

Univerzita Karlova
1.lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Závěrečná bakalářská práce

Ošetrovatelská kazuistika pacienta s diagnózou ca recti

květen 2006

Lenka Peršínová
bakalářské studium ošetrovatelství
kombinovaná forma

Obsah :	str.
1. Úvod	1
2. Klinická část	2
2.1. Charakteristika onemocnění	2
2.2. Základní identifikační údaje pacienta	10
2.3. Lékařská anamnéza a diagnózy	10
2.4. Přehled provedených diagnosticky významných vyšetření	11
2.5. Přehled farmakoterapie	13
2.6. Stručný průběh hospitalizace	17
3. Ošetrovatelská část	18
3.1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu	18
3.2. Přehled ošetrovatelských diagnóz	24
3.3. Plán ošetrovatelské péče	25
3.4. Edukace	31
3.5. Prognóza a závěr	34
4. Použitá literatura	35
5. Přílohy	
1. Vstupní ošetrovatelský záznam	
2. Zdravotnický dotazník FN Motol	
3. Ošetrovatelská anamnéza FN Motol	
4. Vizuální analogová škála bolesti	
5. Nutriční skóre	
6. Norton skóre	
7. Plán péče o dekubit	
8. Modifikovaný test soběstačnosti	
9. Barthelův test ADL	
10. Tabulka k hodnocení rizika pádu	
11. Glasgow coma scale	
12. Plán ošetrovatelské péče	

1. Úvod

ČR zaujímá zřejmě první místo v Evropě v ročním výskytu (incidenci) nádorů konečníku u obou pohlaví, u nádorů tlustého střeva jsme první u mužů a na druhém místě u žen. Důvody tohoto neblahého prvenství nejsou příliš jasné, mohou souviset jak se stravovacími návyky, tak s vlivy prostředí, ovšem i s převažujícím genetickým složením populace. Přitom je si třeba uvědomit, že kolorektální karcinom (není-li geneticky založen už vrozeným přenosem v rodině u 5 – 10 % pacientů) se vyvíjí řadu let až dvě desetiletí, a jmenované negativní vlivy se tedy mohou týkat situace před 20 – 30 lety. Tehdy bylo složení naší stravy nesporně jiné – s větším podílem tuku, menší pestrostí, nižší dostupností čerstvých produktů v zimních měsících, užším spektrem cereálních výrobků, znečištění životního prostředí, vzduchu, vody i potravin bylo alespoň ve městech vyšší, populace byla homogennější s menší migrací uvnitř země i navenek.

V absolutních počtech je výskyt nádorů tlustého střeva i konečníku nejvyšší u lidí ve věku 65 – 74 let, i když častěji se toto onemocnění začíná vyskytovat již od 45 let, vzácně dokonce již od 25 let. Lze však říci, že do 45 let jde ve většině případů o takzvané hereditární typy kolorektálního karcinomu, vázané na rodinnou zátěž.

V souhrnu lze říci, že kolorektální karcinom významně ohrožuje obyvatelstvo ČR na vrcholu produktivního věku a zejména pak ve věku důchodovém. Ve skupinách se zvýšenou rodinnou zátěží může postihovat i jedince velmi mladé, a proto je kromě screeningových vyšetření po 50. roce věku nutná registrace takzvaných nádorových rodin a zvláštní dispensární režim pro jednotlivce s vysokým dědičným rizikem.

(12)

Pacienta J. B. a jeho onemocnění jsem si vybrala pro svou kazuistiku proto, že se klinika na které pracuji (mimo jiné) zaměřuje na chirurgickou léčbu tohoto onemocnění a s podobnou problematikou se tedy často setkávám. Pacient J. B. ležel na naší jednotce intenzivní péče téměř 6 týdnů, což je v porovnání s jinými našimi pacienty poměrně dlouho a měla jsem tedy možnost ho více poznat jako člověka. Pacient pod podmínkou zachování naprosté anonymity s mým záměrem vybrat si právě jeho problém pro mou práci souhlasil.

2. Klinická část

2.1. Charakteristika onemocnění

Vlastní příčiny vzniku tohoto karcinomu nejsou přesně známy. Na rozvoji těchto nádorů se podílí řada faktorů.

Dědičná dispozice – kolorektální karcinom se může vyskytnout v rámci několika dědičných onemocnění, které jsou naštěstí vzácné. Zvýšené riziko těchto nádorů mohou mít jedinci, u jejichž pokrevních příbuzných se vyskytlo onemocnění zhoubným nádorem tlustého střeva nebo konečníku, případně i další nádory.

Jiná nezhoubná onemocnění tlustého střeva a konečníku- v tlustém střevě se poměrně často vyskytují nezhoubné nádory ve formě polypů, to jest výběžků sliznice. Tyto polypy, pokud nejsou odstraněny, mohou trvale růst a později se některé z nich mohou přeměnit na zhoubný nádor.

Z ostatních onemocnění střeva a konečníku je častější výskyt kolorektálního karcinomu prokázán u několika vzácných nespecifických střevních zánětlivých onemocnění. Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy.

Faktory zevního prostředí- tyto faktory jsou hlavní příčinou vysokého výskytu kolorektálního karcinomu v naší populaci. Jsou to především nevhodné stravovací návyky. K faktorům zvyšujícím významně riziko vzniku tohoto nádoru patří úprava masa při vysokých teplotách (smažení, pečení, grilování), nadměrná konzumace tuků , hlavně živočišných, uzenin , nedostatek vlákniny, některých vitaminů a stopových prvků.

Další rizikové faktory spojené se zvýšeným výskytem kolorektálního karcinomu jsou nadměrná konzumace alkoholu, především piva a kouření. Tuky, hlavně přepálené, látky vznikající při rozkladu bílkovin masa za vysokých teplot, látky vznikající při uzení, alkohol a cigaretový kouř v sobě obsahují kancerogeny, které mohou vyvolat nebo podporovat vznik a rozvoj nádorů střeva a konečníku. Naopak vitamíny a některé stopové prvky a vláknina mohou kancerogeny neutralizovat, vláknina navíc urychluje pasáž zbytků potravy tlustým střevem a zkracuje kontakt rizikových kancerogenů se střevní sliznicí.

Nádory rostou zpočátku v místě svého vzniku . Později mohou prorůst do okolních orgánů, šířit se lymfatickými cestami do uzlin nebo pronikat do krve a krevním oběhem se šířit do vzdálených orgánů, kde mohou zakládat metastázy.

(1)

Projevy onemocnění

Nádor na počátku svého vzniku může růst skrytě, bez zevních projevů. Později se může projevat místními i celkovými příznaky.

Nejčastějšími místními příznaky jsou změny v četosti vyprazdňování a charakteru stolice. Může se objevit zácpa, průjem, střídání zácpy a průjmu , časté nucení na stolicí s pocitem nedostatečného vyprázdnění. Ve stolici může být přítomna krev nebo hleny. Někdy se mohou objevit bolesti břicha nebo v oblasti konečníku, trvalé nebo přechodné, případně související s odchodem stolice. Vzácně si pacient sám nahmatá nově vzniklý útvar v břiše nebo v podbřišku. K celkovým příznakům patří nechutenství, nevolnost, slabost, únava, hubnutí, bledost nebo icterus, narůstající objem břicha, teploty – toto jsou však již příznaky pozdní.

Speciálně u ca rekta bývá výraznější krvácení, které bývá zaměňováno s krvácením při onemocnění hemoroidy (červená krev). Poruchy vyprazdňování ve smyslu průjmu s krví přicházejí až později. Bolesti jsou příznakem pozdním a dostavují se většinou při prorůstání do sakrální nervové pleteně , to jest již v inoperabilním stavu.

(1, 11)

Diagnóza

Ve více než 50 % případů lze nádor rekta nalézt pouhou indagací a stanovit rámcovou diagnózu. Toto vyšetření určí vzdálenost nádoru od řitního otvoru, jeho rozsah, tvar a pohyblivost. Diagnózu potvrdí rektoskopie s odebráním vzorku na biopsii, kolonoskopie, eventuálně irigografie . Rozsah onemocnění a jeho předoperační klasifikaci umožní upřesnit endoluminální ultrasonografie a CT. Obligátní je též vyšetření gynekologické, cystoskopie, ultrazvukové vyšetření ledvin a jater, rentgen plic.

(11)

Terapie

Terapie je chirurgická , doplněná radioterapií a chemoterapií.

Radikální operace jsou v oblasti rekta velmi náročné jak pro pacienta, tak po stránce operačně technické. Snahou je radikálně odstranit nádor, to znamená i s příslušným spádovým lymfatickým aparátem. Největším problémem zůstává otázka zachování svěračů , a tím i kontinence. Nikdy by však snaha o uchování normální střevní pasáže neměla jít na vrub operační radikality výkonu.

Za nejradikálnější (i když komolující) operaci považujeme amputaci konečníku (abdominoperitoneální amputaci podle Milese). Při operaci se odstraňuje celý konečník se svěrači m. levator ani a distální polovina sigmoidea. Proximální část sigmoidea se trvale vyvede jako terminální kolostomie. Operace se provádí z břišního a perineálního přístupu (někdy ve dvou operačních týmech). Tohoto způsobu operace se dnes používá jen u velmi nízko umístěných nádorů, u kterých ani snížená dolní hranice resekce (2 cm pod nádorem) neumožní anastomózu s análním kanálem.

U výše uložených nádorů (5-6 cm výše) lze rektum resekovat (alespoň 2 cm pod nádorem) a provést koloanální či kolorektální anastomózu. Za radikální považujeme i lokální excizi nádoru transfunktericky ze zadního přístupu. Zde však platí přísné indikace k operaci- jen u nádorů do velikosti do 3 cm, zcela volných , neinvazivních. Dnes se tato lokální excize provádí transanálně pomocí mikrochirurgické techniky.

Paliativní operace se provádějí tehdy, když nelze nádor odstranit z důvodů místních (prorůstání do okolí), nebo celkových (sešlost pacienta či generalizace onemocnění).

K těmto operacím řadíme :

- paliativní resekce – obdoba operace radikální, jen rozsah bývá menší
- kolonostomie – obvykle axiální sigmoideostomie
- místní excize
- elektrokoagulace nádoru – většinou při současném založení kolostomie
- zmrazení nádoru – za použití teplot kolem –190 stupňů Celsia
- fotokoagulace nádoru – pomocí laseru

Radioterapie

Obvykle se provádí předoperační ozáření v různých režimech do dávky 45 – 50 Gy. Tato léčba má za cíl zmenšení nádoru, zmenšení peroperačního rozsevu maligních buněk a zlepšení přežívání nemocných. Ozařováním lze dosáhnout i většího počtu resekovatelných nádorů.

Zdá se, že předoperační, eventuálně pooperační ozařování zlepšuje lokální kontrolu nádorů, ale nikoliv dlouhodobé přežívání pacientů. Radioterapie se často též kombinuje s chemoterapií. Přesné schéma ozařování je u každého pacienta individuální, nejčastěji se září jedenkrát denně pět dní v týdnu zhruba po dobu 4 týdnů, ale existují i režimy s ozařováním několikrát denně a po kratší celkové době – například jen 1 týden. Samotné ozáření je krátký zcela nezatažující proces, který trvá řádově několik minut. Při ozařování má pacient na kůži nesmývatelnou barvou zakreslená ozařovaná pole a je nutné dbát, aby si tyto značky nesetřel. Ke komplikacím radioterapie patří možná lokální kožní reakce v místě ozařovaných polí, která připomíná kožní reakci po nadměrném oslunění – kůže může být zarudlá, suchá, olupující se, vzácně může (hlavně při nedostatečném ošetřování) i mokvat, později někdy zůstane v ozařované oblasti tmavší hnědá pigmentace. Potom je třeba kůži ošetřovat doporučenými mastmi, eventuálně omývat desinfekčními a hojivými roztoky a dbát o zvýšenou celkovou hygienu. Někdy se může ke konci ozařování vyskytnout častější nutkání na stolicí nebo na močení a průjemy, vzácně pokles krevního obrazu. Tyto obtíže lze zmírnit podpůrnou léčbou.

Chemoterapie

Podání celkové či místní selektivní perfúze 5 – fluorouracilu samotného či v různých kombinacích a režimech dokáže významně snížit počet recidiv onemocnění a je dnes běžně aplikováno. Léčba většinou probíhá v takzvaných cyklech, kdy se tyto léky aplikují po několik dní, po nichž následuje pauza. Léčba cytostatiky může být doprovázena určitými vedlejšími účinky. Celkově je však právě u kolorektálního karcinomu velmi dobře snášena a tyto možné vedlejší účinky se vyskytují zřídka. Patří sem pokles leukocytů a erytrocytů, který může někdy vyžadovat aplikaci podpůrných léků, popřípadě transfuzi. Dále se může objevit nauzea, zvracení a průjemy, které lze dobře kontrolovat léky proti zvracení nebo průjmu, dále prořidnutí nebo vypadávání vlasů, které je jen přechodné a po skončení léčby vlasy opět narostou v plném rozsahu.

Součástí léčby je dále komplexní léčba podpůrná, včetně adekvátní psychoterapeutické péče a rehabilitace.

Prognóza

Pětileté přežívání je v průměru 50 %, neboť hlavně záleží na stádiu onemocnění, ve kterém bylo operováno. Většina recidiv se objeví do dvou let po operaci. Je proto nutné aktivní vyhledávání a dispenzarizace operovaných pacientů (pravidelně CEA – karcino-embryonální antigen, kolonoskopie, CT, endosonografie). Při zavčas objevené recidivě onemocnění je ještě asi 30 % lokálních recidiv a 25 % jaterních metastáz potenciálně resektabilních.

Prevence

Významné je screeningové vyšetření stolice na okultní krvácení a vyšetření per rektum u všech hospitalizovaných osob nad 50 let. Ve stravě je vhodné omezit nadměrnou spotřebu tuků. Doporučuje se snížit příjem živočišných tuků, z olejů jsou nejlepší rostlinné oleje lisované za studena, ztužené rostlinné tuky, kterých je na trhu řada druhů, je vhodné střídat. Je třeba omezit příjem uzenin. Z mas jsou zdravější druhy s nižším obsahem tuků (ryby, drůbež), z mléčných výrobků je vhodné volit rovněž ty s nižším obsahem tuků. V přípravě masa je lépe dát přednost vaření, dušení, eventuálně pečení a grilování při nižších teplotách, vyhnout se smažení, zvláště na přepálených tucích za vysokých teplot. V jídelníčku by měly ve zvýšené míře zastoupeny různé druhy ovoce, zeleniny a obilné vlákniny. Dále je třeba snížit příjem alkoholu, omezit kouření, respektive přestat kouřit. Lidé s rizikovými faktory by měli být sledováni i pokud nemají žádné obtíže. Týká se to hlavně těch, u nichž je v příbuzenstvu častý výskyt rakoviny tlustého střeva a konečníku nebo i jiných nádorů, a dále pacientů s výskytem nezhoubných polypů v tlustém střevě a konečníku, které je třeba endoskopicky odstranit a střevo dále pravidelně kontrolovat

(1, 7, 11)

Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče je zaměřena na pooperační kontrolu stabilizace fyziologických funkcí, péče o pooperační ránu, eventuální stomii, sledování a podporu vyprazdňování, zabránění nejruznějším komplikacím, které mohou vznikat v období snížené mobility pacienta. Velmi důležitá je psychická podpora. V případě chemoterapie a radioterapie se ošetrovatelská péče kromě psychické podpory zaměřuje na včasné odhalení respektive předcházení (je-li to možné) vedlejším účinkům léčby.

Ošetrovatelská péče o stomii

Ošetrování stomie má tyto účely:

1. zachycovat stolici a zápach z ní
2. zabránit volnému ucházení plynů
3. chránit kůži kolem stomie před drážděním střevním obsahem

Je třeba si uvědomit, že založení stomie představuje vždy pro pacienta vážnou změnu ve vztahu ke svému okolí s problémem v sociálním zařazení. Péče o stomii je bezesporu náročná a vyžaduje trpělivost okolí a rodiny, i čas, který pacient denně ošetření stomie ve vhodném hygienickém prostředí věnuje. Dnes je již na trhu řada domácích i zahraničních pomůcek pro stomiky.

Adhezivní destičky sáček je třeba podle šablony přesně modelovat tak, aby destička kryla kůži a nedocházelo ke smáčení okolní kůže. Stahování staré destičky nebo lepicího sáčku se má dít velmi opatrně tak, aby nedošlo ke dráždění kůže, které může napomáhat ve vzniku zánětu kůže nebo alergie. Otírání kůže se nemá dít dráždivými látkami, jako je benzín nebo éter či alkohol. Nejvhodnějším čistícím prostředkem je vlažná voda a mýdlo, eventuálně 3% peroxid nebo borová voda. Jímí a s pomocí jemné látky nebo vaty se krouživými pohyby očistí zevní ústí stomie směrem ke sliznici. Ta by se neměla mechanicky poškodit. Není doporučováno použití dráždivých mastí, včetně depilačních. Chloupky v okolí je třeba jen velmi opatrně snést holicím strojkem tak, aby nedošlo k poranění. Přischlé kousky obsahu střevního neodstraňovat z okolí stomatu násilím, ale nechat odmočit. Pak po úpravě otvoru opatrně nalepit sáček nebo přilnavé pomůcky s dalšími doplňky. Lepicí sáčky mají tu nevýhodu, že většina populace reaguje na lepicí látku, kterou je sáček z umělé hmoty opatřen, dermatitidou. Méně dráždí polyakrylátová lepidla. Oba typy je možno používat jen pro odolnou kůži. Tyto pomůcky již předem nejsou vhodné pro ty, kdož udávají reakci po přiložení obvazové náplasti.

Pro uvedené nevýhody uvedly na trh některé firmy podobné sáčky, které se lepí na kůži pomocí nedráždivé hmoty-pryskyřice tropických stromů-karaya. Přes nesporné výhody je jejich nevýhodou nestálost ve vyšší teplotě a vlhkosti, kdy pomůcka může selhat. Proto byly vyvinuty speciální hmoty kombinované z přirozených a chemických složek. Destičky z nich se vlhkem ani horkem nemění. Ke kůži jsou šetrné a mají dokonce i hojivé účinky.

Tyto materiály se využívají především u dvoudílného systému, kdy se na kůži ponechává nalepená základní destička a mění se rezervní sáčky. K jejich lepší přilnavosti se dodávají nedráždivé pasty a zásypy vyráběné na podobném principu jako lepicí média destiček. Dále čistící prostředky, pásy k zajištění spolehlivosti přichycení stomie, bavlněné potahy sáček pro letní měsíce k vyloučení kontaktu sáčku s kůží a zábraně možnosti vzniku zánětu kůže na potícím se místě. Masti a krémy k ošetření kůže mají zlepšit odolnost kůže pod destičkou ale zhoršují přilnavost.

Některé sáčky opatřují firmy filtrem z aktivního uhlí, které dovoluje únik plynů ze sáčku bez nepříjemného ovlivnění zápachem a zamezí nepříjemnému vyklenutí sáčku pod oděvem při větším odchodu plynů..

Bezprostředně po operaci je nemocnému na operačním sále aplikován jednodílný průhledný vypouštěcí systém. Výhodou tohoto způsobu ošetření je možnost kontroly stomie, vypouštěného obsahu a objemu.

V dalším průběhu se sáček vyměňuje podle potřeby za 2-4 dny. Při výměně či při vypouštění obsahu si všímáme barvy vyústěného střeva, lokalizace stomie, její velikosti, stavu kůže v okolí, funkčnosti, odchodu plynů a kvality výměšků. Vše dokumentujeme.

(6, 7, 11)

Komplikace se stomií spojené:

1. Podráždění kůže

Příčinou bývá zatékání střevního obsahu pod podložku z důvodu její netěsnosti. Může jít také o špatně zvolený průměr pomůcky, její nesnášenlivost, nebo o nedostatečnou hygienu či některé kožní onemocnění.

2. Krvácení ze stomie

Pokud je krvácení nevýrazné a vzniká z podráždění sliznice střeva při manipulaci se stomií, tolerujeme jej. Větší krvácení, které může být způsobeno pokročilým stadiem nádorové choroby nebo použitím některých léků, například antikoagulancií, vyžaduje hospitalizaci.

3. Stenóza

Příčinou se může stát zjizvená tkáň okolo stomie nebo prorůstání nádoru. Řešením bývá dilatace pomocí dilatátorů nebo digitální dilatace. Při neúspěchu je nutná chirurgická úprava.

4. Retrakce

Příčinou bývá úbytek nebo naopak přírůstek tělesné hmotnosti, zúžení střeva při průchodu břišní stěnou nebo vyšití stomie pod tlakem. Řešení se odvíjí podle příčiny a typu retrakce.

5. Prolaps

Vzniká při přetížení břišní stěny a je další častou komplikací. Přechodně se řeší repozicí střeva, ale zpravidla je nutné chirurgické řešení

6. Parastomální kýla

Dochází při ní k vyklenutí celého okolí i se stomií nebo k vyklenutí vedle stomie. Kýla také bývá někdy kombinovaná s výhřezem, příčinou může být svalová ochablost břišní stěny. Včasným nošením podpůrného pásu se dá zabránit operativnímu řešení.

7. Nevhodně umístěná stomie

Takovou stomii nelze ošetřovat, je nutné problém konzultovat se stomasestrou, která má možnost nabídnout řešení. Často je však nutné opět řešení chirurgické.

(10)

Chyby v ošetřování stomie

Vyskytují se hlavně v těchto směrech:

1. V péči o kůži-kůže se buď neošetřuje řádně nebo se používají dráždivé prostředky
2. Kůže kolem stomie se zbytečně dráždí tím, že otvor v nalepovací části sáčku nebo v podložce je příliš velký. Někdy je nezbytné volit tento otvor nepoměrně velký, je-li přímé okolí stomie nerovné, vtažené a podobně. Pak ale je třeba chránit kůži vhodnými pastami.
3. Podložka, pod kterou zůstal střevní obsah, je dlouho ponechána na kůži a to způsobuje maceraci.
4. U podložky se vnitřní otvor sprchuje spolu se střevem, což způsobuje odlepení podložky od středu k obvodu.
5. Sáček není přesně připnut k podložce a pak netěsní.
6. Při uzavírání vypouštěcích sáčků není svorka pevně zavřená.

(6)

Edukace

Edukace se v případě tohoto onemocnění týká zejména péče o stomii, poučení pacienta o základních komplikacích, které se mohou u stomií vyskytnout, poučení o dietních zásadách, eventuálně poskytnutí informací o agenturách domácí péče či jiných pečovatelských službách, informovat o možnosti využití služeb Klubu stomiků a stomasestry. Důležitá je edukace rodiny a to jak v praktických otázkách, tak v poskytnutí psychické podpory nemocnému členu rodiny.

Pacient J.B. je polymorbidní z hlediska interního, ale protože těžiště této práce je v ošetřovatelské péči o chirurgického pacienta, charakteristiku ostatních diagnóz neuvádím.

2.2. Základní identifikační údaje pacienta

Jméno a příjmení: J.B.

Oslovení: Pane B.

Věk: 73

Vyznání: Bez vyznání

Osoba, kterou lze kontaktovat: Manželka, bydlí na stejné adrese – rovněž v Praze

Pojišťovna: VZP

Povolání: Důchodce, pracoval v řízení letového provozu

Vzdělání: VŠ (Ing.)

Národnost: Česká

Datum přijetí: 6.1.2006

Hlavní důvod přijetí: K chirurgickému řešení ca rekta (nízká resekce rekta).

Pacient ležel na naší klinice od 6.1.2006 do 9.3.2006, z toho 6 týdnů na JIPu, kde pracuji. Pro kazuistiku vybírám období od 5.-10.2.2006, tedy situaci, kdy má pacient za sebou resekci rekta (11.1.2006), dále revizi pro domnělou dehiscenci anastomózy (18.1.06) a odlehčující transverzostomii (1.2.06). 3.2.06 mu byla diagnostikována akutní hluboká iliofemorální trombóza s částečným obtékáním trombu. Tento úsek hospitalizace byl z ošetřovatelského hlediska asi nejnáročnější. 27.2.06 pak byla provedena ještě jedna operace - converze stomie - terminální transversostomie sec Hartmann.

(13, 14)

2.3. Lékařská anamnéza a diagnózy

RA: Bezvýznamná, bez onkologické zátěže

OA: Delší dobu se léčí pro ischemickou chorobu srdeční (nestabilní angina pectoris), arteriální hypertenzi, pro diabetes mellitus II. typu, pro hypertrofii prostaty-urologicky sledován

Operace: 1999- operace katarakty

v 4/ 2000 operace tříselné kýly vpravo

AA: Amoclen, Ampicilin

SPA: Žije s manželkou v rodinném domku, mají jednoho syna

Nyní důchodce, pracoval na letišti v řízení letového provozu

NO: Na základě nepravidelného vyprazdňování a příměsi krve ve stolici diagnostikován začátkem srpna 05 tumor rekta v 5 cm, T3 N0 M0, adenocarcinom, dobře diferencovaný, prorůstající do svaloviny a ojediněle až do serózy, bez známek generalizace.

St.p. neoadjuvantní radioterapii- ozařován od 17.10 do 25.11.05 na lineárním urychlovači 18MeV na oblast pánve. Během ozařování zhoršená mikce při benigní hypertrofii prostaty- řešeno permanentním močovým katetrem.

Pacient indikován k radikálnímu operačnímu řešení- poučen o možnosti stomie a souhlasí s ní.

Lékařské diagnózy:

1. Ca recti
2. Nestabilní angina pectoris
3. Arteriální hypertenze III. stupně
4. Diabetes mellitus II. typu
5. Benigní hypertrofie prostaty
6. Hyperlipoproteinémie
7. Akutní hluboká iliofemorální trombóza levé dolní končetiny

(13, 14)

2.4. Přehled provedených diagnosticky významných vyšetření

Kolonoskopie- v 5 cm tumorózní infiltrace	(3.8.05)
Endosono rekta- tu rekta T3 N0	(23.8.05)
Biopsie- invazivní adenocarcinom	(5.8.05)
Sono jater- bez ložiskových změn	(11.8.05)

Dopplerovský ultrazvuk žil DK- akutní hluboká iliofemorální trombóza vlevo s částečným obtékáním trombu

(3.2.06)

Krevní obraz 5.2. 06

Erytrocyty 3,73

Hemoglobin 100

Hematokrit 0,291

Leukocyty 10,6

Trombocyty 296

(Hodnoty hraniční, pacient dostal transfuzi)

Koagulace 5.2. 06

APTT/ kontrola 32,3 /33,1

Quick / kontrola 15,3/ 12,4

% 67

INR 1,3

(snížené hodnoty koagulace)

Biochemie 5.2. 06

Na 140

K 3,8

Cl 101

bilirubin 6,4

urea 2,9

kreatinin 76

celková bílkovina 55 nízká hodnota

Glykemický profil 5.2. 06

Ranní glykemie 13,0

Polední glykemie 15,2

Večerní glykemie 11,1

ve 22 hod. 7,5

Krevní obraz 10.2. 06

Erytrocyty 4,28

Hemoglobin 112

Hematokrit 0,34

Leukocyty 6,0

Trombocyty 316

Koagulace 10.2. 06

APTT / kontrola 26,6 /30,6

Quick / kontrola 13,2 /12,4

% 82

INR 1,13

Biochemie 10.2. 06

Na 140

K 2,6 nízká hodnota

Cl 101

bilirubin 9,3

urea 3,7

kreatinin 75

celková bílkovina 55,4 nízká hodnota

CRP 72 zvýšená hodnota

digoxin v séru 0,8

Glykemický profil 10.2. 06

Ranní glykemie 9,1

Polední glykemie 8,3

Večerní glykemie 6,3

ve 22 hod. 4,7

Bakteriologie 6.2. 06

Moč – Klebsiella

Sputum –Pseudomonas aeruginosa

hnis v ráně –Enterococcus faecalis (27.1. 06)

hemokultura G-tyč

30.1.06 CT břicha- absces pelvis minoris , píštěl v anastomóze- prosak do okolí

4.2. 06 RTG hrudníku- plicní křídla rozvinutá, perihilární akcentace kresby charakteru měštnání, parenchym plicní bez ložiskových změn, kardiomegalie, centrální žilní katetr ve v. subclavia dx.

(13)

Invazivní vstupy:

Centrální žilní katetr

Permanentní močový katetr

Stomie

2.5.Přehled farmakoterapie

A.) Intramuskulární aplikace

Dolsin/ Petidin- injekce, 3x1 ampule po 8 hodinách

analgeticum, anodynum

Základní nežádoucí účinky: lokální dráždivý účinek- opakované podání- může způsobit fibrózu svalové tkáně, opakované podání vysokých dávek může způsobit křeče. Vertigo, útlum dechového centra, poruchy srdeční frekvence, hypotenze, pocení, sucho v ústech, nauzea, mírná zácpa, retence moči, psychická a fyzická závislost.

B.) Intravenózní aplikace

Ciprinol/Ciprofloxacin- (8.2. vysazen), 2x400mg po 12. hod. podáván ve 100ml

fyziologického roztoku

-širokospektré chinolonové chemoterapeuticum

Základní nežádoucí účinky: Nauzea, nechutenství, flatulence, průjem , cefalea, vertigo, , nespavost, pruritus

Mycamax/Fluconazol-(7.2. vysazen), infuzní roztok, 1x400mg

-antimycoticum

Základní nežádoucí účinky: Záživací potíže, kožní exantém, cefalea, iritace žíly

Edicin/Vancomycin, -rozpustný prášek, podáván ve 100ml fyziologického roztoku, 2x1g po 12. hod.

-antibioticum

Základní nežádoucí účinky: Ototoxicita, nefrotoxicita, nutné okamžitě přerušit, jakmile se objeví tinnitus, eventuálně zarudnutí horní poloviny těla(syndrom rudého muže), svalové spazmy prsou a zad

Aldactone/Spirolacton, - 1x1 ampule ve 250ml fyziologického roztoku

diureticum šetřící draslík, antihypertenzivum

Základní nežádoucí účinky: Alergické kožní projevy, únava, ospalost, křeče, průjmy, zácpa, dyspepsie

Digoxin - (od 8.-13.2. 06, poté obden), 1 x 1 ampule ve 100 ml 5% glukózy

-kardiotonicum

Základní nežádoucí účinky: Bradykardie, tachykardie, extrasystoly, nauzea, zvracení, poruchy vidění- hlavně zelené a žluté, předávkování- poruchy gastrointestinálního traktu, dyspepsie

MgSO4 10%/ Magnesium sulfuricum, - 3x1 ampule do 10% glukózy 500 ml

-myorelaxans, homeostaticum

Základní nežádoucí účinky: Vzácně- pocení, hypotenze až cirkulační kolaps, svalová slabost až ochablost, somnolence, nauzea

KCL 7,5%/ Kalium chloridum, - 3x 40 ml do 10% glukózy 500ml

přípravek obsahující draslík

Základní nežádoucí účinky: Iritace periferní žíly, nadměrný přívod může vést k hyperkalémii- symptomy- parestezie končetin, svalová slabost, arytmie a zástava oběhu

9.2. 1x **Erymasa**- podána pro anémii, 1x300ml, krevní skupina 0RH plus, podána bez komplikací

(Možné potransfuzní reakce- hemolytická, pyretická, srdečně- cévní, septická, alergická, přenos infekčních nemocí)

Pacient poučen o tom, že má hlásit případnou třesavku, horečku, cefaleu, nauzeu, dušnost. V průběhu transfuze sledován.

5. a 6.2. 06 -**10% glukóza**, 3x500ml, infuze, rychlost 150ml/h

infuzní roztok 10% dextrózy, zdroj energie, slouží k udržení normální hladiny cukru v krvi a biosyntézy důležitých složek organismu

Základní nežádoucí účinky:Bolesti a lokální dráždění v místě vpichu.

Do 10% glukózy přidáván **Insulin –HMR-** dle hodnot glykémie (12-20jednotek)- antidiabeticum, v případě správného podání by se nežádoucí účinky neměly vyskytnout.

6.2. 06 **Ringerův** roztok, 2x500ml , infuze, náhrada tekutin

Základní nežádoucí účinky:Venózní iritace a tromboflebitida v místě vpichu.

C.) Subkutánní aplikace

Insulatard HM/Insulinum monokomponentum humanum isophanum protaminum

antidiabeticum, biosyntetický humánní insulin

1x denně ve 22 hod.dle aktuální hodnoty glykémie (v rozmezí 4-8 jednotek)

Intermediárně působící insulin se začátkem za 1,5 hod., vrcholem mezi 4-12 hod., celkovým trváním 24 hod.

Základní nežádoucí účinky:Alergické reakce se neobjevují, hypoglykémie při špatně zvolené dávce-pocení, ospalost, poruchy vědomí

Fraxiparin/Nandroparin- (3.-9.2 06 1ml 2xdenně, od 10.2. 2xdenně 0,8ml), injekční roztok

antikoagulans,antitromboticum

Základní nežádoucí účinky:Krvácivé projevy, malé hematomy v místě vpichu, nutná pravidelná kontrola trombocytů(trombocytopenie)

D.) Perorální aplikace

Prokanazol/Itraconazol- od 9.2. 2g denně , kapsle

-antimycoticum se systémovým účinkem

Základní nežádoucí účinky:Nauzea, průjem, tlak v epigastriu, vzácně cefalea, vertigo

Ambrosan/Ambrocol- 3x1 tableta

-expektorans, mukolyticum

Základní nežádoucí účinky: Občas mírné gastrointestinální obtíže, vzácně alergická reakce

Vasocardin SR /Metoprolol- 200mg 1x denně, tablety

-betalyticum, selektivní blokátor adrenergních receptorů, redukuje spotřebu kyslíku myokardem.

Základní nežádoucí účinky:Únava, slabost, malátnost, nauzea, vomitus, cefalea,vertigo, průjem, svědění , poruchy zraku

Renpress/Spiraptol- 1x denně 6 mg, tablety

-antihypertenzivum, ACE inhibitor

Základní nežádoucí účinky: Cefalea, vertigo, únava, kašel

Agen/Amplodipin- 1x denně 10mg, tablety

-Vazodilatans, antihypertenzivum

Základní nežádoucí účinky: Perimaleolární otoky, cefalea, vertigo, návaly, ortostatická hypotenze

Furon/Furosemidum- 40mg- ½ tablety obden

-kličkové diureticum, hypotenzivum

Základní nežádoucí účinky: Gastrointestinální obtíže, hyperurikémie až manifestní dna, kožní alergie, ototoxické projevy

Hylak forte- (od 8.2.) , 2x40gtt, kapky

bezzárodkový vodný koncentrát metabolických produktů Lactobacillus helveticus a střevních symbiontů (například E-coli)

-digestivum, střevní eubioticum

Základní nežádoucí účinky:Nebyly pozorovány.

(8, 13)

2.6.Stručný průběh hospitalizace

Pacient indikován k operaci pro karcinom rekta po předchozí neoadjuvantní terapii. Pacient podstoupil nízkou resekci rekta. V pooperačním období se vyskytly chirurgické komplikace- 1. revize pro ileus- adheziolýza, 2. revize pro insuficienci v anastomóze- axiální stomie a 3. revize pro přetrvávající septický stav- vyřazení anastomózy z pasáže- operace dle Hartmanna + terminální stomie. Průběh kromě septického stavu komplikován respiračním infektem, hlubokou žilní trombózou levé dolní končetiny a pozitivní hemokulturou. Postupně se pacient po všech revizích zotavil a zrehabitoval do té míry, že byl propuštěn v uspokojivém stavu- při vědomí, orientovaný, chodící s oporou, přiměřeně hydratovaný, bez icteru, plíce rozvinuté, dýchání čisté, akce srdeční pravidelná, břicho klidné, nebolestivé, peristaltika+, stomie vitální, funkční, rána klidná- zhojena, dolní končetiny bez otoku, bez známek akutní tromboembolické nemoci. Od posledního týdne hospitalizace močí spontánně.

Operace:

- 1.) 11.1.06 –Nízká staplerová resekce rekta
- 2.) 18.1.06- Revize dutiny břišní, adheziolýza
- 3.) 1.2. 06- Transversostomia- založení axiální stomie na jezdcí
- 4.) 27.2. 06 – Conversio stomiae- transversostomia terminalis sec Hartmann

(13)

3. Ošetrovatelská část

3.1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu

A.) BIOLOGICKÉ POTŘEBY:

1.) FYZICKÁ BOLEST / NEPOHODLÍ:

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA: V době diagnostikování nádoru pacient žádnou bolest nepociťoval, určité potíže se dostavily až nástupem na radioterapii, kdy se objevily bolesti v podbřišku z retence moče- úleva po zavedení cévky. Dále si stěžoval na bolesti v oblasti anu- iritované haemorhoidy- ošetřoval mastí Faktu a užíval Tramal v kapkách, což mu přinášelo úlevu.

Po první operaci- resekce rekta- měl zaveden epidurální katetr, byla aplikována směs: 2 ampule Suffenta forte + 20 ml 0,5 % Marcaine ve 100 ml fyziologického roztoku rychlostí 7-10 ml za hodinu. Šestý den epidurální katetr vypadl, bolesti byly řešeny aplikací Dolsinu 100mg 3x 1 ampule intramuskulárně.

SOUČASNÝ STAV: V období 5-10.2. 06 je pacient 4.-9. den po druhé revizi pro insuficenci v anastomóze, kdy byla provedena transversostomie- založena axiální stomie na jezdcí. 5.2. pacient udává bolesti v operační ráně na břicho, bolest je lokalizována přímo v ráně, nikam nevystřeluje, pacient ji popisuje jako tupý tlak. Na vizuální analogové škále bolesti (viz.příloha, rozmezí 0-100) ji hodnotí stupněm 70. Bolest ho v noci i probudí.

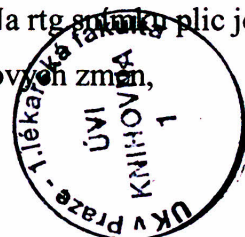
Dále si pacient stěžuje na bolest v levé dolní končetině (3.2. byla diagnostikována akutní hluboká iliofemorální trombóza s částečným obtékáním trombu). Končetina je oteklá, edém dosahuje až do třísla a je cyanotická. Pacientovi se zdá končetina těžká a brní. Hodnotí ji stupněm 50.

Pacient si rovněž stěžuje na bolesti zad, z důvodu dlouhého ležení, má pocit, že je „celej dřevěnej“, hodnotí ji stupněm 40.

2.) DÝCHÁNÍ:

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA: Před onemocněním se pacient občas zadýchal při výstupu do třetího patra. Nikdy nekouřil. Jiné obtíže s dýcháním v předchorobí neudává. Po nynějších operacích vždy podán zvlhčený kyslík přes kyslíkové brýle 4-8 l/min. Kyslíkové brýle toleroval. Významné potíže s dechem neměl.

SOUČASNÝ STAV: Pacient je zahleněný, hůře odkašlává, nemá sílu. Na rtg snímku plic je perihilární akcentace kresby charakteru městnání, parenchym bez ložiskových změn,



poslechově dle internistky- vpravo bazálně oslabené dýchání, vlevo krepitace. Dechová frekvence 20, dýchání mělké, saturace kyslíkem 95% při podávání kyslíku kyslíkovými brýlemi 4l/min. Nález ve sputu.

3.) OSOBNÍ PÉČE:

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA: Před onemocněním pacient v tomto směru zcela soběstačný, přednost dával sprchování. Péči o sebe zvládal i v období radioterapie, kdy se cítil více unavený. Po první i druhé operaci byl schopen od 2.dne základní hygieny sám s pomocí sestry, která mu připravila pomůcky k lůžku.

SOUČASNÝ STAV: I nyní je pacient víceméně soběstačný, je schopen se na lůžku sám umýt v sedě, sestra mu musí připravit pomůcky k lůžku. V sedě občas problémy s udržení polohy (tendence padat naznak, slabost zádoových svalů), ale je schopen obstarat se sám, potřebuje jen více času. Nutná jen pomoc při hygieně konečníku, holení provádí sanitárka (nebo sám ,podle stavu), nehty na rukou a nohou stříhá manželka, vlasy si myje o víkend.

4.) KŮŽE:

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA: Před onemocněním si na žádné kožní problémy nevzpomíná, trpí jen na „popraskané paty“ - promazává. Radiační dermatitidu údajně neměl. Laparotomie po první operaci se hojila sekundárně (hnis v ráně), nyní klidná

SOUČASNÝ STAV: Pacient má na břicho jizvu- provedena dolní střední laparotomie, po adhesiolýze pojištěna ventrofilem.

4.den má axiální stomii v levém mezogastriu – iritace (zarudnutí, puchýřky, trhlinky) kůže v okolí stomie.

Má zarudlou (mírně opruzenou) kůži v oblasti anu- stolice přepadává do odvodného raménka stomie. Asi 50% stolice odchází stomií, 50% spodem.

Pacient má suchou kůži dolních končetin.

5.2. při hygieně nalezen počínající dekubit- klasifikováno stupněm II.= tvorba puchýřů, 1x1 cm na levé hýždi v oblasti gluteální rýhy (viz příloha).

5.) STRAVA, DUTINA ÚSTNÍ:

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA: Pacient má zubní protézu, která mu vyhovuje, netlačí, je na ni již dávno zvyklý. Před onemocněním ztrátu tělesné hmotnosti nepozoroval, říká, že určitě zhubl při radioterapii (měl nechutenství), o kolik kilogramů přesně neví. Pro diabetes mellitus II. typu dodržoval zásady diabetické diety, celkem si na ni zvykl i na dia čokoládu. Při příchodu do nemocnice asi 81 kg při výšce 170 cm. BMI 28. V pooperačním období po prvních dvou operacích postupně zatěžován stravou (čaj, tekutá dieta- bujón, kaše), nezvracel, ale neměl příliš chuť k jídlu.

SOUČASNÝ STAV: 5.2. dieta č. 2 + ještě parenterální výživa (10% glukóza), od 6.2. dieta č. 9S, sní asi polovinu porce. Manželka přináší dia jogurty, které mu chutnají, a na které je zvyklý. Občas nauzea, nezvracel. Od 8.2. hypokalémie- doplňováno KCL (manželka nosí meruňky), ale hypokalémie přetrvává.

Stěžuje si na nechut k jídlu, hubne, nutriční skóre 12 (viz příloha). 5.2. hmotnost 70 kg, BMI 24,2. Při jídle soběstačný.

Má suché rty- ošetřuje jelením lojem.

6.) PŘÍJEM TEKUTIN:

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA: V předchorobí pil dostatečně, asi 2,5 l/den, byl k tomu nabádán i ošetřujícím urologem. Rád pije vodu, pivo, kávu, nemá rád mléko. V předchozím pooperačním období příjem zajištěn parenterálně.

SOUČASNÝ STAV: 5.2. vypil 1500ml, parenterálně dostal ještě 2000ml (ztráta tekutin stolicí). Tekutiny doplňovány i parenterálně po celé sledované období. Nemůže už „ani vidět nemocniční čaj“, manželka nosí dia džusy, které si pacient ředí neperlivou Dobrou vodou. Bez známek dehydratace.

7.) VYPRAZDŇOVÁNÍ STŘEVA

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA: Před onemocněním stolice 1x/ 2 dny, formovaná, projímadla nebral, vyprazdňování obvykle ráno. V srpnu 05 zpozoroval příměs krve ve stolici, střídání průjmu a zácpy, pocit nedokonalého vyprázdnění, nadýmání. Při radioterapii- časté nucení na stolici s odchodem hlenu, v předchozím pooperačním období odchod průjmovité stolice.

SOUČASNÝ STAV: 4.den po založení odlehčující axiální stomie, část stolice odchází stomií, větší část odchází spodem. Stolice odchází konečníkem samovolně, pacient příchod defekace necítí. Stav je pro pacienta velmi traumatizující.

8.)MOČENÍ:

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA: Již před onkologickým onemocněním pacient sledován na urologii pro benigní hypertrofii prostaty, trápilo ho časté nucení na močení, v noci se kvůli tomu i 2x během spánku budil. Na urologii řešeno konzervativně (farmakologicky). Pil urologické čaje, bral Prostenal. Při radioterapii – retence moče, řešeno zavedením permanentního močového katetru, v předchozím pooperačním období rovněž zajištěn permanentním močovým katetrem.

SOUČASNÝ STAV: 6.2. zaveden nový permanentní katetr – č.14, balonek nafouknut 10ml fyziologického roztoku. Přecévkován urologem.

Moč slámově žlutá, bez makroskopicky viditelné příměsi, ale bakteriologický nález pozitivní.

9.)LOKOMOTORICKÉ FUNKCE:

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA: V předchorobí žádné problémy s chůzí neměl, často chodil na dlouhé vycházky. V průběhu radioterapie se objevila únava a slabost, pohyb omezil. V pooperačním období omezen na pohyb na lůžku.

SOUČASNÝ STAV: Pacient se cítí slabý, sedí na lůžku s opěrou zad, při hygieně a jídle schopen krátkodobě sedět s nohama spuštěnými z lůžka, ale často přepadává naznak- pro zesláblé zádové svalstvo. Stoj možný jen 1x denně na chvíli za asistence rehabilitační sestry v rámci rehabilitačního cvičení. Riziko imobilizačního syndromu.

10.) SMYSLOVÉ FUNKCE:

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA: Nosí dioptrické brýle, má dvoje. Slyší dobře.

SOUČASNÝ STAV: V současné době bez poruchy smyslových funkcí.

11.) FYZICKÁ A PSYCHICKÁ AKTIVITA:

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA : Pacient je důchodce, před nemocí provozoval pěší turistiku, jezdil s manželkou na chatu, soběstačný, hlavním koníčkem je radioamaterismus.

SOUČASNÝ STAV: Nemoc a pooperační stavy přinášejí pacientovi velké fyzické i psychické omezení. Psychické omezení snáší pacient asi hůře. Snaží se sledovat televizi, čte literaturu faktu a časopisy (Týden ,Reflex) a Lidové noviny. Poslouchá vlastní rádio (sluchátka). Přesto se mu čas „strašně vleče“. Často přemýšlí o svém stavu.

Barthelův test a Glasgow coma score v příloze.

Pacient je upoután na lůžko, v rámci něhož je relativně soběstačný. Dle Barthelova testu celkové skóre 25, což by v domácím prostředí znamenalo vysokou závislost. V nemocničním prostředí se však jedná o závislost střední. V Glasgow coma scale dosáhl pacient skóre 15 , což je maximální možný počet. Pacient je při plném vědomí.

12.) SPÁNEK/ ODPOČINEK

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA: Pacient je zvyklý spát asi 8 hodin denně, doma usínal bez obtíží, většinou usnul u televize. Hypnotika nebral, vstával kolem půl osmé, většinou se ale budil asi o hodinu dříve a poslouchal před vstáním z lůžka rádio. Po spánku se většinou cítil odpočatý. Občas ho budil pocit na močení, po návratu z WC problémy s opětovným usnutím většinou neměl.

SOUČASNÝ STAV: Pacient je velmi úzkostný, sklíčený, stěžuje si .na často přerušovaný spánek během noci- budí ho hluk na oddělení a světlo, někdy ho vzbudí bolest. Spí i během dne, což doma nedělal, ale i tento spánek je nekvalitní a často přerušovaný. Někdy má divné úzkostné abstraktní sny, jejichž obsah si nepamatuje.

13.) SEXUALITA:

Pacient o sexualitě nechce hovořit, říká, že téma se mu zdá v jeho situaci bezpředmětné. Vzhledem k jeho zdravotnímu stavu si myslím, že ho tato oblast opravdu netrápí.

B.) PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY:

1.) POTŘEBA KOMUNIKACE:

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA: Sám pacient neví, co by k tématu řekl, manželka konstatuje, že někdy reaguje vztekem. Jinak ale zřejmě bez fyzických i psychických bariér v komunikaci. O své nemoci mluví jako o nádoru, slovo rakovina nepoužívá.

SOUČASNÝ STAV: Jeví se jako introvert, v komunikaci s nemocničním personálem zakřiknutý, trápí se, rád by si asi popovídal, ale netroufá si, nutné podněcovat k hovoru. Nechce prý sestry zdržovat, když vidí, kolik mají práce.

2.) POTŘEBA BEZPEČÍ A JISTOTY:

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA: S manželkou žije 50 let, má podle svých slov hodného syna, bezpečí a jistotu hledá v rodině.

SOUČASNÝ STAV: Manželka denně dochází, syn asi 2x týdně, pacient vždy viditelně pookřeje. Od lékařů chce být často ujišťován, že se situacelepší.

3.) RODINA / SOCIÁLNÍ SITUACE:

Žije s manželkou v rodinném domku. Informace o zdravotním stavu mohou být poskytnuty ženě a synovi, lituje ženu, že je na všechno sama, těší se domů, ale doufá, že selepší vyprazdňování stolice, se kterým by si prý za současného stavu nevěděl rady.

C.) SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY:

Pacient je ateista. V naší nemocnici je možnost poskytnutí duchovní služby, ale pacient ji nehodlá využít.

PSYCHOLOGICKÉ HODNOCENÍ:

Emocionálně labilní, ale snaží se to skrýt. Schopen se ovládat, přizpůsobivý, orientován. Informace schopen přijmout bez zkreslení. Celkové ladění- skličný, smutný.

SHRNUTÍ ZÁVĚRŮ DŮLEŽITÝCH PRO OŠETŘOVATELSKOU PÉČI:

Pacient je vysokoškolsky vzdělaný, velmi inteligentní, velmi pozorný, zvyklý o všem přemýšlet, chce věci pochopit. Má velké obavy o zdravotní stav, chce být často ujišťován, že se všelepší („Pane doktore, mám naději, že se odtud dostanu?“). Vděčný za rozhovor, ale sám ho nezačíná. Nutné povzbuzovat k hovoru i k otázkám. Velmi traumatizující je pro něj stomie a vyprazdňování stolice vůbec.

3.2.PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Přehled dle závažnosti z pohledu pacienta s přihlédnutím k profesionálnímu hledisku.

5.2. (25/18/4. pooperační den)

- 1.) Obavy o zdravotní stav (onkologické onemocnění, stomie,porucha vyprazdňování,chronický septický stav)
- 2.) Změněné vnímání vlastního těla v důsledku založení stomie
- 3.) Bolest v operační ráně projevující se omezeným pohybem na lůžku
- 4.) Nedostatečné odkašlávání projevující se zahleněním
- 5.) Změna ve vyprazdňování střeva v důsledku stomie
- 6.) Imobilizační syndrom z důvodu dlouhodobého upoutání na lůžko
- 7.) Porucha integrity kůže v důsledku operační jizvy, stomie, mírného intertriga a počínajícího dekubitu
- 8.) Bolest levé dolní končetiny v důsledku vzniku akutní hluboké iliofemorální trombózy
- 9.) Výživa- porucha ze sníženého příjmu potravy v důsledku nechutenství
- 10.) Změna ve vyprazdňování močového měchýře v důsledku zavedení permanentního močového katetru
- 11.) Riziko vzniku infekčních komplikací v souvislosti s invazivními vstupy
- 12.) Riziko vzniku alergie na pomůcky určené k ošetřování stomie
- 13.) Riziko projevů vedlejších účinků léků- zejména antibiotik

6.2. (26/19/5. pooperační den)

Bolest zad v důsledku dlouhodobého upoutání na lůžko

7.2. (27/20/6. pooperační den)

Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí, obavami a zvýšenou hlučností

3.3. PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

1. Obavy o zdravotní stav (onkologické onemocnění, stomie, porucha vyprazdňování, chronický septický stav)

Pacient má obavy, jestli nemoc překoná, je vyděšený komplikovaným průběhem choroby.

Cíl: Cílem ošetrovatelské péče je tyto obavy zmírnit do 2 dnů

Plán: Umožnit pacientovi co nejvíce hovořit o pocitech a obavách. Poskytnout informace týkající se péče i terapie, umožnit opakovaně konzultaci s lékařem, povzbuzovat pacienta, vymanit ho z jeho pesimistického ladění.

Realizace a hodnocení: Plán se postupně podařilo zrealizovat. Pacient se zdá být méně napjatý, úzkostný, ale obavy samozřejmě zcela nezmizely. Je třeba se k problému opakovaně vracet.

2. Změněné vnímání vlastního těla v důsledku založení stomie

Pacient si stomii velmi nepřál (ale v nevyhnutelném případě k ní dal operatérovi souhlas), upínal se k tomu, že se stav podaří vyřešit bez ní, což se zpočátku také zdálo. Nakonec však stomii bylo nutné založit. Pacient je z toho depresivní, zejména, když stolice odchází také konečníkem.

Cíl: Snahou je docílit stavu, kdy pacient stomii akceptuje jako nutné řešení a přijímá adekvátní pomůcky , v časovém horizontu 2 týdnů.

Plán: Znovu vysvětlit nutnost založení stomie, podat informace o péči o stomii.

Realizace a hodnocení: Operatér za pacientem často dochází a opětovně vysvětluje nutnost stomie. Ubezpečuje pacienta, že se situace s vyprazdňováním stolice vyřeší. Pacient se se stomií obtížně postupně smiřuje. Při každé manipulaci se stomií vysvětlujeme, co děláme, proč to děláme, povzbuzujeme pacienta, že se vše postupně naučí dělat sám. V průběhu druhého týdne pacient konstatuje, že už si snad umí představit, že se o stomii ve spolupráci s manželkou postará sám.

3. Bolest v operační ráně projevující se omezeným pohybem na lůžku

Cíl: Pacient udává výrazné zmírnění bolesti během následujícího dne (hodnotí maximálně stupněm 40 , to je stupeň, který je pacient schopen podle svých slov tolerovat), udává zlepšení pohody, bolest mu nebrání v pohybu na lůžku, v noci se pro bolest nebudí.

Plán: Navázání dobrého vztahu s pacientem. Aplikace Dolsinu 100 mg intramuskulárně 3x-4x denně dle potřeb pacienta, eventuálně mezi intervaly aplikace Veralu 1 ampule intramuskulárně. Naučit pacienta, jak při pohybu nebo kašli fixovat ránu rukou. Najít úlevovou polohu. Vysvětlit jistou míru bolesti v souvislosti s operačním výkonem.

Realizace: S pacientem jsem jeho obtíže důkladně prohovořila, byl zpočátku nevrlý, ale postupně se nechal přesvědčit, že mu chci pomoci. Aplikovali jsme Dolsin a Veral v pravidelných intervalech, takže prudká bolest se 6.2. již neobjevila. Pacient se naučil fixovat operační ránu při pohybu a rehabilitaci. Úlevová poloha je pro něj na pravém boku. Velkou psychickou podporu mu poskytuje manželka při každodenních odpoledních návštěvách.

Hodnocení: 6.2. v 7 hodin ráno hodnotí bolest stupněm 40. Využívá úlevovou polohu a fixaci rány rukou. V popisovaném období se bolest stupně 70 již neobjevila.

4. Nedostatečné odkašlávání projevující se zahleněním

Cíl: Zlepšení dýchání, pacient umí správně odkašlávat do následujícího dne.

Plán: Opětovný nácvik správného dýchání- dechová rehabilitace. Aplikace mikronebulizace. Zajištění vhodné polohy pro správné dýchání. Informovat pacienta o možných komplikacích vyplývajících ze stagnace hlenu v plicích.

Realizace: Rehabilitační sestra opět s pacientem zopakovala správnou techniku dýchání (nádech nosem, výdech ústy, klidné dýchání), v době její nepřítomnosti pacientovi tuto techniku připomínáme. Pacient dostává mikronebulizace s Ambrobene 3x denně před rehabilitací. Je poučen, že pro správné dýchání je nejvýhodnější poloha v polosedě. Také poučen o komplikacích plynoucích ze zahlenění- aktivně spolupracuje. Intermitentně podáván kyslík kyslíkovými brýlemi- pacient je dobře toleruje.

Hodnocení: Následující den pacient klidně bez námahy dýchá, dechová frekvence 20, saturace kyslíkem 95%, poslechový nález dle internistky zlepšen, dobře odkašlává.

5. Změna ve vyprazdňování střeva v důsledku stomie

Cíl: Odchod stolice pouze stomií (časový horizont je obtížné určit)

Plán: Vyztužení jezdce, proplachy rekta Betadinem, laváž stomie fyziologickým roztokem 3x denně.

Realizace: Lékař provedl vyztužení jezdce kvůli přepadávání stolice do odvodného raménka stomie, do stomie zavedena močová cévka, 3x denně prováděny laváže odvodného raménka 500ml fyziologického roztoku. Prováděny také proplachy rekta Betadinem.

9.2. (8.den po vyšití stomie) vyprázdnění stomie sestrou celkem 6x, odchod stolice konečníkem 10x, charakter stolice průjmovitý, kašovitý, hnědá barva, makroskopicky bez patologické příměsi.

Hodnocení: Prováděné aktivity bez úspěchu, stolice odchází spodem. Cíl se nepodařilo splnit. Pacient velmi traumatizován. Udržován v dokonalé čistotě, nutnost používání plenkových kalhot. Psychická podpora. (Vyřešeno až další operací- viz závěr a prognóza).

6. Imobilizační syndrom z důvodu dlouhodobého upoutání na lůžko

Cíl: Zabránit dalšímu rozvoji projevů imobilizačního syndromu, omezit následky dlouhodobého ležení.

Plán: Soustavná rehabilitace zaměřená na dechovou rehabilitaci, cvičení dolních končetin, zádového svalstva, udržení rozsahu pohyblivosti kloubů. Prevence dekubitů, stanovení Norton skóre. Mírnění bolesti. Sledovat stav výživy a hydratace. Vysvětlit pacientovi rizika plynoucí z imobilizačního syndromu. Aktivizace pacienta.

Realizace a hodnocení: Pacient pro chronický septický stav unavený, rehabilitovat vydrží 2x 10 minut (dopoledne a odpoledne). Dbáme, aby dostatečně dechově rehabilitoval. Norton skóre 10, vyjma dekubitu II. stupně jiný obdobný defekt nemá- často mění v lůžku polohu, odstranění bolestí injekcemi účinné. Pacientovi jsem vysvětlila možná rizika- je vidět větší snaha jíst, snaha o aktivizaci- sleduje televizi a tisk. Aktivní spolupráce při hygieně. Dle modifikačního testu soběstačnosti (v příloze) stupeň 3 = částečně soběstačný, upoutaný na lůžko. Riziko pádu (viz příloha) - celkové skóre 3 . Mimo stávající komplikace, to jest trombóza (bandáž dolních končetin, Fraxiparin), zahlenění, dekubitus II.stupně, se další problémy neobjevily.Stávající se daří odstranit.

7.Porucha integrity kůže v důsledku operační jizvy, stomie, mírného intertriga a počínajícího dekubitu

Cíl: Zhojení laparotomie, zklidnění podrážděné kůže kolem stomie, zhojení intertriga, zabránění dalšímu rozvoji počínajícího dekubitu do jednoho týdne.

Plán: Výměna obvazu na laparotomii za aseptických podmínek, sledování stavu laparotomie. Kolem stomie aplikovat adhezivní a ochrannou pastu. Okolí konečníku a genitofemorální rýhy promazávat Menalind pastou. Péče o dekubitus – důkladná hygienická péče, častá změna polohy, molitan s otvorem, Tielle, promazávat dolní končetiny Menalind olejem.

Realizace: Laparotomii jsme převazovali asepticky, 5. a 6. 2. proplach rány Betadinem. Kolem stomie nanese ochranná pasta, při hygieně pastu odstraňujeme teplou vodou a jednorázovou žíňkou.

Intertrigo jsme promazávali Menalind pastou. Prevence dekubitů – celkovou hygienu jsme prováděli dvakrát denně, omytí konečníku teplou vodou a Menalind pěnou po každém odchodu stolice, pacient sám aktivně mění polohu po 2-3 hodinách. Na dekubitální defekt jsme přikládali Tielle, pacienta podkládáme molitanem s otvorem. Dolní končetiny jsme promazávali olejem.

Hodnocení: 10. 2. laparotomie klidná, bez sekrece, bez zarudnutí. Okolí stomie se přes veškerou snahu nedaří zklidnit – okolí stomie stále zarudlé. Domlouváme konzultaci se stomasestrou. Intertrigo v okolí konečníku zlepšeno, ale zhojeno zcela není, dráždění kůže stolicí přetrvává.

Stav dekubitu 10. 2. – defekt zmenšen na 0,7 x 0,5 cm.

Normální kůže dolních končetin.

8. Bolest levé dolní končetiny v důsledku vzniku akutní iliofemorální trombózy.

Cíl: Zmenšení bolesti v končetině na stupeň 30 do následujícího dne, kontrola otoku postižené končetiny.

Plán: Vytvoření dokonalé bandáže, podložení končetiny molitanovou podložkou, eventuelně podávání analgetik.

Realizace a hodnocení: Zhotovili jsme těsnou ale neškrťící bandáž, končetinu podložili, aplikovali Veral 1 ampuli intramuskulárně. V rámci zabezpečení kontroly otoku jsme postiženou končetinu změřili – místa jsme označili fixem a porovnali se zdravou končetinou: Postižená končetina – uprostřed stehna 54 cm, nad kolenem 44 cm, pod kolenem 34 cm. Zdravá končetina – uprostřed stehna 51 cm, nad kolenem 42 cm, pod kolenem 34,5 cm. Pacient dostává zvýšenou dávku Fraxiparinu subkutánně.

Pacient pociťuje úlevu a hodnotí bolest stupněm 10.

9. Výživa – porucha ze sníženého příjmu potravy v důsledku nechutenství

Cíl: Zlepšit chuť k jídlu, zvýšit příjem potravy per os.

Plán: Vysvětlit nutnost většího příjmu potravy, zajistit pestrost stravy, snížit psychický stres, zlepšit chuť k jídlu příjemným prostředím. V ideálním případě speciální nutriční intervence.

Realizace: Pacientovi i jeho manželce vysvětlena nutnost většího příjmu potravy.

Nemocniční strava kombinována s domácí stravou, kterou přináší manželka (polévka, jogurty, pivo). Podáváme také karamelový Nutridrink. Před jídlem větráme v pokoji.

Hodnocení: Cíle dosaženo částečně. Pacient sní celou porci, chápe potřebu výživy pro snadnější hojení.

10. Změna ve vyprazdňování močového měchýře v důsledku zavedení permanentního močového katetru.

Cíl: Krátkodobý – pacient netrpí infekcí související s permanentním močovým katetrem nebo retencí moče

Dlouhodobý – pacient má obnoveno normální vylučování moče

Plán: Zajistit minimální příjem tekutin 3 l/den, sledování příjmu a výdeje tekutin za 24 hodin. Zajistit hygienu perinea a uretry. Odeslání moče na bakteriologické vyšetření.

Realizace a hodnocení: Dostatečný příjem tekutin se podařilo bez problémů zajistit, bilance má pacient vyrovnané (5. 2. příjem = 5500 ml, výdej = 5000 ml, 10. 2. příjem = 3700 ml, výdej = 4000 ml), závěr bakteriologického vyšetření – v moči přítomna Klebsiella, pacient kryt antibiotiky, pravidelná výměna cévky, v následujícím týdnu opět bakteriologická kontrola. Moč slámově žlutá, bez makroskopicky viditelné patologické příměsi. (Dlouhodobého cíle se podařilo dosáhnout až týden před dimisí pacienta).

11. Riziko vzniku infekčních komplikací v souvislosti s invazivními vstupy

Pacient se nachází v chronickém septickém stavu s febrilními špičkami (nad 38 stupňů Celsia) zřejmě v souvislosti s dehiscentní spojkou. Je tedy dvojnásob nutné zabránit dalšímu rozvoji infekce z invazivních vstupů.

Cíl: Zabránění infekčních komplikací plynoucích z infikovaných invazivních vstupů.

Plán: Dokonalá aseptická péče o centrální žilní katetr (byl pacientovi opakovaně zaveden pro velmi špatný stav periferních žil), péče o permanentní močový katetr a stomii.

Realizace a hodnocení: Centrální žilní katetr jsme denně asepticky převazovali – přikládali jsme Inadine a Tegaderm. Okolí centrálního žilního katetru je klidné – v tomto období má pacient celkově druhý trojcestný centrální žilní katetr. Permanentní močový katetr má pacient celkově také druhý, číslo 16, v moči bakteriologický nález, cévka zatím nutná. Pacient bez známek infekce v okolí invazivních vstupů. Chronický septický stav souvisí dle lékařů s dehiscencí spojky – pacient kryt antibiotiky, pravidelné bakteriologické kontroly.

12. Riziko vzniku alergie na pomůcky určené k ošetřování stomie

Cíl: Zabránit projevům alergie.

Plán: Zjistit, zda není kůže alergická na lepidlo nebo plastický materiál sáčku, sledovat eventuální projevy alergie.

Realizace a hodnocení: Pacientova kůže není na pomůcky alergická, známky alergie nejsou přítomny.

13. Riziko projevů vedlejších účinků léků – zejména antibiotik

Cíl: Informovat pacienta o hlavních a vedlejších účincích léků

Plán: Podávat léky dle ordinace, sledovat hlavní účinky léků, dotazovat se na vedlejší účinky, kontrola fyziologických funkcí a vyprazdňování

Realizace a hodnocení: Pacient poučen o účincích léků. Fyziologické funkce – hypertenze 180/70, tachykardie 102/min. – není dáno do souvislosti s vedlejšími účinky léků. Pacient bez projevů vedlejších účinků léků.

14. Bolest zad v důsledku dlouhodobého upoutání na lůžko

Cíl: Odstranění bolesti během dne (6. 2.)

Plán: Zvýšení fyzické aktivity v lůžku, masáž zad, eventuálně podání analgetik

Realizace: Po odstranění bolesti v ráně se pacient odvažuje více na lůžku otáčet a měnit polohy. Neleží tak strnule jako dosud. Tříkrát denně mu masírujeme záda s použitím francovkové masti, což si pacient velice pochvaluje.

Hodnocení: Cíle bylo dosaženo.

15. Porucha spánku v souvislosti se změnou prostředí, obavami a zvýšenou hlučností

Cíl: Pacient má kvalitnější spánek, spí alespoň 6 hodin a cítí se odpočatý.

Plán: Minimalizovat rušivý vliv nemocničního prostředí. Snaha o psychickou pohodu a uvolnění. Vyprázdnění stomie před spánkem. Eventuální podání hypnotik

Realizace a hodnocení: 7. 2. se pacient přes veškerou snahu příliš nevyspal – na oddělení v noci hluk v souvislosti s příjmem pacienta v těžkém stavu, hypnotika odmítl s odůvodněním, že na ně není zvyklý.

8. 2. pohovor s lékařem o svém stavu, celkové zklidnění, spal celou noc, noc na oddělení klidná.

3.4. Edukace

Edukaci u pacienta J.B. je třeba zaměřit na :

1. samostatné zvládnutí ošetřování stomie
2. znalost dietních opatření u stomiků

Edukovat pacienta o diabetes mellitus není třeba, pacient má tuto nemoc delší dobu a umí s touto chorobou zacházet.

Předpoklady pro osvojení poznatků jsou u pacienta dobré- pacient je inteligentní, bez smyslového omezení, jeví zájem, respektive chápe nutnost naučit se zvládat nové situace. Při edukaci samotné je třeba hovořit srozumitelně, často pacienta povzbuzovat. Do edukace bude zapojena i manželka pacienta. Pacient odejde domů vybaven také brožurkou o ošetřování stomií a dietních zásadách, aby měl informace i v psané podobě a mohl do nich kdykoli nahlédnout.

V období, kdy jsem se o pacienta starala , nebylo zcela možné pro pacientův zdravotní stav (a také pro nedostatek soukromí) začít s praktickým nácvikem péče o stomii. To se provádělo až na standardním oddělení, kde staniční sestra je zároveň i stomasestrou. Na jednotce intenzivní péče přichází v úvahu předání teoretických informací , o což jsme se při každé manipulaci se stomií snažili.

Návrh edukačního programu:

V ideálním případě by se mělo začít již před operací, kdy je pacient seznámen s možností vytvoření stomie. V první fázi se snažíme seznámit pacienta s tím, co stomie je , jak vypadá, jak funguje, jak se ošetřuje, jaké jsou pomůcky pro její ošetření a jaká je jejich dostupnost.

Snažíme se pacientovi vše objasnit, nezabíhat však do detailů, abychom ho zbytečně netraumatizovali.

Druhou fází je technická příprava, kdy po zhodnocení anatomických poměrů břišní stěny (kožní záhyby, jizvy) vestoje i vsedě, v klidu i při pohybu a se zřetelem na výšku pasu zakreslíme místo pro vyšití stomie. Toto místo by se mělo volit společně s pacientem, protože on bude nositelem stomie.

V průběhu prvních pooperačních dnů je důležité s pacientem o stomii hovořit, opakovat již řečené. Pacient se začíná postupně se stomií seznamovat.

Nejdříve ji vidí, potom by si měl zkusit na ni přes jímací systém sáhnout. Při každé manipulaci se stomií je nutné vysvětlit co a proč děláme.

Po návratu na standardní oddělení je stále velmi důležitá psychická podpora. V této době již začíná systematické a postupné zaučování nemocného v péči o stomii. Výměnu a nácvik výměny není vhodné provádět na pokoji nemocných.

Postup při výměně stomických pomůcek:

Pacient zná správný průměr své stomie a zná velikost.

Je nutné nachystat si k ruce všechny pomůcky, aby pacient až v průběhu výkonu nezjistil, že mu něco schází.

Po sejmutí stávající pomůcky otřít hleny a zbývající stolicí buničinou.

Vzít podložku podle velikosti stoma a vystříhnout vhodný otvor.

Pokud si pacient na stoma nevidí, kontroluje si postup v zrcadle.

Omýt okolí stomie mulem namočeným v mýdlovém roztoku. Dobře osušit.

Aplikovat ochrannou pastu bezprostředně v blízkosti stomie a přiložit podložku. Co nejdříve nasadit sáček na podložku. Mohlo by se stát, že kdykoli během výměny dojde k odchodu stolice..

Je dobré asi 15 minut v klidu ležet, aby podložka lépe přilnula ke kůži. Pasta se zbaví nadbytečného alkoholu a bude těsnit.

Kolostomický sáček je vybaven filtrem, který po navlhnutí ztrácí svou funkčnost. Pacient má vědět, že když se jde sprchovat, má opatřit filtr samolepicím kolečkem, který po koupeli odstraní.

Před odchodem do domácího ošetření je nutné poučit pacienta i jeho rodinu o vytvoření podmínek pro péči o stomii v domácím prostředí. Ošetření stomie se provádí nejpohodlněji v koupelně, ale je užitečné se to naučit i na WC, zejména u zaměstnaných stomiků, což však není případ mého pacienta. Kromě stálého vybavení v koupelně je dobré mít tašku s určitou

minimální soupravou pomůcek stále při sobě a při cestování si brát s sebou přiměřenou zásobu všeho potřebného.

(10)

Pacient J.B. byl poučen i o dietních zásadách. O tom, že dieta nemá být dráždivou a nemá urychlovat střevní činnost a nemá být nadýmavá. Může to vést k bolestem břicha. Pacientovi jsme doporučili netučné polévky-hovězí,obilninové nebo zeleninové, dále libové maso.Omáčky se mají zahušťovat moukou ne jíškou. Z příloh se doporučuje bramborová kaše, rýže, houskový knedlík. Ovoce by se mělo podávat ve strouhané podobě a v menším množství, raději tepelně upravené jako kompoty,což panu B. v podobě dia kompotů vyhovuje. Pan B. byl také poučen, že nevhodná jídla jsou: Syrová zelenina v hrubé podobě, luštěniny (ty pan B. stejně nemá rád).

(7)

Pan B. odešel z naší kliniky patřičně informován a poučen. Před propuštěním byl schopen provést si výměnu stomického systému samostatně. Myslím ale ,že to bude provádět společně se svou paní , která i ochotně převezme ,, do své režie ,, přípravu jídla. Na dodržování diabetické diety je zvyklá, takže se bude jednat jen o úpravu podávání některých jídel. Paní B.se k novým situacím stavěla velmi statečně, je opravdu velkou oporou pro svého muže. Manželé dostali kontakt na stomasestru-staniční standardního oddělení, kde pan B. ležel Mají k ní důvěru a vědí, jaké komplikace se mohou vyskytnout a kdy mají stomasestru vyhledat.

3.5. Prognóza a závěr

A. Z lékařského hlediska:

Problematika vyprazdňování stolice se upravila až po poslední operaci dne 27.2.06, kdy byla provedena transversostomia terminalis sec Hartmann. Stolice odchází pouze stomií. Pacient propuštěn domů v uspokojivém stavu. Bude dále pokračovat v rehabilitaci, bude chodit na pravidelné kontroly do proktologické ambulance . Zhodnotí se možnost zahájení adjuvantní onkologické terapie. Dle ošetřujícího lékaře je po onkologické léčbě eventuálně možná rekonstrukční operace se zanořením stomie.

Prognóza pacientovy nemoci je poměrně dobrá, ovšem limitovaná biologickým věkem.

B. Z ošetřovatelského hlediska:

Pacient odchází z nemocnice poučen o ošetřování stomie, zvládá výměnu pomůcek, je poučen o možných komplikacích stomie a dietních zásadách . Stejně znalosti má i manželka.

Upozorněn na možnost kontaktovat Klub stomiků a stomasestru. Pacient má velmi dobré rodinné zázemí, v této fázi se zdá, že profesionální pečovatelské služby nebude potřebovat.

Přesto o jejich existenci informován.

Použitá literatura:

- 1.) Abrahámová, J. Rakovina tlustého střeva a konečníku. Praha: Triton,2000.
ISBN 80-7254-133-1
- 2.) Červinková, E. Ošetrovatelské diagnózy. Brno : IVPZ, 2000. ISBN 80-7013-303-1
- 3.) Klener, P. Vnitřní lékařství. Praha : Karolinum,2001. ISBN 80-246-0273-3
- 4.) Mikšová, Z. Kapitoly z ošetrovatelské péče I. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6
- 5.) Mikšová, Z. Kapitoly z ošetrovatelské péče II: Praha: Grada,2006. ISBN 80-247-1443-4
- 6.) Novák, J. Ošetřování stomií. Praha : Avicenum, 1987
- 7.) Šváb, J. Operace tlustého střeva. Praha :Triton, 2000. ISBN 80-7254-122-6
- 8.) Švihovec, J. a kol. Pharmindex 2004. Praha : Galén, 2004. ISBN 80-901 781-2-X
- 9.) Tellerová, O. Pacient se stomií v následné péči. Sestra, 2006, roč.16, č.2,s.36
ISSN 1210-0404
- 10.) Vozdecká, J. Péče o nemocného s kolostomií a nejčastější problémy s ní spojené.
Onkologická péče, 2003, roč. VII.,č.1,s.17-18
- 11.) Zeman, M. Speciální chirurgie. Praha : Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0244-X
- 12.) Žaloudík, J. Kolorektální karcinom. Onkologická péče, 2003, roč. VII, č.1, s.2-3
- 13.) Dokumentace pacienta
- 14.) Rozhovor s pacientem

Vstupní ošetrovatelský záznam

(materiál k nácviku ošetrovatelského procesu)

Jméno a příjmení (vyplň iniciály) y. b.

Oslovení pane b. Pojišťovna AAA

Rodné číslo (nevyplňuj) Povolání SLUŽODNE, PUKOM VŘIŽENI' LETOVÉHO

Věk 43 Vzdělání VS PROVOZU

Vyznání bez vyznání Národnost ČESKA

Adresa Telefon:

Osoba, kterou lze kontaktovat MANŽELKA, SYŽI KA ŠTEJNE' ADRESE, V PRAZE

Datum přijetí: 6. 7. 2016

Hlavní důvod přijetí: z klinizikálního uscen' kardiologu mlha

Lékařská diagnóza:

- KARDIOM. DECTA BENIGNÍ' HYPERTROFIE PRŮSTAVY
- NESTABILNÍ ANGINA PECTORIS HYPERTROFIE PRŮSTAVY
- ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE III. ST. AKUTNÍ HLAVŮČKA' KLOFEDOLAMU' TROMBOZA
- DIABETES MELLITUS II. TYP

Jak je nemocný informován o své diagnóze? OV. KE SE JEDNA' O ZHOUBNÝ' KAZUS

Osobní anamnéza: ICHS, AT. HYPERTENZE, III. ST., OPELACE KATARAKT 1. 1999
A 4. STAD. OPELACE TĚLENE CYX VĚNO, HYPERTROFIE PRŮSTAVY - UROLOGICKY
SLEDOVAN, ULAZX O

Rodinná anamnéza BEZ DUKOLOBIČKE' ZAŘEŽE

Vyšetření: KARDIOLOGIE, ENDOCRINOLOGIE, BILOGIE, SONO JAZER, DOPPLEROVSKÝ
ULTRAZVUK ŽIL DK, KO. ŽIL, KARDIOLOG. ST. POKU' BAKTERIOLOG. VST,
PROLOG. FLE (S. R.) I R KAPITÓ P94, TĚLENE CYX VĚNO, 94% FIBRINOLYTIČNÍ' KAPITÓ' KJEM: 42/mg

Terapie: ASPIRIN, NITRAT, NITRAT, ENURE ALDOSTONE, ALGOKIN, NITRAT, NITRAT,
KU Y. ST. TĚLENE CYX VĚNO, 94% FIBRINOLYTIČNÍ' KAPITÓ' KJEM: 42/mg
FRAXIPARIN, PROCTAZOL, AMBROXOL, LASOLVAN, BENIPRESS, AGEN,
FURON, HYCAL FONE

Nemocný má u sebe tyto léky

CORAMIN, PRETARIUM, LASOCAMIN, AMULOTON, MIXTARX 50

Je poučen,

že je nemá brát
 jak je má brát

ano ne
 ano ne

Obecná rizika (zatrhni, je-li u nemocného v anamnéze)

nikotinizmus		ne	ano	pokud ano, kolik denně.....
alkoholismus		ne	ano	
drogy		ne	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho.....
alergie:	jídlo	ne	ano	pokud ano, které.....
	léky	ne	ano	pokud ano, které..... ANAKEN, AMPIKIN
	jiné	ne	ano	pokud ano, na co.....

dekubity (změř) II. st. - 1x denně - viz přeloha: PLAN PEDE O DEKUBITUS
 pneumonie (změř)

Důležité informace o stavu nemocného: UVAŽENY, KOMPLIKOVANÝ PŮP. PRŮBĚH -
 CHARAKTERISTICKY SEPTICKÝ STAV ZDĚNE NA TROUBKĚ DEKUBITUS, MAKROGLOBULINEMIE, ANEMIE
 HLUBOKÁ MIOPREMORALNÍ TROMBÓZA LDK S DĚJECNÝM OBTEKALNÍM TROMBÓZOU,
 INKONTINENCE

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? NA OTEZACI RADOVU
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? NEVÍM PŘEKĚ
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? NEVÍM SE DOBŘE
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? BUDU OTEZOVAN
 NAM STRACH
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? EŽE!
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? 3-4 roky
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? ZATIM ANO
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? ANO
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici?

upřesněte. NAM STRACH O ŽENU, ŽE JE JAKA JOMA

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy)

V DOBĚ NÁSTUPU BRANITAKACE ZLELA SOBĚSTAČNÝ, PO OTEZACI - ČA' PŘEKĚ SOBĚŠTĚNÍ
 UPOUTANÝ NA LÍŽE

Komunikace:

- stav vědomí	při vědomí	somnolence	koma
- kontakt navázán	rychle	s obtížemi	nenavázán
- komunikace	bez problémů	bariéry	nekomunikuje
- spolupráce	snaha spolupracovat	nedůvěřivost	odmítá spolupráci

Hodnocení nemocného

1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného?

ano

ne

pokud ano, upřesněte.....

BOLEST V PÁNEŽI CELA NOHA, ZADÁ

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím

ano

ne

pokud ano, upřesněte.....

BOLEST & POKLADENÍ V PÁNEŽI PŘI OZÁRČENÍ
BEHEM DRÁDLAVIT ZAPALIA BOLEST

jak dlouho?

BEHEM DRÁDLAVIT

- Na čem je vaše bolest závislá?

NA POKYBU

- Co jste dělal pro úlevu bolesti, (obtíže)?

TRVAL KAPKY

- Kde pociťujete bolest?

V PÁNEŽI, V NOZE, V ZADĚLI

- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění?

PŘEKYTOU KE JAKOU KŮŽELI

Objektivní hodnocení sestry :

Pocit pohodlí (lůžko, teplo)

POKOUŠAME LŮŽKO

Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změříte):

BOLEST V OP. PÁNEŽI (DOLNÍ STŘ. LAPAROTOMIE) - STUPEŇ 40 (TRVALA 10-100), TRVAL
BOLEST LOK - STUPEŇ 10, KONKRETNĚ POKYBU JAKO POKYBU
BOLEST ZADĚLI POKYBU BOLESTI VE STUPEŇ 40, ČITÍ SE "DŘEVĚNÝ"

2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním?

ano

ne

pokud ano, upřesněte.....

OB. DĚL NEM. SE ZAČEVAL DO PŮHOŮ

- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice?

ano

ne

pokud ano, upřesněte.....

Jak jste je zvládal?

- Máte nyní potíže s dýcháním?

ano

ne

pokud ano, co by vám pomohlo?

NE, NĚCO BY MĚLO POKYBU

- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů?

ano

ne

nevím

pokud ano, zvládnete to?

NEVIM - TRVAL ANO

- Kouříte?

ano

ne

pokud ano, kolik?

Objektivní hodnocení sestry: dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.

OBJEKTIVNÍCH ZNAKŮ DUŠNOSTI, AF 20, JEJÍ PRÁVIDELNÁ, RYMA, KAŠEL,
ALE 2 90%, PŘI POKYBU KŮŽELI SYSTÉMU KŮŽELI
KŮŽELI, POKYBU KŮŽELI, KŮŽELI VE STUPEŇ

3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám?

ano

ne

- Potřebujete pomoc při mytí?

ano

ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů?

ano

ne

- Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano
 - Kdy se obvykle koupete/sprchujete? ráno
 - odpoledne
 - večer
 - kdykoliv
- ne HYGIENA VŘEŤ V LÍŽI

Objektivní hodnocení sestry: soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.

HYGIENU PROVAŽUJÍM VŘEŤ NA LÍŽI, NUTNĚ PŘIPRAVIT POMOC, OBČER PŘEPAŘENÍ
 NAKRÁK, POTŘEBUJE VÍCE ČASU, POMOC PŘI HYGIENĚ KŮŽE VÍKŮ, HOVENÍ PROCAPI
 SYNTETICKÁ - NĚKDY JAK, POČE TOHO, JAK SE ČI, NĚKDY STAVÁ MANDEKA, VLASY S POMOCÍ SESTRY
 VÍKŮ NA LÍŽI

4. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? ano ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? MÁM NA TRÁKANI PŮ - PŮ
- Svědí vás kůže? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy, atd.

- NA ŽRTE VŘEŤ - JAKI STR. LAPALOTOMIE - PO ASKETIČKY - PŮVĚRA VENTROFLEU, MŮ
- (J.2.) VŘEŤ BEZ PŮVĚRY, HOVILA SE SEČOVANĚ
- MUTACE KŮŽE V OČNÍ AXIÁLNÍ STAVIE
- KŮŽE INTERTRIGO (ZAMŮVŮ) - V OČNÍ ANU
- J.2. PŘI HYG. NAKRÁK PŮVĚRA DEKUBITUS - II. ST. 1x1cm na L. PŮ (VIZ ZAKR. PŮVĚRY V PŮVĚRY JEDE DŮVĚ)

5. Strava / dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup?
- Máte zubní protézu? dobrý vadný
 - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? horní dolní žádnou
 - Máte rozbolavělá ústa? ano ne
 - Máte rozbolavělá ústa? pokud ano, ruší vás to při jídle? ano ne
- JEN SUČE' RT

- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu
- přiměřenou
 - vyšší (o kolik?)
 - nížší (o kolik?) D.20.1

- c) Změnila se vaše váha v poslední době?
- ano ne
 - pokud ano, o kolik kg jste zhubnul / přibral

- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?
- ano ne
 - Co obvykle jíte? MÁM ŽIVU PRO CUKROVÉ
 - Je něco, co nejíte? ano ne
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? pokud ano, upřesněte. DIABETIKOV
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? pokud ano, upřesněte. PŮVĚRY - KŮŽE K VÍKŮ
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ano ne
 - pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat? ANO

Objektivní hodnocení sestry: stav výživy, enterální výživa-dieta, parenterální výživa, soběstačnost atd.

J.2. dŮVĚ C.2 + JESTĚ PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA - 10% G
 NA 6.2. dŮVĚ C.2, SŮI PŮVĚRY PŮVĚRY, MANDEKA NAŠI DIA ŽOBURTY, STAČE
 SPĚŠUJE NA NEČOVANĚ, KŮŽE, NUTNĚ SEČE 10, HŮVĚRY PŮVĚRY
 DO NEMOCNICE 816 140cm (6.1) BMI 28

6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl ?
zvýšil snížil ~~nezměnil~~
- Co rád pijete ? vodu mléko ~~ovocné šťávy~~
 ~~PIVO~~ káva čaj ~~nealkoholické nápoje~~
- Co nepijete rád ?... ~~MLÉKO~~
- Kolik tekutin denně vypijete ?... ~~2 lit - 3L~~
- Máte k dispozici dostatek tekutin ? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: projevy dehydratace

BEZ ZNAHEK DEHYDRATACE

7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na toaletu ? *CO NEJEN NEKONVY' NEKONVY' DENNE'*
- Máte obvykle normální stolici
 ~~zácpu~~
 ~~příjem~~
- Kdy se obvykle vyprazdňujete ? *TE DEN 1 U NOCI*
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil ? ano ne
pokud ano, co to je ?
- Berete si projímadlo ? ~~nikdy~~
 ~~příležitostně~~
 často
 pravidelně

- Máte nyní problémy se stolicí ? ano ne
pokud ano, jak by se daly řešit ? *DOCTOR PŘI PŘÍLEŽITOSTI SE TO UVEDI'*

Objektivní hodnocení sestry:

*- 4 den PO ZALOŽENÍ AXIÁLNÍ TRANSVERZÁLNÍ STOLICE, ČASTÍ STOLICE OBLIVÁKÍ
LEŽÍ ČASTÍ KEM. STOLICE OBLIVÁKÍ KONEČNÍKEM SAKROLOVNE, PŘÍLEŽÍ DEFEKACE
NEŽÍTI. STAV PRO PACIENTA LEŽÍ TRAVMATIZOVANÍ.*

8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ? ano ne
pokud ano, upřesněte *ČASTE' MOCENÍ*
- Jak jste je zvládal ? *SPANE*
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici ?
CELETA, JAK MIVÍ I BEHEM OZAROVANÍ
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice ?
ano ne
pokud ano, myslíte, že to zvládnete ? *SPRAV SE TO ZLEPÍ'*

Objektivní hodnocení sestry:

SEN PERMANENTNÍ RODOVÝ KATETR - C.14, KAPOUKNUT

9. Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí ? ano ne
pokud ano, upřesněte... *ANEMIA, LITRA*
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím ? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil ?
pokud ano, upřesněte... *ANEMIE* ano ne
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění ? ano ne nevím
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry:

*CITÍ SE SLABÝ JEN V POKROU S OPOROU ZAD, PŘI HYGIENĚ A ŠTACE SCHOPEN
KVALITATIVNĚ SEDEŠT JAKOVANA DOUČI, ALE PŘEPRAVA NA LAMAK - PRO OČEKÁVÁNÍ ZAHODĚNÍ
SVOJ NODUJÍ JEN TĚLO NA ČUVU ZA AKTIVNĚ PŘI JEDNĚ V LAMU PŘI ČUVĚNÍ.
MUSKO PROBLIK SY - PROBLIK SE TROMBOZA*

10. Smyslové funkce

- Máte potíže se zrakem ? ano ne
pokud ano, upřesněte *NOVĚM BRÝLE*
- Nosíte brýle ? ano ne
Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? *NE*
- Slyšíte dobře ? ano ne
pokud ne, užíváte naslouchadlo ? ano ne
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl ?.....

Objektivní hodnocení sestry:

NA' DVOJE DIOPTRICKĚ BRÝLE, VYKONAVNÍ NĚ, SLYŠÍ DOBŘE.

11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání ? Pokud ano, co děláte ? *NECITÁM*
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti ? ano ne *NEPŘÍJĚM*
- Máte doporučeno nějaké cvičení ? ano ne
pokud ano, upřesněte *CVIČENÍ S PŘI PŘÍMĚ, JEDNĚ NODUJ*
- Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici ? ano ne
- Co děláte rád ve volném čase ? *TURISTIKA, PASI O AKTIVNĚ*
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici ?
ČETBA, PASI O, TV
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění ? *NE (TU JE NA POKOJI)*

Objektivní hodnocení sestry:

*NEJEDNĚ A POOPERAČNÍ STAVY PŘI NADĚNÍ UČEBNÍ FYZICKÁ A PSYCHICKÁ
OHEZENÍ. PSYCHICKĚ OHEZENÍ JAKOŽI MĚ. (MĚRE. JAKOŽI SE SLEDUJE
TU, ŽE UČEBNĚ PAKTU A ČASOVY (TĚLO, REPER) A UČEBNĚ NODUJ
PŘI ČUVĚNÍ PŘI PASI O (SLEDUJE). PŘI ČUVĚNÍ PŘI ČUVĚNÍ UČEBNĚ
ČASU PŘI ČUVĚNÍ O PŘI ČUVĚNÍ.*

BRÝLE V TEST A GCS - PŘI ČUVĚNÍ.

12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? *ALL P*
- Máte doma potíže se spánkem ano ne
pokud ano, upřesněte *NEJEDY SE BUDI KULERVI NA NOZENI*
- Kolik hodin obvykle spíte? *OBVYKLE P*
- Usínáte obvykle těžko? ano ne
- Budíte se příliš brzy? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Co podle vás způsobuje vaše potíže?
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát?
- Berete doma léky na spání? ano ne
pokud ano, které.....
- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *DOKRA NE*

Objektivní hodnocení sestry:

Únava, denní a noční spánek apod.

*NEK DOHA VÍCE NEKÉ BEZ OBTÍŽÍ. V NEMOCNICI VĚROSTNÝ, SPĚŠNĚ
A ČASTO PŘERUŠOVANÝ SPÁNEK UMOM - BUDI HO HUK NA ODJEZDU A SČETLO
SY HO VĚBUDI BOLEST. SPI I BĚHEM DNE, LÉK DOHA NEDEJAL, ALE I BEZTO SPÁNEK VEI,
NEZLAKU TOI A PŘERUŠOVANÝ*

13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?
 ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?
 ano ne
pokud ano, upřesněte.....

pacient o sexualitě nechce hovořit - otázky nebyly položeny

*DRÁŽE SE MU TĚMA ZDA' U VĚTŠO SITUACI
BEZ PŘEDMĚTU.*

14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

- | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| - emocionalita | stabilní | spíše stabilní <i>spíše stabilní</i> |
| - autoregulace | dobře se ovládá | hůře se ovládá |
| - adaptabilita | přizpůsobivý | nepřizpůsobivý |
| - příjem a uchování informací: | bez zkreslení | zkresleně (neúplně) |
| - orientace (časem, osobou, místem) | orientován | dezorientován |
| - celkové ladění | úzkostlivý <i>smutný</i>
skličný <i>apatický</i> | rozzlobený |

15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete? ... S MANŽELKOU
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? ... MANŽELKA, SYN
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? ... MANŽELA A SYNOU
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? ... ŽENA JE JEDINÁ ŽENA
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? ... ANO
- Je na vás někdo závislý? ... NE
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? ... NEVÍM JAK VÍM ZUJEDNĚME
- Kdo se o vás může postarat? ... MANŽELKA, SYN

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci...)
ŽIJEME S MANŽELKOU V RODINNÉM DŮMĚ, NĚKTERÍ SOUŠEDÉ

Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči ... NE

Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

PACIENT VYSOKOŠKOLNĚ VZDĚLANÝ, VELKOU INTELIGENCÍ, VELMI PRÁKORAVÝ, ZUJEDNĚNÝ O VŠECH PŘEMÝŠLET, CHCE VĚC POUKOPIT, MÁ VELKÉ OBAVY O ZDRAVOTNÍ STAV - CHCE BYT ODPORUVITĚLNĚ, ŽE SE VŮLE ŽENY ("PRAKÉ ŽENY, MÁM NĚKDEŽE SE ODVA ŽENY?") VĚŘENÝ ZA POSMOLOV, ALE SAMO HOD ZDRAVĚNÍ. NUTNĚ POUKOP K HODNĚNÍ I OTÁZKÁM. VELMI TRAUMATIZOVANÝ SE PŘI AŽÍ STOMIE A UPRASZKOVANÍ STOMIE.

Zdravotnický dotazník

Prosím vyplňte tento dotazník, který chirurgovi a anesteziologovi umožní lepší zdravotní péči.

Jméno pacienta: J. B.

Telefon domů:

Do práce:

Rodné číslo:

Jiný telefon/pager:

Odesílající lékař (obvodní lékař):

Uveďte další lékaře u kterých jste ošetřováni: UROLOG, ONKOLOG

Anamnesa

Uveďte svůj věk: 43

Uveďte všechny předchozí operace: KATARAKTA, TRÍSELNÁ KÝLA

Operace	Datum	Typ anestezie	Komplikace
---------	-------	---------------	------------

KATARAKTA	1999	LOKÁLNÍ	—
-----------	------	---------	---

TRÍSELNÁ KÝLA	4/2000	CELKOVÁ	—
---------------	--------	---------	---

Uveďte všechny onemocnění, pro které jste byl hospitalisován v nemocnici.

CUKROVKA, VYSOKÝ KREVNÍ TLAK, SRAŽENÍ, KOMPLIKACE

Měl jste v minulosti, nebo máte nyní některé z následujících obtíží?

Zaškrtněte a vpravo blíže obtíže popište

- Infarkt myokardu či angina pectoris *TRÍSELNÁ BOLEST NA HRUDNÍ, HOSPITACI ZACE*
- vysoký krevní tlak *TRÍSELNÁ BOLEST NA HRUDNÍ, HOSPITACI ZACE*
- nepravidelný srdeční rytmus *TRÍSELNÁ BOLEST NA HRUDNÍ, HOSPITACI ZACE*
- vysoký cholesterol *TRÍSELNÁ BOLEST NA HRUDNÍ, HOSPITACI ZACE*
- plicní obtíže (asthma, pneumonie, ...)
- mozkovou mrtvici
- záchvat epilepsie
- cukrovku
- problémy s ledvinami či močovým měchýřem — *PROSTATA*
- obtíže s játry či prodělaná hepatitida
- zhoubné nádory (rakovina)
- revmatická horečka
- krevní sraženina či embolie
- abnormální krvácivost či hematomy (modřiny)
- krevní transfuze
- TBC
- revmatoidní artritidu
- vážné deprese
- jiné psychiatrické onemocnění
- alkoholismus
- jiné (blíže popište)

Obecné obtíže:

Máte nyní nějaké z následujících obtíží:

- bolesti na hrudi
- kolapsy nebo závratě, pocity bušení srdce
- otoky končetin
- dušnost při chůzi do schodů
- chronický kašel, chronické vykašlávání sputa
- krev ve sputu
- černá nebo dehtovitá stolice
- průjmy
- časté pálení žáhy či vrácení potravy do úst
- pocity na zvracení a zvracení
- časté zácpy
- dočasná ztráta vidění či zamlžené vidění
- dočasná slabost jedné či více končetin
- ztuhlost tváře
- pálení při močení, časté močení
- artritida drobných kloubů
- bolesti zad
- větší krvácení z drobných ran či po zubařských výkonech
- ztráta či příbrání na váze v poslední době (kolik) 6.1.81g
5.2.70g
- obtížná chůze
- těhotenství

Rodinná anamnesa onemocnění

Má nějaký váš pokrevní příbuzný následující onemocnění?

Onemocnění

který příbuzný a typ problémů

- onemocnění srdce
- onemocnění plic
- mozková mrtvice
- onem. ledvin
- onem. jater
- zhoubné nádory (specifikujte)
- cukrovka
- revmatoidní artritida
- komplikace s anestezií
- alkoholismus
- vážné duševní poruchy
- jiná onemocnění (specifikujte)

Měl nějaký váš příbuzný vážné problémy při anestezií?

ne

ano- popište jaké

Léky a Alergie

Prosím uveďte seznam léků, které užíváte, i ty, které nevyžadují recept:

Název léku	dávka	kolikrát denně lék berete
<u>KLON-NEBIDKALU PŘI PRŮJEMĚ</u>		
UKTRAS 30	24j	18j
ODSIPIN	1/2	1/2
SIOFOR 850	1	1
PRESTARIUM 4mg	1	1
SILCAL 40mg	1	1
		VALDOANIN SE 2mg 1/2 - -
		AMUCATON 1/2 - -
		MOXIPIN 100mg - UYIPAL 10.12.05

Napište seznam léků nebo léčebných prostředků na které jste alergický a typ reakce (otoky, vyrážka.....)

Název léku	Typ reakce
MOLLEN	VYRÁŽKA
AMUCATON	

Užíval(a) jste steroidní preparáty (např. Prednison, Cortison...) v posledních šesti měsících?

Ano / ne

Kouřil(a) jste někdy cigarety?

- nikdy
- Ano, ale skončil jsem před lety. Kouřil jsem přibližněcigaret dennělet.
- Ano kouřím nyní cigaret denně. Kouřím let

Pijete alkoholické nápoje?

- ano , více než 7 sklenic týdně
- ano , méně než 7 sklenic týdně
- dříve ano, nyní již nepiji
- ne
- kolik piv týdně vypijete 2

Užíváte nějaké měkké či tvrdé drogy?

Ano ne typ

Jaká je vaše největší pravidelná fyzická aktivita , kterou během týdne provádíte?

PROBÍHAZKY

Sociální anamnesa

S kým žijete? S MANZELKOU

Jaké máte vzdělání? VŠ

O koho pečujete a pro koho jste hlavní živitel (ka) ? /

Kdo o vás bude pečovat , když budete vážně nemocen? MANZELKA

Jaké máte koníčky , které jsou pro vás důležité ? RADIOAMATEŘSKÝ, TUMBLKA

Datum : 5.2.06

Podpis:



OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A PŘEKLADOVÁ ZPRÁVA



FN MOTOL, V ÚVALU 84, PRAHA 5

Jméno: J. B. Příjmení

Datum přijetí / Čas sběru anamnézy

PŘEKLAD Z:

Narozen 4. 8. 1956

6. 1. / 5. 2. - NA VILK

ALERGIE!!!
ATROCKEN, ANEMIE

Pojišťovna: WDP
Klinika / Oddělení: 0412. VIP

Číslo chorobopisu

ZMĚNA

1	SMYSLY - OMEZENÍ ZRAK <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO: SLUCH <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO: REČ <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO:	<input type="checkbox"/> NEVIDOMÝ <input type="checkbox"/> NESLYŠÍCÍ	<input checked="" type="checkbox"/> BRÝLE <input type="checkbox"/> SLUCHADLO	<input type="checkbox"/> KONT. ČOČKY
2	KOMUNIKACE MLUVÍ ČESKY <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE, JAK:			
3	<input checked="" type="checkbox"/> BEZ PROBLÉMŮ <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY <input type="checkbox"/> ROZUMÍ MLUVENÉMU SLOVU <input type="checkbox"/> VADY REČI <input type="checkbox"/> ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE (např. znaková řeč) VĚDOMÍ Skóre GCS <input checked="" type="checkbox"/> PŘI VĚDOMÍ <input type="checkbox"/> BEZVĚDOMÍ <input type="checkbox"/> SEDACE DEZORIENTACE <input type="checkbox"/> MÍSTEM <input type="checkbox"/> ČASEM <input type="checkbox"/> OSOBOU <input type="checkbox"/> NEKLIDNÝ			
4	DÝCHÁNÍ <input type="checkbox"/> BEZ POTÍŽÍ <input type="checkbox"/> DUŠNOST <input type="checkbox"/> KAŠEL <input type="checkbox"/> KOUŘENÍ <input checked="" type="checkbox"/> NINHALACE <input checked="" type="checkbox"/> KYSLIKOVÁ TERAPIE <input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMICKÁ KANYLA <input type="checkbox"/> ENDOTRACHEÁLNÍ KANYLA <input type="checkbox"/> UMĚLÁ PLIČNÍ VENTILACE			
5	BOLEST Skóre VAS <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO: <i>DRER. PRAHA 70, LK 70, ZADRA 40</i>			
6	KATÉTRY, DŘEVNÝ, SONDY <input type="checkbox"/> PERIFERNÍ ŽILNÍ KATÉTR <input checked="" type="checkbox"/> CENTRÁLNÍ ŽILNÍ KATÉTR <input checked="" type="checkbox"/> PERMANENTNÍ MOČOVÝ KATÉTR <input type="checkbox"/> JINÉ:			
7	VÝŽIVA Skóre NUTRIČNÍ VÝŠKA <i>170</i> VÁHA <i>70</i> BMI <i>24,2</i> změna hmotnosti / 3 měs. o: <i>11</i> kg <i>PDI PŘENETI 819, 824, 828</i>	ZVYKY, OMEZENÍ: Vegetariánská strava	ZPŮSOB PODÁNÍ <input checked="" type="checkbox"/> ENTERÁLNÍ <input type="checkbox"/> PARENTERÁLNÍ <input type="checkbox"/> NIC PER OS	Tekutiny za 24h <input type="checkbox"/> SNÍŽENÝ příjem <input type="checkbox"/> ZVÝŠENÝ příjem <i>3L</i>
8	KŮŽE, SLIZNICE SLUCHA KŮŽE <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO SLUCHÉ SLIZNICE <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO SLUCHÉ RTY <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO	OTOKY <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO: <i>LK - PAVAR 24</i> BĚRCOVÝ VŘED <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO: VÝRAŽKA <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO: VARIXY <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO:	OPERAČNÍ RÁNA <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO: <i>DOUVI STRZOU I</i> SEKRECE <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO: <i>VARNOGOTNILE</i> <i>AKLAVI TRAVKEDVORAVILE</i>	
9	DEKUBITUS Skóre NORTON <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO lokalizace + stupeň: <i>LEVA HODĚLÍ 1. ST.</i>			
10	AKTIVITA, SOBĚSTAČNOST Skóre BARTHEL <i>~ 100</i> <input type="checkbox"/> SOBĚSTAČNÝ <input checked="" type="checkbox"/> NESOBĚSTAČNÝ V: <input type="checkbox"/> KURTY: <i>OPROUTHO NA VIZO</i> <input type="checkbox"/> POMŮCKY JAKÉ: <i>3</i>	RYZIKO PÁDU (Skóre 2 a vyšší) <input checked="" type="checkbox"/> BANDÁŽE DK <input type="checkbox"/> AMPUTACE HK / DK		
11	VYLUČOVÁNÍ / VYMĚŠOVÁNÍ <input checked="" type="checkbox"/> INKONTINENCE MOČI <input checked="" type="checkbox"/> INKONTINENCE STOLICE <input type="checkbox"/> ZÁCPA <input checked="" type="checkbox"/> PRŮJEM			
12	SPÁNEK - ORBITZE <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO: <i>POZEVUJOUKAVI TRPĚL</i>	STRACH, OBAVY <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO: <i>OSADN. SM, JINÉ</i>	ROZADUJE SPIRITUÁLNÍ SLUŽBY <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO:	KONTAKTOVAT SOCIÁLNÍ SLUŽBU <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO:
SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ BYDLÍ <input type="checkbox"/> SAM <input type="checkbox"/> S RODINOU <input type="checkbox"/> LDN <input type="checkbox"/> DOMOV DŮCHODCŮ				

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A PŘEKLADOVÁ ZPRÁVA

FN MOTOL, V ÚVALU 84, PRAHA 5

HODNOTÍCÍ ŠKÁLY	SKÓRE	BLIŽŠÍ PÍSEMNÁ INFORMACE	ZMĚNA
Skóre GCS VĚDOMÍ	15	PLAČE PŘI VĚDOMÝ KOMUNIKACE	
Skóre VAS BOLEST	70/10/40	VIC PŘEDVÍ STPNA	
BMI	24,2 12	24,2 12	
NUTRIČNÍ Skóre VÝŽIVA	10	DEBILIT 2. ST.	
NORTON Skóre RIZIKO DEKUBITU	25 OPREZA	OPREZA	
BARTHEL Skóre SOBĚSTAČNOST	3	POHYB S OBEŠTAČNÝ V POUTANU NA UZDOLU	
Skóre PÁDU RIZIKO PÁDU		PATNICE	
JINÉ:			

LÉKY U SEBE NA TŘI DNY RECEPT NAPOSLEDY PODANÉ V
 INZULÍN:

ATB NAPOSLEDY PODANÉ V

OŠETŘENÍ ČEHO JAK KDY

POSLEDNÍ STRAVA SNÍDANĚ OBĚD VEČERĚ VEČERĚ ČÍSLO DIETY:

EDUKACE VÝŽIVA LÉČBA, LÉKY POHYB. REŽIM RHB RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ JINÉ:

PODÁNY KONTAKTY NA

PROPUŠTĚNÍ / PŘELOŽEN
 DOMŮ LDN JINÉ:

Datum / čas propuštění

VSTUPNÍ ZÁZNAM PROVEDL/A: 

VÝSTUPNÍ ZÁZNAM PROVEDL/A:

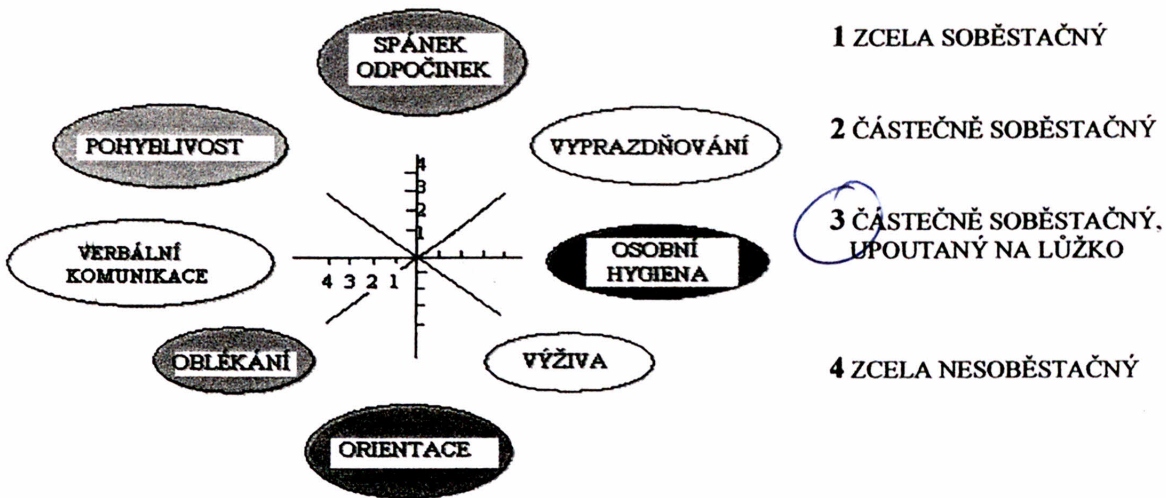
INFORMACE PŘEVZAL/A:

PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

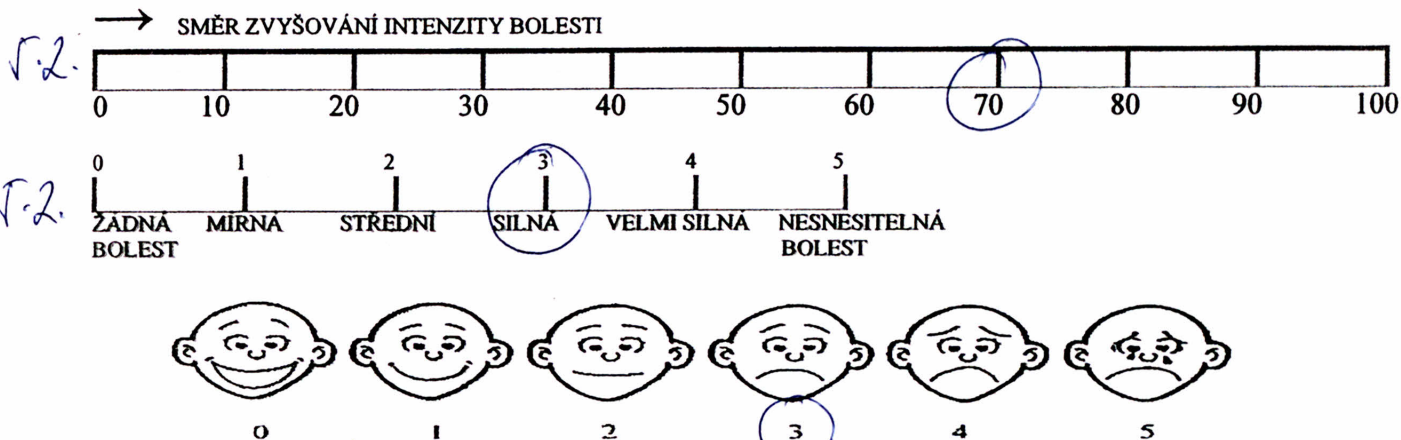
PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

DATUM / ČAS

MODIFIKOVANÝ TEST SOBĚSTAČNOSTI



VAS VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA



QUEST V OPERAČNÍ POKÉ 40, LOK 50, ZADNA 40

TABULKA K HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

POHYB	Neomezený	0	SMYSLOVÉ PORUCHY	Žádné	0
	Používá pomůcky	2		Vizuální, smyslové, Smyslový deficit	1
VYPRAZDŇOVÁNÍ	Potřebuje pomoc k pohybu	1	MENTÁLNÍ STATUS	Orientován	0
	Neschopen přesunu	1		Občasná noční dezorientace	1
	Nevyžaduje pomoc	0		Dřívější dezorientace/demence	1
MEDIKACE	Nykturie / inkontinence	1	VEK	18-75	0
	Vyžaduje pomoc	1		75 a vyšší	1
	Neužívá žádné léky	0	CELKOVÉ SKÓRE:	Skóre 2 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu – zajistěte prevenci podle metodického pokynu „Riziko pádu“ ZVEDNUTE POHRAVICE LPOU PRO PAC. DOTAZOVANÝ OPRAVENÝM.	
	Užívá následující léky:	1			
	Diuretika				
Antiepileptika					
Antipsychotika					
Antihypertenziva					
Psychotropní léky					
Benzodiazepiny					
			3		

NORTON SKÓRE
 ČIM MĚNĚ BODŮ, TÍM VYŠŠÍ RIZIKO VZNIKU DEKUBITU

5.2.

V.B.

Fyzický stav		vědomí		aktivita		pohyblivost		inkontinence	
Dobry	4	Dobry	4	Chodi	4	Úplná	4	Není	4
Zhoršený	3	Apatický	3	S doprovodem	3	Částečně omezená	3	Občas	3
Špatný	2	Zmatený	2	Sedačka	2	Velmi omezená	2	Moč	2
Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Leží	1	Žádná	1	Moč + stolice	1

10 bodů



PLÁN PÉČE O DEKUBITUS

MÉNO PACIENTA: J. B.

J. 2. 06
Datum zavedení dokumentace:

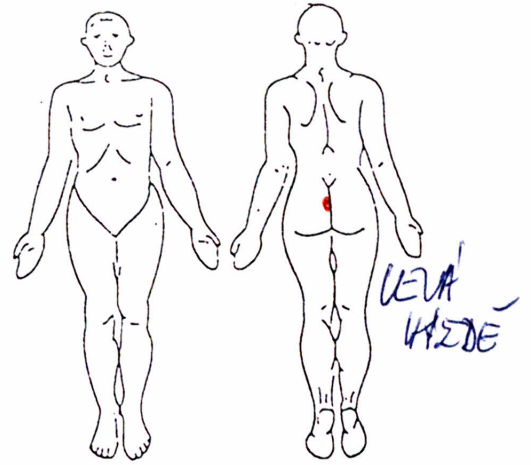
Diagnostika rány:

- zčervenání
- tvorba puchýřů
- poškození kůže
- hluboké poškození rány
- dekubitus na kost – nekróza

Stupeň dekubitu:

(změňte v cm, zakreslete červeně)

1x 1cm



Riziko dle Norton skóre

10

hodnotit do 2.hod po přijetí a vždy při změně riz. fakt.)

	A	B	C	D	E
Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	
dobrý	4	dobrý 4	chodí 4	úplná 4	není 4
zhoršený	3	apatický 3	s doprov. 3	část. omezená 3	občas 3
špatný	2	zmatený 2	sedačka 2	velmi omezená 2	moč 2
velmi špatný	1	bezvědomí 1	leží 1	žádná 1	moč+stolice 1

at.	N. skóre	Plán oš. péče	Polohování	Způsob oš. rány	podpis sestry
10	10	DŮKL. KŮŽ. PÉČE, KŮŽ. PŘEDVĚROBA, KŮŽ. OT. DEKUBITUS, KŮŽ. NOLITANOVÉ POMOCNÉ PŘEKRYVY	hod. poloha V LUKU, SE ŽAKU AKTIVNĚ PŘETÁČÍ	HYGIENA ŽAL. A PO KAŽDÉ STOLU, NA ŽELET PLOZENÍ TĚLE, NOLITAN S OTVĚREM, KŮŽ. MĚTA NA OKU, KŮŽ.	10
10	10	DŮKL. KŮŽ. PÉČE, KŮŽ. PŘEDVĚROBA, KŮŽ. OT. DEKUBITUS, KŮŽ. NOLITANOVÉ POMOCNÉ PŘEKRYVY	hod. poloha — —	HYGIENA ŽAL. A PO KAŽDÉ STOLU, TĚLE NA ŽELETU ŽAL., NOLITAN S OTVĚREM, KŮŽ. MĚTA NA OKU, KŮŽ.	10
10	10	DŮKL. KŮŽ. PÉČE, KŮŽ. PŘEDVĚROBA, KŮŽ. OT. DEKUBITUS, KŮŽ. NOLITANOVÉ POMOCNÉ PŘEKRYVY	hod. poloha — —	HYGIENA ŽAL. A PO KAŽDÉ STOLU, VĚTRÁ TĚLE PŘEDVĚROBA ŽELETU ŽAL. PO ŽAL. MĚTA NA OKU, KŮŽ.	10
10	10	DŮKL. KŮŽ. PÉČE, KŮŽ. PŘEDVĚROBA, KŮŽ. OT. DEKUBITUS, KŮŽ. NOLITANOVÉ POMOCNÉ PŘEKRYVY	hod. poloha — —	HYGIENA ŽAL. A PO KAŽDÉ STOLU, TĚLE NA ŽELETU ŽAL., NOLITAN S OTVĚREM, KŮŽ. MĚTA NA OKU, KŮŽ.	10
10	10	DŮKL. KŮŽ. PÉČE, KŮŽ. PŘEDVĚROBA, KŮŽ. OT. DEKUBITUS, KŮŽ. NOLITANOVÉ POMOCNÉ PŘEKRYVY	hod. poloha — —	HYGIENA ŽAL. A PO KAŽDÉ STOLU, TĚLE NA ŽELETU ŽAL., NOLITAN S OTVĚREM, KŮŽ. MĚTA NA OKU, KŮŽ.	10

dat.	N. skóre	Plán oš. péče	Polohování										Způsob oš. rány	podpis sestry					
10/10	10	DŮLEŽ. UHYG. PÉČE PŘI KAŽDÉ PŘEMĚNĚ MÍST. OŠ. DEZUB. PASTY ROZTAHOVĚ POMÍČKY	hod.															HYGIENA ZEL. A PO ÚSTĚ STUČI, TĚLE, ROZTAHOVĚ ONOLEM, NEJAKÁ PASTA, POMÍČKY	10/10
			hod.																
			poloha																
			hod.																
			poloha																
			hod.																
			poloha																
			hod.																
			poloha																
			hod.																
			poloha																
			hod.																
			poloha																
			hod.																
			poloha																
			hod.																
			poloha																

DOSPĚLÉ NUTRIČNÍ skóre

12

5.2.

0b. věk do 65 let 1b. věk nad 65 let

0b. BMI 20-35 1b. BMI 18-20; nad 35

ztráta hmotnosti za 3 měsíce

1b. 0-3 kg 2b. BMI pod 18

2b. 3-6 kg 3b. nad 6 kg

množství jídla za poslední 3 týdny

0b. beze změny 1b. poloviční porce

projevy nemoci v současné době

0b. žádné 1b. nechutenství, bolesti břicha

stres

0b. žádný 1b. střední chron. nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok

2b. vysoký akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení GIT

2b. nelze změřit a zvážit 3b.

nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny

NUTRIČNÍ RIZIKO / CELKOVÝ POČET BODŮ /

0-3b. NÍZKÉ NENÍ NUTNÁ NUTRIČNÍ INTERVENCE

4-7b. STŘEDNÍ NUTNÉ VYŠETŘENÍ DIETNÍ SESTROU

8-12b. VYSOKÉ NUTNÁ SPECIÁLNÍ NUTRIČNÍ INTERVENCE

stavba do nemocnice (6.1.) 81g, 80u 28

5.2. KONTAKT 70g, 64g, 2

BARTHELŮV TEST ADL

HODNOCENÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI V ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTECH

5.2.

NAJEDENÍ, NAPÍTÍ	SAMOSTATNĚ	10	POUŽITÍ WC	SAMOSTATNĚ	10
	S POMOCÍ	5		S POMOCÍ	5
	NEPROVEDE	0		NEPROVEDE	0
OBLÉKÁNÍ	SAMOSTATNĚ	10	PŘESUN LŮŽKO - ŽIDLE	SAMOSTATNĚ	15
	S POMOCÍ	5		S MALOU POMOCÍ	10
	NEPROVEDE	0		VYDRŽÍ SEDĚT	5
KOUPÁNÍ	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5	CHŮZE PO ROVINĚ	NEPROVEDE	0
	NEPROVEDE	0		SAMOSTATNĚ NAD 50m	15
	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5		S POMOCÍ 50m	10
OSOBNÍ HYGIENA	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5	CHŮZE PO SCHODECH	NA VOZÍKU 50m	5
	NEPROVEDE	0		NEPROVEDE	0
	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5		SAMOSTATNĚ	10
KONTINENCE MOČI	PLNĚ KONTINENTNÍ	10	CELKOVÉ SKÓRE	S POMOCÍ	5
	OBČAS INKONTINENTNÍ	5		NEPROVEDE	0
	TRVALE INKONTINENTNÍ	0		SAMOSTATNĚ	10
KONTINENCE STOLICE	PLNĚ KONTINENTNÍ	10	100	S POMOCÍ	5
	OBČAS INKONTINENTNÍ	5		NEPROVEDE	0
	TRVALE INKONTINENTNÍ	0		0-40	0

PMK

25

NEZÁVISLÝ
LEHKÁ ZÁVISLOST
ZÁVISLOST STŘEDNÍHO STUPNĚ
VYSOCE ZÁVISLÝ

GLASGOW COMA SCALE

5.2.

Otvírání očí		Spontánní	4	Reakce zornic	
		Na slovní výzvu	3	++ = rychle	
		Na bolestivý podnět	2	+ = pomalu	
		Nereaguje	1	- = nereaguje	
Nejlepší motorická odpověď	na slovní výzvu	Adekvátní	6	C = oči zavřeny (otok)	
	na bolestivý podnět	Lokalizuje bolest	5		
		Úhyb	4		
		Flexe na bolest	3		
		Extenze na bolest	2		
		Bez odpovědi	1		
Nejlepší slovní odpověď	Plně orientovaný a konverzuje		5	CELKOVÉ SKÓRE:	
	Dezorientován a konverzuje		4	15 PLNÉ VĚDOMÍ	
	Neadekvátní výrazy a slova		3	3-15 PORUCHA VĚDOMÍ	
				3 HLUBOKÉ BEZVĚDOMÍ	

Plán ošetrovateľskej péče

Ošetrovateľské diagnózy <i>aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</i>	Cíle ošetrovateľské péče <i>časově vymezené a měřitelné cíle</i>	Plánované ošetrovateľské aktivity <i>činnosti sester zajišťující dosažení cílů</i>	Hodnocení poskytnuté péče		
			efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	podpis primární sestry
OBAVY O ZDRAVOTNÍ STAV (OKLADOB. OKEM. STOMIE, POKRYTÍ VYKAZUJÍCÍ STOMIE, ČIHOV. SEPT. STAV)	ZMÍŘENÍ OBAV DO 2 DŮB	UVOZNOIT DO KESU'VE HODOTIT OPOUZECH A ODBA'U, POKRYTOIT INFORMACE TLAKU' SE PE'CE I TERAPIE, UVOZNOIT OPAKOVANÉ KONZULTAČNÍ S UČELNEM, POUZOUZOUAT PAC., VYH'ANIT HO Z JEDN. PEDIKATUKE'HO UČENÍ	PACIENT NENĚ UBAVAT, UČENY, ME OBAVY SANDREME Z CELA KESU- ZEDY. JE POTREBA TO MIT STAVĚ NA ZDETEL.	7.2.	15
ZMĚNĚNĚ UNĚMÁNÍ UASTNĚHO TEVA V ZŮVĚDŤU ZAVOZEŤI STOMIE	DOIT STAVU, UY PAC. STOMIE AKCEPTUJE JAKO NUTNĚ ŘEŠENÍ A PŘIJMĚ ADEKVATNÍ POMŮCKY DO 2 DŮB.	UYSVĚTIT NUTNOST ZAVOZEŤI STOMIE, POUČOVAT S OPERATE'EM.	PAC. SE SE STOMIE OBYČNĚ POUČUJE ŠIKUJE	6.2.	15
BOLEST V OPERAČNÍ RÁNE' PŮVEVNÍ SE OMEZENÝM POKRYTÍM NA UČEN (STUPEN' 70)	PAC. UČA'VA' UYUZEŤ ZMÍŘENÍ BOLESTI BĚHEM NÁPL. DŮE (HODNAT MAX. SŮPNEM 40)	KALAZAT KVALITNÍ VĚTĚ S PACIENTEM, APLIKACE ANALGETIK, KALAZIT POKOAT RÁNU PŮ PŮPŮV KŮVU, NĚT UČELOVOU POUČOU, UYSVĚTIT JIHOU KŮVU BOLESTI V SOUČASTI S OPER. ÚČKEM.	6.2. NĚ' KŮD HODNAT BOLEST ST. 40, UČELOA' PŮČUVA NA PŮTEM BOLE.	6.2.	15
NEOBTATEČNĚ ODCATLAVÁNÍ PŮVEVNÍU' SE ZAMĚŘENÍM.	UMI' SPRÁVNE ODCATLAVAT DO NÁPL. DŮE	OČETOVAT NĚ'KĚ SPRÁVNEHO DŮCHÁNÍ, JEDN. UČB, MĚROKĚ BŮKŮKĚ, ZAMĚŘENÍ VĚROKĚ PŮČUVA PŮ SPRÁVNE DŮCHÁNÍ.	PO MĚROKĚ BŮKŮKĚ MĚROKĚ ODCATLAVÁ, PŮČUVA. KŮ'LEU ZŮČEŤE	6.2.	15
ZMĚNA VE VYKAZUJÍCÍM STREVA V DŮBL. STOMIE	ODČKŮD STOMIE POUZE STOMIE'	UYSVĚZENÍ VEČKĚ, PŮPŮČUVA REKTA BĚTŮKĚM, KŮ'LEU STOMIE FO	PŮČUVAČNĚ OČETOVAT BĚ' UČEČU.	10.2.	15
INOBŮZACNÍ SYNDROM Z JŮVŮVU ZŮVĚDŤUJÍCÍHO OPUČTÁNÍ NA UČEN	OMEZIT NĚ'KĚKŮ DŮVĚDŤUJÍCÍHO ČEČENÍ.	SŮVĚTŮVA NĚ'Z ZAMĚŘENÁ NA JEDN. DŮB, ČUČENÍ JĚ ZŮ. SPRÁVŮVA, UČEČENÍ NĚ'KĚKŮ PŮČUVAČNĚ KŮVU, PŮČEČENĚ DEČUČITŮ, KŮ'LEU BOLESTI, SEČOČUAT PAC. UČEČU A PŮČUVAČNĚ, AČTŮKŮKĚ PAC. UČEČENÍ PŮČKA SPŮČENÁ SE UČEČEM (KŮ'LEU SYNDROMU).	UČEČENÍ SPRÁVŮVA UČEČENĚ (PŮČUVAČNĚ ZŮČEČENÍ, DEČUČITŮ II. ST.) KŮ'LEU KŮ'LEU ČEČEČENĚ. STŮVĚČENÍ SE ČEČEČENÍ	10.2.	15
PŮČUVA INTEGŮTY KŮE V DŮBL. OČE. RÁNY STOMIE, PŮČEČU KŮ'LEUČŮVA A PŮČUVA DEČUČITŮ	ZŮČEČENÍ ČEČEČENĚ PŮČUVAČNĚ KŮ'LEUČŮVĚ, STOMIE, ČEČEČENÍ KŮ'LEUČŮVĚ ZŮČEČENÍ JĚ'KĚ KŮ'LEU ČEČEČENÍ - DO 1. DŮB.	PŮČUVAČNĚ ČEČEČENĚ ZA AČEČ. PŮČU. SEČOČUVAČNĚ STAVU ČEČEČENĚ, AČEČEČENĚ PŮČUVAČNĚ STOMIE; OČUČ KŮ'LEUČŮVĚ A ČEČEČEČENĚ PŮČUVAČNĚ PŮČUVAČNĚ PŮČUVAČNĚ PŮČUVAČNĚ, ČEČEČENĚ ČEČEČENĚ	10.2. ČEČEČENĚ KŮ'LEUČŮVĚ OČUČ STOMIE STŮVĚČENĚ, ČEČEČENĚ AČEČEČENĚ V OČUČ KŮ'LEUČŮVĚ, ČEČEČENĚ ČEČEČENĚ ČEČEČENĚ	10.2.	15
BOLEST V LČK V DŮBL. ČEČEČENĚ AČEČENÍ UČEČEČENĚ PŮČUVAČNĚ (STUPEN' 50)	ZŮČEČENÍ BOLESTI V KŮ'LEUČŮVĚ NA STUPEN' 30 DO NÁPL. DŮE	UČEČENĚ ČEČEČENĚ SANDREME, PŮČUVAČNĚ KŮ'LEUČŮVĚ PŮČUVAČNĚ, ANALGETŮVĚ SEČOČUVAČNĚ OČUČ.	6.2. PAC. ČEČEČENĚ BOLEST SŮPNEM 10	6.2.	15

5.2.	UVEDENÍ - POKRYTÍ SE SVIŽENÍM DO PEKLU POTRHY V JINÝCH KONTAKTÍCH	Z UŽITÍ PEKLU POTRHY P. C.	UVEDĚNÍ KONTAKT UVEDENÍ POTRHY POTRHY, ZAKRITÍ PEKLU POTRHY, SVIŽENÍ PEKLU POTRHY, Z UVEDĚNÍ UVEDĚNÍ PEKLU POTRHY P. C.	SKRÝT SE SVIŽENÍM DO PEKLU, JAKO ŽOPKEM PEKLU KONTAKT. ČIPE PEKLU UVEDĚNÍ PRO SVIŽENÍ PEKLU.	10.2.
5.2.	ZPEKLU VE VYPRACOVÁNÍ KONTAKT PEKLU V JINÝCH ZAVEDENÍ PEKLU. PEKLU KONTAKT	C. UVEDĚNÍ - PEKLU KONTAKT PEKLU PEKLU K. PEKLU PEKLU C. UVEDĚNÍ - PEKLU PEKLU KONT. UVEDĚNÍ PEKLU	ZAKRITÍ PEKLU. PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU, ZAKRITÍ PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU, PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU.	UVEDĚNÍ PEKLU PEKLU PEKLU, UVEDĚNÍ PEKLU PEKLU PEKLU, UVEDĚNÍ PEKLU PEKLU PEKLU.	10.2.
5.2.	RIZIKO VANKU INF. COMPL. V V. SOUVISL. S. KONT. V. PEKLU (CZK)	ZABYVAT PEKLU INF. COMPL. PEKLU PEKLU Z. KONT. PEKLU UVEDĚNÍ.	PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU, PEKLU PEKLU, PEKLU	NA PEKLU UVEDĚNÍ, PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU.	10.2.
5.2.	RIZIKO VANKU ALERGIE NA PEKLU UVEDĚNÍ K. PEKLU	ZABYVAT PEKLU ALERGIE	ZAKRITÍ, ZAKRITÍ PEKLU ALERGIE NA PEKLU K. PEKLU PEKLU PEKLU, PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU.	PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU ALERGIE, PEKLU ALERGIE PEKLU PEKLU PEKLU.	10.2.
5.2.	RIZIKO PEKLU UVEDĚNÍ. PEKLU- PEKLU. PEKLU	INFORMOVAT PEKLU O PEKLU A PEKLU. PEKLU	PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU, PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU, PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU.	PEKLU PEKLU. PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU.	10.2.
6.2.	BOLESTI ZAD V SOUVISL. S PEKLU UVEDĚNÍ NA PEKLU (STUPEŇ 40)	PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU (6.2.)	↑ FYZIKAL. PEKLU UVEDĚNÍ, PEKLU PEKLU, PEKLU PEKLU	6.2. PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU	6.2.
7.2.	PEKLU PEKLU V SOUVISL. S PEKLU PEKLU, PEKLU, ↑ PEKLU	PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU, PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU.	PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU, PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU, PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU, PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU.	PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU. PEKLU PEKLU PEKLU PEKLU.	9.2.