

**STRUTTURA INTERAZIENDALE
SERVIZIO DELL'ASSISTENZA**

Area Programmazione - Sviluppo Professionale - Organizzativo

E-mail: sr.infermieristico@sanita.padova.it

Tel. 049/8214047-4102-4191 Fax 8214133

APRILE 2005

PROCEDURE ASSISTENZIALI PER L'OPERATORE SOCIO-SANITARIO IN AREA MEDICA AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA

Sintesi dei lavori di gruppo Area medica

Clinica Medica 1	(coordinatore Barbato A.)
Clinica Medica 2	(coordinatore Picello L.)
Clinica Medica 3	(coordinatore La Serra L.)
Clinica Medica 4	(coordinatore Sabbion C.)
Clinica Medica 5	(coordinatore Rampado D.)
Medicina Generale	(coordinatore Degli Agostini A.)
Servizio Assistenza	(Stivanello L. / Frison T.)

Indice

PROCEDURE TECNICHE PER L'OPERATORE SOCIO SANITARIO in Area Medica

1. Collaborazione all'accoglimento della persona in unità operativa
2. Rilevazione della temperatura corporea
3. Rilevazione del peso
4. Annotazione dei parametri sulla grafica
5. Applicazione della borsa di ghiaccio
6. Applicazione dell'impacco caldo umido
7. Pulizia del cavo orale
8. Assistenza alla persona che vomita
9. Fissaggio del punto di inserimento del sondino nasogastrico
10. Ossigenoterapia: preparazione del materiale ed eventuale erogazione
11. Aerosolterapia: preparazione ed eventuale erogazione
12. Preparazione del materiale per aspirare e supporto all'infermiere durante la manovra
13. Collaborazione nelle medicazioni
14. Esecuzione di medicazioni semplici
15. Esecuzione della tricotomia
16. Esecuzione dello stick glicemico
17. Posizionamento della persona allettata e/o parzialmente autosufficiente
18. Composizione della salma
19. Collaborazione con l'infermiere nell'esecuzione della paracentesi
20. Collaborazione con l'infermiere in caso di urgenza-emergenza
21. Collaborazione con l'infermiere nell'isolamento del paziente
22. Invio del materiale alla centrale di sterilizzazione
23. Collaborazione nella cateterizzazione vescicale nell'uomo e nella donna
24. Raccolta urine delle 24 ore
25. Svuotamento della sacca per la raccolta urine e campioni di raccolta (esame urine, urinocoltura)
26. Preparazione nell'esecuzione del clistere di pulizia
27. Prelevamento del materiale fecale e campioni di raccolta (sangue occulto)

Scheda 1

COLLABORAZIONE ALL'ACCOGLIMENTO DELLA PERSONA IN UNITA' OPERATIVA

OBIETTIVI:

- Rendere meno traumatico e più agevole il momento dell'ingresso nell'U.O.
- Garantire un'adeguata sistemazione ed informazione alla persona

INDICAZIONE:

Su diretta indicazione dell'infermiere e del coordinatore

MATERIALE:

- Biancheria per preparazione e/o rifacimento letto
- Grafica
- Schede infermieristiche
- Acqua, bicchieri
- Vaso per eventuale raccolta diuresi
- Eventuale pappagallo per uomo

TECNICA:

- Accogliere e accompagnare la persona nella stanza e posto letto assegnati
- Il letto di degenza deve essere completo di biancheria, telino cerato e cuscino (eventuale coperta nell'armadio). La parete attrezzata deve possedere un flussometro ad ossigeno correttamente montato, gancio per fleboclisi con camicia (o palo portaflebo)
- Illustrargli la propria unità e l'ubicazione del bagno (funzionamento del campanello di chiamata e luce notturna, collocazione dell'armadietto)
- Informare dell'orario di visita e di colloquio con il medico, orari dei pasti e di visita dei familiari)
- Fornire un bicchiere e l'acqua
- Eventuale consegna della Carta di Accoglienza dell'u.o. (se in uso)
- Su indicazione del medico e/o infermiere l'OSS compila la scheda per la dieta, e rileva eventuale peso e temperatura corporea
- Fornisce eventualmente il vaso per monitorare diuresi spiegando come raccoglierle
- Su indicazione dell'infermiere predisporre l'unità letto con gli ausili terapeutici necessari (es. archetto solleva paziente, trapezio, cinghia, eventuale aspiratore etc.)

Scheda 2

RILEVAZIONE DELLA TEMPERATURA CORPOREA

OBIETTIVI:

- Monitorare la temperatura corporea del paziente

INDICAZIONE:

- Ricercare segni di alterazione della temperatura secondo i piani di lavoro stabiliti dall'UO e le specifiche indicazioni infermieristiche in base alle condizioni del paziente.

MATERIALE:

- Termometro digitale
- Termometro a mercurio
- Contenitore (reniforme o barattolo)
- Alcool denaturato

TECNICA:

- Lavarsi le mani (eventualmente indossare guanti monouso in polietilene)
- Asciugare il termometro se immerso nella soluzione disinfettante
- Contare i termometri a disposizione e controllare che la temperatura di partenza corrisponda a 35°C
- Controllare che il mercurio si trovi dentro al bulbo
- Controllare che nella sede di rilevazione (ascelle o inguine) non vi siano alterazioni e la cute sia asciutta
- Aiutare il paziente ad assumere una posizione confortevole e posizionare il termometro adeguatamente per una corretta rilevazione (con particolare attenzione ai pazienti non autosufficienti)
- Se la rilevazione è ascellare porre il termometro sotto l'ascella e far piegare il braccio sul torace, in modo che il bulbo sia a contatto con la cute
- Tener il termometro a mercurio in sede per 5-10 minuti, se il termometro è digitale fino al segnale acustico
- Togliere il termometro, leggere la temperatura e asciugarlo
- Registrare la TC in grafica (vedi scheda specifica)
- Pulire, disinfettare i termometri (detergerli e didinfettarli con clorossidante elettrolitico al 2% (antisapril) per 15 minuti)
- Contare il numero dei termometri in modo che sia identico a quello precedentemente conteggiato all'inizio della procedura
- Lavarsi le mani

TRASMISSIONI:

- All'infermiere: temperature superiori e inferiori a quelle di normalità (36-37 °C)
- In caso di ipertermia precisare i sintomi del paziente (dolore, brivido, iperidrosi)
- Se la TC è superiore ai 38 gradi l'informazione all'infermiere deve essere tempestiva

IMPORTANTE:

- Non dimenticare il termometro a mercurio nel letto del paziente

- In caso di grave ipertermia (legata anche ad altri sintomi, per esempio a brivido) avvisare direttamente e tempestivamente l’infermiere

Scheda 3

RILEVAZIONE DEL PESO

OBIETTIVI:

- Conoscere il peso di un paziente
- Monitorare dimagrimento o l’aumento di peso per motivi clinici

MATERIALE:

- Bilancia

TECNICA:

- Pesare il paziente il mattino a digiuno, e comunque sempre alla stessa ora e nelle stesse condizioni (se richiesto rilevazione del peso quotidiana)
- Informare il paziente
- Aiutare il paziente a svestirsi
- Mettere la bilancia a bordo del letto
- Posizionare la lancetta sullo zero
- Aiutare il paziente a salire sulla bilancia
- Verificare che il paziente non appoggi sul bordo del letto o su altre superfici
- Leggere il peso e annotarlo sulla grafica

TRASMISSIONI ALL’INFERMIERE:

- Il valore del peso rilevato
- Segnalare se è avvenuto un dimagrimento o un aumento di peso

IMPORTANTE

- Pesare il paziente con la stessa bilancia e con lo stesso tipo di abiti

Scheda 4

ANNOTAZIONE DEI PARAMETRI SULLA GRAFICA

La grafica è un documento medico legale di fondamentale importanza nell'ambito della documentazione clinica del paziente.

ATTENZIONI:

- Scrivere in modo chiaro e leggibile

DATI DA ANNOTARE:

- Dati anagrafici all'ingresso del paziente (nome, cognome, data di nascita, data di ingresso)
- Peso all'ingresso espresso in Kg e secondo indicazioni mediche e/o infermieristiche
- Temperatura corporea in gradi centigradi
- Scariche: far visionare all'infermiere eventuali caratteristiche alterate delle feci

IMPORTANTE: ogni volta che viene riportato un parametro in grafica, riferire il dato anche all'infermiere

Scheda 5

APPLICAZIONE BORSA DI GHIACCIO

OBIETTIVI:

- Dare sollievo ai pazienti con ipertermia e con ematomi (per esempio da traumatismo moderato)

INDICAZIONI:

- Su indicazione dell'infermiere
- Traumatismi senza ferite
- Ipertermia

MATERIALE:

- Borsa di ghiaccio
- Ghiaccio
- Biancheria (telini e federe)

TECNICA:

- Lavarsi le mani
- Preparare la boule di ghiaccio e avvolgerla nella biancheria
- Informare il paziente
- Posizionare comodamente il paziente scoprendo la parte del corpo interessata
- Posizionare la boule di ghiaccio avvolta nella biancheria (per evitare ustioni da freddo)
- Informare il paziente di mantenere la boule nella corretta posizione e di avvisare quando il ghiaccio è sciolto
- Riposizionare il paziente e avvicinare il sistema di chiamata
- Controllare frequentemente la sede di posizionamento per monitorare segni di ustione da freddo

ATTENZIONI:

- Svuotare la borsa di ghiaccio
- Sciacquarla ed eventualmente disinfettarla
- Lasciarla asciugare bene
- Riporla in un ambiente pulito (in modo che sia sempre lo stesso)

Scheda 6

APPLICAZIONE IMPACCO CALDO UMIDO

OBIETTIVI:

- Favorire la vasodilatazione e la circolazione periferica

INDICAZIONI:

Su indicazione dell'infermiere:

- Processi tromboflebitici agli arti
- Favorire il riassorbimento di ematomi o stravasato di farmaci irritanti (flebite chimica)

MATERIALE:

- Teli di varie misure o cotone
- Materiale impermeabile per isolare l'impacco (tela cerata, plastica...)
- Bende per fissare l'impacco se occorre
- Contenitore con acqua alla temperatura di 43-46°C, o secondo prescrizione
- Termometro da bagno
- Catino
- Asciugamano da bagno
- Borsa di acqua calda

TECNICA:

- Lavarsi le mani
- Informare il paziente e spiegargli il procedimento
- Versare l'acqua nel catino
- Controllare la temperatura
- Immergere un telo o il cotone finché sia completamente intriso d'acqua
- Strizzarlo in modo da eliminare l'eccesso d'acqua
- Applicare una piccola parte del telo sulla zona per valutare la sensibilità del soggetto
- Continuare a stendere il telo o il cotone su tutta la zona se il calore è ben tollerato
- Coprire l'impacco umido con un telo asciutto
- Ricoprire il tutto con il materiale impermeabile
- Fissare l'impacco con un giro di benda o cerotto e posizionare una borsa di acqua calda
- Annotare l'orario
- Cambiare l'impacco caldo-umido ogni 2 ore rinnovando la borsa di acqua calda
- Mantenere la zona interessata al trattamento in posizione corretta per tutta la durata della cura (solitamente in scarico)
- Asciugare delicatamente al termine, tamponando la zona
- Riordinare il materiale usato
- Lavarsi le mani
- Annotare la durata del trattamento.

IMPORTANTE:

- Fare attenzione al pericolo di ustioni (i pazienti non coscienti o con patologie vascolari riducono la sensibilità cutanea e non avvertono la sensazione dolor dovuta al calore eccessivo)

- Controllare frequentemente il paziente.
- Non lasciare in sito un impacco raffreddato

Scheda 7

PULIZIA DEL CAVO ORALE

OBIETTIVI:

- Assicurare l'igiene del cavo orale
- Favorire il comfort del paziente

INDICAZIONI:

Su diretta indicazione dell'infermiere:

- pazienti a rischio di infezioni (in stato di incoscienza, persone anziane, persone defedate, portatori di SNG)
- in caso di digiuno prolungato (per esempio pazienti con nutrizione parenterale o enterale in atto)
- nel post-operatorio

MATERIALE:

- Vassoio pulito per portare il materiale
- Guanti monouso
- Garze
- Abbassalingua o bastoncini monouso già preparati
- Soluzione antisettica, colluttori
- 1 bicchiere
- 1 reniforme
- Miele rosato o altro prodotto per labbra
- Pila
- Telino di protezione
- Contenitore per riporre la protesi dentaria
- Spazzolino monouso (eventualmente richiedere quello del paziente)

TECNICA PER IL PAZIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

- L'IGIENE DEL CAVO ORALE VA ESEGUITA LONTANO DAI PASTI
- Posizionare il paziente semiseduto, seduto o in decubito laterale
- Se il paziente ha una protesi dentaria toglierla prima dell'igiene pulirla sotto acqua corrente tiepida, usando eventualmente uno spazzolino e facendo attenzione perché è un oggetto costoso che deve essere manipolato con estrema cura
- Mettere il telino di protezione davanti al paziente
- Mettere i guanti
- Arrotolare la garza nell'abbassalingua (NON UTILIZZARE MAI LE DITA PER EFFETTUARE L'IGIENE)

Procedere nel modo seguente:

- Spostare la guancia con un abbassalingua senza garza
- Cominciare sempre dal fondo della bocca in avanti, pulendo le varie parti della bocca : parte esterna delle gengive, parte interna delle guance, palato, parte interna delle gengive, lingua, sotto la lingua
- Cambiare l'abbassalingua e le garze ogni volta che è necessario
- Far risciacquare la bocca al paziente (SOLO SE E' COSCIENTE e COLLABORANTE) e mettere un catino sotto la bocca per permettergli di sputare o

- Risciacquare con garza bagnata se il paziente non è cosciente
- Pulire le labbra con una garza impregnata di collutorio

- Ammorbidire le labbra con il prodotto in uso (burrocacao o miele rosato)
- Al termine dell'igiene riposizionare il paziente
- Disinfettare e riordinare tutto il materiale
- Togliere i guanti e lavarsi le mani

TECNICA PER IL PAZIENTE AUTOSUFFICIENTE

- Procurare tutto il materiale necessario
- Spiegare al paziente di eseguire la pulizia del cavo orale almeno 2 volte al giorno lontano dai pasti
- Se portatore di protesi dentaria dare indicazioni per una corretta conservazione della stessa consigliandogli di conservarla durante la notte in una soluzione antisettica in un contenitore preferibilmente chiuso

COMUNICAZIONI CHE L'OSS DEVE DARE ALL'INFERMIERE:

- Effettuazione della prestazione
- Atteggiamenti del paziente
- Stato della bocca (lingua "carta vetrata", stato dei denti, delle gengive e delle labbra)
- Presenza di emorragie
- Presenza di dolore
- Presenza di arrossamenti o infiammazioni

IMPORTANTE:

- Eseguire la manovra dolcemente per non provocare sanguinamenti
- Non introdurre gli abbassalingua profondamente per non provocare nausea
- Non ripassare una garza sporca nella stessa sede
- Eseguire la pulizia del cavo orale 2 volte al giorno

Scheda 8

ASSISTENZA ALLA PERSONA CHE VOMITA

OBIETTIVI:

- Assicurare l'igiene e d il comfort del paziente
- Evitare l'inalazione del vomito
- Individuare e/o sorvegliare le condizioni cliniche del paziente

INDICAZIONI:

- Assistenza ai pazienti non autosufficienti, in particolare in stato di incoscienza
- Collaborare con l'infermiere durante l'assistenza e la rilevazione delle caratteristiche del vomito

MATERIALE:

- Guanti monouso
- Teli e cambio biancheria
- Bacinella
- Cambio vestiario del paziente
- Materiale per l'igiene del cavo orale (vedi scheda)

TECNICA PER IL PAZIENTE VIGILE

- Provvedere immediatamente a procurare teli o bacinella per proteggere la persona ed il letto
- Indossare guanti
- Posizionare il paziente seduto, se non è possibile su un fianco
- Invitare il paziente a stare tranquillo e a fare respiri profondi
- Aiutare il paziente nell'igiene personale e al cambio biancheria se necessario
- Cambiare biancheria del letto se sporca
- Controllare quantità e aspetto del vomito
- Lavarsi le mani e riordinare l'unità del paziente
- Arieggiare la stanza

TECNICA PER IL PAZIENTE NON COSCIENTE

- Indossare guanti
- Sollevare al testa del paziente e girarla di lato per evitare che il vomito occluda le vie respiratorie
- Porre un telo per proteggere la persona e il letto
- Predisporre il materiale per eventuale aspirazione del liquido dalla bocca
- Provvedere al cambio biancheria e all'igiene della persona
- Riposizionare il paziente in decubito laterale salvo controindicazioni e mettere un telo di protezione sotto il viso, nel caso so pensi che l'episodio possa riverificarsi
- Controllare quantità e aspetto del vomito

INFORMAZIONI DA TRASMETTERE ALL'INFERMIERE:

- Quantità e aspetto del vomito (*fondi di caffè, vomito nero, vomito costituito da*

sangue digerito, vomito rosso vivo, vomito giallastro o verdastro, cibo non digerito privo di odore, odore aspro, liquido contenente muco o pus)

- Comunicare all'infermiere come avviene l'espulsione del vomito se preceduto da nausea, a getto, conati di vomito con solo emissione di gas, vomito gravidico che insorge specialmente nella prime ore del mattino

IMPORTANTE

- Riferire sempre le caratteristiche del vomito e le condizioni del paziente subito dopo l'evento
- Provvedere allo smaltimento del materiale emesso nei rifiuti speciali

Scheda 9

FISSAGGIO DEL PUNTO DI INSERIMENTO DEL SONDINO NASO GASTRICO

OBIETTIVI:

- Evitare l'insorgenza di lesioni da decubito
- Evitare la dislocazione del SNG

INDICAZIONI:

- La medicazione va rinnovata ogni qualvolta si presenti bagnata, umida, o parzialmente staccata, in qualsiasi caso va cambiata ogni 2 giorni

MATERIALE:

- Guanti
- Cerotti ipoallergenici
- Garze sterili
- Etere
- Soluzione fisiologica

TECNICA:

- Spiegare la procedura al paziente
- Lavarsi le mani
- Indossare i guanti e rimuovere il cerotto di fissaggio
- Sgrassare se necessario con garze leggermente imbevute di etere la superficie cutanea interessata
- Pulire le narici con garze imbevute di soluzione fisiologica
- Ispezionare le narici
- Fissare la sonda con cerotto ipoallergenico
- Controllare giornalmente il fissaggio e sostituirlo secondo necessità
- Smaltire e riordinare il materiale utilizzato

IMPORTANTE:

- Mantenere un'adeguata igiene del cavo orale

Scheda 10

OSSIGENO TERAPIA : **PREPARAZIONE DEL MATERIALE** **ED EVENTUALE EROGAZIONE**

OBIETTIVI:

- Garantire che tutto il materiale necessario alla somministrazione dell'ossigeno terapia sia completo e funzionante

L'OSS assicura solo la predisposizione del materiale. Il resto della prestazione è di responsabilità infermieristica. Si ricorda che l'Ossigeno è un farmaco per via inalatoria.

MATERIALE:

- Verificare che in ogni camera ci sia una presa per l'ossigeno
- Un flussometro
- Acqua bidistillata
- Tubo di raccordo tra il flussometro e la sonda nasale, maschera od occhialini

TECNICA:

- Informare il paziente
- Lavarsi le mani
- Riempire il flussometro fino al segno max con acqua bidistillata (l'acqua di rubinetto rovina l'attrezzatura)
- Inserire il tubo di collegamento
- Applicare la mascherina o gli occhialini al paziente
- Aprire la valvola dell'erogatore solo su specifica indicazione infermieristica e seguendo le indicazioni tassative sulla quantità da erogare (l/min O₂)

IMPORTANTE

- Non erogare ossigeno senza precise indicazioni infermieristiche
- Riferire eventuali segni o sintomi di beneficio per il paziente (scomparsa dell'angoscia, viso colorato, ritmo respiratorio normale...)
- Avvisare l'infermiere in caso di malfunzionamento del flussometro e/o eventualmente sostituirlo

Scheda 11

AREOSOLTERAPIA: PREPARAZIONE **ED EVENTUALE EROGAZIONE**

L'UTILIZZO DELL'AREOSOL MEDICAMENTOSO E' DA EFFETTUARE SU STRETTA INDICAZIONE INFERMIERISTICA, PREVIA PRESCRIZIONE MEDICA

OBIETTIVI:

- Somministrazione dei farmaci per via respiratoria
- Umidificare le vie respiratorie

INDICAZIONI:

- Su stretta indicazione infermieristica
- Fluidificare le secrezioni polmonari
- Umidificare le alte vie respiratorie

MATERIALE:

- Manometro ad aria a seconda del tipo murale di presa della camera
- Nebulizzatore
- Boccaglio o mascherina naso bocca
- Acqua sterile o farmaci, su indicazione infermieristica, i farmaci devono essere stati preparati dall'infermiere all'interno del nebulizzatore
- Reniforme

TECNICA:

- Informare il paziente
- Lavarsi le mani
- Montare il nebulizzatore o il manometro ad aria
- Mettere il paziente in posizione semiseduta
- Far soffiare il naso al paziente
- Mettere la maschera inspirare dal naso e d espirare dalla bocca
- Spiegare la manovra al paziente, dirgli di respirare normalmente:
 - con la maschera, inspirare dal naso ed espirare dalla bocca
 - con il boccaglio inspirare dalla bocca ed espirare dal naso
 - far fare al paziente una inspirazione forzata ogni 20 inspirazioni
- Aprire l'aria fino a trasformare il liquido in un film nebulizzato
- In caso di tracheotomia dirigere l'imbocco verso la canula
- Aiutare il paziente a tenere l'attrezzatura se è troppo affaticato o impossibilitato
- Alla fine della cura riordinare il materiale
- Riposizionare il paziente
- Lavarsi le mani

TRASMISSIONI ALL'INFERMIERE:

- Comportamento ed atteggiamento del paziente
- Segni di alterazione respiratoria
- Malfunzionamento dell'apparecchiatura o del materiale

IMPORTANTE

- Prevedere questa prestazione lontano dai pasti

Scheda 12

PREPARAZIONE DEL MATERIALE PER ASPIRAZIONE **E SUPPORTO ALL'INFERMIERE** **DURANTE LA MANOVRA**

OBIETTIVI:

- L'OSS prepara il materiale e coadiuva l'infermiere
 - Garantire che tutto il materiale necessario sia completo e funzionante
- La prestazione di aspirazione è di competenza infermieristica

MATERIALE:

- Guanti sterili monouso
- Cateteri monouso in silicone n.14/16 o su indicazione dell'infermiere
- Apparecchio elettrico per aspirazione o set per aspirazione a muro da collegare all'unità del paziente
- Tubi di connessione, raccordi a T
- Garze
- Spray o crema lubrificante
- Abbassalingua
- Soluzione sterile per pulizia

TECNICA:

- Lavarsi le mani
- Informare il paziente
- Aiutare l'infermiere a posizionare il paziente prima della manovra
- Collaborare con l'infermiere seguendo le sue indicazioni
- Al termine della manovra provvedere all'igiene del paziente se necessario
- Controllare la quantità e l'aspetto del materiale aspirato
- Provvedere al riordino e al ripristino del materiale usato
- Provvedere allo smaltimento del materiale aspirato nei rifiuti patologici
- Riordinare la stanza e posizionare il paziente
- Lavarsi le mani

TRASMISSIONI ALL'INFERMIERE:

- Mancanza del materiale per l'aspirazione
- Cattivo funzionamento dell'impianto

IMPORTANTE

- Controllare sempre la funzionalità del sistema di aspirazione

Scheda 13

COLLABORAZIONE NELLE MEDICAZIONI

OBIETTIVI:

- Aiutare l'infermiere nella preparazione del carrello, nel porgere il materiale, nel sorreggere il paziente

INDICAZIONI:

- Medicazioni che necessitano della presenza di due operatori
- Pazienti troppo affaticati per mantenere la posizione adatta durante la medicazione

MATERIALE:

- L'OSS prepara il carrello con il materiale necessario per la medicazione, seguendo le indicazioni infermieristiche
- Guanti monouso

TECNICA:

- Informare la persona
- Predisporre l'ambiente
- Lavarsi le mani
- A seconda della posizione della medicazione eseguire le cure igieniche necessarie
- Posizionare confortevolmente la persona nel letto. Mettere una spondina o una protezione se necessaria
- Togliere i vestiti che intralciano la medicazione
- Rassicurare la persona
- Dopo l'esecuzione della medicazione, riordinare l'unità ed avvicinare il sistema di chiamata
- Lavarsi le mani
- Aiutare l'infermiere a riordinare e disinfettare il materiale utilizzato

IMPORTANTE:

- Mantenere l'asepsi, non toccando il materiale sterile con le mani, non passare con il braccio sopra il materiale sterile aperto

Scheda 14

ESECUZIONE DI MEDICAZIONI SEMPLICI

Esempi: medicazioni a piatto, lesioni da pressione di primo e secondo grado, lesioni cutanee superficiali (escoriazioni, abrasioni), flebiti venose post iniezioni endovenose, alterazioni cutanee su cute integra (micosi, eritemi)

OBIETTIVI:

- Favorire il processo di guarigione di lesioni cutanee.

INDICAZIONI:

- La medicazione di lesioni cutanee da parte dell'OSS e' su stretta indicazione infermieristica, che indicherà i presidi da usare
- Presenza di lesioni cutanee superficiali
- La medicazione va rinnovata ogni qualvolta si presenti bagnata o umida, perché in tali condizioni non è più barriera contro i microrganismi.

MATERIALE:

- Prima di procedere all'esecuzione della medicazione, verificare che sul carrello sia presente tutto il materiale necessario:
- Guanti
- Reniforme
- Garze e batuffoli di cotone sterili, bende, garze non sterili
- Disinfettante (la scelta del disinfettante da usare è fatta dall'infermiere; alcuni pazienti possono essere allergici allo iodio)
- Materiale per lesioni da pressione secondo indicazioni delle Linee Guida aziendali
- Prodotto topico prescritto (es. pomata di eparinoide)

TECNICA:

- Informare il paziente
- Effettuare il lavaggio antisettico delle mani ed indossare i guanti monouso
- Rimuovere cerotti e garze in modo non traumatico (bagnando la parte adesiva della medicazione con soluzione fisiologica, staccare il cerotto dalla cute accompagnando il distacco della medicazione dalla cute e non strappare mai il cerotto onde evitare ulteriori lesioni cutanee)
- Sostituire i guanti, indossare i guanti sterili
- Osservare la ferita e la cute circostante chiedendo eventualmente la valutazione dell'infermiere
- Proseguire con la disinfezione della ferita, detergendo con tampone imbevuto di antisettico partendo sempre dall'interno e dirigendosi verso l'esterno, solamente per un passaggio, poi verrà sostituito
- Coprire la ferita con garze e tamponi sterili e fissare con cerotti e bende (idonei al tipo di cute del paziente)
- Se si applicano pomate topiche, provvedere ad applicarne un leggero strato sulla parte interessata (con o senza massaggio a seconda della indicazione infermieristica). Successivamente posizionare eventuale retina di fissaggio sopra le bende
- Togliere i guanti, smaltire il materiale, lavarsi le mani
- Registrare nella scheda l'avvenuta medicazione e riferire all'infermiere (sede della lesione, aspetto, modalità e frequenza)

TRASMISSIONI:

- Effettuazione della prestazione
- Stato della cute
- Segni riferiti dal paziente (dolore, calore, bruciore, prurito)
- Riposizionare il paziente
- Riordino del materiale

Scheda 15

ESECUZIONE DELLA TRICOTOMIA

OBIETTIVI

- Depilazione della cute tramite rasoi monouso, clipper (rasoio elettrico)

INDICAZIONI

- Su indicazione infermieristica per migliorare la visione del campo operatorio

STRUMENTI

- **Rasoio:** valido come strumento, ma causa microlesioni cutanee in cui colonizzano microrganismi patogeni nell'intervallo di tempo tricotomia-intervento chirurgico
- **Rasoio elettrico o clipper:** riducono il rischio di lesioni cutanee ma possono non consentire un'adeguata rasatura della zona
- **Tempi di esecuzione:** in caso di intervento programmato si esegue il più vicino possibile al momento dell'intervento. In caso di intervento d'urgenza, va eseguita immediatamente prima di scendere in sala operatoria o sala di radiologia diagnostica.

MATERIALE

- Guanti monouso
- Clipper elettrico o rasoio monouso per tricotomia
- Forbice
- Schiuma da barba o sapone liquido
- Reniforme
- Telino o asciugamano pulito
- Garze sterili ed antisettico (clorexidina)

TECNICA

- Spiegare alla persona la procedura e le motivazioni, fargli assumere una posizione comoda
- Effettuare il lavaggio delle mani ed indossare i guanti
- Esporre la zona da radere ed ispezionare lo stato cutaneo, accertandosi che la cute sia integra, proteggendo l'intimità della persona con teli e coperture
- La zona da radere varia in base al tipo d'intervento, deve essere indicata dall'infermiere
- Inumidire ed insaponare l'area da radere
- Eseguire la tricotomia con movimenti rapidi e decisi con passaggi sovrapposti
- Detergere e sciacquare bene la zona
- Asciugare la zona tamponando
- Disinfettare la zona con garze ed antisettico
- Pulire il materiale usato, eliminando il rasoio monouso o lama del rasoio elettrico nell'apposito contenitore per aghi e taglienti

TRASMISSIONI

- Presenza d'alterazioni cutanee tipo lesioni, eritemi, o arrossamenti

- Difficoltà o impossibilità all'esecuzione della procedura (es. persona non collaborante o con gravi lesioni cutanee)
- Stato di cura ed igiene della persona

Scheda 16

ESECUZIONE DELLO STICK GLICEMICO

Misurazione attraverso apparecchio elettronico (reflettometro) che fornisce lettura digitale della concentrazione del glucosio ematico espresso in mg/dl, attraverso una goccia di sangue prelevata dal polpastrello della mano del paziente.

OBIETTIVI:

- Rilevazione della concentrazione di glucosio in modo rapido

INDICAZIONI:

- Su diretta indicazione Infermieristica. L'esecuzione dello stick glicemico è comunque un'attività prevista per l'Oss Specializzato e attualmente non è stato ritenuto opportuno affidarla all'Oss se non in casi eccezionali ed extraroutine, conformemente alle direttive dell'infermiere e sotto sua supervisione)

MATERIALE:

- Guanti monouso
- Materiale per la disinfezione (cotone , disinfettante)
- Lancetta monouso
- Apparecchio per la lettura del valore glicemico con apposita striscia reattiva

TECNICA:

- Informare il paziente e spiegare la prestazione che stiamo per fare
- Indossare i guanti
- Accendere l'apparecchio per la lettura della glicemia e seguire le istruzioni che compaiono sullo schermo dello stesso
- Prelevare la striscia reattiva ed inserirla nell' apposito supporto che troviamo nell' apparecchio dopo segnalazione di questo
- Disinfettare ed asciugare bene il polpastrello dell'utente prima di effettuare la puntura nella zona laterale esterna dello stesso
- Premere delicatamente il dito fino ad ottenere una sufficiente goccia di sangue per coprire totalmente l'area reattiva della striscia
- Tamponare il punto della puntura
- Attendere il risultato che comparirà sullo schermo dell'apparecchio ed annotarlo dove proposto dall'infermiere
- Comunicare all'infermiere il risultato
- Riordinare i presidi usati avendo cura che il riflettometro sia adeguatamente pulito

N.B. Per evitare errori di rilevazione del dato

- Verificare che il numero del codice della striscia reattiva corrisponda al numero che compare sullo schermo dell'apparecchio
- Osservare le indicazioni riportate dalla casa costruttrice del riflettometro

- Disinfettare e asciugare con cura il polpastrello prima di pungere, il disinfettante stesso può alterare il dato

Scheda 17

POSIZIONAMENTO DELLA PERSONA **ALLETTATA E/O PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE**

OBIETTIVO:

- Prevenire contratture
- Piede equino
- Prevenzione extra rotazione dell'anca
- Mantenimento della forza muscolare e del movimento articolare
- Prevenzione lesioni da pressione

INDICAZIONI:

- Su indicazione dell'infermiere al momento del passaggio delle consegne: si segnala all'OSS le persone con patologie invalidanti la mobilità e/o parzialmente autosufficienti

MATERIALI:

- Cuscini
- Archetto alzacoperte
- Materasso ad aria
- Lenzuola e/o asciugami per facilitare il posizionamento
- Presidi anti-decubito
- Sollevatore

TECNICA:

- Dopo aver eseguito l'igiene della persona, si posiziona secondo lo schema di posizionamento concordato con l'infermiere. Si suggerisce lo schema minimo standard di mobilizzazione di re volte durante la giornata:
 1. Prima di colazione
 2. Prima del pranzo
 3. Prima della cena
- Vigilare che il posizionamento indicato sia adeguato e confortevole e faciliti la respirazione e la circolazione sanguigna.
- Trasmissione all'infermiere del tipo di posizionamento della persona, se questa presenta anomalie (cutanee, del respiro, del sensorio, ecc.)

In caso di persona parzialmente autosufficiente:

- Spiegare l'intervento che verrà attuato, rassicurando e chiedendo la sua collaborazione spiegando l'obiettivo della manovra di posizionamento
- Far sedere la persona a bordo letto con l'ausilio di cuscini, assicurandosi che la persona respiri adeguatamente, non presenti pallori e/o segnali di disagio o malessere
- Successivamente posizionare la persona su di una poltroncina o carrozzina
- Fornire il campanello e tornare successivamente per verificare se la posizione continua ad essere confortevole o se al contrario la persona manifesta sofferenza e/o stanchezza

- Trasmissione all'infermiere di come la persona ha reagito e se ha collaborato durante la mobilitazione

Scheda 18

COMPOSIZIONE DELLA SALMA

OBIETTIVO :

- Rispettare la dignità e il credo del defunto e della famiglia
- Effettuare le ultime cure igieniche al defunto

INDICAZIONI:

- Seguire le procedure religiose e sanitarie in vigore in azienda

MATERIALE:

- Carrello utilizzato per effettuare l'igiene (biancheria e detergenti-disinfettanti)
- Carrello per la biancheria sporca
- Carrello per i rifiuti infettivi e non
- Reniforme
- Forbice
- Pinza
- Bisturi
- Garze
- Cotone
- Siringa da 10 ml
- Cerotti

TECNICA:

- La salma deve essere spostato in una stanza abilitata alla composizione delle salme
- Togliere eventuali drenaggi, infusioni cateteri, medicazioni
- Effettuare una toilette di pulizia
- Rimuovere tutta la biancheria del letto, riposizionando un lenzuolo pulito sopra il materasso
- Applicare cotone negli orifizi se necessario
- Chiudere gli occhi della salma ed inumidire delle garze e porle sulle palpebre
- Porre la salma in posizione supina
- Avvolgere la testa con una benda per mantenere la bocca chiusa ed evitare la caduta della mandibola
- Avvicinare le mani al petto
- Coprire il corpo con un lenzuolo
- Eseguire l'inventario degli effetti personali e consegnarli ai parenti; in mancanza di questi ultimi riporli in una scatola sigillata, segnalando nome e cognome, depositandola nel magazzino appositamente adibito.
- Riordinare i presidi usati e segnalare la pulizia e disinfezione della stanza alla ditta esterna competente.

N.B. In caso di oggetti di valore e/o protesi di qualsiasi tipo riporli in un cassetto chiuso a chiave segnalando in consegna la locazione degli effetti personali del defunto o l'eventuale consegna degli stessi.

La salma sarà accompagnata all'obitorio circa dopo 2 ore dopo il decesso.

23

Scheda 19

COLLABORAZIONE CON L'INFERMIERE **NELL'ESECUZIONE DELLA PARACENTESI**

OBIETTIVI:

- Garantire il benessere fisico della persona attraverso l'eliminazione del liquido ascitico dalla cavità addominale

INDICAZIONI:

Il ruolo dell'OSS in azione è quella di preparare e riordinare il materiale e di coadiuvare l'infermiere nell'esecuzione della manovra, da effettuarsi su prescrizione e controllo medico

MATERIALE:

Carrello delle medicazioni provvisto di:

- Set paracentesi
- Aghi
- Siringhe
- Garze
- Cerotti
- Anestetico locale spray e lidocaina
- Guanti sterili e non
- Vasi per raccolta del liquido ascitico
- Cuscino
- Telini sterili e non
- Accertarsi della disponibilità dell'ecografo (se disponibile i reparto)
- Lenzuola e cerata

TECNICA:

- Informare e tranquillizzare la persona della manovra invasiva che verrà eseguita dal medico
 - Preparare il letto con utilizzo di una cerata e un lenzuolo
 - Posizionare la persona sul bordo del letto sul fianco sinistro supportato da un cuscino
 - Sorvegliare la qualità e la quantità del liquido raccolto e sostituire il contenitore
- Segnalare all'infermiere eventuali dolori addominali, collasso vascolare della persona e la quantità e la qualità del liquido ascetico drenato
- Accertarsi che il paziente sia in posizione confortevole
 - Riordino e ripristino dei presidi utilizzati

Scheda 20

COLLABORAZIONE CON L'INFERMIERE IN CASO DI URGENZA

OBIETTIVI :

- Rendere agevoli ed efficaci le manovre di urgenza

INDICAZIONI :

- Situazioni di urgenza-emergenza delle condizioni cliniche dei pazienti

TECNICA :

- Portare il carrello urgenze tempestivamente nel posto dove si è verificata la situazione di urgenza-emergenza, in base all'indicazione dell'infermiere
- Portare anche il monitor e l'aspiratore
- Invitare gli altri utenti autosufficienti ad accomodarsi in soggiorno
- Sgombrare la stanza rendendola più agevole per le manovre di rianimazione
- Verificare che aspiratore e ossigeno-terapia siano funzionanti e completi dei presidi necessari
- Eventuale trasporto tempestivo di esami ematochimici e/o richieste per emotrasfusione
- Rimanere a disposizione a secondo dell'urgenza su indicazione dell'infermiere
- Al termine dell'urgenza riordinare la stanza e i presidi utilizzati
- Provvedere alla detersione-disinfezione-sterilizzazione dell'ambu eventualmente utilizzato, in base alle indicazioni della casa costruttrice e delle indicazioni infermieristiche

Scheda 21

COLLABORAZIONE CON L'INFERMIERE NELL'ISOLAMENTO DEL PAZIENTE

OBIETTIVI:

- Proteggere l'utente dal rischio di infezioni nosocomiali
- Evitare che un utente contagioso trasmetta germi patogeni all'ambiente ed ad altri utenti

INDICAZIONI:

Su indicazioni dell'infermiere e del medico

- Persona altamente contagiosa
- Persona immunocompromessa e/o a rischio di infezione

N.B. le vie di trasmissione delle infezioni sono:

- Aerea es. (T.B.C. , varicella , morbillo)
- Sangue es.(epatite C-B-H.I.V.)
- Orofecale (salmonella, scabbia)
- Cutanea (pediculosi)

MATERIALE:

- Camera singola
- Camici monouso
- Mascherine
- Copricapzari
- Guanti
- Contenitori rifiuti e/o biancheria infetta

TECNICA:

- Il materiale di protezione deve essere posto presso la porta d'accesso della stanza d'isolamento
- Entrare nella stanza con i presidi di protezione elencato cercando di organizzare e raggruppare le prestazioni
- Lavarsi le mani prima e dopo essere venuti a contatto con la persona in isolamento
- Limitare le visite ed informarle dei presidi necessari da utilizzare per accedere alla stanza, sorvegliando circa il loro rispetto. Limitare l'introduzione di oggetti personali provenienti dall'esterno e portati dai visitatori
- L'OSS deve occuparsi del ripristino e riordino dei presidi monouso e dell' adeguato smaltimento degli stessi
- E' raccomandato un cambio giornaliero della biancheria del letto della persona

IMPORTANTE

- Importante ricordare che l'efficacia della mascherina è al massimo di 3 ore e comunque va cambiata se si bagna
- Eventuale osservanza di schema dietetico apposito per pazienti immunodepressi (vedi dieta)

Scheda 22

INVIO DEL MATERIALE ALLA CENTRALE DI STERILIZZAZIONE

OBIETTIVI: Decontaminare e pulire gli strumenti metallici e/o in plastica riutilizzabili prima della sterilizzazione

MATERIALE:

- Decontaminante per ferri chirurgici (ACTIZYME ® [2004] o attenersi a prodotti stabiliti dalla farmacia)
- Disinfettante
- Guanti non sterili
- Contenitori forniti dalla ditta adibita alla sterilizzazione per l'invio del materiale
- N.B. Per alcuni presidi esistono diverse tecniche di sterilizzazione a seconda del materiale di cui sono composti, quindi è necessario informarsi per le procedure di decontaminazione ed invio alla sterilizzazione dagli infermieri
- Per inviare il contenitore occorre riporlo presso il punto *smistamento* dell'unità operativa (attualmente entro le ore tredici), con annesso il modulo di invio materiale alla ditta, debitamente compilato. Verrà riconsegnato nel tardo pomeriggio o la mattina seguente.

TECNICA:

- Immergere gli strumenti in soluzione disinfettante per la durata minima di dieci minuti
- Procedere quindi ad un accurata pulizia dei strumenti usati con l'utilizzo di un prodotto decontaminante
- Sciacquare con abbondante acqua corrente e procedere nella preparazione del contenitore versando 40 ml per litro d'acqua di clorexide s ed immergere gli strumenti
- Chiudere il contenitore ermeticamente
- Compilare l'apposita modulo di invio (scheda ottica)
- Portare il contenitore con l'apposito modulo nel punto destinato allo *smistamento*

TRASMISSIONE ALL'INFERMIERE:

L'OSS informa della presenza di materiale rotto e/o alterato da sostituire o eventualmente eliminare

Al momento dell'arrivo del materiale sterilizzato è necessario verificare la presenza dell'effettivo numero di strumentazione precedentemente inviato. Nel caso dovesse mancare del materiale chiamare la centrale di sterilizzazione (telefono 8277) comunicando il codice del contenitore.

Scheda 23

COLLABORAZIONE NELLA CATETERIZZAZIONE VESCICALE NELL'UOMO E NELLA DONNA

OBIETTIVO:

- Facilitare tale manovra sull'utente supportando l'infermiere.

INDICAZIONI:

Il ruolo dell'OSS in questa prestazione è di preparare e riordinare il materiale e di collaborare con l'infermiere

MATERIALE:

Carrello delle medicazioni provvisto di:

- Guanti sterili e non
- Occorrente per l'igiene
- Disinfettante (iodoforo, clorexidina)
- Garze sterili
- Siringa da 10 e 20 ml senza ago
- Fisiologica
- Lubrificante anestetico locale sterile, in confezione integra (Luan ® [2004])
- Cateteri vescicali di varie misure in silicone e/o lattice
- Sacchetti diuresi
- Supporto reggi sacchetto diuresi

TECNICA:

- Informare la persona della manovra che stiamo per fare
- Posizionare la persona supina con gambe divaricate e flesse
- Eseguire l'igiene intima
- L'OSS esegue disinfezione su indicazioni dell'infermiere del meato urinario esterno dall'alto verso il basso per la donna più di una volta, avendo cura di cambiare le garze con il disinfettante; per l'uomo si abbassa il prepuzio scoprendo il glande disinfettando dall'interno verso l'esterno più volte
- L'OSS passa il lubrificante all'infermiere
- L'infermiere si predispose con i guanti sterili mentre l'OSS passa il catetere con il calibro precedentemente indicato dall'infermiere e già collegato al sacchetto per raccolta diuresi che procede all'inserimento dello stesso
- L'OSS procede inserendo la siringa precedentemente preparata con fisiologica 10cc nell'apposita via gonfiando il palloncino d' ancoraggio
- Riposizionare l'utente e porre il sacchetto di raccolta diuresi nell'apposito supporto al bordo letto
- Riordinare i presidi usati

Scheda 24

RACCOLTA URINE DELLE 24 ORE

OBIETTIVI:

- Conoscere la quantità di diuresi emessa da una persona durante un tempo prestabilito, generalmente 24 ore

INDICAZIONI:

Su indicazione infermieristica per motivi:

- diagnostici o di sorveglianza di un trattamento e/o evoluzione di una patologia
- per l'esecuzione di esami di laboratorio

MATERIALE:

- Guanti
- Recipiente graduato con coperchio (segnalando nome e cognome dell'utente e se necessario l'ora d'inizio della raccolta urine)
- Padella o pappagallo per la raccolta

TECNICA

Nel paziente autosufficiente o collaborante:

- Spiegare la prestazione al paziente e assicurarsi che abbia compreso. Informare anche i familiari della raccolta per evitare che siano gettate delle urine nell'arco della giornata
- Nel primo mattino far urinare il paziente utilizzando la padella, il pappagallo o la comoda se necessario (ad es. nel paziente non deambulante) ed eliminare le urine della prima minzione
- Annotare l'ora
- Conservare tutte le urine seguenti nel recipiente chiuso, graduato e contrassegnato dai dati anagrafici del paziente, compresa la prima minzione del mattino successivo;
- Dopo le 24/h misurare la quantità totale ed annotarla
- Prima di svuotare il vaso annotare la quantità della diuresi per poi lavarlo e disinfettarlo prima di riconsegnarlo
- Riportare il dato della diuresi in grafica o dove indicato dall'infermiere

Nel paziente con catetere vescicale:

- Iniziare la nuova raccolta delle urine del primo mattino segnando l'orario
 - Svuotare la sacca il mattino successivo alla stessa ora e, se necessario, nell'arco della giornata nell'apposito recipiente
 - Dopo le 24/h misurare la quantità totale ed annotarla;
 - Svuotare il recipiente o raccogliere un campione (riportando la quantità della diuresi) a seconda delle indicazioni dell'infermiere.
- In entrambi i casi annotare ed informare il paziente di eventuale presenza di conservanti (es. acido cloridrico o bicarbonato di sodio) all'interno del recipiente per evitare irritazioni

cutanee o lesioni al paziente. Nel caso di raccolta per porfirine, ricordarsi di mantenere il recipiente e i relativi campioni al buio (avvolti nella stagnola).

TRASMISSIONI

Trasmissioni all'infermiere:

- Perdita di urine (il paziente può inavvertitamente avere urinato nel WC o insieme alla scarica)
- Se presente dolore alla minzione
- Annotare la diuresi sulla grafica o dove preposto
- Aspetto delle urine: colore, quantità

IMPORTANTE

- Assicurarsi che la persona abbia compreso cosa deve fare
- Spiegargli che se deve scaricare, prima deve urinare e raccogliere la diuresi
- Assicurarsi che non ci sia stata una perdita di urine

Scheda 25

SVUOTAMENTO DI UNA SACCA PER LA RACCOLTA URINE

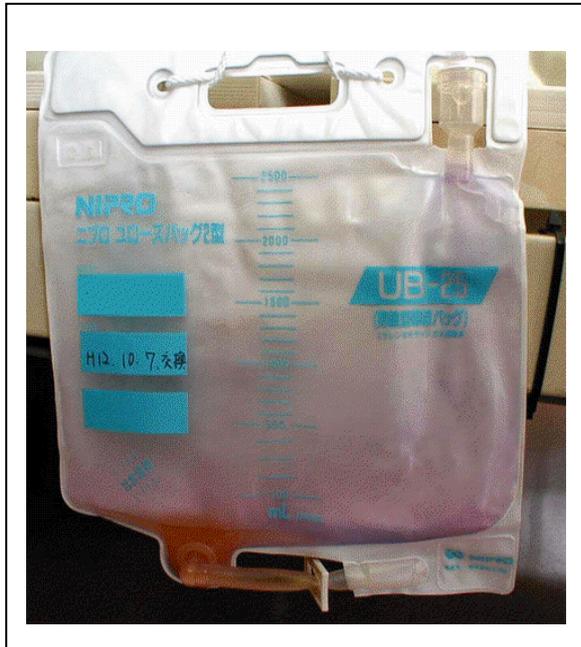
OBIETTIVI

- Svuotare una sacca delle urine, collegata ad un catetere vescicale a circuito chiuso o aperto limitando al minimo le manipolazioni per evitare l'insorgenza di infezioni.

MATERIALE

Sul carrello disinfettato:

- Guanti non sterili monouso
- Un recipiente per raccogliere le urine oppure una sacca urine
- Sacca urine per circuito aperto e/o circuito chiuso
- Su indicazione dell'infermiere, valutare l'uso di dispositivi di protezione individuale (mascherina con visiera o occhiali, copricamice).



TECNICA

➤ Sacca a circuito chiuso

- Lavarsi le mani
- Indossare i guanti monouso
- Informare la persona
- Chiudere il circuito

- Prendere visione della quantità di urine
- Posizionare il raccoglitore per le urine (o la sacca urine monouso) a terra e a fianco della sacca raccolta urine
- Aprire il dispositivo di scarico
- Svuotare il contenuto della sacca
- Chiudere il dispositivo di scarico.
- Riapplicare la sacca al supporto di tenuta

- Eliminare le urine:
 - o svuotandole nell'apposito recipiente corrispondente al paziente nel caso in cui debba effettuare una raccolta delle 24/h
 - o in vuotatoio nel caso in cui possano essere subito smaltite
- Togliere i guanti
- Lavarsi le mani
- Registrare la quantità di urine nella grafica o dove preposto dall'infermiere

➤ **Sacca a circuito aperto**

- Lavarsi le mani
- Indossare i guanti monouso
- Informare la persona
- Sracordare la sacca dal catetere cercando di mantenere la massima sterilità (se necessario aiutarsi con una garza sterile) e impedendo la fuoriuscita di urine dal catetere raccordato (eventualmente piegare leggermente il catetere)
- Collegare una nuova sacca di raccolta osservando la massima sterilità nel raccorderla
- Eliminare le urine:
 - o svuotandole nell'apposito recipiente corrispondente al paziente nel caso in cui debba effettuare una raccolta delle 24/h
 - o in vuotatoio nel caso in cui possano essere subito smaltite
- Togliere i guanti
- Lavarsi le mani
- Registrare la quantità di urine nella grafica o dove preposto dall'infermiere

TRASMISSIONI

Trasmissioni all'infermiere:

- Quantità ed aspetto delle urine
- Eventuali segni e sintomi riferiti dalla persona
- L'integrità del sistema

IMPORTANTE

- Evitare di contaminare il sistema di raccolta cercando di mantenere la massima sterilità
- La sacca di raccolta delle urine deve sempre trovarsi a livello più basso della vescica (se priva di sistema antireflusso come nella sacca a circuito aperto)
- Verificare che i tubi non siano piegati o schiacciati dal paziente o da qualche oggetto
- Prima di gettare le urine verificare se è in corso una raccolta delle 24/h

PAZIENTE	RACCOLTA URINE 24/H		
	DA CATERERE VESCICALE	DA VASO SPONTANEE	

N°	
----	--

INFORMAZIONI A PROPOSITO DI:

RACCOLTA ESAME URINE STANDARD

- Deve essere effettuato preferibilmente sul campione della prima minzione del mattino, perché essendo la prima urina del mattino più concentrata, facilita la rilevazione di anomalie
- Nel caso la persona presenti catetere vescicole, si preleva il campione in modo sterile dopo aver clampato il catetere per circa 30 min
- Il campione deve essere inviato subito al laboratorio, in caso contrario deve essere refrigerato (+4°C), dopo la raccolta. Se lasciato a temperatura ambiente, l'urina diventa alcalina a causa della contaminazione dei batteri che degradano l'urea

URINOCOLTURA

- Tale esame consente di identificare la presenza di microbi responsabili del quadro infettivo associato all'individuazione di chemioterapici sensibili
- Effettuare un'accurata igiene dei genitali con acqua e detergente, poi disinfettare la zona con antisettico
- Nel paziente autosufficiente ⇒ raccolta del mitto intermedio: raccogliere in un contenitore sterile le urine della minzione centrale avendo particolare attenzione di non contaminare i bordi sia esterni che interni del recipiente (che deve rimanere sterile)
- Nel paziente non autosufficiente o incapace di contenere le urine per es. per patologie addominali o in seguito ad interventi chirurgici ⇒ cateterismo estemporaneo: si rende necessaria l'introduzione del catetere vescicale monouso nel meato uretrale e tale permanenza è limitata alla raccolta di urine per l'esame batteriologico
- Nel paziente con catetere vescicale ⇒ si clamp il catetere con l'apposito morsetto per circa 30 min (valutando anche le condizioni di diuresi del pz.), quindi si effettua il prelievo del campione in modo sterile:
 - o tramite straccio del catetere al sistema di raccolta
 - o tramite prelievo (previa disinfezione del sito) dall'apposito gommino
- Inviare il campione al laboratorio di microbiologia con apposita richiesta e nel caso in cui l'invio non sia tempestivo, mantenere il campione a temperatura di +4°C.

Scheda 26

PREPARAZIONE NELL'ESECUZIONE DEL CLISTERE DI PULIZIA

OBIETTIVI:

- Liberare l'ultimo tratto intestinale dal materiale fecale

INDICAZIONI:

Il ruolo dell' OSS in questa prestazione è quello di preparare e riordinare il materiale, di coadiuvare l'infermiere nell'esecuzione del clistere.

- Il clistere va praticato su prescrizione medica, o su specifico protocollo assistenziale in caso di: stipsi, alcuni tipi di interventi chirurgici, prima di alcuni esami radiologici o strumentali a livello addominale

MATERIALI:

- Irrigatore per la somministrazione della soluzione
- Tubo di connessione
- Sonda rettale
- Soluzione evacuante (attenersi ad indicazioni dell'infermiere: es. glicerina ...)
- Pomata lubrificante
- Garze
- Guanti non sterili
- Padella o comoda se necessario
- Materiale per l'esecuzione di igiene intima
- Nella pratica assistenziale si possono utilizzare delle perette monouso con soluzione già pronta

TECNICA:

- Eseguire un lavaggio antisettico delle mani
- Preparare tutto l'occorrente per effettuare la manovra
- La soluzione da usare deve avere una temperatura pari a 37-38°C e la quantità del liquido da introdurre può variare da 500 a 1200 ml.
- Assicurare la privacy ed informare il paziente
- Riempire il tubo di irrigazione e la sonda di irrigazione facendo quindi uscire l'aria
- Proteggere il letto con una cerata
- Porre il soggetto in decubito laterale sinistro con gamba flessa se non controindicato

L'esecuzione del clistere è di competenza infermieristica, con la consapevolezza che, nonostante la naturalità della via di comunicazione, la manovra di inserimento della sonda rettale non è scevra da rischi e complicanze derivanti da un'esecuzione scorretta.

In caso di clistere a pressione con l'irrigatore e la sonda l'infermiere quindi dovrà:

- indossare i guanti e lubrificare la sonda per circa 10 cm
- inserire delicatamente la sonda nel retto per 5 cm in direzione dell'ombelico, quindi aprire il morsetto e lasciar scorrere un po' di liquido, procedendo all'inserimento della sonda per altri 5 cm.
- introdurre il liquido lentamente e se il soggetto accusa dolori sospendere l'irrigazione per qualche secondo.
- arrestare il flusso con il morsetto prima del termine del liquido in modo da non favorire l'entrata di aria
- invitare il soggetto a trattenere la soluzione per circa 5-10 min.

36

In caso di peretta a bassa pressione l'infermiere quindi dovrà:

- indossare i guanti e lubrificare il beccuccio della peretta o della sonda ad essa collegata
- posizionare il paziente come precedentemente indicato
- inserire delicatamente il beccuccio o la sonda all'interno dello sfintere anale
- svuotare la peretta con una pressione costante ed invitare il paziente a trattenere il liquido
- Posizionare la padella (o pannolone) e/o accompagnare il paziente in bagno (eventualmente in comoda se non autosufficiente) assistendolo adeguatamente (possibili cali pressori)
- In caso di anomalie nelle feci avvisare tempestivamente l'infermiere
- Riordinare il letto ed eseguire l'igiene intima se il paziente non è in grado di provvedere da solo
- Annotare in grafica se il clistere ha fatto effetto o meno e segnalarlo all'infermiere

TRASMISSIONI ALL'INFERMIERE:

- Efficacia o meno della prestazione
- Quantità e caratteristiche delle feci
- Presenza di dolore addominale
- Presenza di reazioni del paziente a seguito della prestazione (sudorazione, tachicardia, alterazioni del respiro)

IMPORTANTE :

- Il clistere non deve mai essere effettuato in posizione di ortostatismo (in piedi)
- Rispettare sempre la privacy e la sensibilità dell'individuo
- Nell'esecuzione del clistere l'OSS collabora solo nella preparazione del materiale e nell'igiene del paziente, non nell'esecuzione della prestazione

Scheda 27

PRELEVAMENTO DEL MATERIALE FECALE

OBIETTIVI

- Raccogliere il materiale fecale per la ricerca di parassiti, batteri, sangue o di altre sostanze o per l'esecuzione di esami (es. coprocoltura)

MATERIALE

Sul carrello disinfettato:

- Contenitore sterile con nome, cognome, unità operativa, data
- Guanti monouso non sterili
- Padella o comoda
- Materiale per eventuale igiene

TECNICA

- Informare la persona. Chiedergli di suonare il campanello quando ha bisogno di defecare
- Lavarsi le mani
- Far urinare il paziente prima della defecazione
- Posizionare la padella o la comoda
- Durante la defecazione assicurare la privacy
- Indossare i guanti
- Rimuovere la padella o la comoda
- Prelevare il materiale e introdurlo nel contenitore senza toccare con le dita né il bordo del contenitore, né l'interno del coperchio, poiché sono sterili
- Assicurarci della perfetta chiusura del coperchio
- Se necessario effettuare una toilette genitale
- Togliere i guanti e lavarsi le mani
- Annotare il prelievo del campione sulla grafica o dove preposto
- Inviare il contenitore al laboratorio verificando dapprima l'etichetta con l'esatto nome e cognome della persona

TRASMISSIONI

- Effettuazione della prestazione e orario
- Caratteristiche delle feci

INFORMAZIONI A PROPOSITO DI:

SANGUE OCCULTO

- E' la raccolta delle feci per la ricerca di tracce occulte di sangue. E' usato un apposito contenitore (vedi). Dopo aver indossato i guanti, si deve intingere in più punti nel materiale fecale il pistillo del contenitore, raccogliendo tracce fecali attorno alla parte seghettata dello stesso. Assicurarsi della perfetta chiusura del tappo e inserirlo nell'apposito sacchetto plastificato. Inviarlo al più presto al laboratorio, altrimenti conservarlo in frigorifero.

