

WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY

IM. PROF. DR STANISŁAWA POPOWSKIEGO

ul. Żołnierska 18a, 10-561 Olsztyn, tel.: 89 539 34 55, tel./fax.: 89 533 77 01

www.wssd.olsztyn.pl, sekretariat@wssd.olsztyn.pl

Nr r-ku bankowego: PKO BP SA 02 1440 1228 0000 0000 0223 3304

Znak: DN.0614.29.2017r.

Olsztyn, 27.06.2017

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA
WPLYNĘŁO

27-06-2017

DMŁ:3

Podpis:

Pan
Paweł Grzesiewski
Dyrektor Wydziału Prawnego
Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
w Warszawie

szanowny Panie Dyrektorze,

W odpowiedzi na pismo znak: RzPP-WPR.431.716.2017.UM z dnia 24.06.2017r. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie, przesyła wyjaśnienia:

Ad 1. Podczas wykonywania zabiegów punkcji lędźwiowej i biopsji szpiku kostnego u dzieci stosuje się odpowiednie procedury:

- Procedura wykonywania punkcji lędźwiowej – P.02.13
- Procedura biopsji aspiracyjnej szpiku kostnego – P.02.08
- Procedury Monitorowania Bólu – P.02.26.

W wyżej wymienionych zabiegach uczestniczy zarówno personel medyczny realizujący badanie, jak również przedstawiciel ustawy/opiekun pacjenta.

Ad 2. W Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie przykładą się wagę do łagodzenia bólu i lęku u dzieci podczas udzielania świadczeń, w tym szczególnie podczas zabiegu punkcji lędźwiowej i biopsji szpiku kostnego poprzez przygotowanie pacjenta i opiekuna, zastosowanie premedykacji oraz znieczulenia miejscowego lub ogólnego. Premedykacja stosowana jest w celu łagodzenia lęku, niepokoju i bólu przed każdym zabiegiem punkcji lędźwiowej lub biopsji szpiku niezależnie od rodzaju znieczulenia. Do premedykacji stosowany jest Midazolan w postaci doustnej (syrop lub tabletki).

RPM/12272/2017 P
Data: 2017-06-27

SCP/5894/2017
ID: 011703000990050



Certyfikat Jakości
PN-EN ISO 9001:2009



Do znieczulenia miejscowego stosuje się leki: np. Tramal, Relanium, Paracetamol obniżające ból i lęk doustnie lub doodbytniczo indywidualnie dostosowane do pacjenta oraz krem Emla w miejscu wkłucia na czas minimum 60 minut przed zabiegiem. W przypadku noworodków i niemowląt do 3 m.ż. stosuje się 20% glukozę doustnie.

W przypadku biopsji szpiku kostnego dodatkowo miejsce wkłucia znieczula się podskórnie 1% Lignocainą.

U części pacjentów zabiegi te wykonywane są w znieczuleniu ogólnym, do którego pacjent jest przygotowywany tak jak do każdego innego zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym. Prowadzona jest karta monitorowania parametrów życiowych podczas znieczulenia. A po zakończonym zabiegu pacjent z bloku operacyjnego trafia do Sali wybudzeniowej na kilkugodzinną obserwację poznieczuleniową, a następnie po decyzji lekarza anestezjologa trafia na macierzysty oddział.

Ad 3. Rodzaj znieczulenia wybierany jest wspólnie przez lekarza i opiekuna. Opiekun podpisuje zgodę na zabieg z odpowiednim rodzajem znieczulenia. W przypadku znieczulenia ogólnego opiekun wyraża dodatkową zgodę na znieczulenie ogólne. Lekarz dostosowuje indywidualnie rodzaj znieczulenia do zabiegu punkcji lędźwiowej i biopsji szpiku kostnego stosowanie do stanu zdrowia pacjenta, indywidualnych wskazań i p/wskazań do rodzaju znieczulenia, sposób przygotowania do znieczulenia i postępowania po znieczuleniu oraz przedstawia to opiekunowi prawnemu, który podejmuje decyzję

Ad.4. W Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie stosuje się w praktyce procedurę leczenia i łagodzenia bólu, w tym określenie stopnia natężenia bólu, leczenia bólu, oraz monitorowaniu skuteczności leczenia na podstawie obowiązującej Procedury Monitorowania Bólu – P.02.26.

Ad.5.

Okres	Ilość punkcji lędźwiowych		Ilość biopsji szpiku	
	Znieczulenie ogólne	Znieczulenie miejscowe	Znieczulenie ogólne	Znieczulenie miejscowe
Maj 2017	3	20	1	15
Czerwiec 2017	1	8	0	5

W załączeniu przesyłamy kopie obowiązujących procedur.


Załączniki:

1. Procedura monitorowania bólu – P.02.26
2. Procedura wykonania punkcji lędźwiowej – P.02.13
3. Procedura biopsji aspiracyjnej szpiku kostnego – P.02.08

Z poważaniem

DYREKTOR SZPITALA

Kryszytu Piłkorski
Dra n. med. Kryszytu Piłkorski-Ogórek

	P.02.08 PROCEDURA BIOPSJI ASPIRACYJNEJ SZPIKU KOSTNEGO	
	Data: 11.05.2015.	Edycja: 4
Strona: 1/2		

KOPIA

1. Przedmiot

Przedmiotem procedury jest określenie prawidłowych czynności podczas pobierania szpiku kostnego do celów diagnostycznych.

2. Odpowiedzialność

- Ordynator oddziału i lekarz prowadzący pacjenta jest odpowiedzialny za ustalenie wskazań do zabiegu i nadzór nad prawidłowym wykonaniem procedury.
- Ordynator i Pielęgniarka Oddziałowa odpowiedzialna jest za nadzór nad prawidłowym stosowaniem procedury przez personel
- Pielęgniarka Oddziałowa odpowiada za zaopatrzenie w niezbędny sprzęt
- Pielęgniarka odpowiada za przygotowanie pacjenta i zestawu do pobrania szpiku oraz asystowanie do zabiegu.
- Pracownik laboratorium odpowiedzialny jest za wykonanie rozmazu szpiku kostnego na szkiełkach podstawowych.

3. Zakres stosowania, cel

Procedura ma zastosowanie w oddziałach szpitalnych.

Celem niniejszej procedury jest wykonanie zabiegu w sposób bezpieczny i jak najmniej uciążliwy dla pacjenta.

4. Opis postępowania

- 4.1. Przed planowanym zabiegiem lekarz wyjaśnia pacjentowi i rodzicowi/opiekunowi prawnemu pacjenta cel i przebieg zabiegu, przedstawia sposoby znieczulenia i środki stosowane w celu obniżenia bólu i lęku u pacjenta (dożylnie, doustne, doodbytnicze lub miejscowe), omawia i ustala sposób znieczulenia dostosowany indywidualnie do stanu zdrowia pacjenta, wskazań i p/wskazań, przygotowanie oraz opiekę i postępowanie po zabiegu, zależnie od rodzaju znieczulenia i uzyskuje pisemną zgodę od rodzica/opiekuna prawnego i pacjenta (powyżej 16 r.ż.) na wykonanie zabiegu i rodzaju znieczulenia.
- 4.2. Lekarz powiadamia laboratorium i ustala godzinę planowanej biopsji.
- 4.3. Pielęgniarka przed zabiegiem przygotowuje psychicznie i fizycznie pacjenta i rodzica/opiekuna prawnego, znieczula miejscowo okolice kolca talerza biodrowego nakładając krem „Emla” (z wyjątkiem noworodków i niemowląt do 3 m-ca ż.) na co najmniej 60 min przed badaniem, a u niemowląt do 2 roku życia na guzowatość kości piszczelowej (z wyjątkiem noworodków i niemowląt do 3 m.ż.). W przypadku noworodków i niemowląt do 3 m.ż. uspokajająco stosuje się 20 % glukozę doustnie.
- 4.4. Pielęgniarka przygotowuje zestaw:
 - jałowe i niejałowe rękawic
 - jałowe gaziki
 - lignocainę 1% do miejscowego znieczulenia
 - igły i strzykawki (2 ml, 10 ml)
 - środek dezynfekcyjny
 - jałową serwetę z otworem
 - igłę do biopsji
 - plaster z opatrunkiem



P.02.08 PROCEDURA BIOPSI ASPIRACYJNEJ SZPIKU KOSTNEGO

Data:
11.05.2015.

Edycja:
4

Strona:
2/2

- probówkę EDTA.
- 4.5. Pielęgniarka w zależności od rodzaju ustalonego znieczulenia podaje pacjentowi leki przeciwbólowe i uspokajające.
- 4.5.1. Znieczulenie ogólne:
Pielęgniarka podaje pacjentowi doustnie w postaci syropu lub tabletki Midazolam w dawce i postaci zleconej przez lekarza anestezjologa podczas kwalifikacji.
- 4.5.2. Znieczulenie miejscowe:
Pielęgniarka podaje pacjentowi doustnie lub doodbytniczo dostosowane indywidualnie leki obniżające ból i lęk w dawce i postaci zleconej przez lekarza prowadzącego (Tramal, Midazolam, Relanium lub inny lek zlecony indywidualnie).
- 4.6. W przypadku znieczulenia miejscowego, po upływie 1 godziny od nałożenia kremu znieczulającego EMLA przystępujemy do wykonania zabiegu:
 - pielęgniarka układa dziecko na kozetce lekarskiej
 - lekarz i pielęgniarka myją i dezynfekują ręce zgodnie z procedurą.
 - pielęgniarka zdejmuje opatrunek z kremem EMLA i dezynfekuje pole zabiegu środkiem dezynfekcyjnym
 - lekarz znieczula miejsce wkłucia 1% Lignocainą
 - po uzyskaniu pewności znieczulenia miejscowego pielęgniarka ponownie dezynfekuje pole zabiegu na obszarze 15x15cm.
 - lekarz nakłada jałowe rękawice
 - pracownik laboratorium przygotowuje szkiełka
 - lekarz po upływie co najmniej 1 minuty od dezynfekcji nakłada jałową serwetę z otworem i wykonuje zabieg za pomocą igły do pobrania szpiku
 - pracownik laboratorium przed przystąpieniem do czynności dezynfekuje ręce i zakłada jałowe rękawice, po czym pozyskuje materiał do badania aspirując szpik 10 ml strzykawką (około 0,5 ml), następnie wykonuje rozmaz na szkiełka i dokładnie oznakowuje
 - po zakończonym zabiegu lekarz usuwa igłę ruchem obrotowym i zabezpiecza miejsca wkłucia jałowymi gazikami (opatrunek powinien być uciskowy i 2-3 warstwowy)
 - pielęgniarka dodatkowo ochładza miejscą wkłucia okładem z lodu
 - obserwuje opatrunek i miejsca wkłucia w kierunku krwawienia oraz pacjenta w kierunku stopnia dolegliwości bólowych w miejscu wkłucia i podaje na zlecenie lekarza w zależności od potrzeby lek p/bólowy
 - uzyskany i prawidłowo oznakowany materiał przekazywany jest natychmiast do laboratorium
 - skierowanie na badanie trafia drogą elektroniczną do laboratorium.

5. Zapisy

- Historia choroby – P.01.01.f2

DYREKTOR SZPITALA

dr n. med. Krystyna Piśkorz-Ogórek



P. 02.13 PROCEDURA WYKONANIA PUNKCJI ŁĘDŹWIOWEJ

Data: 05.08.2016

Edycja: 3

Strona: 1/2

KOPIA

1. Przedmiot

Przedmiotem procedury jest określenie prawidłowych czynności podczas wykonywania zabiegu punkcji łędźwiowej do celów diagnostycznych i leczniczych

2. Odpowiedzialność


- Ordynator i pielęgniarka Oddziałowa są odpowiedzialni za nadzór nad prawidłowym stosowaniem procedury przez personel
- Lekarze i pielęgniarki odpowiedzialni są za prawidłowe wykonanie zabiegu
- Pielęgniarka oddziałowa odpowiada za zaopatrzenie oddziału w niezbędny sprzęt do wykonania zabiegu.

3. Zakres stosowania, cel

Procedura ma zastosowania w oddziałach szpitalnych
Celem jej jest zapewnienie wysokiej jakości usług podczas wykonywania punkcji łędźwiowej do celów diagnostycznych i leczniczych.

4. Opis postępowania

- 4.1 Przed planowanym zabiegiem lekarz wyjaśnia pacjentowi i rodzicowi/opiekunowi prawnemu pacjenta cel i przebieg zabiegu, przedstawia sposoby znieczulenia i środki stosowane w celu obniżenia bólu i lęku u pacjenta (dożylnie, doustne, doodbytnicze lub miejscowe), omawia i ustala sposób znieczulenia dostosowany indywidualnie do stanu zdrowia pacjenta, wskazań i p/wskazań, przygotowanie oraz opiekę i postępowanie po zabiegu, zależnie od rodzaju znieczulenia i uzyskuje pisemną zgodę od rodzica/opiekuna prawnego i pacjenta (powyżej 16 r.ż.) na wykonanie zabiegu i rodzaju znieczulenia.
- 4.2. W przypadku znieczulenia miejscowego pielęgniarka przed zabiegiem przygotowuje psychicznie i fizycznie pacjenta i rodzica/opiekuna prawnego, znieczula miejscowo okolicę nakłucia łędźwiowego nakładając krem „Emla” (z wyjątkiem noworodków i niemowląt do 3 m-ca ż.) na co najmniej 60 min przed badaniem. W przypadku noworodków i niemowląt do 3 m.ż. uspokajająco stosuje się 20 % glukozę doustnie.
- 4.3 Pielęgniarka w zależności od rodzaju ustalonego znieczulenia podaje pacjentowi leki przeciwbólowe i uspokajające.
- 4.3.1. Znieczulenie ogólne

 <small>WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE CENTRALNY OŚRODEK M. S. P. W. OLSZTYN</small>	P. 02.13 PROCEDURA WYKONANIA PUNKCJI ŁĘDŹWIOWEJ		
	Data: 05.08.2016	Edycja: 3	Strona: 2/2

Pielęgniarka podaje pacjentowi doustnie w postaci syropu lub tabletki Midazolam w dawce i postaci zleconej przez lekarza anestezjologa podczas kwalifikacji.

4.3.2. Znieczulenie miejscowe

Pielęgniarka podaje pacjentowi doustnie lub doodbytniczo dostosowane indywidualnie leki obniżające ból i lęk w dawce zleconej przez lekarza prowadzącego (Tramal, Midazolam, Relanium lub inny lek zlecony indywidualnie).

4.4 Pielęgniarka przygotowuje zestaw do punkcji lędźwiowej:

- sterylne gaziki,
- środek dezynfekcyjny do skóry,
- igłę do punkcji lędźwiowej,
- sterylne rękawice,
- sterylne próbki do pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego
- plaster.


4.5. Pielęgniarka układa dziecko zależności od wieku, w pozycji na boku tyłem i głową w stronę ręki wykonującego zabieg (broda powinna dotykać klatki piersiowej a kolana muszą być podciągnięte pod brzuch) lub sadza pacjenta w pozycji pionowej, ustawiając plecy w linii prostej z wygięciem. Wygięcie uzyskuje się poprzez ucisk brzucha pacjenta ręką osoby trzymającej.

4.6. Następnie dezynfekuje skórę okolicy krzyżowo- lędźwiowej środkiem dezynfekcyjnym. Czeka 1 minutę.

4.7. Lekarz, po umyciu i dezynfekcji rąk zakłada sterylne rękawice. Lokalizuje przestrzeń międzykręgową i wprowadza igłę punkcyjną.

4.8. Pielęgniarka pobiera płyn mózgowo-rdzeniowy na badanie ogólne, posiew oraz inne badania zlecone przez lekarza i jak najszybciej dostarcza do laboratorium.

4.9. Jeżeli celem wykonania punkcji lędźwiowej jest także podanie dokanałowe leku, pielęgniarka podaje lekarzowi strzykawkę z przygotowanym wcześniej lekiem. W przypadku podawania dokanałowego leków cytostatycznych należy stosować środki ochrony osobistej zgodnie z procedurą przygotowywania i podawania leków cytostatycznych.

	P.02.26 PROCEDURA MONITOROWANIA BÓLU		
	Data: 22.05.2015 r.	Edycja: 3	Strona: 1/5

1. Przedmiot

Przedmiotem procedury jest określenie metod i sposobu prowadzenia terapii bólu.

2. Odpowiedzialność

Za prawidłowe przestrzeganie procedury odpowiedzialny jest ordynator oddziału, pielęgniarka oddziałowa, lekarz anesteziolog, pielęgniarki sali wybudzeniowej i oddziałów.

3. Zakres stosowania i cel

Procedura ma zastosowanie wobec pacjentów wymagających leczenia bólu zarówno w przypadkach rozpoznanych jak i przewidywanych dolegliwościach bólowych w trakcie procesu leczniczego lub procesu diagnostycznego.

Celem procedury jest:

- zmniejszenie stresu hormonalnego i metabolicznego,
- zmniejszenie powikłań pooperacyjnych,
- skrócenie hospitalizacji,
- poprawa wskaźników jakości życia oraz satysfakcji pacjenta, rodziców/opiekunów prawnych
- poprawa satysfakcji personelu z jakości świadczonych usług

4. Opis postępowania

4.1 U pacjenta z rozpoznanymi dolegliwościami bólowymi istotne jest jak najszybsze wdrożenie terapii bólu.


Lekarz prowadzący/dyżurny w oddziale indywidualnie dla każdego pacjenta określa stopień możliwych do wystąpienia dolegliwości bólowych. Lekarz informuje pacjenta/opiekunów prawnych o możliwościach i metodach uśmierzania bólu. Pielęgniarka informuje dziecko/opiekuna prawnego o metodach pomiaru natężenia bólu i zapoznaje ze skalą oceny bólu dostosowaną do wieku dziecka: skala A, B, C.

A.



B.



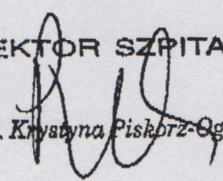
 WZEWYDZIAŁ SPECJALISTYCZNY DZIAŁ ONKOLOGII I HEMATOLOGII W OLSZTYNIE	P. 02.13 PROCEDURA WYKONANIA PUNKCJI ŁĘDŹWIOWEJ		
	Data: 05.08.2016	Edycja: 3	Strona: 3/2


- 4.10. Po wykonanym zabiegu pielęgniarka zakłada jałowy, uciskowy opatrunek w miejsce wkłucia.
- 4.11. Dziecko po zabiegu powinno przebywać bezwzględnie w pozycji płaskiej na brzuchu lub na plecach około 2 godziny. W celu zmniejszenia ryzyka powikłań popunkcyjnych zalecane jest, aby pacjent 10-12 godzin przebywał w łóżku. Po tym czasie powinien być stopniowo uruchamiany.
- 4.12.. Po dokanałowym podaniu leku cytostatycznego dziecko układamy w pozycji Trendelenburga na około 2 godziny.
- 4.13. W zależności od wskazań terapeutycznych, stanu ogólnego i stopnia nasilenia bólu miejscowego dziecka, po zabiegu stosowane są leki przeciwbólowe i przeciwwymiotne.
- 4.14. Jeśli dziecko nie ma nasilonych nudności, wskazane jest obfite pojenie.
- 4.15. Personel oddziału prowadzi wnikliwą obserwację w kierunku ewentualnych powikłań

5. Zapisy

- Historia choroby P.01.01.f2

DYREKTOR SZPITALA


dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek

 <small>WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY W OLSZTYNIE</small>	P.02.26 PROCEDURA MONITOROWANIA BÓLU		
	Data: 22.05.2015 r.	Edycja: 3	Strona: 2/5

U pacjentów poddawanych kaniulacji naczyń żylnych należy przygotować miejsce iniekcji kremem EMLA (od 3 m.ż.).

4.2 U noworodków i niemowląt do 3 m.ż. należy zastosować doustną podaż 30% glukozy – 1-2 ml (2 min. przed planowaną procedurą), ssanie nieodżywcze, otulanie, stymulację sensoryczną (dotyk, masaż, głos, zapach i smak).

U dzieci 0 – 3 r.ż. należy zastosować skalę FLACC. Skala ta ocenia 5 zachowań odpowiadających odczuwaniu bólu u dzieci: wyraz twarzy, ułożenie nóg, płacz, aktywność oraz możliwość ukojenia, których częściowe wyniki (od 0 do 2 punktów) są sumowane dając łączny wynik od 0 (brak bólu/pełen komfort) do 10 (silny ból/dyskomfort). Wartość od 3 punktów oznacza konieczność zastosowania leków przeciwbólowych oraz założenia karty monitorowania przeciwbólowego - w karcie tej należy zaznaczyć skalę C. (P.02.26.fl). Kartę tę należy prowadzić 4 razy na dobę do momentu ustąpienia objawów bólowych.

C


SKALA FLACC

Kategoria	Ocena		
	0	1	2
Wyraz twarzy (Face)	Buzia bez szczególnego wyrazu twarzy lub uśmiechnięta	Okresowe grymasy, marszczenie brwi, markotne, niezainteresowane	Częste lub stałe grymasy, drżąca bródka
Ułożenie nóg (Legs)	Swobodne, zrelaksowane	Niespokojne, napięte	Kopanie, podciąganie nóg
Aktywność (Activity)	Leży cicho w normalnej pozycji, łatwo się porusza	Wierci się, przesuwa do przodu/tyłu, napięte	Wygina się, sztywnieje, szarpie się
Płacz (Cry)	Nie płacze	Popłakuje, jęczy, kwili	Płacze cały czas, łka lub krzyczy
Możliwość ukojenia (Consolability)	Spokojne i zadowolone	Daje się uspokoić głaskaniem, przytulaniem, mówieniem do niego, ale niespokojne	Trudno utulić

Legenda: 3 – 10 pkt – informacja dla lekarza/podaż leku przeciwbólowego na zlecenie lekarskie.

4.3 U pacjentów, u których wystąpił ból przewlekły związany z jednostką chorobową pielęgniarka przeprowadza wstępną ocenę bólu według jednej z podanych skal (zależnie od wieku i stanu dziecka) oraz zakłada kartę monitorowania przeciwbólowego. Lekarz prowadzący/lekarz dyżurny informuje pacjenta o metodach leczenia bólu oraz zleca leki przeciwbólowe w zależności od potrzeby. Pielęgniarka ocenia natężenie bólu minimum 4 razy na dobę.

4.4 Przed planowanymi rozległymi zabiegami lekarz anestezjolog informuje pacjenta i jego opiekuna o inwazyjnych metodach leczenia bólu.

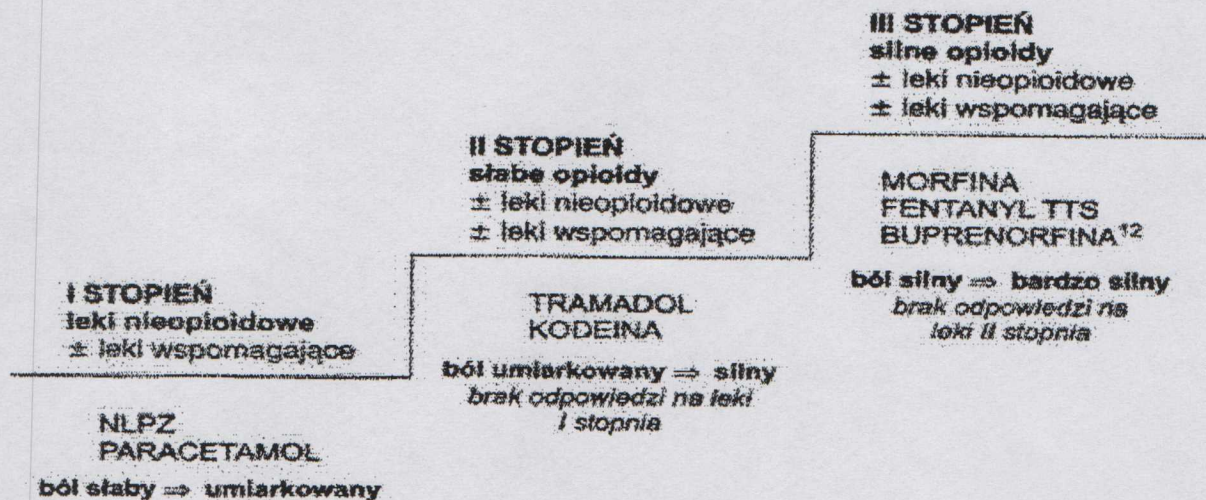
	P.02.26 PROCEDURA MONITOROWANIA BÓLU		
	Data: 22.05.2015 r.	Edycja: 3	Strona: 3/5

4.5 U wcześniaków i ex wcześniaków oraz innych pacjentów w szczególności sposób zagrożonych pooperacyjną niewydolnością oddechową metodą z wyboru jest **anestezja regionalna**.

4.6 Metodą z wyboru do zabiegów na kończynach dolnych u młodzieży gimnazjalnej i starszej jako niosącej mniejszą ilość potencjalnych powikłań są stosowane **blokady centralne** (znieczulenie podpajęczynówkowe i zewnątrzoponowe).

4.7 Jeżeli nie ma możliwości wykonania blokady centralnej, a pacjent kwalifikuje się do zastosowania systemu PCA, w okresie przedoperacyjnym lekarz anestezjolog wyjaśnia zasady działania tej metody. Umożliwia to prowadzenie optymalnej analgezji pooperacyjnej.

4.8 Lekarz zleca leki przeciwbólowe na podstawie drabiny analgetycznej.



Leczenie przeciwbólowe planuje i zleca lekarz prowadzący/dyżurny.

W sytuacjach szczególnych braku skuteczności standardowej/nieinwazyjnej terapii, stany o dużym nasileniu dolegliwości bólowych wymagające terapii inwazyjnej leczenie przeciwbólowe planowane jest we współpracy z lekarzem anestezjologiem. Leczenie przeciwbólowe w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta na sali wybudzeniowej planuje i zleca lekarz anestezjolog.

4.9 Leczenie bólu odbywa się metodami:

- Farmakologicznymi: przez podaż leków przeciwbólowych i wspomagających drogą dożylną, doustną, podskórną lub doodbytniczą. Leki dożylnie lub podskórną podawane mogą być we wlewie ciągłym lub w dawkach frakcjonowanych.
- Metodą PCA (z ang. Patient-Controlled Analgesia – analgezja sterowana przez pacjenta). Jest to metoda, w której o podaży dawki leku przeciwbólowego decyduje sam pacjent wciskając odpowiedni przycisk. Lek podawany jest przy użyciu specjalnej pompy wymagającej wcześniejszego zaprogramowania. Dawki bolusowe leku, wlew ciągły i tzw. lockout określa anestezjolog w oparciu o masę ciała, wiek i spodziewany poziom impulsacji bólowej u pacjenta
- Inwazyjnymi w formie:
 - Znieczulenia nasiękowego LMZ (lekiem miejscowo znieczulającym)



P.02.26 PROCEDURA MONITOROWANIA BÓLU

Data:
22.05.2015 r.

Edycja:
3

Strona:
4/5

- Blokady nerwów obwodowych
- Blokady centralnej zewnątrzoponowej/ podpajęczynówkowej

Metody inwazyjne leczenia bólu (znieczulenie zewnątrzoponowe i podpajęczynówkowe) zleca i wykonuje lekarz anestezjolog.

4.10 Analgezyja z wyprzedzeniem realizowana jest w macierzystym oddziale i na sali wybudzeniowej przez lekarza anestezjologa.

4.11 W bezpośrednim okresie pooperacyjnym pielęgniarka sali wybudzeniowej przeprowadza wstępną ocenę bólu wg jednej z podanych skal oceny bólu i odnotowuje poziom bólu w Karcie Monitorowania pacjenta na sali wybudzeniowej (**P.03.05 f1**) w rubryce „obserwacja”.

Dalsza ocena odbywa się w oddziale macierzystym pacjenta, gdzie w karcie monitorowania przeciwbólowego (**P.02.26.f1**) pielęgniarka dokonuje zapisów odnośnie natężenia bólu, zaznaczając jedną ze skal bólu (A, B, C), a następnie wpisuje w rubrykę „dyżur” numer natężenia bólu. Zapisy te dokonywane są minimum cztery razy na dobę lub w razie potrzeby częściej. Kartę monitorowania przeciwbólowego prowadzimy przez minimum trzy doby lub dłużej w razie potrzeby. Ocenę natężenia bólu rozpoczynamy w momencie nawiązania kontaktu słownego (logicznego) z pacjentem.

4.12 W razie nieskuteczności postępowania przeciwbólowego lub wystąpienia objawów niepożądanych pielęgniarka oddziału powiadamia lekarza prowadzącego/dyżurnego, a w sytuacjach wątpliwych powiadamiany jest lekarz anestezjolog w celu modyfikacji terapii bólu.

4.13 Najczęstsze działania niepożądane towarzyszące terapii bólu:

Hipotensja

Pacjent, u którego planowane jest znieczulenie/ terapia bólu metodą ciągłej blokady centralnej (cewnik zewnątrzoponowy lub podpajęczynówkowy) narażony jest na wystąpienie hipotensji. Postępowanie w takim przypadku obejmuje:

- ból niezwiązany z zabiegiem pooperacyjnym,
- monitorowanie,
- podłączenie koloidów/kryształoidów w szybkim wlewie iv.,
- podanie Ephedryny iv. (na zlecenie lekarza),
- powiadomienie lekarza dyżurnego, lekarza anestezjologa,
- resuscytację krążeniowo-oddechową w razie potrzeby


Ephedryna (prep. *Ephedrinum hydrochloricum WZF 25mg/ml*) - lek powodujący wzrost ciśnienia powinien znajdować się na wyposażeniu oddziałów prowadzących terapię bólu metodą ciągłej blokady centralnej. O dożylną podaż leku decyduje lekarz.

Depresja oddechowa

Każdy pacjent otrzymujący opioidy narażony jest na wystąpienie depresji oddechowej. Postępowanie w takim przypadku obejmuje;

- monitorowanie
- podaż Naloksonu do 4 mcg/kg m.c. iv.
- podaż tlenu – preferowana maska z rezerwuarem
- powiadomienie lekarza dyżurnego, lekarza anestezjologa

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

P.02.26 PROCEDURA MONITOROWANIA BÓLU				
Data:	22.05.2015 r.	Edycja:		3
Strona:			Strona:	5/5

resuscylacje krążeniowo-oddechowa w razie potrzeby
 Nalokson (prep *Naloxonium Hydrochloricum WZF* 0,4 mg/ml) - lek odwracający działanie opioidów powinien być na wyposażeniu oddziałów prowadzących terapię bólu przy użyciu opioidów. U osób zagrożonych depresją oddechową wskazane jest zabezpieczenie leku w bezpośredniej bliskości pacjenta poddanego terapii opioidem.

Wymioty i nudności
 Pacjenci otrzymujący leki opioidowe, bez względu na drogę ich podania, narazeni są na wystąpienie nudności i wymiotów związanych z osrodkowym działaniem leków. Zaleca się stosowanie preparatów przeciwwymiotnych „a priori” przy równoczesnym podawaniu opioidów. Możliwe środki do stosowania dożylnego to:

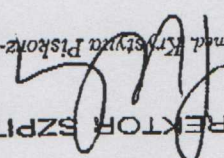
- Ondansetron (preparaty *Ondansetron, Zofran, Atossa*) u dzieci po 2. r.z. stosować i.v. w dawce 0,1 mg/kg mc. do dawki maks. 4 mg, w powolnym wstrzyknięciu,
- Metoklopramid (preparat *Metoclopramidum Polpharma*) – u dzieci > 1 r.z. w dawce 0,15 mg/kg m.c., kolejne dawki > 6h


4.14 Wyposażenie oddziału
 - Oddział prowadzący terapię przeciwbólową powinien być wyposażony w:
 • sprzęt monitorujący parametry życiowe- puls oksymetr, kardiomonitor z zapisem saturacji, akcji serca i automatycznym pomiarem ciśnienia tętniczego, pompa strzykawkowa, opcjonalnie pompa PCA, zestaw resuscylacyjny,

- Leki:

- Nalokson
- Metoklopramid
- Ondansetron
- Koloidy
- Ephedryna

5. Zapisy
 Karta monitorowania przeciwbólowego P.02.26.11

DYREKTOR SZPITALA

 dr n. med. Krzysztof Piśkorski-Ogórek

	P.02.26 PROCEDURA MONITOROWANIA BÓLU		
	Data: 22.05.2015 r.	Edycja: 3	Strona: 4/5

- Blokady nerwów obwodowych
- Blokady centralnej zewnątrzoponowej/ podpańczerwówkowej

Metody inwazyjne leczenia bólu (znieczulenie zewnątrzoponowe i podpańczerwówkowe) zleca i wykonuje lekarz anesteziolog.

4.10 Analgeza z wyprzedzeniem realizowana jest w macierzystym oddziale i na sali wybudzeniowej przez lekarza anesteziologa.

4.11 W bezpośrednim okresie pooperacyjnym pielęgniarka sali wybudzeniowej przeprowadza wstępną ocenę bólu wg jednej z podanych skal oceny bólu i odnotowuje poziom bólu w Karcie Monitorowania pacjenta na sali wybudzeniowej (P.03.05 II) w rubryce „obserwacja”.

Daśza ocena odbywa się w oddziale macierzystym pacjenta, gdzie w karcie monitorowania przeciwbólowego (P.02.26.II) pielęgniarka dokonuje zapisów odnośnie natężenia bólu, zaznaczając jedną ze skal bólu (A, B, C), a następnie wpisuje w rubrykę „dzyur” numer natężenia bólu. Zapisy te dokonywane są minimum cztery razy na dobę lub w razie potrzeby częściej. Kartę monitorowania przeciwbólowego prowadzi przez minimum trzy doby lub dłużej w razie potrzeby. Ocenę natężenia bólu rozpoczynamy w momencie nawiazania kontaktu słownego (logicznego) z pacjentem.

4.12 W razie nieskuteczności postępowania przeciwbólowego lub wystąpienia objawów niepożądanych pielęgniarka oddziału powiadamia lekarza prowadzącego/dyzurnego, a w sytuacjach wątpliwych powiadamiany jest lekarz anesteziolog w celu modyfikacji terapii bólu.

4.13 Najczęstsze działania niepożądane towarzyszące terapii bólu:

Hipotensja

Pacjent, u którego planowane jest znieczulenie/ terapia bólu metodą ciągłej blokady centralnej (cewnik zewnątrzoponowy lub podpańczerwówkowy) narazony jest na wystąpienie hipotensji. Postępowanie w takim przypadku obejmuje:

- ból niezwiązany z zabiegiem pooperacyjnym,
- monitorowanie,
- podłączenie koloidów/kryształoidów w szybkim wlewie iv,
- podanie Ephedryny iv. (na zlecenie lekarza),
- powiadomienie lekarza dyżurnego, lekarza anesteziologa,
- resuscytacje krążeniowo-oddechową w razie potrzeby

Ephedryna (prep. *Ephedrinum hydrochloricum WZF 25mg/ml*) - lek powodujący wzrost ciśnienia powinien znajdować się na wyposażeniu oddziałów prowadzących terapię bólu metodą ciągłej blokady centralnej. O dozylniej podazy leku decyduje lekarz.

Depresja oddechowa

Każdy pacjent otrzymujący opioidy narazony jest na wystąpienie depresji oddechowej. Postępowanie w takim przypadku obejmuje:

- monitorowanie
- podaż Naloksonu do 4 mcg/kg m.c. iv.
- podaż tlenu – preterowana maska z rezerwuarem
- powiadomienie lekarza dyżurnego, lekarza anesteziologa

