiei pacientului.
4. *După cum ați fost deja informat, din preoperator, conținutul intestinal va fi drenat prin anus, contrar naturii, în așa-numita stomă. De aceea veți fi nevoit să purtați un colector pentru conținutul intestinal. Țin să vă asigur că vă veți acomoda cu timpul, realizând că puteți trăi la fel ca înainte.*
5. *Schimbarea stomei se va face dimineața (pe nemâncate) sau la câteva ore după ce a-ți mâncat și băut (în funcție de tranzitul intestinal).*
6. Spălarea mâinilor și aplicarea mănușilor medicale curate ca parte a precauțiilor standard.

7. Desfaceți punga veche începând de sus în jos, din aproape în aproape, pentru ca astfel să aveți o bună vizibilitate și control asupra ceea ce faceți.
8. Aruncați dispozitivul într-o pungă de plastic pe care ulterior o veți duce la pubelă.



Colostomă cu colector.

9. Curățați pielea din jurul stomei cu apă caldă (la temperatură corpului) și săpun pentru copii.
10. Țineți ușor cu mâna o bucată de tifon sau material curat absorbant deasupra stomei pentru absorbția oricăror urme de secreții intestinale.
11. Măsurați cu ajutorul ghidului Coloplast dimensiunea corectă a stomei.



Sac colector cu adeziv pentru stomă.

12. Dacă stoma nu este perfect rotundă, folosiți o bucată de celofan sau plastic curat pe care îl aplicați direct peste stomă, desenând cu un marker sau cu o cariocă forma și dimensiunea corectă a acesteia. Decupați acest desen și aplicați-l peste flanșă, tăind fix pe marginea lui cu o forfecuță curbă, obținând astfel dimensiunea și forma reală

a stomei dumneavoastră, înlăturând pericolul infiltrării secrețiilor intestinale pe sub flanșă.

13. Se dezlipește inițial numai hârtia cartonată – la sistemul mc/pc 2000 sau foița transparentă – la sistemul Alterna centrală de pe punguța sau de flanșă (la sistemul din două componente) și se începe aplicarea flanșei de jos în sus pentru o bună vizibilitate asupra aplicării.
14. După ce partea centrală este corect și complet aplicată, se îndepărtează pe rând și cele două jumătăți de hârtie protectoare ale bandelei periferice, lipind ușor și materialul de dublă siguranță.
15. Asigurați-vă încă o dată că punguța este închisă corect în partea inferioară (în cazul celor cu evacuare).

**N.B.** Dacă pielea din jurul stomei devine iritată și roșie, dureroasă și plină de secreții, ea trebuie îngrijită cu mare atenție. Nu recurgeți niciodată la spirt, benzină, acetonă, detergenți, sau alți solvenți, evitați orice formă de săpun cu excepția celui cu pH neutru (săpunul pentru copii). Curățați zona de orice reziduuri de material adeziv cu un șervețel curățător Comfeel Cleanser de la Coloplast.

16. Pentru reducerea semnelor de iritație la nivelul pielii sunt recomandate un șir de unguente care o usucă și reduc macerațiile locale.
17. Îndepărtați mânușile și spălați-vă mâinile cu apă și săpun.
18. *Totul este în regulă? Foarte bine.*
19. Acoperiți pacientul cu o pătură și anunțați-l care este programul pentru timpul apropiat.

#### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

### 34. Pregătirea sistemului de perfuzii

#### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de montare a unui sistem de perfuzii pentru administrare i/v.

#### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- importanța respectării regulilor de aseptică și antiseptică la montarea sistemului de perfuzii;
- regulile de selectare a sistemului de perfuzii în funcție de scopul care-l urmărește terapia;

- regulile de determinare a concentrației substanței active în volumul infuzabil;
- tehnica de instalare a vitezei de perfuziei.

### **Materialele și metodele**

- mănuși sterile;
- soluție alcoolică pentru dezinfecție;
- bilet de inscripție;
- stativ pentru sistemul de perfuzii;
- sistemul de perfuzie;
- boluri din bumbac;
- sistemul de închidere a liniilor de extensie.

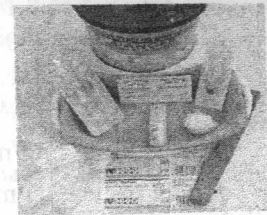
### **Tehnica**

1. Verificați prescripțiile medicale și preparați biletul de inscripție în care se notifică:
  - datele personale ale pacientului;
  - soluția pentru perfuzii;
  - volumul soluției perfuzabile;
  - drogul care este suplimentat în perfuzabil;
  - ritmul perfuziei;
  - data și ora când a început perfuzia;
  - data și ora când s-a finisat perfuzia;
  - semnătura persoanei care a efectuat procedura.
2. Respectă cele 10 reguli de preparare și administrare a drogurilor.
 

**10 reguli de aur pentru administrarea sigură a drogurilor**

  - Administrează *drogul corect*.
  - Administrează drogul corect la *pacientul corect*.
  - Administrează *doza corectă*.
  - Administrează drogul corect pe *calea de administrare corectă*.
  - Administrează drogul corect la *timpul corect*.
  - *Documentează* fiecare drog administrat.
  - *Informează* pacientul despre drogul care i-a fost administrat.
  - Familiarizează-te cu *istoricul medicației pacientului*.
  - Verifică dacă pacientul nu a prezentat *reacții alergice la medicamente*.
  - Fii atent la interacțiunea *medicament-medicament* sau *medicament-component alimentar* (pentru siguranța proprie și a pacientului se recomandă verificarea ghidului de interacțiune a medicamentelor).

3. Spălarea mâinilor cu apă și săpun, aplicarea mănușilor medicale sterile.
4. Pregătiți tot necesarul pe masa de lucru.



5. Verificați soluția perfuzabilă (integritatea ambalajului, termenul de valabilitate, transparența, prezența unor sedimente sau fulgi la agitare).
6. Lipiți biletul de inscripție pe flaconul perfuzabil.
7. Desigilați containerul cu perfuzabil respectând regulile de asepsie și prelucrați cauciucul cu un bol de bumbac înmuiat în alcool.
8. Deschideți sistemul de perfuzii în condiții aseptice și închideți robinetul pentru a preveni scurgerea perfuzabilului.
9. Străpungeți dopul de cauciuc al containerului cu perfuzabil respectând regulile asepsiei.
10. Umpleți camera cu filtru a sistemului de perfuzie cu soluție perfuzabilă cel puțin pe jumătate.
11. Deschideți robinetul și umpleți sistemul în totalitate cu perfuzabil, eliminând bulele de aer dacă există pe traiect.
12. Închideți sistemul de perfuzii și montați la capătul sistemului de perfuzii un sistem de închidere a liniilor de extensie.
13. Sistemul de perfuzii este gata pentru utilizare și se atârnă pe un stativ pentru sistemele de perfuzii.
14. Viteza de perfuziei este determinată de scopul terapiei volemică (pentru resuscitarea volemică sunt recomandate sistemele de perfuzii cu picătură mare – 10–15 picături/ml, în timp ce sistemele de perfuzii cel mai frecvent utilizate sunt cele de 20 picături/ml).



15. Concentrația substanței active în soluția perfuzată (Sol. salină 200 ml) se face prin calcul matematic (sistemul de perfuzii 20 picături/ml):

- Adrenalină 0,1% – 1ml este echivalentă cu 1 mg = 1000μg;
- Sol. salină 200 ml:

200 ml.....1000 μg

1 ml.....X

$$X = \frac{1 \times 1000}{200} = 5 \mu\text{g/ml sau } 5 \mu\text{g}/20 \text{ picături.}$$

La un pacient cu masa corporală de 70 kg pentru menținerea presiunii de perfuzii tisulare se recomandă o doză de 0,2 μg/kg/min de Adrenalină:

- $0,2 \times 70(\text{kg}) = 14 \mu\text{g}/\text{min}$ ;
- 14 μg/min de Adrenalină este echivalentă cu 2,8 ml/min sau 56 picături/min:

5 μg.....1ml

14 μg.....X, unde  $X = \frac{14 \times 1}{5} = 2,8 \text{ ml}$

2,8 ml × 20 picături/ml = 56 picături.

### **Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

## **35. Oxigenoterapia pe canulă nazală**

### **Scopul**

Dezvoltarea abilităților practice de oxigenoterapie pe canula nazală.

### **Obiectivele**

Studentul trebuie să cunoască:

- tehnica efectuării oxigenoterapiei pe canula nazală;
- modalitățile de prevenire a complicațiilor asociate oxigenoterapiei.

### **Materialele și metodele**

- sursă de oxigen;
- umidificator de aer;
- canulă nazală;
- cremă emolientă pe bază de apă.

### **Tehnica**

1. Evaluarea rapidă a prezenței funcțiilor vitale (prezența stării de conștiență, mișcări, vorbire, respirații).

2. *Bună ziua. Mă numesc..... Sunt medic/asistent medical și vă voi examina astăzi.*
3. Spălarea mâinilor și aplicarea unor mănuși medicale curate (doar în caz de leziuni tegumentare ale mâinilor examinatorului sau a unui potențial infectant sporit al pacientului), ca parte a precauțiilor standard.
4. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
5. Asigurarea unui mediu privat pentru examinare (salon cu un singur pat, draperii, paravan etc.).
6. Poziționarea pacientului în pat, preferabilă poziția Fowler.
7. Dacă nu au fost recent evaluate, determinarea TA, frecvenței pulsului, pulsoximetria, frecvența respiratorie, termometrizarea. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SpO<sub>2</sub>.....%; ...../min, T.....°C.
8. Consultând documentele medicale ale pacientului:
  - validarea orarului de administrare prescris pentru oxigenoterapie;
  - calea de administrare prescrise (canula nazală).
9. Sunteți alergic la produse din cauciuc?
10. Cianoza (colorația albăstruie) buzelor?  DA  NU
11. Puteți sta întins în pat fără probleme?  DA  NU
12. *Vă voi administra mai mult oxigen în aerul inspirat.*
13. *Oxigenul va ajunge din acest tub umidificat, pentru că altfel vă usuca mucoasele, în aerul pe care dumneavoastră îl respirați. Este o procedură medicală sigură, dacă sunt respectate anumite precauții.*
14. *Este recomandabil să stați în șezut, relaxat. Să ne anunțați dacă, în cursul oxigenoterapiei simțiți dureri, în special în coșul pieptului, gât, dificultăți de respirație sau dacă vreți să tușiți. Cât timp folosiți oxigenul, în preajma dumneavoastră nu se fumează, se verifică tehnic obiectele casnice din proximitate la care se pot produce scânteii (aparate de bărbierit, televizoare, perne electrice etc.), nu se poartă haine sau, nu se utilizează păături sau alte obiecte din lână sau materiale sintetice, ce pot acumula electricitate statică, cât timp primiți oxigen, nu se utilizează materiale inflamabile: uleiuri, grăsimi, eter, soluții alcoolice, acetonă.*
15. *Datorită oxigenoterapiei organismul dumneavoastră va avea o cantitate suficientă de oxigen pentru activitatea normală a celulelor.*
16. Verificarea nivelului de presiune a oxigenului din tubul presurizat, citind indicația de la nivelul manometrului dedicat.



17. Verificarea încadrării în termenul de valabilitate și a unui nivel corespunzător al lichidului din recipientul umidificator (eventual completarea cu apă distilată, până la un nivel intermediar între indicatorul de limită minimă și maximă). Schimbarea apei din umidificator zilnic. Spălarea sticlei umidificatorului: la fiecare 3 zile. Este posibilă utilizarea de apă nu strict sterilă ci curată, de exemplu, apă de băut. Adăugarea în recipient de alcool etilic 90% vizează obținerea unui efect antispumant (apa de la robinet este de evitat deoarece conține și minerale ce se depun pe recipientul de umidifiere sau care chiar pot fi antrenate în aerul respirat de pacient).
18. Aplicarea unei creme emoliente (pe bază de apă, nu pe bază de grăsimi), la nivelul mucoasei narinare a pacientului, bilateral (pentru a preveni apariția de leziuni traumatice ale mucoasei narinare, care pot apărea în condițiile plasării cronice a unor tuburi la nivelul narinelor, oxigenoterapia generând local un efect de uscare).
19. Verificarea încadrării în termenul de valabilitate urmată de extragerea din ambalajul său steril a canulei nazale și conectarea ei la portul specific al reductorului tubului de oxigen.
20. Consultând documentele medicale, se face ajustarea debitului de oxigen – prin robinetul dedicat al reductorului. Verificarea conform dozelor prescrise (2–6 litri/minut); pentru a crește concentrația de oxigen din aerul inspirat, de la 21% existent uzual în aerul atmosferic la 24% în cazul administrării unui debit de 2 l/min, respectiv 44%> pentru debitul de 6 l/min (în medie, fiecare litru pe minut adăugat sporește concentrația de oxigen din aerul respirat cu 4%. La un debit de peste 6 l/min există tendința pacientului de a înghiți aerul administrat, fără un beneficiu suplimentar).
21. Verificarea prezenței fluxului de oxigen la nivelul sistemului de administrare a oxigenoterapiei: fie prin apariția barbotării la nivelul umidificatorului, fie prin perceperea fluxului de aer la nivelul extremității distale a canulei nazale apreciată tactil cu fața dorsală a mâinii.
22. Plasarea ansei distale a canulei cu porțiunea capetelor narinare spre extremitatea cefalică a pacientului și porțiunea tubulară spre gâtul acestuia. Prinderea extremității distale a ansei canulei la nivelul palmei mâinilor medicului/asistentului medical. Cu ajutorul ambelor degete mari ale mâinilor (police) se plasează capetele narinare ale canulei în interiorul foselor nazale ale pacientului (cât mai puțin traumatic, evitând deplasarea acestora în lateral spre pereții narine-

lor – plasare cât mai centrală în interiorul foselor nazale). Canula nazală se fixează după pavilioanele urechilor pacientului și apoi spre gâtul pacientului.

23. *Simțiți că aerul ajunge la nivelul nasului?*
24. Canula nazală se fixează după pavilioanele urechilor pacientului și apoi spre gâtul pacientului. Securizarea plasamentului canulei nazale la nivelul zonei gâtului pacientului prin culisarea spre distal a unui inel de unire a tubulaturii (similar cu strângerea nodului la o cravată).
25. *Tubul este bine plasat? Vă deranjează ceva? Simțiți că vine aer prin tuburile pe care le-am montat la nivelul nasului?*
26. Notarea în fișa pacientului a procedurii, *debitului de administrare a O<sub>2</sub>, căii pe care a fost administrat medicamentul (canula nazală), datei, orei și minutului administrării* (eventual, în cazul în care diferența este mai mare de 30 minute față de ora de administrare prescrisă se notează motivul decalajului), **parametrii clinici și biologici relevanți, evaluați pretratament** (ex.: TA, FC, gradul durerii, valoarea glicemiei ș.a.).
27. *Cum vă simțiți? Aveți dureri sau simțiți vre-un disconfort?*
28. Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l când va observa o nouă schimbare.
29. Observați confortul și reevaluați TA, frecvența pulsului, pulsoximetria. TA:...../.....mmHg; Ps...../min., SaO<sub>2</sub>.....%.

### Locul desfășurării

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

## 36. Efectuarea clisterului evacuator

### Scopul

Dezvoltarea abilității practice de efectuare a clisterului evacuator.

### Obiectivele

Studentul trebuie să cunoască:

- Tehnica efectuării clisterului evacuator.

### Materialele și metodele

- masă de tratament sau tavă;
- irigator (recipient), tub de cauciuc cu diametrul de 19 mm și lungimea de 1,5–2 m;
- canulă rectală;
- tăviță renală;

- mușama, transversă;
- învelitoare de flanelă sau cearșaf;
- substanță lubrefiantă;
- casoleta cu comprese sterile;
- material pentru toaleta perineală;
- ploscă (bazinet);
- stativ pentru irigator;
- apă caldă 35–37°C:
  - a) 500–1000 ml (adulți);
  - b) 500 ml (adolescenți);
  - c) 100 ml (copii).
- sare (1 linguriță/1L apă) / ulei (4 linguri/1L apă) / glicerină (40 gr/500 ml apă) / săpun (1 linguriță rasă/1L apă).

### **Tehnica**

1. *Bună ziua. Mă numesc.....Sunt medic/asistent medical și vă voi efectua clisterul evacuator.*
2. *Numele dumneavoastră..... Data nașterii..... Mulțumesc.*
3. *Asigurarea unui mediu privat pentru manipulare.*
4. *Aveți prescris în foaia de indicații un clister evacuator.*
5. *Procedura este una simplă și constă în introducerea prin anus în rect și colon a unei cantități de apă caldă pentru a îndepărta masele fecale de la acest nivel. Procedura este strict necesară, întrucât golind intestinul putem ameliora starea dumneavoastră de sănătate. Nu trebuie să vă jenați, deoarece clisterul este una dintre cele mai frecvente manopere de care beneficiază practic fiecare pacient ajuns în serviciu medical.*
6. *În momentul introducerii canulei în rect ați putea percepe un ușor disconfort, dar acesta poate fi diminuat prin relaxarea orificiului anal. În timp ce lichidul va ajunge în lumenul intestinului ar putea apărea senzații de durere, crampe ca rezultat al extinderii pereților intestinului, de aceea la intervenirea aceluia moment vă rog să mă anunțați imediat (ce senzații ar putea apărea în timpul performării procedurii).*
7. *Dacă pe parcurs vor apărea anumite senzații neplăcute sau dureri rog să mă anunțați imediat.*
8. *Este foarte important ca în timpul procedurii să fiți relaxat/ă, calm/ă și să-mi urmați instrucțiunile pentru a obține rezultatul scontat.*

9. *Scoateți vă rog hainele de pe partea inferioară a corpului și culcați-vă în decubit lateral stâng cu membrul inferior stâng întins, iar dreptul flectat (în poziție SIMS), cu anusul expus, sau în decubit dorsal cu membrele inferioare flectate (în funcție de starea și confortul pacientului).*
  10. *Așezați mușama și aleza sub bazinul pacientului.*
  11. *Așezați bazinetul sub regiunea sacrală și acoperiți pacientul cu o învelitoare.*
  12. *Spălați-vă mâinile cu apă și săpun.*
  13. *Îmbrăcați mănușile de unică folosință.*
  14. *Poziționați irigatorul (recipientul) pe stativ la o înălțime de 45 cm deasupra nivelului anusului pacientului și eliminați aerul din tubul irigatorului, după care închideți circuitul.*
  15. *Lubrifiați canula rectală pe o lungime de 5–7 cm (setul de unică folosință pentru clismă poate avea canula prelubrifiată).*
  16. *Îndepărtați fesele pacientului cu mâna stângă, iar cu mâna dreaptă introduceți canula 7–9 cm prin anus în rect, perpendicular pe suprafața subadiacentă, cu vârful îndreptat înainte, în direcția vezicii urinare, prin mișcări de rotație, până învingeți rezistența sfincterului anal.*
  17. *Dacă rezistența se menține și după trecerea de anus, lăsați să se scurgă o cantitate mică din soluția pentru clismă, retraceți puțin canula și apoi continuați introducerea cu mișcări ușoare de rotație, rugând pacientul să respire adânc de câteva ori.*
- N.B.** Nu forțați introducerea canulei!
18. *Îndreptați vârful canulei în axul ampulei rectale.*
  19. *Deschideți circuitul și introduceți soluția încet, într-un interval de 5–10 minute, comunicând în acest răstimp în permanență cu pacientul pentru a remarca cum se simte. La apariția senzațiilor de durere – opriți pentru câteva clipe introducerea lichidului, coborâți irigatorul sau reglați presiunea cu ajutorul robinetului. Înainte de terminarea soluției gândiți-vă tubul, extrageți canula rectală și așezați-o în tăvița renală.*
  20. *Rețineți soluția în rect timp de 10–15 minute pentru a spori eficiența clisterului. În cazul în care pacientul este slăbit și nu e în stare să rețină – strângeți fesele pacientului ajutându-l astfel să țină lichidul.*
  21. *Aduceți pacientul în decubit lateral drept și peste câteva minute în decubit dorsal pentru a facilita pătrunderea lichidului la o adâncime mai mare (dacă este posibil și nu există contraindicații).*

22. Dacă pacientul se poate deplasa, va merge de unul singur la toaletă.
- N.B.** Atenționați pacientul să nu tragă apa înainte de a vă chema pentru a examina rezultatul clisei!
23. Folosiți plosca pentru captarea scaunului direct la pat, în cazul pacienților imobilizați.
24. După eliminarea scaunului verificați starea de igienă a zonei anale și, dacă este nevoie, puneți la dispoziția pacientului apă, săpun și prosop. În cazul în care pacientul este imobilizat, la efectuarea toaletei zonei folosiți un alt basinet.
25. Verificați aspectul, culoarea și cantitatea materiilor fecale eliminate.
26. Înlăturați mănușile și aruncați-le în recipientul special destinat.
27. Spălați-vă mâinile.
28. *Totul este în regulă? Foarte bine.*
29. Înveliți pacientul cu o plapumă.

**Locul desfășurării**

Sala de studii în cadrul Centrului de simulări.

**Bibliografie**

1. Berman, Audrey J.; Snyder, Shirlee; Jackson Christina. Skills in Clinical Nursing (6th Edition). Published by Prentice Hall, New Jersey, 2009.
2. Catheter care guidelines of The Australian and New Zealand Urological Nurses Society, 2006.
3. <http://headtoeocare.com/content/bedside-care/moving-bed-wheelchair> (citată la data de 14.02.2013).
4. [http://nursing411.org/Courses/MD0553\\_Intravenous\\_Infusions/1-05\\_Intravenous\\_Infusions.html](http://nursing411.org/Courses/MD0553_Intravenous_Infusions/1-05_Intravenous_Infusions.html) (citată la data de 26.02.2013).
5. <http://ru.scribd.com/doc/99011382/Ingrijirea-Pacientului-Colostomizat> (citată la data de 22.02.2013).
6. <http://smart-nurse.blogspot.com/2010/01/transfer-from-bed-to-stretcher.html> (citată la data de 14.02.2013).
7. <http://www.drugs.com/cg/wheel-chair-transfers.html> (citată la data de 14.02.2013).
8. [http://www.ehow.com/facts\\_7156447\\_intravenous-nursing-standards-practice.html](http://www.ehow.com/facts_7156447_intravenous-nursing-standards-practice.html) (citată la data 22.02.2013).
9. [http://www.ehow.com/how\\_2311320\\_transfer-patients-from-bed-stretcher.html](http://www.ehow.com/how_2311320_transfer-patients-from-bed-stretcher.html) (citată la data de 14.02.2013.)
10. [http://www.ehow.com/how\\_2311857\\_transfer-weak-patient-from-bed.html](http://www.ehow.com/how_2311857_transfer-weak-patient-from-bed.html) (citată la data de 14.02.2013).
11. [http://www.ehow.com/how\\_5025743\\_transfer-elderly-wheel-chair-bed.html](http://www.ehow.com/how_5025743_transfer-elderly-wheel-chair-bed.html) (citată la data de 14.02.2013).
12. [http://www.ehow.com/how\\_8545234\\_prepare-iv-infusion.html](http://www.ehow.com/how_8545234_prepare-iv-infusion.html) (citată la data de 26.02.2013).
13. <http://www.hopkinsmedicine.org/tracheostomy/living/stoma.html> (citată la data de 22.02.2013).
14. <http://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files%5C101012intravenousinfusion.pdf> (citată la data de 26.02.2013).
15. <http://www.webmd.com/a-to-z-guides/care-for-an-indwelling-urinary-catheter-topic-overview> (citată la data de 22.02.2013).
16. Titirca L., Dorobanțu E., Gal Gh. et al. Chid de nursing cu tehnici de evaluare și îngrijire corespunzătoare nevoilor fundamentale. Vol. I. Editura „Viața medicală românească”, București, 2008.
17. Real Nursing Skills 2.0: Skills for the RN, 2nd edition by Prentice Hall Dictionary Editors, 2010.
18. Richard L. Pullen Jr., RN, EdD. PHOTO GUIDE: Transferring a patient from bed to stretcher. Nursing 2013, January 2008. Vol. 38, nr. 1; Pag. 43 - 45
19. Udma F., Stanciu M., Ruxanda M. et al. Proceduri de nursing. Vol. I. EX PONTO Constanța, 2007.
20. Udma F., Stanciu M., Ruxanda M. et al. Proceduri de nursing. Vol. II. EX PONTO Constanța, 2007.

## CUPRINS

<b>CURSUL URGENȚE MEDICALE PRIMARE (34 ORE). MANOPERELE PRACTICE (Studenții anului I)</b> .....	3
1. Determinarea stării de conștiență a pacientului.....	3
2. Tripla manevră Safar.....	3
3. Dubla manevră Esmarch.....	5
4. Restabilirea permeabilității căilor respiratorii la copii (nou-născuți, sugari).....	6
5. Poziția laterală de siguranță a pacientului.....	6
6. Determinarea respirației (vedem, simțim, auzim).....	8
7. Determinarea pulsului la maturi.....	10
8. Determinarea pulsului la copii (nou-născuți, sugari).....	10
9. Masajul cardiac extern la maturi (tehnica efectuării compresiunilor sternale).....	11
10. Masajul cardiac extern la copii. Tehnica efectuării compresiunilor sternale în funcție de vârsta copilului, numărul salvatorilor.....	13
11. Tehnica efectuării respirației artificiale (gură la gură, gură-mască).....	15
12. Manevra Heimlich (Manevra de dezobstrucție a căilor aeriene la maturi).....	17
13. Manevra Heimlich (Manevra de dezobstrucție a căilor respiratorii la copii).....	20
14. Aplicarea garoului Esmarch.....	21
15. Aplicarea garoului improvizat.....	22
16. Aplicarea garoului pe artera carotidă.....	25
17. Aplicarea pansamentului compresiv.....	26
18. Imobilizarea membrului superior cu batista (triunghi).....	27
19. Imobilizarea membrului superior cu atele improvizate.....	29
20. Imobilizarea membrului inferior cu atele improvizate.....	31
21. Măsurarea tensiunii arteriale cu tensiometrul mecanic Moretti.....	32
<b>ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR. MANOPERE PRACTICE (Curs pentru studenții anului II)</b> .....	34
1. Spălarea medicală a mâinilor cu apă și săpun.....	34
2. Spălarea medicală a mâinilor cu soluții alcoolice.....	35
3. Îmbrăcarea mănușilor sterile.....	36
4. Îmbrăcarea halatului steril.....	37
5. Măsurarea non-invazivă a tensiunii arteriale.....	39
6. Aprecierea pulsului la artera radială.....	44
7. Măsurarea temperaturii corpului.....	46
8. Pulsoximetria.....	48
9. Asistarea pacientului la poziționarea sa la marginea patului și la deplasarea prin salon.....	50
10. Poziția medicală de ortopnee a pacientului la nivelul patului.....	56

11. Poziția medicală de decubit dorsal susținut a pacientului la nivelul patului.....	58
12. Poziția medicală semișezândă (Fowler) susținută a pacientului la nivelul patului.....	60
13. Poziția medicală de decubit ventral susținut a pacientului la nivelul patului.....	63
14. Poziția medicală de decubit lateral susținut a pacientului la nivelul patului.....	65
15. Poziția medicală de semidecubit ventral susținut a pacientului la nivelul patului.....	67
16. Schimbarea poziției pacientului imobilizat, adinamic. (Schimbarea poziției din decubit dorsal în decubit lateral).....	69
17. Schimbarea poziției pacientului imobilizat, adinamic. (Schimbarea poziției din decubit lateral în decubit dorsal).....	71
18. Schimbarea poziției pacientului imobilizat, adinamic. (Schimbarea poziției din decubit dorsal în poziție șezând).....	73
19. Schimbarea poziției pacientului imobilizat, adinamic. (Schimbarea poziției din șezând în decubit dorsal).....	75
20. Schimbarea lenjeriei de pat neocupat (fără pacient).....	77
21. Schimbarea lenjeriei patului ocupat de pacientul imobilizat (cu pacientul în poziție șezândă și în decubit).....	79
22. Schimbarea lenjeriei de corp în cazul pacientului imobilizat. (Schimbarea pijamalei).....	82
23. Schimbarea lenjeriei de corp în cazul bolnavului imobilizat. (Schimbarea cămășii de noapte).....	85
24. Poziționarea pacientului din pat în scaun/fotoliu.....	87
25. Poziționarea pacientului din scaun/fotoliu în pat.....	93
26. Transportarea pacientului în scaunul cu roțile.....	97
27. Îngrijirea ochilor.....	103
28. Îngrijirea urechilor.....	105
29. Îngrijirea cavității bucale.....	106
30. Toaleta pacientului imobilizat, adinamic.....	109
31. Igiena cateterului vezical.....	114
32. Îngrijirea traheostomiei.....	116
33. Îngrijirea stomelor.....	119
34. Pregătirea sistemului de perfuzii.....	121
35. Oxigenoterapia pe canulă nazală.....	124
36. Efectuarea clisterului evacuator.....	127