

GHID PENTRU ELABORAREA ȘI IMPLEMENTAREA PLANULUI DE ÎNGRIJIRI

STIMA

**Standardizarea Terminologiei de
Îngrijire Medicală pentru
Asistenții Medicali Generaliști
din România**

EDIȚIA 1



GHID PENTRU ELABORAREA ȘI IMPLEMENTAREA PLANULUI DE ÎNGRIJIRI

STIMA

Standardizarea Terminologiei de Îngrijire Medicală pentru Asistenții Medicali Generaliști din România

EDIȚIA 1

Experți grup de lucru:

Diana Loreta Păun

Doina Carmen Mazilu

Crin Marcean

Viorica Totorean

Ramona Gîdea

Florina Izabela Barbu

Ioana Irinca

Cerasela Mariana Neagu

Dana Nicoleta Mihai

Cuprins

Introducere	5
Evoluția terminologiilor standardizate în îngrijirea medicală.....	6
Beneficiile terminologiilor standardizate	6
Exemple internaționale de succes	7
Provocările actuale în România	9
Inițiative pentru standardizarea îngrijirilor în România.....	10
Analiza SWOT privind Implementarea Planului de Îngrijire la nivel național. Punct de vedere al experților care au participat la schimbul de experiență	13
Partea I	16
Ghid pentru elaborarea și implementarea Planului de Îngrijiri și de Standardizare a Terminologiei de Îngrijire Medicală pentru Asistenții Medicali Generaliști (STIMA) din România	16
Scopul ghidului	16
Obiective principale	16
Principii directoare	16
Avantajele elaborării și implementării unui Plan de îngrijire bazat pe dovezi	17
Colaborarea interdisciplinară	17
Metodologia de cercetare.....	18
Etapete esențiale ale metodologiei ADAPTE	18
Avantajele metodologiei ADAPTE	18
Avantajele utilizării ATIC pentru un ghid românesc.....	19
Relevanță pentru îngrijirile medicale în România	19
Rolul Planurilor de îngrijire.....	20
Etapetele unui Plan de îngrijire eficient	21
Etapa de Evaluare a pacientului	23
1. Evaluarea inițială a pacientului - Revizuirea și actualizarea Fișei de evaluare inițială a pacientului	23
Colectarea datelor	26
2. Evaluarea continuă a pacientului	32
Documentarea digitalizată a îngrijirilor medicale furnizate	33
3. Evaluarea finală a pacientului	34
Importanța centrării îngrijirilor pe pacient	34
Instrumente standardizate bazate pe dovezi pentru evaluarea pacientului	36

Etapa de elaborare și prioritizare a Diagnosticelor de îngrijire	39
Scopul Diagnosticelor de Îngrijire medicală.....	40
Comparația între Diagnosticile medicale și Diagnosticile de îngrijire medicală	40
Prioritizarea Diagnosticelor de Îngrijire medicală	44
Etapa de planificare a îngrijirilor. Obiective și Intervenții	46
Selectarea intervențiilor de îngrijire	51
Etapa de implementare a intervențiilor de îngrijire	51
Planificarea Externării pacientului	55
PARTEA II	57
Instrucțiuni de completare a documentului Plan de îngrijire.....	57
Fișa 1 – DATE GENERALE DESPRE PACIENT	57
FIȘA DE EVALUARE INIȚIALĂ A PACIENTULUI	67
ASPECTE FIZIOLOGICE ȘI PATOLOGICE	82
FIȘĂ DE EVALUARE CONTINUĂ	122
Partea III	131
<i>Modele de Planuri de Îngrijire utilizând metoda ADAPTE.....</i>	131
Bibliografie.....	245
ANEXE	259

Introducere

În România, profesia de asistent medical generalist se află într-un proces dinamic de transformare, aliniindu-se la standardele internaționale și la practicile bazate pe dovezi.

Ghidul bazat pe dovezi pentru elaborarea și implementarea Planului de îngrijiri își propune să răspundă nevoilor de documentare a îngrijirilor medicale, de furnizare a serviciilor de îngrijire de calitate și de colaborare interdisciplinară.

Standardizarea Terminologiei de Îngrijire Medicală pentru Asistenții Medicali Generaliști (STIMA) reprezintă o piatră de temelie pentru îmbunătățirea calității, coerenței și eficienței în îngrijirile medicale din România.

Acest ghid este un instrument necesar și util pentru practica profesională a asistenților medicali generaliști și introduce abordări standardizate în procesul de îngrijire, de la evaluarea inițială a pacienților, planificarea și implementarea îngrijirilor, evaluarea continuă și finală a îngrijirilor acordate.

Bazându-se pe standarde internaționale consacrate precum NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association - International), NOC (Nursing Outcomes Classification) și NIC (Nursing Intervention Classification), pe teorii fundamentale din domeniul îngrijirilor medicale și pe cercetări naționale și internaționale relevante, ghidul conectează practicile locale cu standardele globale. Prin integrarea unor metode și instrumente validate și adaptate contextului românesc, contribuie la creșterea vizibilității și impactului îngrijirilor medicale asupra stării de sănătate a pacienților.

Prin implementarea metodologiilor prezentate în acest ghid, asistenții medicali generaliști vor putea să:

- furnizeze îngrijiri centrate pe pacient;
- consolideze colaborarea interdisciplinară;
- contribuie la cercetarea clinică și la elaborarea de politici de sănătate bazate pe dovezi.

Ghidul STIMA nu este doar o resursă informativă ci și un angajament ferm de a dezvolta profesia de asistent medical generalist în România, printr-o standardizare riguroasă și practici care aduc un impact real asupra pacienților.

Evoluția terminologiilor standardizate în îngrijirea medicală

La nivel internațional, încă din anul 1909, în cadrul Consiliului Internațional al Asistenților Medicali (International Council of Nurses - ICN) din Paris, a fost recunoscută importanța dezvoltării unor terminologii standardizate în îngrijirile medicale (SNT - Standardised Nursing Terminology), pentru a sprijini asistenții medicali generaliști în furnizarea de informații într-un mod rapid, clar și eficient. Aceste terminologii oferă un „*limbaj universal în îngrijirile medicale*”¹ și furnizează termeni conveniți care descriu evaluarea pacienților, elaborarea diagnosticelor de îngrijire, planificarea, implementarea și documentarea intervențiilor, precum și evaluarea rezultatelor îngrijirilor.

Cu toate acestea, primele sisteme standardizate de clasificare în îngrijirile medicale au fost dezvoltate abia la începutul anilor 1970, în SUA, de către North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), care a publicat prima taxonomie de diagnostice de îngrijire. În timp, această taxonomie a fost supusă unor procese constante de revizuire și restructurare².

Organizații internaționale precum NANDA International, Colegiul de Îngrijiri medicale din Iowa și ICN oferă o bază solidă de termeni clinici în îngrijirile medicale prin următoarele clasificări:

- NANDA-I Nursing Diagnoses Definitions and Classification International³ (prima ediție publicată în 1973)
- Nursing Intervention Classification (NIC)⁴ (prima ediție publicată în 1992)
- Nursing Outcomes Classification (NOC)⁵ (prima ediție publicată în 1997)
- The International Classification for Nursing Practice (ICNP)⁶ (prima ediție publicată în 1996).

Beneficiile terminologiilor standardizate

Adoptarea terminologiilor standardizate oferă multiple avantaje pentru profesioniștii din sănătate, pacienți, unitățile medicale și întregul sistem de sănătate.

- **Avantaje pentru asistenții medicali:** Simplifică documentarea, îmbunătățesc comunicarea interdisciplinară și oferă un cadru clar pentru planificarea, implementarea și evaluarea îngrijirilor medicale.
- **Avantaje pentru pacienți:** Rezultatele se reflectă într-o îngrijire mai bine coordonată, reducerea riscurilor și îmbunătățirea calității și siguranței actului medical.

¹ Clark, J., & Lang, N. (1992). Nursing's next advance: An internal classification for nursing practice. *International Nursing Review*, 39(4), 109-111, 128.

² Gordon M (1998). 'Nursing nomenclature and classification system development'. *Online Journal of Issues in Nursing*, May: 1-13.

³ NANDA-I Nursing Diagnoses Definitions and Classification: <https://nanda.org/publications-resources/publications/nanda-international-nursing-diagnoses/>

⁴ Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC): <https://nursing.uiowa.edu/center-for-nursing-classification-and-clinical-effectiveness>

⁵ Nursing Outcomes Classification (NOC): <https://nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-outcomes-classification-overview>

⁶ The International Classification for Nursing Practice: <https://www.icn.ch/how-we-do-it/projects/ehealth-icnptm/about-icnp>

- **Avantaje pentru unitățile medicale:** Favorizează monitorizarea rezultatelor, implementarea practicilor bazate pe dovezi și integrarea eficientă a sistemelor informatice, susțin cercetarea, educația medicală continuă a personalului și procesele de acreditare a serviciilor medicale, optimizând astfel calitatea îngrijirilor oferite.
- **Avantaje pentru sistemul de sănătate:** Facilitează luarea deciziilor informate, optimizarea resurselor, reducerea costurilor asociate îngrijirilor ineficiente și sprijină digitalizarea sistemului medical. Cercetarea și dezvoltarea politicilor de sănătate contribuie astfel la un sistem de sănătate modern, eficient și centrat pe pacient. În plus, utilizarea unei terminologii standardizate sprijină colectarea și analiza datelor clinice, esențiale pentru cercetările naționale și internaționale, contribuind la luarea deciziilor de politică bazate pe dovezi.

În plus, utilizarea standardizării permite alinierea la inițiativele globale de sănătate publică, consolidând interoperabilitatea între diverse sisteme medicale informatizate.

Adoptarea unui astfel de cadru standardizat în îngrijirile medicale contribuie la crearea unui sistem de sănătate modern, eficient și centrat pe nevoile pacientului.

Exemple internaționale de succes

La nivel internațional, NANDA-I, NIC și NOC sunt utilizate în mod oficial și necesită licențiere pentru implementare completă și corectă. Cu toate acestea, există și situații în care unități sau **sisteme de sănătate folosesc adaptări ale acestor terminologii sau dezvoltă propriile variante** pentru a se potrivi contextului local, fapt care ar putea limita beneficiile interoperabilității la nivel global (utilă în special în cercetare). Utilizarea cu licență asigură accesul la actualizări, instrucțiuni metodologice oficiale și modalități de integrare în software-uri de documentare clinică. Clasificarea NNN (NANDA-I, NIC și NOC) este cea mai utilizată terminologie standardizată în formarea profesională de bază (curriculum școlar) la nivel internațional.

Utilizarea adaptată se folosește pentru a alinia terminologia la cerințele lingvistice și culturale (traduceri și/sau modificări pentru specificul practicii locale). În acest context, unele sisteme de sănătate preferă să dezvolte propriile clasificări, precum: ICNP⁷, Sistemul Omaha⁸, SNOMED CT⁹ (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms), CCC¹⁰ (Clinical Care Classification), PNDS¹¹ (Perioperative Nursing Data Set), ATIC¹² (Architecture, Terminology, Interface, and Coding), etc. **În regiunile unde resursele financiare sunt limitate, se recurge uneori la dezvoltarea unor variante proprii inspirate din acestea.**

⁷ ICN. About ICNP: <https://www.icn.ch/how-we-do-it/projects/ehealth-icnptm/about-icnp>

⁸ The Omaha System: <https://www.omahasystem.org/>

⁹ SNOMED International: <https://www.snomed.org/>

¹⁰ Clinical Care Classification System: <https://clinicalcareclassification.org/>

¹¹ Introduction to PNDS: Introduction to PNDS; <https://www.aorn.org/education/education-for-individuals/courses/introduction-to-pnds>

¹² The ATIC Terminology – Nursing Projects in Catalonia: <https://catalanurses.cat/en/projectes/la-terminologia-atic/>

În concluzie, la nivel internațional utilizarea completă a NANDA, NIC și NOC se face prin licențiere oficială, însă există și posibilitatea de a adapta local aceste terminologii standardizate pentru a evita costurile ridicate ale licențierii anuale. Însă, această practică are dezavantajul de a reduce interoperabilitatea globală și accesul la actualizările periodice ale sistemului NNN.

Spania a început să utilizeze treptat terminologiile standardizate **NANDA-I, NIC și NOC** în practica medicală și în programele academice de asistență medicală începând cu mijlocul anilor 1990. În universități, aceste terminologii au fost integrate în curriculum-ul lor, pentru a învăța studenții să creeze planuri de îngrijire centrate pe pacient. Aceste planuri includ diagnosticare, intervenții și evaluări bazate pe nevoile pacienților¹³. Însă, în practica clinică este utilizat sistemul **ATIC¹⁴ (Arquitectura de las Taxonomías de Intervenciones de Enfermería y Clasificaciones)**, dezvoltat la nivel național în 1992. ATIC facilitează o reprezentare comprehensivă și structurată a procesului de îngrijire, adaptând terminologiile internaționale la nevoile locale, integrându-le în sistemele electronice de documentare a îngrijirilor. Odată implementat la nivel național, acest sistem a redus semnificativ costurile asociate licențelor internaționale și a facilitat utilizarea uniformă a terminologiilor în spitale, îmbunătățind astfel colaborarea interdisciplinară și calitatea documentației.

În **Irlanda**, modelul **Careful Nursing** a început să fie implementat în practica spitalicească în jurul anului 2015, utilizând terminologiile standardizate **NANDA-I, NIC și NOC** pentru a crea un limbaj comun între profesioniștii din sănătate și pentru a standardiza îngrijirile. Aceste terminologii sunt integrate în sistemele electronice ale spitalelor, permițând asistenților medicali să planifice intervenții, să stabilească obiective și să documenteze rezultatele¹⁵.

Un exemplu de succes este utilizarea acestor terminologii în cadrul unităților de terapie intensivă, unde s-a demonstrat că planificarea bazată pe NANDA-I reduce erorile de documentare și îmbunătățește comunicarea între echipele medicale.

Italia a integrat **NANDA-I, NIC și NOC** în documentația electronică pentru a îmbunătăți calitatea îngrijirilor oferite. Un exemplu notabil este utilizarea acestor terminologii în centrele rezidențiale pentru reabilitare psihosocială. Implementarea acestor terminologii a început în Italia în anul 2016, conform unui studiu publicat în 2019. Aici, terminologiile standardizate au fost folosite pentru a diagnostica nevoile pacienților, a planifica intervenții specifice și a evalua eficiența acestora¹⁶.

Această abordare a fost implementată cu succes în reabilitarea pacienților cu tulburări psihice, unde s-a constatat o îmbunătățire semnificativă a colaborării între asistenții medicali și psihologi.

¹³ Aplicación de los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC en la asignatura de Enfermería Geriátrica. Scielo

¹⁴ Revista Enfermería Global: Experiencias de implementación de ATIC en la práctica clínica.

¹⁵ Careful Nursing. (n.d.). *Nursing diagnosis, outcomes, and interventions*. Retrieved December 3, 2024, from https://www.carefulnursing.ie/go/overview/professional_practice_model/practice_competence_excellence/nursing_diagnosis_outcomes_interventions

¹⁶ Di Giacomo, P., Fabbri, G., Santin, C., & Rigon, L. (2019). The implementation of electronic nursing documentation with NANDA-I, NOC, and NIC. *ResearchGate*. Retrieved from <https://www.researchgate.net>

În **Regatul Unit**, terminologiile **NANDA-I, NIC și NOC** sunt utilizate pentru a standardiza documentația electronică de îngrijire în NHS (National Health Service). Implementarea acestor terminologii a început în anii 2000, cu scopul de a îmbunătăți calitatea și consistența documentației de îngrijire. În spitalele care au implementat aceste terminologii s-a observat o reducere a discrepanțelor în documentare și o îmbunătățire a continuității îngrijirilor.

Un studiu publicat în „International Journal of Nursing Knowledge” a evidențiat importanța utilizării terminologiilor în cadrul dosarelor electronice de sănătate, permițând o mai bună monitorizare a intervențiilor și rezultatelor¹⁷.

Finlanda a implementat **Clasificarea Intervențiilor de Nursing din Finlanda**, un sistem național bazat pe procesul de nursing, începând cu anii 1990. Această clasificare este utilizată în îngrijirea primară, specializată și la domiciliu. Scopul principal a fost de a standardiza documentația de nursing la nivel național, ceea ce a permis colectarea de date pentru analiza calității îngrijirilor și integrarea acestora în dosarele electronice ale pacienților¹⁸.

Provocările actuale în România

În prezent, la nivel național nu se utilizează în domeniul Îngrijirilor medicale o terminologie standardizată. Documentarea practicii de îngrijiri generale și specifice realizată de către asistenții medicali generaliști variază semnificativ, ceea ce împiedică în mod critic¹⁹:

- Informarea deciziilor clinice;
- Accesarea pachetelor și serviciilor de îngrijire medicală prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate;
- Capacitatea de a efectua cercetări riguroase în domeniul îngrijirilor medicale;
- Informarea deciziilor de politică în sănătate.

Astfel, se creează o incapacitate pronunțată de a măsura și compara rezultatele pacienților îngrijiți de asistenții medicali generaliști într-un mod standardizat.

Adoptarea terminologiei standardizate este esențială pentru dezvoltarea profesiei, sprijinirea cercetării și îmbunătățirea rezultatelor pentru pacienți²⁰.

¹⁷ Flanagan, Jane & Weir-Hughes, Dickon. (2016). NANDA-I NIC and NOC, the EHR, and Meaningful Use. International Journal of Nursing Knowledge. 27. 183-183. 10.1111/2047-3095.12156

¹⁸ Tantt K, Ikonen H. Nationally standardized electronic nursing documentation in Finland by the year 2007. Studies in Health Technology and Informatics. 2006 ;122:540-541. PMID: 17102317.

¹⁹ Rutherford, M., (Jan. 31, 2008) "Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice?" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. Vol. 13 No. 1.

²⁰ Jedwab RM, Holzhauser K, Raghunathan K, Lord ZK, Duncan SP, Murray MA, Gogler J, AM EJ. Applicability and benefits of Standardised Nursing Terminology in Australia: A scoping review. Collegian. 2024 Oct 31.

Inițiative pentru standardizarea îngrijirilor în România

În anul 2018, necesitatea standardizării a condus la elaborarea de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR) a Ghidului **„Organizarea și documentarea procesului de îngrijire - Ghid de elaborare și dezvoltare a planului de îngrijire”**.

Scopul acestui ghid a fost de a stabili un set minim necesar de înregistrări pentru elaborarea și implementarea Planului de îngrijire, fără a furniza însă, instrucțiuni concrete privind completarea acestuia sau o terminologie standardizată de îngrijiri²¹. Pe lângă acest document, Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS) a emis Anexa 87 la Ordinul 8/2018 care servește ca instrument de evaluare a Foi de Observație Clinică Generală (FOCG) a pacientului în procesul de acreditare, recunoscând valoarea **Planului de îngrijire ca parte integrantă din managementul de caz**²².

Pentru a răspunde provocărilor generate de lipsa standardizării în documentarea și implementarea îngrijirilor medicale, în februarie 2024 OAMGMAMR a lansat **Proiectul „Schimb de bune practici: Elaborarea și completarea planului de îngrijire”**. Proiectul a fost realizat în parteneriat cu **Consejo General de Enfermería** din Spania și cu sprijinul **Ambasadei României în Regatul Spaniei**.

Scopul principal al acestui proiect a fost dezvoltarea unui ghid dedicat implementării Planului de Îngrijire în România și standardizării limbajului profesional pentru asistenții medicali generaliști²³.

Activitățile Proiectului „Schimb de bune practici: Elaborarea și completarea planului de îngrijire”:

Activitatea 1 - Constituirea unui grup de experți pentru documentarea situației actuale în România

1.1 Identificarea, de către echipa de management, a echipei de experți.

1.2 Studiul de Cercetare „Stadiul actual al implementării Planului de îngrijire la nivel național”.

Obiectivul cercetării: Evaluarea nivelului de implementare a Planului de îngrijire în spitalele din România, incluzând unități medicale publice și private, de îngrijire a pacienților cu afecțiuni acute și cronice, pacienților pediatrici, maternități și unități de îngrijire paliativă.

²¹ Ghid de elaborare și dezvoltare a planului de îngrijire: <https://www.oamgmamr-vrancea.ro/ghid-de-elaborare-a-planului-de-ingrijire/>

²² ORDIN Nr. 446/2017 din 18 aprilie 2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor: https://anmcs.gov.ro/web/wp-content/uploads/2017/04/OrdinMS-446-2017-StandardeEd.II_.pdf

²³ OAMGMAMR: <https://www.oamr.ro/proiect-schimb-de-bune-practici-elaborarea-si-completarea-planului-de-ingrijiri/>

Metodologia cercetării: Instrumentul de cercetare utilizat a fost un chestionar structurat pe următoarele șase secțiuni:

- Date despre spital
- Evaluarea pacientului
- Planul de îngrijire
- Formularul de administrare a medicamentelor
- Educația pacientului
- Reglementări legislative

Perioada de completare a chestionarului: a fost 1 – 31 martie 2024.

Studiul de cercetare a fost desfășurat pe un eșantion reprezentativ de asistenți medicali, lideri în îngrijiri medicale, din diverse regiuni ale țării.

Au participat 172 de respondenți: directori de îngrijiri (47,8%) și asistenți medicali generalişti șefi (52,2%), din județe precum București, Bihor, Buzău, Covasna, Gorj, Iași, Olt, Maramureș, Teleorman, Tulcea și Vrancea.

A inclus spitale cu pacienți acuți (41,3%), cronici (12,2%), pediatrie (7,6%), obstetrică-ginecologie (1,2%) și 37,8% spitale de alte categorii (spitale de urgență, municipale, de monospecialitate, spitale orașenești și institute). Majoritatea unităților medicale (92,4%) au fost spitale publice.

Rezultatele studiului relevă că Planul de îngrijire este reglementat și implementat în 96,5% din spitale, în timp ce 2,9% dintre spitale utilizează doar formulare destinate înregistrărilor îngrijirilor. Planul de îngrijire nu este implementat în 0,6% din spitale.

Implementarea Planului de îngrijire a generat rezultate variate în spitalele participante, evidențiind impactul acestuia asupra calității serviciilor și siguranței pacienților:

- Reducerea evenimentelor adverse asociate actului medical (EAAAM) în 60,6% dintre spitale;
- Reducerea evenimentelor adverse asociate administrării medicamentelor, raportată în 50% dintre spitale;
- Creșterea gradului de satisfacție a pacienților observată în 64,7% dintre spitale, demonstrând o mai bună implicare a echipelor medicale în îngrijirea holistică a pacienților;
- Scăderea duratei de spitalizare raportată în 17,1% dintre spitale, ceea ce indică o eficiență mai mare a îngrijirilor oferite;
- Eficientizarea activității de îngrijire și creșterea gradului de implicare a asistenților medicali generalişti în îngrijiri autonome, semnalând că aceste aspecte necesită îmbunătățiri suplimentare în doar 0,6% dintre spitale.

În 20% dintre spitale, implementarea Planului de îngrijire nu a condus la îmbunătățiri semnificative în îngrijirea pacienților.

Rezultatele studiului evidențiază de asemenea, un consens larg în rândul asistenților medicali generaliști cu privire la importanța implementării unui Plan de îngrijire standardizat la nivel național. Astfel, 91,8% dintre respondenți consideră esențială existența unui astfel de plan, ceea ce subliniază necesitatea uniformizării și standardizării proceselor de îngrijire medicală în toate unitățile spitalicești din România. De asemenea, 98,2% dintre asistenții medicali generaliști recunosc nevoia de instruire continuă privind utilizarea Planului de îngrijire. Aceasta reflectă o conștientizare ridicată a importanței pregătirii profesionale în vederea aplicării corecte și eficiente a acestui instrument, dar și o deschidere spre formarea continuă pentru îmbunătățirea calității serviciilor de îngrijire.

Concluziile studiului: Este necesar ca deficiențele privind desfășurarea procesului de îngrijire să fie corectate prin actualizarea reglementărilor privind documentarea și completarea Planului de îngrijire, standardizarea terminologiei în îngrijirile medicale, instruirea personalului și digitalizarea proceselor, pentru a asigura o practică uniformă și eficientă în toate unitățile medicale.

Educația pacientului realizată de asistenții medicali generaliști sprijină recuperarea și prevenirea complicațiilor dar și creșterea gradului de implicare al pacientului în propria îngrijire (self management), contribuind astfel la o experiență medicală mai eficientă și mai personalizată. Dezvoltarea de instrumente educaționale personalizate adaptate nevoilor fiecărui pacient, standardizarea documentării educației pacientului, distribuirea de broșuri sugestive facil de înțeles și parcurs, precum și monitorizarea constantă a rezultatelor intervențiilor educaționale, ar putea fi recomandări importante care să contribuie la îmbunătățirea și menținerea nivelului de independență a pacientului în gestionarea stării de sănătate.

Standardizarea națională a Planului de îngrijire este o cerință unanim recunoscută, iar elaborarea unui ghid național complet și aplicabil în toate categoriile de unități medicale ar contribui semnificativ la uniformizarea îngrijirilor și la reducerea discrepanțelor dintre spitale și chiar secții de spital.

Organizarea de programe de instruire dedicate asistenților medicali generaliști este o direcție esențială pentru a asigura o implementare adecvată a Planului de îngrijire. Aceste programe ar trebui să includă atât aspecte teoretice cât și exerciții practice, pentru adaptarea la nevoile specifice din diferite unități medicale.

Monitorizarea implementării și integrarea feedback-ului oferit de asistenții medicali generaliști ar putea contribui la o aplicare eficientă și la identificarea adecvată a provocărilor întâmpinate în utilizarea Planului de îngrijire.

Mai multe date despre Studiul de Cercetare “Stadiul actual al implementării Planului de îngrijire la nivel național” regăsiți în Anexa 1.

Standardizarea terminologiei în îngrijirile medicale și Planul de îngrijire sunt priorități esențiale pentru creșterea calității actului medical, succesul implementării acestora depinde de: aplicarea consecventă, sprijinul acordat de echipele manageriale și de un cadru educațional și legislativ adecvat.

Activitatea 2: Organizarea și desfășurarea vizitelor de lucru la partenerul Consejo General de Enfermería din Spania

2.1 Selectarea grupului țintă: format din 84 de persoane, perioada ianuarie – martie 2024; Au fost selectați, conform Metodologiei Proiectului, câte un asistent medical generalist, moașă sau asistent medical care își desfășoară activitatea într-o secție de spital și care au în responsabilitate elaborarea și completarea planului de îngrijiri și un Director de îngrijiri/asistent șef spital/asistent șef secție din fiecare județ; acestui grup s-au alăturat membri ai grupului de experți, președinți ai filialelor OAMGMAMR, membrii echipei de management al proiectului.

2.2 Organizarea și desfășurarea vizitelor de lucru la partenerul Consejo General de Enfermería din Spania, Aprilie - Noiembrie 2024: Scopul schimbului de experiență: Identificarea celor mai bune practici de îngrijire medicală, cu suportul partenerului spaniol, în vederea atingerii obiectivelor propuse în proiect.

2.3 Analizarea propunerilor formulate de grupul țintă: Participanții au oferit perspective valoroase privind: Utilizarea Modelului lui Marjory Gordon în documentația de îngrijire, utilizarea terminologiilor standardizate NANDA-I, NIC și NOC în practica de îngrijire și în practica clinică, utilizarea sistemului ATIC (Arquitectura de las Taxonomías de Intervenciones de Enfermería y Clasificaciones), dezvoltat la nivel național încă din anul 1992, cu rezultate și beneficii necontestate.

Analiza SWOT privind Implementarea Planului de Îngrijire la nivel național.

Punct de vedere al experților care au participat la schimbul de experiență

Analiza SWOT reprezintă un instrument important pentru evaluarea implementării Planului de Îngrijire la nivel național. Această analiză permite identificarea aspectelor pozitive și a punctelor slabe, oferind totodată o perspectivă clară asupra oportunităților de îmbunătățire și a potențialelor amenințări.

Procesul de colectare a datelor s-a bazat pe contribuțiile experților din domeniu, care au participat activ la sesiunile de schimb de experiență. Aceste contribuții au fost centralizate și analizate pentru a oferi o imagine de ansamblu obiectivă și detaliată asupra implementării standardelor de îngrijire.

<p style="text-align: center;">Puncte forte (Strengths)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cadrul legislativ de sprijin: OUG 144/2008 cu modificările și completările ulterioare, Documente emise de ANMCS. • Colaborarea internațională: Parteneriatul cu Consejo General de Enfermería din Spania și utilizarea experienței acestora. • Metodologie bazată pe dovezi: Utilizarea și integrarea practicilor internaționale contribuie la realizarea unui ghid adaptat contextului local. • Angajamentul OAMGMAMR pentru promovarea standardizării în îngrijirile medicale pentru creșterea calității și siguranței. 	<p style="text-align: center;">Puncte slabe (Weaknesses)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentarea îngrijirilor este percepută ca fiind „prea extinsă și complicată”, ocupând peste 40% din timpul de muncă al asistenților medicali generaliști în defavoarea timpului acordat pacientului, fiind văzută ca o „îngrijire centrată pe documente” și o „pierdere de timp”. • Evaluarea în baza celor 14 nevoi fundamentale este percepută ca greoaie și nerelevantă pentru practica clinică. • Prea multe câmpuri de tip „bifă” neexplicate care conduc la completarea superficială, fără o analiză detaliată. • Structura inadecvată a documentației în care excesul de detalii și lipsa concluziilor clare duc la o documentare incoerentă. • Lipsa individualizării Planului de Îngrijire: în care documentația nu reflectă suficient starea specifică a pacientului. • Utilizarea neadecvată a abrevierilor fără explicații clare, ceea ce îngreunează înțelegerea documentelor. • Lipsa Terminologiei standardizate • Lipsa resurselor științifice necesare pentru realizarea formatului digital al Planului de îngrijire.
<p style="text-align: center;">Oportunități (Opportunities)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acces la Cursuri de Educație Medicală Continuă: Asistenții medicali generaliști pot beneficia de programe de formare continuă pentru actualizarea cunoștințelor și abilităților. • Inițiative precum „Schimburi de bune practici”: Colaborările internaționale sprijină adoptarea unei terminologii standardizate și a unor practici moderne. • Documentarea adecvată: pe lângă creșterea calității și continuității îngrijirii, Planurile de îngrijire documentate corect pot contribui la nevoia de actualizare a normativelor de personal și a strategiilor de sănătate. • Reglementarea Planului de Îngrijire: Integrarea acestuia în politicile naționale poate crește calitatea îngrijirilor și implicit starea de bine a pacienților. • Valorizarea profesiei, îmbunătățirea vizibilității și rolului asistentului medical generalist în sistemul de sănătate din România. 	<p style="text-align: center;">Amenințări (Threats)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lipsa reglementărilor specifice: Absența unor reglementări clare (precum cele pentru FOCG) pot afecta implementarea. • Abordarea superficială a documentării: Lipsa unei instruiți adecvate poate duce la completări necorespunzătoare ale planurilor de îngrijire. • Situații de criză: Crize precum pandemia Covid-19 pot pune presiune pe sistemul de sănătate, afectând implementarea. • Rezistența la schimbare: Profesioniștii pot manifesta reticență față de adoptarea noilor practici și standarde.

Concluzie: Analiza SWOT evidențiază atât puncte forte care demonstrează progres și colaborare, cât și aspecte care necesită îmbunătățiri semnificative. Implementarea Planului de Îngrijire la nivel național necesită o abordare integrată, care să combine consolidarea punctelor tari, remediarea deficiențelor și valorificarea oportunităților, cu scopul de a standardiza și optimiza calitatea îngrijirilor în sistemul medical din România.

Activitatea 3: Realizarea unui Ghid bazat pe dovezi pentru elaborarea și implementarea Planului de îngrijire a pacientului adult, care să utilizeze terminologie standardizată de îngrijire medicală.

Partea I

Ghid pentru elaborarea și implementarea Planului de Îngrijiri și de Standardizare a Terminologiei de Îngrijire Medicală pentru Asistenții Medicali Generaliști (STIMA) din România

Scopul ghidului

Prin utilizarea metodologiilor propuse, **Ghidul STIMA** se dorește a fi un suport structurat pentru asistenții medicali generaliști din România, contribuind la o abordare uniformă și eficientă a proceselor de îngrijire medicală.

Facilitând implementarea unor practici standardizate în diverse contexte clinice, cu accent pe dezvoltarea și implementarea unor Planuri de îngrijire a pacienților individualizate și eficiente, Ghidul STIMA răspunde nevoii urgente de utilizare a unei documentații structurate, care să asigure coerență și calitate îngrijirilor acordate pacienților în mediile clinice, medicale și chirurgicale.

Obiective principale

1. Introducerea unei abordări unificate și bazate pe dovezi pentru elaborarea Planului de îngrijire.
2. Sprijinirea dezvoltării profesionale a asistenților medicali generaliști prin integrarea bunelor practici internaționale în contextul local.
3. Promovarea colaborării interdisciplinare pentru susținerea unei îngrijiri centrate pe pacient.
4. Facilitarea utilizării terminologiilor standardizate pentru o documentare și comunicare mai eficiente și pentru sprijinirea cercetării.

Principii directoare

- **Îngrijire holistică:** Abordarea bunăstării pacienților, ținând seama simultan de componentele fizice, mentale, emoționale, sociale și spirituale ale sănătății.
- **Practici bazate pe dovezi,** prin integrarea celor mai relevante descoperiri în activitatea curentă a asistenților medicali generaliști.
- **Creșterea vizibilității și consolidarea rolului asistenților medicali generaliști** în sistemul de sănătate din România.

Avantajele elaborării și implementării unui Plan de îngrijire bazat pe dovezi

Aplicarea dovezilor științifice în elaborarea și implementarea Planului de îngrijire este o practică esențială pentru îngrijiri medicale sigure, eficiente și centrate pe pacient.

- **Eficiență și rezultate mai bune pentru pacienți:** Practicile bazate pe dovezi s-au dovedit a fi eficiente în îmbunătățirea rezultatelor pacienților, ca de exemplu reducerea simptomelor, accelerarea recuperării și scăderea riscului de complicații. Utilizarea dovezilor științifice înseamnă adoptarea unor metode testate, care și-au demonstrat valoarea în studii științifice riguroase.
- **Asigurarea siguranței pacienților:** Un Plan de îngrijire bazat pe dovezi minimizează riscurile de utilizare a unor intervenții de îngrijire ineficiente sau chiar dăunătoare. Astfel, deciziile clinice sunt fundamentate pe date științifice și nu pe practici empirice sau învechite.
- **Standardizarea practicii clinice:** Planurile de îngrijire bazate pe dovezi oferă o abordare consecventă și predictibilă în îngrijirea pacienților, indiferent de unitatea medicală sau asistentul medical generalist implicat. Aceasta contribuie la uniformizarea calității serviciilor.
- **Optimizarea resurselor:** Utilizarea dovezilor științifice permite implementarea unor intervenții eficiente, reducând astfel risipa de resurse (timp, bani, echipamente, etc.) în direcții care nu aduc beneficii reale.
- **Adaptare la progresul științific:** Medicina este un domeniu dinamic, în care apar constant noi tehnologii și descoperiri. Planul de îngrijire trebuie să reflecte aceste schimbări pentru a rămâne relevant și eficient.
- **Asumarea responsabilității profesionale:** Asistenții medicali generalişti au responsabilitatea etică și profesională de a oferi pacienților cele mai bune îngrijiri posibile. Dovezile științifice asigură îndeplinirea acestei obligații.

Colaborarea interdisciplinară

Ghidul STIMA subliniază importanța colaborării interdisciplinare în cadrul echipei medicale. În contextul actual, asigurarea unei îngrijiri medicale de calitate necesită implicarea coordonată a medicilor, asistenților medicali generalişti, farmaciștilor, dieteticienilor, fizioterapeuților, asistenților sociali și a altor profesioniști din domeniul sănătății. Asistenții medicali generalişti joacă un rol central în coordonarea îngrijirilor și în menținerea unei comunicări eficiente între membrii echipei medicale, contribuind la atingerea obiectivelor stabilite.

Metodologia de cercetare

Având în vedere resursele limitate pentru elaborarea acestui ghid, experții grupului de lucru au decis utilizarea Metodologiei ADAPTE ca un proces structurat și eficient, care facilitează adaptarea ghidurilor internaționale la contextul local.

Procesul permite utilizarea ghidurilor deja existente, bazate pe dovezi științifice, ajustându-le astfel încât să fie relevante și aplicabile în contextul specific al unei regiuni sau instituții²⁴.

Etapele esențiale ale metodologiei ADAPTE

1. Selectarea ghidurilor relevante:

- Identificarea și evaluarea ghidurilor internaționale disponibile, printr-o analiză rapidă a literaturii de specialitate.
- Alegerea ghidurilor care corespund cerințelor locale dar care respectă totodată standardele internaționale de calitate și metodologie de cercetare științifică.

2. Analizarea contextului local. Această etapă a avut scopul de a identifica factorii de influență în implementarea ghidului.

- Resursele disponibile: personal medical, echipamente, infrastructură și resurse financiare.
- Condițiile și particularitățile locale: cultura organizațională, nivelul de educație a personalului și nevoile pacienților.
- Restricțiile: barierele logistice, economice sau sistemice care ar putea afecta implementarea.

3. Adaptarea conținutului ghidurilor a presupus:

- Menținerea dovezilor științifice esențiale din ghidurile originale fără a altera recomandările fundamentate.
- Ajustarea detaliilor tehnice astfel încât să reflecte resursele, infrastructura și specificul local.
- Formularea unor recomandări clare, aplicabile, care să poată fi implementate în condițiile existente.
- Consultarea experților pentru validarea modificărilor aduse.

Avantajele metodologiei ADAPTE²⁵

- **Eficiență în timp și resurse:** Reduce semnificativ timpul necesar pentru elaborarea unui ghid nou.
- **Rigoare științifică:** Asigură utilizarea celor mai bune practici validate științific la nivel internațional.

²⁴ Amer YS, Elzalabany MM, Omar TI, Ibrahim AG, Dowidar NL. The 'Adapted ADAPTE': an approach to improve utilization of the ADAPTE guideline adaptation resource toolkit in the Alexandria Center for Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2015 Dec;21(6):1095-106.

²⁵ Wang Z, Norris SL, Bero L. The advantages and limitations of guideline adaptation frameworks. *Implementation Science*. 2018 Dec;13:1-3.

- **Flexibilitate:** Permite ajustarea ghidului la realitățile și provocările locale, fără compromisuri asupra calității.
- **Aplicabilitate sporită:** Adaptarea ghidului îl face mai ușor de implementat și acceptat de către personalul medical.

Metodologia ADAPTE asigură elaborarea unui ghid bazat pe dovezi științifice de calitate, realist și fezabil pentru implementare în condițiile locale²⁶.

În urma schimbului de experiență realizat cu partenerul spaniol, grupul de lucru a hotărât că raportarea la modelul ATIC (Arquitectura de las Taxonomías de Intervenciones de Enfermería y Clasificaciones) este de asemenea, potrivită pentru elaborarea ghidului la nivel național.

Avantajele utilizării ATIC pentru un ghid românesc

- **Standardizarea limbajului medical.** ATIC asigură utilizarea unui limbaj unificat și coerent pentru intervențiile și planurile de îngrijire, reducând ambiguitățile în interpretare. Acest aspect este crucial pentru implementarea ghidurilor la nivel național, unde diversitatea terminologică poate reprezenta o barieră.
- **Adaptabilitate la contextul local.** Modelul poate fi ajustat la specificul sistemului medical românesc, ținând cont de resursele disponibile, infrastructura și cultura profesională. ATIC este flexibil și poate fi aplicat atât în mediul urban cât și în mediul rural.
- **Sprijin în documentarea îngrijirii.** Utilizarea ATIC permite o documentare clară și sistematică a planului de îngrijire, facilitând monitorizarea și evaluarea intervențiilor. Aceasta îmbunătățește continuitatea îngrijirii între profesioniștii din sănătate.
- **Eficiență și implementare rapidă.** ATIC oferă o structură organizată, care poate fi utilizată ca bază pentru ghiduri de îngrijire în timp scurt. Standardele sale sunt validate și pot fi integrate în practică fără a fi necesară dezvoltarea unor noi clasificări.
- **Orientare spre rezultate și evaluare.** Modelul permite evaluarea rezultatelor îngrijirii, fiind centrat pe obiective clare și măsurabile. Ghidurile dezvoltate pe baza ATIC contribuie astfel la îmbunătățirea calității serviciilor medicale și la creșterea satisfacției pacienților.
- **Interoperabilitate.** ATIC este compatibil cu alte clasificări internaționale precum NANDA, NIC și NOC, facilitând integrarea datelor în sisteme informatice de sănătate (dosarul electronic al pacientului).
- **Cost-eficiență.** Implementarea unui model deja validat precum ATIC reduce timpul și costurile necesare pentru dezvoltarea unui sistem de documentare complet nou.

Relevanță pentru îngrijirile medicale în România

Logica care stă la baza structurii și conținutului ATIC derivă din reconceptualizarea **Procesului de acordare a îngrijirilor sau a Procesului de îngrijire medicală.**

²⁶ Harrison MB, Graham ID, van den Hoek J, Dogherty EJ, Carley ME, Angus V. Guideline adaptation and implementation planning: a prospective observational study. *Implementation science*. 2013 Dec;8:1-4.

Aceasta reprezintă o interpretare care definește Procesul de îngrijire ca fiind neliniar și iterativ, în care sunt vizate următoarele etape:

- EVALUAREA INIȚIALĂ a stării pacientului.
- Generarea unui sau mai multor DIAGNOSTICE DE ÎNGRIJIRE.
- PLANIFICAREA intervențiilor de îngrijire.
- IMPLEMENTAREA intervențiilor de îngrijire.
- EVALUAREA CONTINUĂ a stării și evoluției pacientului, cu adaptarea permanentă a judecăților și intervențiilor specifice.
- EVALUAREA FINALĂ a rezultatelor îngrijirilor acordate pacientului.

Contextul organizațional al furnizării îngrijirilor și expertiza clinică a fiecărui asistent medical generalist sunt factori care influențează procesul și rezultatele pentru persoanele îngrijite.

Conținutul diagnosticilor de îngrijire în ATIC este elaborat luând în considerare ipoteza conform căreia nivelul de expertiză clinică al fiecărui asistent medical generalist condiționează capacitatea sa de diagnosticare.

ATIC reprezintă un instrument relevant, modern și eficient pentru dezvoltarea ghidurilor de îngrijire în România, facilitând practica bazată pe dovezi și îmbunătățind calitatea serviciilor medicale.

Rolul Planurilor de îngrijire

Planurile de îngrijire sunt instrumente esențiale în practica medicală, oferind un cadru structurat pentru o abordare holistică, individualizată și consecventă a îngrijirilor. Acestea ghidează asistenții medicali generaliști în evaluarea pacientului, diagnosticarea nevoilor de îngrijire, planificarea îngrijirilor necesare, stabilirea intervențiilor adecvate, precum și în evaluarea continuă și finală a îngrijirilor acordate.

Rolul principal al unui plan de îngrijire este de a asigura că nevoile pacientului sunt satisfăcute într-un mod sistematic prin: identificarea problemelor sale de sănătate, stabilirea priorităților de îngrijire, abordare proactivă a furnizării îngrijirilor medicale orientate către obiective, prevenirea complicațiilor și asigurarea continuității îngrijirii.

Un plan de îngrijire bine structurat servește drept ghid cuprinzător pentru furnizorii de îngrijire medicală, subliniind intervențiile specifice care abordează nevoile fizice, psihologice și sociale ale pacientului.

În peisajul actual al asistenței medicale moderne, în care nevoile pacienților devin din ce în ce mai complexe, Planul de îngrijire contribuie la eficientizarea intervențiilor dar și la prevenirea fragmentărilor îngrijirilor medicale, deficiențelor de comunicare între furnizorii de îngrijire și erorilor de tratament, probleme care, în cele din urmă, pot duce la rezultate mai slabe pentru pacienți.

Potrivit lui Richard Hogston, prin utilizarea standardelor REEPiG (Realistic Explicit Evidence-based Prioritised Involved Goal-centre), un Plan de îngrijire²⁷ eficient trebuie să fie:

- **Realist** - având în vedere resursele disponibile.
- **Explicit formulat** - precizează clar ce trebuie făcut, pentru a evita interpretările greșite ale instrucțiunilor.
- **Bazat pe dovezi** - sprijinit de cercetări care susțin ceea ce este propus.
- **Prioritizat** - Prioritizarea intervențiilor în raport cu problemele de sănătate ale pacientului.
- **Implicativ** - Implică pacientul și membrii echipei multidisciplinare în acordarea îngrijirilor.
- **Centrat pe obiective** - Planul de îngrijire trebuie să atingă și să îndeplinească obiectivele stabilite în contextul clinic.

Etapele unui Plan de îngrijire eficient

Un Plan de îngrijire bine structurat include etape cheie, fiecare având un scop specific în furnizarea de îngrijire centrată pe pacient.

Planul de îngrijire urmează **Etapele Procesului de îngrijire** configurate în Figura 1.

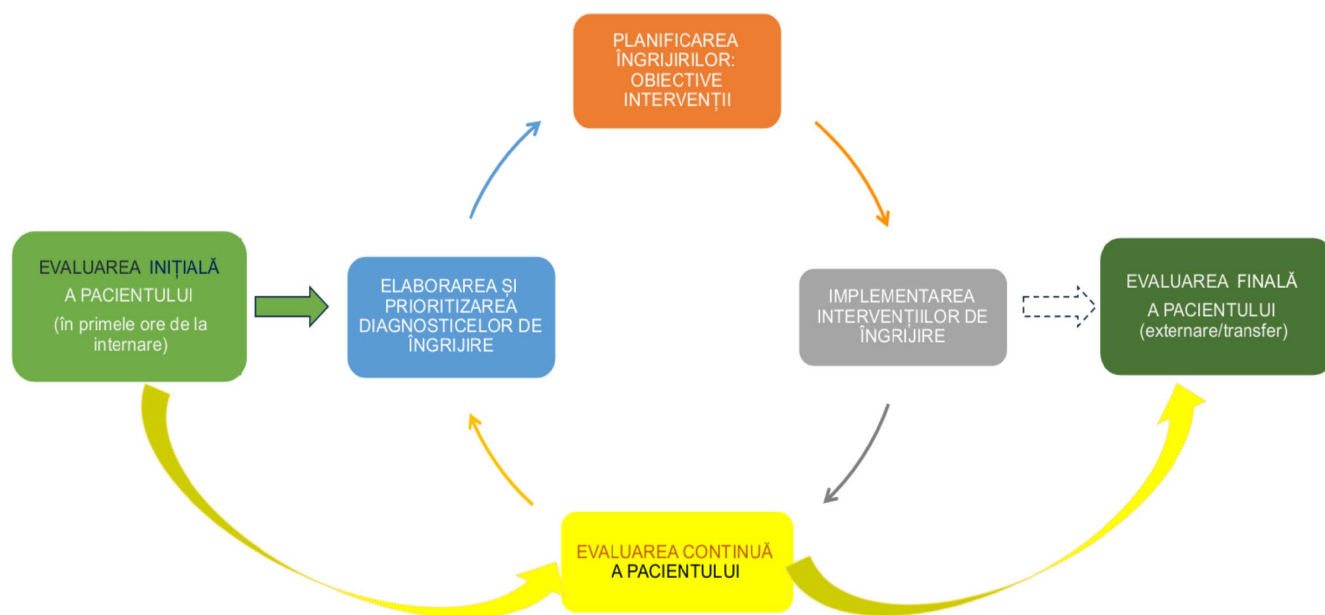


Figura 1. Model adaptat Etapele Planului de îngrijire

Diagrama de mai sus ilustrează un proces ciclic, iterativ și structurat al elaborării Planului de îngrijire pornind de la **Evaluarea inițială** a pacientului și terminând cu **Evaluarea finală**, care permite adaptarea continuă a acestuia, în raport cu starea și evoluția pacientului.

Aceasta evidențiază un proces flexibil, adaptabil și centrat pe pacient, care urmărește evaluarea și îmbunătățirea continuă a îngrijirii, în funcție de nevoile și evoluția individualizată a fiecărui pacient.

²⁷ Hogston R, Marjoram B. Foundations of nursing practice: themes, concepts and frameworks. Bloomsbury Publishing; 2011 Apr 1.

Conform legislației naționale în vigoare, îngrijirile medicale sunt furnizate de asistenții medicali generaliști direct pacientului, având responsabilitatea de a planifica, organiza, evalua și furniza serviciile de îngrijire specifice²⁸. Responsabilitățile profesionale sunt realizate în baza a două competențe esențiale: judecata clinică (raționamentul clinic) și gândirea critică.

Judecata clinică sau **Raționamentul clinic**²⁹ este un proces cognitiv complex, definit ca un rezultat observat al gândirii critice și al procesului de luare a deciziilor. Asistenții medicali utilizează cunoștințele profesionale de îngrijire pentru a observa și a evalua situația și preocupările prioritare ale pacientului, generând cele mai bune soluții bazate pe dovezi de îngrijiri medicale sigure și de calitate³⁰.

Judecata/Raționamentul clinic pot fi deductive sau inductive:

- Prin **judecată/raționament clinic deductiv**, asistenții medicali analizează informațiile și elaborează concluzii logice și bine fundamentate în baza observațiilor și a datelor obținute din evaluarea pacientului.
- **Judecata/raționamentul clinic inductiv** include observarea indiciilor, generalizarea și dezvoltarea ipotezelor. Indiciile sunt date care completează constatările, semnalând asistentului medical o posibilă problemă sau o nevoie de îngrijire a pacientului. Asistentul medical organizează aceste indicii în tipare și creează o generalizare. Generalizarea este o judecată formată dintr-un set de fapte, indicii și observații și este similară cu adunarea pieselor unui puzzle pentru a obține o imagine mai clară. În baza generalizărilor create din tiparele de date, asistentul medical creează o ipoteză privind o problemă a pacientului. O ipoteză este o explicație propusă pentru o situație, încercând să explice cauza unei probleme. Dacă se identifică cauza, atunci asistentul medical generalist poate explora o soluție.

Gândirea critică reprezintă abilitatea asistenților medicali generaliști de a analiza, evalua și sintetiza datele și informațiile medicale obținute din evaluarea pacientului, pentru a dezvolta un Plan de îngrijire eficient și personalizat. Această competență implică aplicarea cunoștințelor teoretice și a experienței practice într-un mod reflexiv și bine structurat, astfel încât deciziile clinice și intervențiile de îngrijire să fie adecvate nevoilor fiecărui pacient. Prin utilizarea gândirii critice se poate afirma că fiecare aspect al îngrijirii este bine fundamentat, riscurile sunt minimizate și îngrijirea oferită este adaptată nevoilor individuale ale pacientului, ceea ce duce la îmbunătățirea calității îngrijirilor medicale³¹.

²⁸ OUG nr. 144/2008, ordonanța de urgență privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România – Art. 8.

²⁹ Levett-Jones T, Hoffman K, Dempsey J, Jeong SY, Noble D, Norton CA, Roche J, Hickey N. The 'five rights' of clinical reasoning: an educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk' patients. *Nurse Educ Today*. 2010 Aug;30(6):515-20. doi: 10.1016/j.nedt.2009.10.020. Epub 2009 Nov 30. PMID: 19948370.

³⁰ Holman H. Chronic disease—the need for a new clinical education. *Jama*. 2004 Sep 1;292(9):1057-9.

³¹ Zuriguel Perez E, Lluch Canut MT, Falco Pegueroles A, Puig Llobet M, Moreno Arroyo C, Roldan Merino J. Critical thinking in nursing: Scoping review of the literature. *International journal of nursing practice*. 2015 Dec;21(6):820-30.

Etapa de Evaluare a pacientului

Este un proces continuu, realizat pe parcursul întregii perioade de îngrijire, de la internare până la externarea pacientului.

În acest context, procesul de evaluare poate fi structurat astfel:

1. Evaluarea inițială a pacientului
2. Evaluarea continuă a pacientului
3. Evaluarea finală a pacientului

Etapa de evaluare a procesului de îngrijire este fundamentală pentru identificarea diagnosticilor de îngrijire, planificarea și implementarea intervențiilor de îngrijire adecvate. În cadrul evaluării pe tot parcursul îngrijirii pacientului (la internare - evaluare inițială, pe parcursul spitalizării - evaluare continuă și la externare/ transfer - evaluarea finală), asistenții medicali generaliști colectează sistematic și continuu date relevante privind starea de sănătate a acestuia.

1. Evaluarea inițială a pacientului - Revizuirea și actualizarea Fișei de evaluare inițială a pacientului

Implică colectarea de date despre nevoile fizice, psihologice și sociale ale pacientului. Evaluarea trebuie să fie completă, incluzând date subiective (descrierea simptomelor de către pacient) și date obiective (semnele vitale, rezultatele de laborator și testele de diagnostic).

Având în vedere punctele slabe identificate în Analiza SWOT (realizată în Activitatea 2 din proiect), membrii grupului de lucru au considerat că se impune revizuirea și actualizarea **Fișei de evaluare inițială**, pentru a oferi posibilitatea unei evaluări holistice (din cap până la picioare) a pacientului.

Noul Model de Fișă de evaluare inițială (Anexa 3) a pacientului prezentată în **Ghidul STIMA**, reprezintă o combinație dintre cele mai cunoscute Teorii din nursing: Modelul conceptual Virginia Henderson (deja utilizat la scară largă în România), Modelul conceptual Marjory Gordon (baza elaborării diagnosticilor NANDA-I) și Modelul Bio-psiho-social al lui George Engel (această abordare integrată și complexă, îmbină perspectivele clasice de nursing cu o viziune medicală holistică asupra sănătății).

Virginia Henderson a conturat **Teoria îngrijirii bazată pe 14 nevoi fundamentale**, esențiale pentru funcționarea optimă a individului: *Respirația; Nutriția și hidratarea; Eliminarea; Mișcarea; Somn și odihnă; Îmbrăcare și dezbrăcare; Menținerea temperaturii corpului în limite normale; Igiena corporală și îngrijirea aspectului fizic; Evitarea pericolelor din mediul*

Înconjurător; Comunicarea; Nevoia de a acționa conform credințelor și valorilor proprii; Ocuparea timpului într-un mod recreativ sau productiv; Nevoia de a învăța și a-și satisface curiozitatea; Nevoia de a se simți util și a realiza ceva semnificativ.

În etapa de evaluare, acest model oferă o bază structurată pentru identificarea deficitelor și nevoilor fiziologice și psihologice ale pacientului, dar este percepută ca fiind greoaie și nerelevantă pentru practica clinică.

Marjory Gordon a dezvoltat **11 Modele funcționale de sănătate**, o abordare sistematică și cuprinzătoare a evaluării pacientului, care integrează dimensiuni fiziologice, psihologice și sociale. Mai mult, modelul lui Gordon permite colectarea de date în domenii precum percepția și managementul sănătății, activitatea, rolurile sociale și coping-ul.

Astfel, cele 11 Modele funcționale sunt utilizate ca o extensie a nevoilor fundamentale identificate de Henderson, pentru a aprofunda evaluarea pacientului. De exemplu, dacă o nevoie fiziologică (somnul) este perturbată, cu ajutorul modelelor lui Gordon putem evalua impactul asupra funcționării cognitive, emoționale și sociale.

Însă, **Modelul Biopsihosocial³² al lui Engel** poate impune o viziune holistică asupra sănătății, integrând aspectele biologice, psihologice și sociale ale pacientului³³. În cele din urmă, utilizarea acestui model permite o conectare a nevoilor fiziologice și funcționale la factorii psihologici și sociali care influențează starea de sănătate. De exemplu, dacă un pacient prezintă dificultăți de respirație (modelul lui Henderson), iar acest lucru afectează mobilizarea și somnul (modelul lui Gordon), conform modelului bio-psiho-social al lui Engel, vom investiga și:

- Factori biologici: boli cronice preexistente, medicație.
- Factori psihologici: anxietatea legată de boală sau de spitalizare.
- Factori sociali: sprijinul familial, condițiile de trai și accesul la resurse.

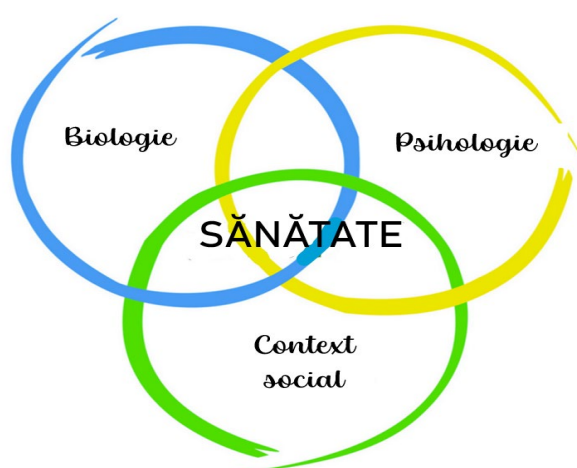


Figura 2. Model de imagine adaptat după modelul bio-psiho-social al sănătății și bolii, descris de Wise Mind Nutrition

³² Wiss, D. (2022, May 29). The integrated biopsychosocial model of health and disease. Wise Mind Nutrition. <https://wisemindnutrition.com/blog/the-biopsychosocial-model-of-health-and-disease>

³³ Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977 Apr 8;196(4286):129-36.

Combinarea celor trei modele permite o abordare multidimensională:

- Modelul Virginia Henderson identifică deficiturile și nevoile fundamentale ale pacientului.
- Modelul Marjory Gordon oferă o evaluare structurată și detaliată a funcțiilor de sănătate.
- Modelul Bio-psiho-social al lui Engel integrează informațiile în contextul complet al pacientului: biologic, psihologic și social.

Avantajele principale ale abordării multidimensionale sunt:

- Evaluare completă: Combinarea celor trei modele asigură colectarea de date complexe și corelarea lor pentru o înțelegere profundă a pacientului.
- Planificare individualizată a îngrijirii: Rezultatele evaluării oferă o bază solidă pentru crearea unui plan de îngrijire personalizat.
- Abordare holistică: Pacientul va fi evaluat nu doar ca un organism biologic, ci ca un individ cu nevoi emoționale și sociale.
- Îmbunătățirea comunicării în echipă: Limbajul structurat al modelelor facilitează comunicarea între profesioniștii din sănătate.

Fișa de evaluare inițială propusă (Anexa 3) reprezintă o punere în valoare a teoriilor clasice ale nursing-ului, adaptate la cerințele moderne ale îngrijiri medicale. Am reușit să îmbinăm pragmatismul lui Henderson, structura sistematică a lui Gordon și holismul lui Engel pentru a construi o evaluare completă și detaliată a pacientului, contribuind astfel la o îngrijire eficientă, centrată pe pacient.

Evaluarea inițială se realizează în funcție de starea pacientului astfel:

- **La pacientul stabil**, evaluarea se realizează în primele ore (8-12 ore) de la internare, conform reglementărilor interne ale spitalului.
- **La pacientul aflat în stare critică**, evaluarea se realizează imediat după internare. În acest caz, se utilizează **Fișa de evaluare inițială de urgență ABCDE** (Anexa 4)

Evaluarea gradului de independență a pacientului se realizează la internare prin aplicarea Indicelui Barthel al activităților de bază. Acest instrument se completează cel puțin la internarea și la externarea pacientului și ori de câte ori este nevoie, conform reglementărilor interne ale spitalului (Anexa 5).

Se recomandă ferm înlocuirea Scorului de Dependență (instrument utilizat cu succes în procesul de formare de bază, dar nerelevant pentru practica clinică), cu Indicele Barthel (vezi capitolul Instrumente de evaluare a pacientului)

Evaluarea inițială³⁴ a pacientului este efectuată de asistentul medical generalist care îngrijește pacientul, iar identificarea problemelor de sănătate se realizează și cu ajutorul **Instrumentelor de evaluare** după caz, cum ar fi:

- Evaluarea durerii - considerată al cincilea semn vital³⁵ (Scala numerică a durerii);
- Evaluarea riscului de cădere (Scala Hendrich II);
- Evaluare a riscului de apariție a leziunilor de presiune (Scala Braden);
- Evaluare a Flebitei (Scorul Visual Infusion Phlebitis -VIPS);
- Evaluare a pacientului privind riscul de apariție a infecțiilor (Instrument de evaluare individuală a pacientului privind riscul de apariție a infecțiilor);
- Evaluarea plăgilor, atunci când este cazul (Instrumentul Bates-Jensen);

Sau orice alt instrument de evaluare a pacientului, bazat pe dovezi, considerat necesar în îngrijirea pacientului, care a fost aprobat și implementat în prealabil prin procedură în unitatea medicală respectivă.

Instrumentele de evaluare a pacientului sunt dezvoltate prin studii de cercetare științifică și sunt special concepute pentru a facilita furnizarea unei îngrijiri bazate pe dovezi și a promova siguranța pacientului și îngrijirile de sănătate de calitate.

Asistenții medicali generaliști pot aplica aceste instrumente de evaluare după o instruire teoretică și practică adecvată.

Notă:

În secțiile de Anestezie și Terapie Intensivă (ATI) se vor aplica reglementările interne și procedurile specifice unității medicale privind utilizarea instrumentelor și fișelor de îngrijire.

Colectarea datelor

Indiferent de momentul la care este efectuată evaluarea (inițială și continuă), pot fi colectate două tipuri de date:

- **Datele subiective** sunt informații obținute de la pacient și/sau membrii familiei și oferă indicii importante din perspectiva acestora (ceea ce simte sau experimentează pacientul). Acest tip de date este deschis interpretării și se poate modifica în funcție de persoana care furnizează datele. Sunt date calitative (nenumere) și valoroase deoarece furnizează informații esențiale despre aspectele psiho-sociale, emoționale și spirituale ale stării de sănătate a pacienților.

Ele adaugă detalii importante datelor obiective și nu trebuie dovedite, fiind considerate valide deoarece oferă o perspectivă asupra sentimentelor și experiențelor pacientului (chiar dacă, în unele cazuri, pot contrazice în mod direct datele obiective disponibile).

³⁴ Toney-Butler et al, 2022. Nursing Admission Assessment and Examination.

³⁵ Campbell, 2016. The fifth vital sign revisited. PAIN: January 2016 - Volume 157 - Issue 1 - p 3-4

Datele subiective sunt esențiale pentru a înțelege experiența pacientului și pentru a îmbunătăți satisfacția acestuia. Pot oferi o perspectivă asupra preferințelor și convingerilor pacientului, permițând asistenților medicali generaliști să ofere îngrijiri adaptate din punct de vedere cultural.

Este important ca asistentul medical generalist să stabilească o relație de încredere cu pacientul pentru a obține date subiective relevante, prin intermediul cărora să poată identifica nevoile de îngrijire ale acestuia.

Există două categorii de **informații subiective: primare și secundare:**

- ❖ **Datele subiective primare** sunt informațiile furnizate direct de către pacient. Pacienții sunt cea mai bună sursă de informații cu privire la experiențele și sentimentele lor, iar un asistent medical generalist care ascultă activ un pacient va afla informații valoroase, promovând totodată un sentiment de bunăstare.
- ❖ **Date subiective secundare** sunt informațiile colectate de la un membru al familiei. Membrii familiei pot oferi informații importante, mai ales în cazul persoanelor cu deficiențe de memorie, sugari și copii.

Pentru a înțelege mai bine perspectivele pacienților și pentru a oferi rezultate îmbunătățite acestora, este necesar efortul de a colecta date atât din surse primare cât și din surse secundare.

- **Datele obiective** pot oferi o imagine de ansamblu și cuprinzătoare asupra stării actuale de sănătate a pacientului. Reprezintă orice informație pe care asistentul medical generalist o poate observa cu ajutorul simțurilor (auz, văz, miros și palpare).

Datele obiective ale pacientului sunt de obicei colectate în timpul etapei de evaluare inițială, atunci când asistentul medical generalist monitorizează simptomele și încearcă să înțeleagă perspectiva pacientului.

Sunt reproductibile, astfel încât un alt asistent medical generalist poate obține cu ușurință aceleași date. Câteva exemple de date obiective includ: valorile funcțiilor vitale, constatările examenului fizic și rezultatele investigațiilor paraclinice. Acestea nu sunt interpretabile și nu se modifică în funcție de observator sau de contextul în care sunt colectate.

Pot oferi o perspectivă clinică asupra oricăror probleme sau probleme potențiale de sănătate și pot permite profesioniștilor din sănătate să vadă impactul îngrijirii pacientului în timp.

În plus, datele obiective permit asistenților medicali generaliști să evalueze eficacitatea intervențiilor de îngrijire, asigurându-se că toți pacienții primesc cea mai sigură și eficientă îngrijire. În general, cadrul clinic este dinamic, iar asistenții medicali generaliști iau decizii rapide pentru a asigura sănătatea și bunăstarea pacienților.

Datele obiective facilitează luarea deciziilor informate și bazate pe dovezi pentru pacienți.

Pe măsură ce tehnologia continuă să avanseze, devine din ce în ce mai ușor pentru asistenții medicali generaliști să colecteze în mod continuu datele necesare.

O modalitate cunoscută de a descrie datele subiective și obiective este prin „semne” versus „simptome”:

- **Semnele** sunt date pe care asistentul medical generalist le colectează în timpul unei evaluări: valorile funcțiilor vitale, inspecția vizuală, auscultația, rezultatele de laborator etc., fiind date care pot fi confirmate în mod obiectiv.
- **Simptomele** sunt date furnizate de pacient atunci când acesta descrie ceea ce simte. Deși nu sunt mai puțin valoroase pentru evaluarea clinică, adesea nu există nici o modalitate de a confirma în mod obiectiv simptomele. Spre exemplu, un pacient poate raporta asistentului medical generalist că simte greață. Aceasta este o experiență subiectivă, deoarece asistentul medical generalist nu poate confirma că pacientul are greață, ci doar interpretează ceea ce îi spune pacientul. Asistentul medical generalist poate observa în mod obiectiv că pacientul este palid, tahicardic și că a avut o cantitate de 300 ml de vărsătură verde (bilioasă).

Datele obiective și subiective trebuie documentate cu prioritate în Planul de îngrijire, pentru a oferi o imagine clară și comună tuturor membrilor echipei medicale. Această practică facilitează colaborarea eficientă și contribuie la menținerea standardelor de calitate în îngrijirea pacienților.

Datele relevante în evaluarea pacientului provin din trei surse:

- **Date primare** (date furnizate de pacient)
- **Date secundare** (date furnizate de aparținători)
- **Date terțiare** (documente medicale, rezultate ale investigațiilor)

Metodele de colectare a datelor în realizarea evaluării pacientului sunt:

- *Metoda interviului*
- *Metoda observării*
- *Metoda examinării fizice*

Metoda interviului pacientului include adresarea de întrebări, ascultarea activă și observarea comunicării verbale, nonverbale și paraverbale a pacientului. Consultarea Foii de Observație Clinică Generală (FOCG) înainte de interviul cu pacientul poate elimina redundanțele și permite asistentului medical generalist să se concentreze pe cele mai semnificative domenii care necesită clarificare.

Inițierea interviului debutează cu identificarea pacientului, iar pentru a iniția o relație bazată pe grijă și compasiune este necesar să:

- vă asigurați că este un loc potrivit și un moment potrivit desfășurării interviului.
- vă prezentați pacientului (nume, prenume) și să explicați rolul dvs.
- expuneți scopul interviului și timpul aproximativ planificat.
- asigurați pacientul de respectarea secretului profesional.
- solicitați pacientului permisiunea de a nota datele expuse de pacient.
- utilizați un ton adecvat în concordanță cu exprimarea verbală și nonverbală (mimică, gesturi) menținând contactul vizual cu pacientul.
- utilizați întrebări deschise pentru a da posibilitatea pacientului să expună propria percepție, sentimente, emoții, temeri, etc.
- nu emiteți judecăți preconcepționate la adresa pacientului / familiei.
- mențineți obiectivismul în relația profesională asistent medical generalist – pacient / familie.
- utilizați cunoștințele profesionale adecvate.
- adresați întrebări clare și concise.
- mențineți conversația cu pacientul cât mai natural (nu ca un inchiizitoriu) pe o perioadă cât mai redusă de timp.
- nu dați semne de neatenție, grabă, plictiseală, obligativitate profesională, etc.
- alegeți un moment potrivit pentru încheierea interviului.

Recomandări de conducere a interviului:

- Stabiliți cu pacientul relații de încredere, conexiune, susținere, înțelegere, compasiune și empatie. Având conversații deschise în care nevoile pacientului sunt auzite, asistenții medicali generaliști pot stimula sentimentul de încredere al acestuia.
- Ascultați cu răbdare și atenție, solicitați clarificări și utilizați gândirea critică. Pacienții pot să nu ofere informații importante pentru că nu își dau seama că acestea sunt relevante pentru îngrijirea lor.
- Conduceți pacientul prin întrebări structurate, clare și punctuale către obținerea informațiilor și datelor relevante. Majoritatea pacienților pot fi recunoscători că v-ați preocupat suficient pentru a întreba și a asculta.
- Urmăriți comunicarea nonverbală și limbajul corpului, acestea fiind indicii ale unor informații importante. Fiți atenți la modul în care pacientul răspunde la întrebări, dar și atunci când nu răspunde.
- Observați permanent pacientul, validați indiciile și evitați enunțarea concluziilor pripite. Un asistent medical generalist ar putea considera că un pacient care evită contactul vizual este în depresie. Totuși, prin întrebări suplimentare, ar putea descoperi că pacientul provine dintr-un context cultural care consideră contactul vizual direct ca fiind lipsit de respect, motiv pentru care evită contactul vizual.

Un exemplu de întrebări deschise care ar putea încuraja pacientul să ofere mai multe informații despre situația sa, ar putea fi:

- *Ce v-a determinat să veniți aici astăzi?*
- *Care credeți că este problema dumneavoastră?*
- *Ce credeți că a cauzat problema?*
- *Vă îngrijorează ceva anume?*
- *Ce ați încercat să faceți până acum pentru a rezolva problema?*
- *Ce ați dori să facem pentru a vă ajuta?*
- *Este ceva în plus ce ați dori să discutați astăzi?*

Metoda Observării pacientului. Este un proces psihic activ, centrat asupra pacientului (stare fizică, psihică, comportament), familiei (dinamica relațiilor, susținerea emoțională, dificultăți sociale etc.) și mediului înconjurător (condiții de viață/muncă, factori sociali și economici etc.). Poate fi utilizată în cadrul interviului, examinării fizice, cât și independent.

Astfel, se disting:

- **Observare intenționată** – planificată și controlată (parametrii stabiliți dinainte pentru a fi observați). De exemplu, pot fi observate expresiile faciale și comportamentale pentru durere.
- **Observare neintenționată** – spontană, continuă, bazată pe starea de vigilență a asistentului medical generalist pentru a identifica în mod incipient toate modificările în starea de sănătate a pacientului.

Metoda Observării presupune integritatea funcțiilor senzoriale ale asistentului medical generalist (văz, auz, miros, simț tactil).

Datele colectate prin observare sunt atât subiective (declarații verbale ale pacientului) cât și obiective (înălțime și greutate, aport nutritiv, eliminări, etc.).

Factori analizați în timpul observației sunt:

- **Factori fizici:** fizionomia, constituția, privirea și integritatea fizică generală a pacientului. (Ex. deformări osoase, răni vizibile, postura corpului).
- **Factori psihologici:** starea mentală, atitudine, emoții și tiparele de gândire ale pacientului (pesimiste sau iraționale). Ex.: Impactul deciziilor asupra stării mentale a pacientului.
- **Factori emoționali:** stima de sine, conștiință și relațiile cu familia sau prietenii.
- **Factori sociali:** familia, prietenii, comunitatea, impactul financiar al bolii, condițiile și mediul de viață.
- **Factori spirituali:** valori personale, credințele religioase și atitudinea pacientului față de sensul vieții și al suferinței.
- **Factori culturali:** tradițiile, obiceiurile, regulile morale, comportamentele sociale și practicile alimentare.

Metoda examinării fizice. Este o componentă esențială a procesului de îngrijire medicală, permițând profesioniștilor din domeniu să colecteze date relevante despre starea de sănătate a pacientului. Aceasta contribuie la identificarea problemelor existente, la stabilirea unui diagnostic de îngrijire și la monitorizarea progresului pacientului. Examinarea fizică implică utilizarea metodelor de: *Inspecție, Palpare, Percuție și Auscultație (IPPA)*, care se desfășoară într-un mod sistematic și organizat.

- **Inspecția** – reprezintă prima etapă a examinării fizice, puțin invazivă, care implică observarea pacientului cu scopul de a identifica semne vizibile (modificări de culoare a pielii, forma corpului, postura, mișcări anormale). Aceasta furnizează o bază de referință pentru tehnicile ulterioare.
- **Palparea** – implică utilizarea simțului tactil în vederea identificării anomaliilor, variațiilor de temperatură, sensibilității la atingere și existenței zonelor dureroase, etc.
- **Percuția** – tehnică utilizată pentru a emite sunete prin tapotarea ușoară a regiunilor corpului. Permite evaluarea densității țesuturilor subiacente, identificând prezența aerului, lichidului sau a unei mase solide.
- **Auscultația** – tehnică ce constă în ascultarea sunetelor produse de corp prin utilizarea unui stetoscop. Este utilizată în special pentru evaluarea sistemului cardiovascular, pulmonar și digestiv.

Examinarea fizică permite identificarea semnelor normale și anormale, oferind indicii esențiale pentru diagnostic și planificarea îngrijirilor. Este o practică personalizată, adaptată la nevoile specifice ale fiecărui pacient, luând în considerare factori precum vârsta, starea de sănătate și contextul cultural.

Asistenții medicali generaliști trebuie să abordeze examinarea fizică cu empatie și profesionalism, asigurând confortul și siguranța pacientului.

De asemenea, este importantă dezvoltarea unei judecăți clinice solide pentru a integra datele colectate și a lua decizii informate în îngrijirea pacientului.

Prin utilizarea tehnicilor IPPA (Inspecție, Palpare, Percuție și Auscultație) într-un mod eficient și bine organizat, examinarea fizică devine un instrument valoros în furnizarea unor îngrijiri medicale de calitate, centrate pe pacient.

2. Evaluarea continuă a pacientului

Evaluarea continuă a pacientului este o etapă esențială a planului individualizat de îngrijire pentru că oferă informații despre evoluția pacientului, despre nevoile lui actuale (care pot să nu mai corespundă cu cele inițiale) și ajută la identificarea unor diagnostice de îngrijire suplimentare după caz, dar și la stabilirea dacă intervențiile de îngrijire trebuie încheiate, continuate sau modificate.

Ca și în cazul evaluării inițiale, pot fi utilizate instrumente de evaluare a statusului funcțional al pacientului sau instrumente de evaluare a riscului pacientului.

Evaluarea continuă a pacientului va fi efectuată cel puțin odată pe zi sau ori de câte ori este nevoie, atunci când apar modificări în condiția de sănătate a pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului și se documentează în Fișa de evaluare continuă (Anexa 6).

În aceasta etapă se documentează și **Intervențiile frecvente de îngrijire a pacientului în Fișa de intervenții frecvente** (Anexa 7), precum și **Intervențiile Dependente de recomandarea medicului** (administrarea de medicamente), înregistrate în **Fișa /Formularul de administrare a medicamentelor–FAM** (Anexa 8).

Reevaluarea poate fi efectuată prin intervenții de monitorizare și prin feedback-ul oferit de pacient sau familia acestuia, care pot raporta asistentului medical generalist dacă acestea au fost sau nu eficiente.

Dacă obiectivele/rezultatele așteptate nu au fost îndeplinite, asistentul medical generalist determină motivele și continuă îngrijirea, parcurgând etapele procesului de îngrijire.

Documentarea activității de îngrijire se realizează pe tot parcursul procesului de îngrijire fiind o acțiune importantă deoarece reprezintă dovada furnizării îngrijirilor în conformitate cu politica organizațională a unității medicale (proceduri și protocoale clinice aprobate la nivel instituțional)³⁶.

Documentarea poate fi optimizată prin utilizarea Fișelor/Diagramelor de flux detaliate, planurilor de îngrijire standardizate și computerizate, precum și prin implementarea procedurilor și protocoalelor clinice de îngrijire. Aceste instrumente contribuie la eficientizarea procesului de îngrijire și la îmbunătățirea calității serviciilor medicale.

Fișele de flux detaliate sunt instrumente utilizate în documentarea activităților medicale, având rolul de a înregistra, în mod structurat și sistematic, informațiile despre îngrijirea pacientului. Acestea oferă o vizualizare clară și detaliată a evoluției pacientului, a procedurilor efectuate și a rezultatelor obținute (Figura 3).

³⁶ Saranto et al, 2009. Evaluating nursing documentation–research designs and methods: systematic review

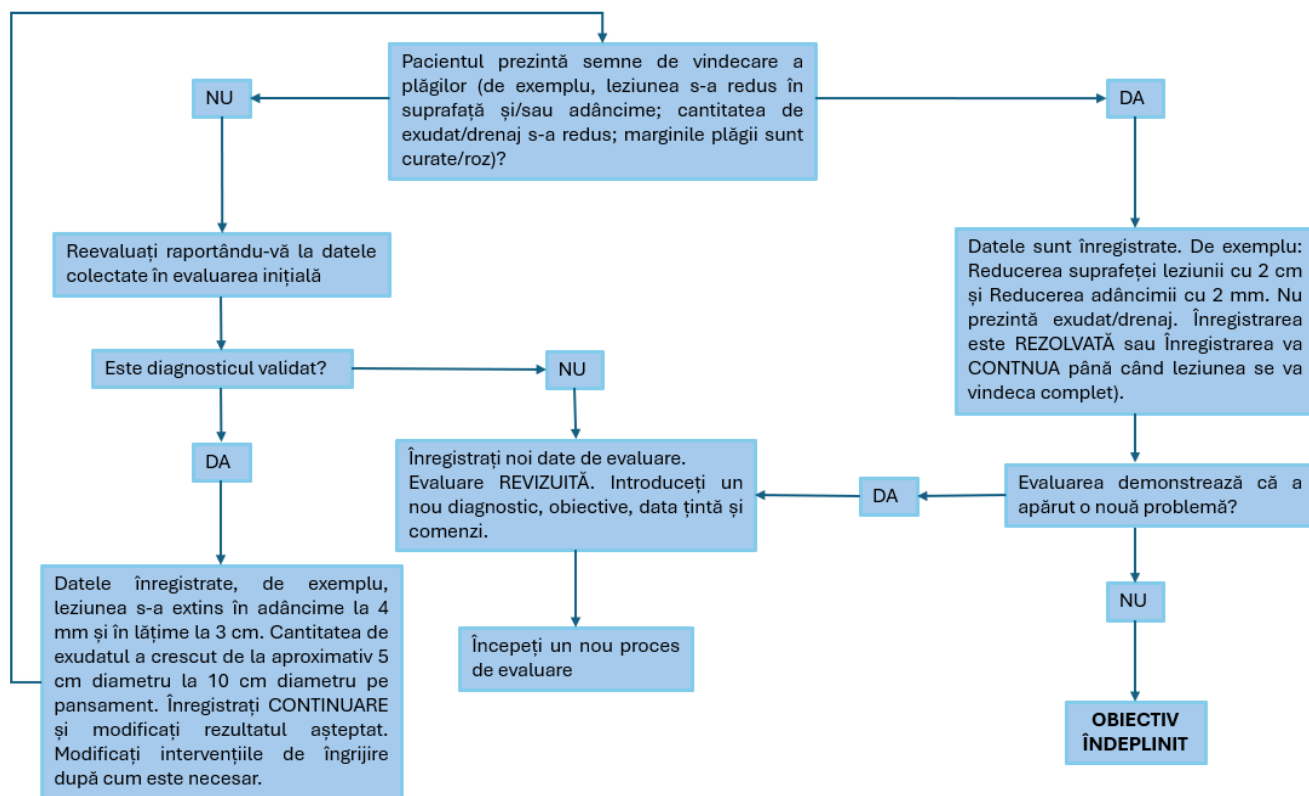


Figura 3. Evaluarea bazată pe rezultate a răspunsului pacientului la terapia medicamentoasă.
(Adaptat după Cox, HC, et al, 1996.)

Un exemplu de sistem de documentare pentru a înregistra **îngrijirile frecvente** sau repetitive într-un mod structurat și eficient este **Diagrama de focalizare** (Focus Charting³⁷) sau **Fișa DAR** (Anexa 9).

Acest format a fost conceput pentru a promova o abordare pozitivă a evaluării pacientului, concentrându-se pe nevoile și preocupările acestuia, nefiind orientat spre probleme sau diagnostice medicale. În acest sistem, informațiile sunt documentate utilizând **Fișa DAR**:

- D= Date (informații de evaluare și observații relevante),
- A= Acțiuni (intervențiile realizate de asistentul medical),
- R= Răspuns (rezultatele sau reacțiile pacientului la intervențiile aplicate).

Această abordare permite o documentare clară și orientată spre pacient, punând accent pe îngrijirile oferite și pe evoluția acestuia.

Documentarea digitalizată a îngrijirilor medicale furnizate

Informatizarea sistemului medical reprezintă integrarea tehnologiei informației și a comunicațiilor (TIC) în procesele medicale pentru a optimiza îngrijirea pacientului și managementul resurselor. Aceasta include sisteme informatice de documentare, dosare medicale electronice (DME), sisteme de management al spitalelor și soluții pentru comunicarea între profesioniștii din sănătate.

³⁷ SELVI, S. Documentation in nursing practice. International Journal of Nursing Education, 2017, 9.4: 121-123.

Adoptarea tehnologiei informatice în domeniul medical este susținută la nivel internațional³⁸, fiind recunoscut faptul că Tehnologia informației și comunicațiilor (TIC) poate reduce erorile de prescripție cu până la 81%.

Accesul la computere, fie printr-o locație centralizată, terminale amplasate lângă patul pacientului sau dispozitive portabile (tablete, telefoane mobile), oferă asistenților medicali generalişti posibilitatea de a introduce și accesa în timp real datele pacienților. De asemenea, pagerele, telefoanele mobile și dispozitivele cu activare vocală îmbunătățesc comunicarea între membri echipei medicale și pacienți, reducând timpul de răspuns necesar pentru a satisface nevoile acestora³⁹.

Îngrijirea nu trebuie înregistrată înainte de a fi furnizată, deoarece ar putea exista posibilitatea ca în timpul re-evaluării pacientului înainte de efectuarea intervenției, asistentul medical generalist să decidă că intervenția nu mai trebuie efectuată sau nu mai poate fi efectuată datorită unor noi condiții medicale a pacientului.

3. Evaluarea finală a pacientului

Reprezintă etapa finală a procesului de îngrijire și se realizează cu cel puțin 30 de minute înainte de externarea sau transferul pacientului într-o altă unitate medicală.

Evaluarea finală este efectuată de asistentul medical generalist care îngrijește pacientul și care completează **Fișa de evaluare finală** (Anexa 10).

La evaluarea finală se aplică Indicele Barthel al activităților de bază și alte instrumente de evaluare care să demonstreze gradul de independență al pacientului sau capacitatea de autoîngrijire la acel moment.

Evaluarea este o activitate planificată, continuă și intenționată, în care este evaluat progresul pacientului către atingerea obiectivelor sau a rezultatelor dorite și eficacitatea planului de îngrijire medicală⁴⁰.

Importanța centrării îngrijirilor pe pacient

Pacienții sunt parteneri activi în procesul de vindecare. În acest context, este necesar ca asistenții medicali generalişti să își dezvolte din ce în ce mai mult abilitățile necesare pentru a integra preferințele pacienților în îngrijire și pentru a realiza tranziția de la o cultură a bolii la o cultură a îngrijirii și, ulterior, la o cultură a sănătății centrată pe pacient.

³⁸ Leape, LL, and Berwick, DM: Five years after to err is human: What have we learned? JAMA 293(19):2384–2390, 2005.

³⁹ Nguyen C, McElroy LM, Abecassis MM, Holl JL, Ladner DP. The use of technology for urgent clinician to clinician communications: a systematic review of the literature. Int J Med Inform. 2015 Feb;84(2):101-10. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2014.11.003. Epub 2014 Nov 15. PMID: 25444594; PMCID: PMC4272907.

⁴⁰ Vera, M. (2024, April 29). *Ultimate guide & list of care plans*. Nurseslabs. Retrieved from <https://nurseslabs.com/nursing-care-plans/>

Un concept esențial al îngrijirii centrate pe pacient a fost proiectat de Brookner în 2004⁴¹. Inițial, Cadrul VIPS a fost dezvoltat ca o extensie și clarificare a ideilor revoluționare ale lui Tom Kitwood din anii 1990⁴², referitoare la îngrijirea centrată pe persoană pentru persoanele cu demență.

Acronimul VIPS⁴³ rezumă patru elemente fundamentale ale îngrijirii centrate pe persoană:

- **V: Valoare (Value)** - Recunoașterea valorii intrinseci a fiecărei persoane, indiferent de vârstă sau de capacitatea cognitivă.
- **I: Individualitate (Individual)** - Tratarea fiecărei persoane ca pe un individ unic, cu nevoi și preferințe proprii.
- **P: Perspectiva pacientului (Perspective)** - Înțelegerea mediului din perspectiva persoanei care necesită sprijin.
- **S: Mediul Social (Social)** - Crearea unui mediu social care să sprijine nevoile psihologice și să promoveze incluziunea pacientului.

Recomandări de utilizare VIPS

Pentru a implementa cadrul VIPS în practică, întrebările reflexive pot fi utilizate pentru a evalua, adapta și îmbunătăți îngrijirea centrată pe persoană⁴⁴. Fiecare element al VIPS poate fi abordat astfel:

V: Valori (Value)

- Cum demonstrez că respect și apreciez valoarea fiecărei persoane, indiferent de starea cognitivă sau de vârstă?
- Prin acțiunile mele dovedesc respect și prețuire pentru pacient?

I: Individualitate (Individual)

- Tratez fiecare persoană ca pe un individ unic, cu valori, nevoi, preferințe și principii proprii?
- Cum îmi adaptez îngrijirea în funcție de personalitatea, interesele și preferințele fiecărei persoane?
- Cum mă asigur că sprijinul oferit este flexibil și răspunde schimbărilor din starea sau preferințele persoanei?

P: Perspectiva pacientului (Perspective)

- Mă străduiesc îndeajuns să înțeleg cum sunt interpretate acțiunile mele de către pacient?
- Cum ar putea acțiunile mele să fie percepute de pacient? Comunic empatie și respect?

⁴¹ Brooker, D. (2004). What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3), 215-222.

⁴² Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Open University Press.

⁴³ Brooker, D. (2007). *The VIPS Framework for Person-Centred Care*. *Dementia Care Matters*.

⁴⁴ Brooker, D., & Latham, I. (2015). *Person-Centred Dementia Care: Making Services Better with the VIPS Framework*. Jessica Kingsley Publishers.

- Cum pot îmbunătăți comunicarea pentru a înțelege mai bine ceea ce își dorește această persoană?
- Am considerat posibilele riscuri din perspectiva pacientului, astfel încât să ofer sprijin fără a ignora autonomia?
- Ofer oportunități de a-și exprima preferințele și opiniile?

S: Mediul Social (Social)

- Prin acțiunile mele dovedesc pacientului că este înțeles și îngrijit corespunzător?
- Ofer sprijin pentru a ajuta pacientul să se simtă în siguranță?
- Ofer interacțiuni calde, respectuoase și care să transmită empatie?
- Am creat un mediu care să încurajeze implicarea și interacțiunile pozitive?

VIPS poate deveni un instrument practic pentru îmbunătățirea calității îngrijirii centrate pe persoană.

Cadrul VIPS este utilizat la scară largă în cercetare și practica clinică, fiind tradus în mai multe limbi, inclusiv germană, japoneză, spaniolă, norvegiană și portugheză. Indicatorii VIPS ajută furnizorii de servicii să își evalueze și îmbunătățească standardele, transformând complexitatea îngrijirii centrate pe persoană în pași concreți și măsurabili.

Toate indiciile furnizate de pacient trebuie ascultate, notând toate informațiile relevante. Atunci când condiția fizică sau vârsta pacientului face imposibilă comunicarea verbală cu echipa medicală, asistenții medicali generalişti ar putea comunica cu familia pentru a afla mai multe despre pacient.

Asistentul medical generalist este responsabil pentru colectarea de date relevante, cuprinzătoare, inclusiv evaluări fizice, funcționale, psihosociale, emoționale, cognitive, sexuale, culturale, demografice, de mediu, spirituale și economice.

De asemenea, evaluarea include identificarea barierelor în calea comunicării; recunoașterea impactului propriilor atitudini, valori și convingeri ale asistentului medical generalist asupra procesului de evaluare; includerea aparținătorilor în evaluare, cu mențiunea esențială că toate datele sunt confidențiale așa cum este stipulat în **Codul de Etică și Deontologie și în Legea privind drepturile pacientului**⁴⁵.

Colectarea datelor trebuie să fie atât sistematică, cât și continuă, pentru a preveni omiterea datelor semnificative și pentru a reflecta în mod adecvat modificările în starea de sănătate a pacientului.

Instrumente standardizate bazate pe dovezi pentru evaluarea pacientului

Evaluarea adecvată a nevoilor pacienților este fundamentală pentru furnizarea unor îngrijiri medicale sigure și de calitate. La nivel internațional, asistenții medicali care utilizează instrumente standardizate de evaluare au raportat că utilizarea acestora contribuie la

⁴⁵ LEGEA nr.46 din 21 ianuarie 2003 drepturilor pacientului

asigurarea îngrijirilor medicale continue, adaptate nevoilor pacienților (personalizate) și eficiente⁴⁶. Aceștia au exprimat o atitudine pozitivă față de folosirea acestor instrumente în unitățile medicale, subliniind avantajele lor în identificarea problemelor de sănătate și a factorilor de risc, planificarea și implementarea intervențiilor adecvate, precum și monitorizarea progresului pacientului^{47,48}.

Principalele caracteristici ale instrumentelor de evaluare⁴⁹ sunt:

- **Fiabilitate/siguranță:** funcționează la fel în aceleași condiții; se referă la consecvența rezultatelor testului.
- **Validitate/valabilitate:** măsura în care rezultatul evaluării corespunde cu realitatea.
- **Predictivitate:** capacitatea de a prezice caracteristicile/comportamentele viitoare (foarte importantă este predictivitatea în cazul riscului).
- **Sensibilitate la schimbare:** capabil să detecteze chiar și schimbări mici, dar semnificative clinic. Acest lucru se poate face prin compararea măsurilor longitudinale ale aceluiași rezultat, adică la momentul inițial și la externare sau o serie de măsuri în timp.
- **Standardizate:** Norma este aplicată de toți membrii echipei de îngrijire.

Studiile de cercetare preliminare conduse la nivel național în cadrul grupurilor de lucru OAMGMAMR au selectat, tradus și adaptat următoarele instrumente de evaluare utile pentru evaluarea statusului funcțional al pacientului și evaluarea riscului pacientului.

INSTRUMENTE DE EVALUARE A PACIENTULUI:

- Indicele Barthel al activităților de bază (Anexa 5)
- Scala Hendrich II de evaluare a riscului de căderi (Anexa 11)
- Scala Braden de evaluare a riscului de apariție a leziunilor de presiune (Anexa 12)
- Scala de evaluare a flebitei – Scorul Visual Infusion Phlebitis, VIP (Anexa 13)
- Instrument de evaluare individuală a pacientului privind riscul de apariție a infecțiilor (Anexa 14)
- Instrumentul Bates-Jensen pentru evaluarea plăgilor (Anexa 15)
- Instrumentul TINETTI de evaluare a riscului de cădere (mers și echilibru) (Anexa 16)
- Scala Waterlow de evaluare a riscului de apariție a leziunilor de presiune (Anexa 17)
- Evaluarea inițială de urgență ABCDE (Anexa 4)
- Scala RASS pentru evaluarea stării de conștiență (Anexa 18)

⁴⁶ Engle RL, Mohr DC, Holmes SK, Seibert MN, Afable M, Leyson J, Meterko M. Evidence-based practice and patient-centered care: Doing both well. *Health Care Manage Rev.* 2021 Jul-Sep 01;46(3):174-184. doi: 10.1097/HMR.0000000000000254. Epub 2019 Jun 24. PMID: 31233424; PMCID: PMC8162222.

⁴⁷ Oldland E, Botti M, Hutchinson AM, Redley B. A framework of nurses' responsibilities for quality healthcare—Exploration of content validity. *Collegian.* 2020 Apr 1;27(2):150-63.

⁴⁸ Berntsen G, Chetty M, Ako-Egbe L, Yaron S, Phan P, Curran C, Lachman P. Person-centred care systems: from theory to practice. A White paper for ISQUA. 2022.

⁴⁹ Perell KL et al, 2001. Fall risk assessment measures: an analytic review

- Scala de evaluare a gradului de depresie - GDS Forma Scurtă (Anexa 20)
- Scala Edinburgh de evaluare a depresiei postnatale - EPDS (Anexa 21)
- Scala pentru evaluarea depresiei și anxietății în spital - HADS (Anexa 22)
- Scala de evaluare a durerii în demența în stadii avansate - PAINAD (Anexa 23)
- Instrument de evaluare a durerii în absența comunicării – Critical Care Pain Observation Tool, CPOT (Anexa 24)
- Scala GUSS de evaluare a deglutiției (Anexa 25)
- Instrument de screening universal al malnutriției la pacientul adult spitalizat – MUST (Anexa 26)
- Instrument de evaluare a tegumentului din zona perineală în incontinența asociată dermatitelor - IAD (Anexa 27)
- Scorul Național de Avertizare Timpurie - National Early Warning Score, NEWS2 (Anexa 28)

Managementul unităților medicale poate decide utilizarea altor instrumente de evaluare care să întrunească condițiile menționate anterior (bazate pe dovezi, fiabile, validate, predictive, senzitive, standardizate).

O noutate implementată în Ghidul STIMA este recomandarea fermă pentru utilizarea Indicelui Barthel al activităților de bază în locul calculării Scorului de Dependență.

Indicele Barthel al activităților de bază este considerat ”Standardul de aur” pentru evaluarea dizabilității și dependenței pacienților.

Elaborat de Dorothea Barthel în 1950, a fost dezvoltat de Mahoney și Barthel în anul 1965. O versiune modificată a Indicelui Barthel a fost introdusă de Colin et al în 1988 și este cea mai utilizată versiune la nivel internațional, are un scor cuprins între 0 (dependent total) și 20 (ceea ce înseamnă independent), fiecare dintre cei 10 itemi putând avea un scor cu valori de la 0 la 3.

Un studiu realizat de Turner-Stokes în 2006 realizat în unități de reabilitare din UK a arătat că 83% din acestea folosesc instrumente de evaluare standardizate, iar Indicele Barthel și FIM (+FAM) sunt cele mai utilizate⁵⁰.

Este considerată scala standard pentru utilizarea în scopuri clinice și de cercetare, util pentru evaluarea:

- dizabilității și dependenței
- statusului funcțional
- nevoilor de bază (basic care needs)
- gradului de auto-îngrijire (self-care) și de mobilitate
- nivelului de bază al funcționalității zilnice, a activităților zilnice și a mobilității
- îmbunătățirii obținute în starea pacientului (monitorizare)

⁵⁰ Turner-Stokes L, Turner-Stokes T. The use of standardized outcome measures in rehabilitation centres in the UK. Clin Rehabil. 1997 Nov;11(4):306-13. doi: 10.1177/026921559701100407. PMID: 9408671.

Cei 10 itemi care măsoară funcționalitatea zilnică a persoanei, în special activitățile zilnice și mobilitatea, se referă la:

- Alimentație
- Transferul
- Utilizarea toaletei
- Îmbăierea
- Îngrijire personală
- Urcarea și coborârea scărilor
- Continența privind urina
- Scaun
- Mobilitate
- Îmbrăcare

Variante alternative de scale/scoruri pentru Indicele Barthel: KATZ, NPDS, FIM+FAM, etc.

Etapa de elaborare și prioritizare a Diagnosticelor de îngrijire

Elaborarea și prioritizarea diagnosticelor de îngrijire sunt elemente centrale ale procesului de îngrijire medicală.

Activitățile anterioare acestei etape au scopul de a pregăti baza pentru formularea diagnosticelor, iar cele ulterioare sunt construite în funcție de diagnosticele stabilite și prioritizate. Astfel, informațiile obiective și subiective colectate în timpul evaluării sunt esențiale pentru definirea acestora.

În această etapă, asistentul medical generalist a identificat deja problemele de sănătate și poate formula o analiză evaluativă asupra stării pacientului.

Acest proces implică un raționament clinic detaliat, prin care sunt:

- analizate datele
- recunoscute indiciile care indică nevoile nesatisfăcute
- identificate punctele forte ale pacientului, inclusiv nivelul său de independență în procesul de îngrijire.

Raționamentul clinic, denumit de Benner în 2012 „*a gândi ca un asistent medical generalist*”⁵¹, este un proces cognitiv complex, care utilizează strategii de gândire atât formale cât și informale, care are scopul de a *colecta detaliat și sistematic date și informații despre pacient, de a analiza datele și informațiile pacientului, de a evalua semnificația acestora și de a determina valoarea și eficacitatea posibilelor intervenții alternative.*

⁵¹ Benner P. Educating nurses: a call for radical transformation—how far have we come?. Journal of Nursing Education. 2012 Apr 1;51(4):183-4.

Observarea are un rol esențial în raționamentul clinic contribuind deseori la inițierea acțiunilor de îngrijire, înainte ca pacientul să-și exprime verbal nevoile. Prin observație, asistentul medical generalist poate anticipa riscuri potențiale sau sprijini recuperarea pacientului, identificând schimbările subtile care indică progresul⁵². Astfel, asistentul medical generalist integrează o înțelegere profundă a nevoilor și resurselor pacientului, sintetizând dovezile pentru a fundamenta diagnosticul specific și personalizat de îngrijire⁵³.

Scopul Diagnosticelor de Îngrijire medicală

- Ajută la stabilirea priorităților în îngrijirea pacientului și la orientarea intervențiilor de asistență medicală în funcție de aceste priorități.
- Contribuie la formularea rezultatelor așteptate, necesare pentru asigurarea calității.
- Permite identificarea modului în care pacientul sau un grup de pacienți reacționează la probleme actuale sau potențiale de sănătate și viață.
- Permite identificarea resurselor disponibile care pot fi utilizate pentru prevenirea sau rezolvarea problemei actuale sau potențiale de sănătate și viață.
- Oferă un limbaj comun și facilitează comunicarea și colaborarea între profesioniștii din domeniul îngrijirilor medicale.
- Reprezintă o bază de evaluare pentru a determina eficiența îngrijirilor acordate, atât din perspectiva beneficiilor pentru pacient, cât și a costurilor implicate.

Comparația între Diagnosticile medicale și Diagnosticile de îngrijire medicală

Diagnostic Medical:

- **Definiție:** Identifică boli sau afecțiuni specifice pe baza semnelor, simptomelor, testelor de laborator și investigațiilor imagistice.
- **Obiectiv:** Determină și tratează patologia subiacentă.
- **Responsabil:** Medicul curant
- **Exemplu:** Pneumonie, Diabet zaharat, Hipertensiune arterială, etc..

Diagnostic de Îngrijire medicală:

- **Definiție:** Evaluează răspunsurile umane la problemele de sănătate, concentrându-se pe nevoile pacientului din perspectiva îngrijirii.
- **Obiectiv:** Ghidează intervențiile pentru a aborda nevoile fizice, emoționale și sociale ale pacientului.

⁵² Kim HS. The essence of nursing practice: Philosophy and perspective. Springer Publishing Company; 2015 Apr 10.

⁵³ Connor J, Flenady T, Massey D, Dwyer T. Clinical judgement in nursing—An evolutionary concept analysis. Journal of Clinical Nursing. 2023 Jul;32(13-14):3328-40.

- **Responsabil:** Asistentul medical generalist.
- **Exemplu:** Risc de infecție, Mobilitate fizică afectată, Deficit de autoîngrijire, etc.

Asistenții medicali cu experiență pot identifica rapid grupuri de semne clinice din datele de evaluare, care să conducă la formularea diagnosticului de îngrijire. Însă, asistenții medicali începători (fără experiență) vor urma un proces secvențial pentru a identifica diagnosticile de îngrijire adecvate.

De obicei, pentru un pacient se formulează maxim 5 diagnostice de îngrijire care vor fi abordate în funcție de gradul lor de urgență. Situațiile în care viața pacientului este în pericol iminent reprezintă o urgență majoră.

Diagnosticile de îngrijire pot fi formulate și validate folosind clasificări standardizate. În procesul educațional, diagnosticile NANDA-I⁵⁴ pot fi utilizate ca atare însă, în practica clinică, utilizarea lor **implică achiziționare de licențe**, acestea fiind protejate de drepturile de autor.

Având în vedere resursele financiare limitate ale unităților medicale din România, se recomandă realizarea diagnosticilor de îngrijire utilizând indicatorii diagnostici.

Fiecare diagnostic de îngrijire are o etichetă și o definiție clară. Este esențial ca asistenții medicali să cunoască definițiile diagnosticului utilizat frecvent și să fie familiarizați cu „indicatorii diagnostici” – informațiile utilizate pentru a identifica diagnosticul adecvat și a diferenția un diagnostic de altul.

Indicatorii diagnostici includ:

- **Caracteristici definitorii** – sunt manifestări observabile sau inferențe care se grupează ca semne sau simptome. O evaluare care identifică prezența mai multor caracteristici definitorii susține acuratețea diagnosticului de îngrijire.
- **Factori asociați** – sunt componente importante ale diagnosticilor focusate pe problemele de sănătate. Acești factori asociați, numiți și factori etiologici, reprezintă cauza răspunsului uman. Acești factori vor fi modificați prin intervenții de îngrijire adecvate. Prin urmare, este necesar ca intervențiile să fie orientate spre acești factori etiologici. O analiză adecvată a istoricului pacientului poate ajuta la identificarea factorilor asociați.
- **Factori de risc** - sunt factori care cresc vulnerabilitatea unui individ, îngrijitor, familie, grup sau comunitate la un răspuns uman nedorit (de exemplu: factori de mediu, psihologici, sociali).

În formularea PES (Problemă - Etiologie - Semne și simptome), diagnosticul de îngrijire descrie răspunsul pacientului la o problemă de sănătate, adică aspectul asupra căruia asistența medicală poate interveni direct. Etiologia reprezintă cauza sau factorii care contribuie la apariția problemei și care pot fi influențați prin intervențiile de îngrijire.

⁵⁴ Heather T, Kamitsuru S, Lopes C. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2024-2016. Wiley-Blackwell; 2024.

Caracteristicile definitorii sunt semnele și simptomele pacientului, elementele obiective și subiective care susțin diagnosticul și oferă justificarea pentru intervențiile necesare.

Formula generală pentru modelul PES:

[Problemă] relaționată cu **[Etiologia]**, evidențiată de **[Semne și simptome]**.

Exemplu de Diagnostic utilizând modelul PES:

- **Problemă:** Durere acută
- **Etiologie:** Traumatism la nivelul membrului inferior
- **Semne și simptome:** Pacientul raportează durere intensă (scor 8/10), edem și mobilitate redusă la nivelul membrului afectat

Diagnostic formulat:

"Durere acută relaționată cu **traumatism la nivelul membrului inferior**, evidențiată de **raportarea unei dureri intense (scor 8/10), edem și mobilitate redusă la nivelul membrului afectat.**"

Conform NANDA-I, Diagnosticile de îngrijire⁵⁵ pot fi de patru categorii:

- **Diagnostiche de îngrijire actuale**, în care pacientul are o problemă actuală de sănătate identificată în timpul etapei de evaluare. De exemplu: *Model respirator ineficient*, *Mobilitate fizică afectată* sau *Anxietate*. Frecvent, denumirea diagnosticului include cuvinte precum: deficitar, ineficient, afectat, scăzut, compromis, etc. Un diagnostic de îngrijire actual se bazează pe prezența semnelor și simptomelor asociate. Diagnosticul actual nu ar trebui considerat ca fiind mai important decât diagnosticul de risc care, uneori, ar putea fi cea mai mare prioritate pentru un pacient.

Formula: [Problemă] relaționată cu [Factori asociați], evidențiată de **[Caracteristici definitorii (semne și simptome)]**

Exemplu:

- **Mobilitate fizică afectată** relaționată cu **control muscular diminuat**, evidențiată de **incapacitatea de a controla membrele inferioare.**
- **Durere acută** relaționată cu **ischemie tisulară**, evidențiată de **declarația pacientului „mă doare pieptul foarte tare” și scorul durerii de 8/10.**
- **Diagnostiche de îngrijire de promovare a sănătății** se referă la pregătirea pacienților de a adopta comportamente pentru a-și îmbunătăți starea de sănătate. Acest diagnostic este

⁵⁵ Herdman, TH, Kamitsuru S, Lopes CT. NANDA-I International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2024-2026, 2024.

formulat cu ajutorul expresiei „*Pregătit pentru îmbunătățirea*”, de exemplu: *Pregătit pentru îmbunătățirea nutriției* sau *Pregătit pentru îmbunătățirea cunoștințelor cu privire la menținerea tensiunii arteriale în limite normale*.

Formula: [Pregătit pentru îmbunătățirea + domeniul sănătății] evidențiat de [Caracteristici definitorii]

Exemplu:

- **Pregătit pentru îmbunătățirea gestionării stresului** evidențiat de **verbalizarea dorinței de a învăța tehnici de relaxare**.
- **Pregătit pentru îmbunătățirea nutriției** evidențiat de **exprimarea dorinței pacientului de a adopta o dietă echilibrată**.
- **Pregătit pentru îmbunătățirea coping-ului** evidențiat de **dorința exprimată de pacient de a învăța strategii pentru gestionarea emoțiilor**.

• **Diagnostiche de îngrijire de risc** definesc o judecată clinică conform căreia o problemă nu există în prezent, dar prezența factorilor de risc indică faptul că există probabilitatea ca această problemă să apară în situația în care nu se intervine. De exemplu, toate persoanele internate într-un spital au o posibilitate de a contracta o infecție; totuși, un pacient cu diabet sau cu un sistem imunitar compromis prezintă un risc mai accentuat. Prin urmare, asistentul medical generalist ar putea denumi diagnosticul *Risc de infecție* pentru a descrie starea de sănătate a pacientului. Alte exemple pentru diagnostice de risc pot fi: *Risc de cădere*, *Risc de durere*, *Risc de apariție a leziunilor de presiune*, etc.

Formula : [Risc de + Problemă] evidențiată de [Factori de risc].

Exemple:

- [Risc de cădere]** evidențiat de **[utilizarea incorectă a cârjelor]**
- [Risc de infecție]** evidențiat de **[factori precum Diabetul Zaharat și imunosupresia]**
- [Risc de apariție a leziunilor de presiune]** evidențiat de **[imobilizarea prelungită la pat]**

• **Diagnostiche de îngrijire de sindrom** sunt atribuite de către asistentul medical generalist în baza judecății clinice pentru a descrie un grup de diagnostice de îngrijire care au cauze comune și care necesită intervenții similare. De exemplu Sindromul durerii cronice care include și alte diagnostice de îngrijire care definesc alte probleme de sănătate, ca de exemplu: Tipar de somn perturbat, Oboseală, Mobilitate fizică afectată, Izolare socială, etc. Este necesar să menționăm că, Sindromul durerii cronice se diferențiază de Durerea cronică. Combinație între Durerea cronică și problemele rezultate care agravează durerea reprezintă ceea ce numim un Sindrom de durere cronică.

Formula : [Denumirea sindromului]

Exemple:

[Sindromul durerii cronice]

[Sindromul imobilizării]

[Sindromul traumei prin violență] (ex, *Sindromul de Traumă după Viol*)

Pentru validarea diagnosticului se verifică dacă caracteristicile definatorii ale diagnosticului (semnele sau simptomele), conform NANDA-I, se potrivesc cel mai bine cu manifestările relevante ale pacientului. Pentru a asigura acuratețea și a asigura facilitarea verificării diagnosticului de îngrijire ca rezultat al acestei etape, diagnosticul trebuie să fie clar formulat și documentat în Planul de îngrijire.

Prioritizarea Diagnosticelor de Îngrijire medicală

Odată ce diagnosticele de îngrijire au fost identificate/elaborate în baza datelor obținute din evaluarea pacientului, este necesară o prioritizare a acestora care să conducă la :

- **Stabilirea ordinei de implementare a intervențiilor de îngrijire prioritare**
- **Direcționarea îngrijirilor medicale către rezolvarea problemelor de sănătate, diminuarea severității, minimizarea riscului de apariție a acestora.**

Un instrument util în prioritizarea și planificarea îngrijirilor centrate pe pacient îl reprezintă ierarhia nevoilor realizată de Abraham Maslow. Nevoile fiziologice de bază și de securitate trebuie îndeplinite înaintea nevoilor din etajele superioare (apartenență, respect de sine și autorealizare).

Nevoile fiziologice și de siguranță constituie baza implementării intervențiilor de îngrijire. Din acest motiv, Maslow le-a plasat la baza piramidei, indicând totodată că sănătatea fizică și emoțională a pacientului reprezintă fundamentul sănătății pentru orice persoană⁵⁶.

Conform ierarhiei nevoilor lui Maslow⁵⁷ avem următoarele priorități :

- *Nevoi fiziologice de bază:* Respirație, circulație, termoreglare, alimentare, hidratare, eliminare, mobilitate, îngrijire personală, somn/odihnă, adaptare la mediu, sexualitate, reproducere.
- *Siguranță și securitate:* Crearea unui climat de încredere și siguranță (relație terapeutică), prevenirea durerii, prevenirea și controlul infecțiilor, prevenirea căderilor, prevenirea leziunilor de presiune, prevenirea depresiei și anxietăților, etc. Tot în acest context, o importanță deosebită o reprezintă educația pacientului pentru prevenirea diverselor riscuri specifice și crearea unui mediu care promovează auto-îngrijirea.

⁵⁶ Shih CY, Huang CY, Huang ML, Chen CM, Lin CC, Tang FI. The association of sociodemographic factors and needs of haemodialysis patients according to Maslow's hierarchy of needs. *J Clin Nurs*. 2019 Jan;28(1-2):270-278.

⁵⁷ Maslow K, Mezey M. Recognition of dementia in hospitalized older adults. *Am J Nurs*. 2008 Jan;108(1):40-9; quiz, 50.

- *Apartenență*: Promovarea relațiilor de sprijin, evitarea izolării sociale, intimitate sexuală, etc.
- *Respect de sine*: Acceptarea în comunitate, realizări personale, sentimentul de auto-control, acceptarea aspectului fizic sau a formei corporale proprii.
- *Autorealizare*: creșterea spirituală, abilitatea de a înțelege perspectiva celorlalți și atingerea potențialului maxim al propriei persoane.

Asistentul medical și pacientul colaborează pentru a stabili care diagnostic de îngrijire necesită atenție imediată, organizând diagnosticile în funcție de priorități: prioritate înaltă, medie sau scăzută.

- **Prioritate înaltă**: Problemele care pun viața în pericol: disfuncțiile respiratorii sau cardiace, care sunt considerate priorități înalte și necesită intervenții urgente.
- **Prioritate medie**: Problemele care amenință sănătatea - precum semnele acute ale unei afecțiuni sau dificultățile de adaptare, care sunt clasificate ca priorități medii deoarece pot conduce la modificări fizice sau emoționale negative.
- **Prioritate scăzută**: Problemele cu prioritate scăzută includ nevoi legate de auto-dezvoltare sau situații care necesită doar un sprijin minim din partea asistentului medical.

În contextul diagnosticelor multiple, asistentul medical generalist poate lucra simultan cu mai multe probleme, gestionând în paralel diagnostice cu priorități diferite. De exemplu, se poate interveni asupra unui diagnostic cu prioritate înaltă și apoi poate aborda unul cu prioritate medie sau scăzută.

Prioritățile se pot modifica pe măsură ce răspunsurile pacientului evoluează. Din acest motiv, evaluarea continuă a pacientului este esențială în procesul de îngrijire, permițând ajustarea planului de îngrijire pentru a răspunde nevoilor în schimbare ale acestuia. Acest proces dinamic asigură că intervențiile rămân relevante și eficiente.

În stabilirea priorităților, este necesar a fi considerați următorii factori contextuali importanți:

- **Valorile și convingerile pacientului despre sănătate**. Valorile pacientului pot diferi de cele ale echipei medicale, ceea ce necesită o abordare deschisă și o comunicare eficientă. De exemplu, un pacient poate prioritiza nevoia de a fi acasă cu copiii în detrimentul tratării unei probleme de sănătate. În astfel de cazuri, este esențial să se discute deschis aceste diferențe pentru a ajunge la o soluție comună.
- **Prioritățile pacientului**. Implicarea pacientului în prioritizare și planificarea îngrijirii îmbunătățește colaborarea și implicarea acestuia. Uneori, percepția pacientului despre ce este important poate intra în conflict cu cunoștințele profesionale ale asistentului medical. De exemplu, un pacient cu risc de leziuni de presiune poate să

considere că nu este important să fie re-poziționat în pat la fiecare două ore, preferând să nu fie deranjat. În astfel de situații, asistentul medical generalist, conștient de complicațiile potențiale ale repausului prelungit la pat, trebuie să educe pacientul și să colaboreze cu acesta pentru a implementa intervențiile necesare într-un mod acceptabil pentru ambele părți.

- **Urgența problemei de sănătate.** Situațiile care pun viața în pericol necesită întotdeauna o prioritate înaltă, indiferent de context. În plus, problemele care afectează integritatea pacientului, adică acelea care pot avea consecințe negative sau distructive, sunt considerate priorități majore.
- **Planul de diagnostic și tratament medical.** Prioritățile pentru tratarea problemelor de sănătate trebuie să fie aliniate cu tratamentele prescrise de întreaga echipă medicală interdisciplinară. De exemplu, deși pacientul poate considera că mobilizarea postoperatorie este o prioritate importantă, dacă regimul terapeutic stabilit de medic prevede repaus prelungit la pat, mobilizarea va primi o prioritate secundară în planul de îngrijire. În acest caz, diagnosticul de îngrijire legat de mobilizare nu este neglijat, ci doar temporizat, putând fi abordat ulterior, în funcție de starea pacientului.
- **Resursele disponibile ale asistentului medical și ale pacientului.** În situațiile în care resursele sunt limitate în cadrul unei unități de asistență medicală (financiare, echipamentele sau personalul), o problemă poate primi o prioritate mai redusă decât în mod obișnuit. O situație similară este aceea în care resursele financiare ale pacientului sau capacitatea de adaptare sunt limitate, ceea ce ar putea influența modul în care prioritățile sunt stabilite.

Având în vedere recomandările de bune practici internaționale, asistenții medicali generaliști pot aborda în cadrul Planului de îngrijire maxim cinci diagnostice de îngrijire.

Etapa de planificare a îngrijirilor. Obiective și Intervenții

Reprezintă o etapă deliberativă și sistematică a procesului de îngrijire, care implică luarea deciziilor și rezolvarea de probleme.

În această etapă, asistentul medical generalist se bazează pe datele de evaluare ale pacientului și pe diagnosticele formulate anterior pentru a stabili obiectivele de îngrijire și pentru a proiecta intervențiile necesare care să conducă la prevenirea, reducerea sau rezolvarea problemelor de sănătate ale pacientului.

Pacientul aflat într-un cadru de asistență medicală este îngrijit de o echipă de profesioniști din domeniul sănătății (medici, asistenți medicali generaliști) și profesioniști din domeniul aliat sănătății (psihologi, biologi, diferiți terapeuți, fizicieni medicali, farmaciști, dieteticieni,

diverși tehnicieni, etc.). Activitățile acestor profesioniști sunt interconectate, având impact direct asupra pacientului și influențând, totodată, colaborarea și eficiența echipei medicale. Această interdependență facilitează schimbul de informații și idei, esențial pentru procesul de diagnostic și tratament al pacientului. Toate aceste informații contribuie la dezvoltarea planurilor de îngrijire, care ar trebui să includă toate datele relevante pentru pacient (de exemplu, indicații terapeutice sau investigații clinice și paraclinice și rezultatul acestora).

***Asistentul medical generalist are rolul de a planifica propriile intervenții de îngrijire (independente/autonome), dar și de a coordona întreaga îngrijire a pacientului într-un plan funcțional cuprinzător, esențial în furnizarea unei îngrijiri holistice a pacientului*⁵⁸.**

Planificarea îngrijirilor reprezintă determinarea intervențiilor asistenței medicale pentru diagnostice de îngrijire specifice. Aceasta implică stabilirea acțiunilor și activităților care vor conduce la obținerea rezultatelor așteptate⁵⁹.

Un Plan de îngrijire bine dezvoltat evidențiază:

- starea de sănătate trecută și prezentă a pacientului
- indicațiile/recomandările actuale ale tuturor membrilor echipei de asistență medicală implicați în acordarea îngrijirii
- problemele rezolvate
- problemele nerezolvate
- abordările care au avut succes
- modelul de răspuns al pacientului la intervenții

Prin urmare, Planul de îngrijire documentează îngrijirea pacientului în domenii de răspundere legală, responsabilitate profesională și îmbunătățire a calității, oferind un mecanism adecvat care facilitează asigurarea continuității îngrijirilor medicale între diferite medii de asistență medicală (îngrijire acută, cronică, comunitară, etc.)⁶⁰.

Pentru ca un Plan de îngrijire **să fie centrat și individualizat pe preferințele și nevoile de îngrijire ale pacientului**, în etapa de planificare, ca și în etapa de evaluare, asistentul medical generalist colaborează în mod direct și continuu cu pacientul și familia acestuia. Astfel, **asistentul medical generalist nu planifică intervențiile pentru pacient, ci împreună cu pacientul, încurajându-l să se implice activ, în măsura posibilităților.**

⁵⁸ Alfaro-LeFevre, R. A. (2014). Applying the nursing process: The foundation for clinical reasoning (8th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

⁵⁹ Chiru, F., Chiru, G., & Morariu, L. (n.d.). *Îngrijirea omului bolnav și a omului sănătos*. Editura CISON, p. 21.

⁶⁰ Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. (2013). Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care. Philadelphia, PA: F.A. Davis.

Caracteristici cheie ale planificării îngrijirilor⁶¹:

- Debutează la primul contact cu pacientul și continuă până când relația profesională asistent medical generalist - pacient se încheie (externare/transfer al pacientului).
- Este multidisciplinară, deoarece ia în considerare toate indicațiile furnizorilor de îngrijire care interacționează cu pacientul (consulturi multidisciplinare, indicații de investigații și rezultatul acestora, indicații terapeutice, indicații dietetice, etc.).
- Implică pacientul și familia.
- Se recomandă ca etapa să fie inițiată cât mai curând după evaluarea pacientului și formularea diagnosticelor de îngrijire.
- Identifică problemele de sănătate ale pacientului la începutul fiecărei ture, folosind datele din evaluarea continuă.
- Stabilește prioritățile de îngrijire ale pacientului pe baza datelor obținute din evaluare.
- Direcționează activitățile de îngrijire furnizate de asistentul medical generalist.
- Direcționează ceea ce trebuie documentat în Planul de îngrijire pentru a evidenția progresul pacienților și pentru a asigura respectarea unui standard optim de calitate a îngrijirii.
- Contribuie la evaluarea și determinarea evoluției stării de sănătate a pacientului.
- Contribuie la eficiența îngrijirilor prin reducerea timpului alocat pacientului.
- Contribuie la planificarea externării, procesul de anticipare și planificare a nevoilor după externare, elemente abordate în Planul de îngrijire elaborat la externarea pacientului, care va asigura continuitatea îngrijirilor medicale la domiciliu sau în alt mediu de asistență medicală.
- Ghidează atribuirea personalului pentru îngrijirea pacienților.

Formularea obiectivelor de îngrijire permite orientarea asistentului medical generalist și stabilirea modului de concretizare a rezultatelor.

Obiectivele de îngrijire sau rezultatele așteptate, ca urmare a implementării îngrijirilor, trebuie să fie formulate conform principiului SMART. Acest principiu presupune ca obiectivele să fie:

- **Specifice** (Specific),
- **Măsurabile sau semnificative** (Measurable or Meaningful),
- **Realizabile sau orientate spre acțiune** (Attainable or Action-Oriented),
- **Realiste sau orientate spre rezultate** (Realistic or Results-Oriented) și
- **Limitate în timp sau orientate temporal** (Timely or Time-Oriented).

⁶¹ Ackley BJ, Ladwig GB, Flynn Makic MB, Martinez-Kratz M, Zanotti M. Nursing Diagnosis Handbook E-Book: Nursing Diagnosis Handbook E-Book. Elsevier Health Sciences, 2019.

Obiectivele de îngrijire se pot grupa în două categorii⁶²

- **Obiective care se referă la starea fizică și fiziologică**, respectiv starea așteptată, asupra căreia pacientul nu are un control voluntar. Acestea includ prevenirea sau ameliorarea febrei, vertijului și contracturii.
- **Obiective care se referă la capacitatea fizică sau tipul de comportament**, cum ar fi dimensiuni motorii, cognitive, afective, sociale sau interactive, asupra cărora pacientul poate avea un control voluntar.

Urmare a stabilirii priorităților, asistentul medical generalist și pacientul stabilesc de comun acord obiectivele de îngrijire pentru fiecare diagnostic de îngrijire. Într-un plan de îngrijire, obiectivele/rezultatele așteptate sunt descrise în termeni de răspunsuri observabile ale pacientului, adică ceea ce asistentul medical generalist dorește și speră să realizeze prin implementarea intervențiilor de îngrijire.

Termenii obiectiv și rezultat așteptat sunt utilizați interschimbabil, însă în literatura de specialitate mai sunt utilizați următorii termeni: rezultat dorit, rezultat prezis, criteriu de rezultat și obiectiv.

O altă abordare acceptată în practica clinică internațională este de a formula obiectivele ca **declarații generale despre starea pacientului**, iar rezultatele așteptate să stabilească criteriile specifice și observabile utilizate pentru a evalua dacă obiectivele au fost sau nu îndeplinite^{63,64,65}.

Exemplul 1:

- **Diagnostic de îngrijire:** *Durerea acută: nivel 7 de intensitate a durerii în abdomenul inferior datorită intervenției chirurgicale.*
- **Obiectiv:** *Pacientul să prezinte un nivel redus de intensitate a durerii NRS de la 7 la 3, în 60 min.*
- **Rezultat așteptat:** *Controlul adecvat al durerii.*

Exemplul 2:

- **Diagnostic de îngrijire:** *Mobilitate fizică afectată: incapacitatea de a susține greutatea pe membrul inferior stâng datorită inflamației articulației genunchiului.*
- **Obiectiv de îngrijire 1:** *Pacientul să se poată deplasa cu cârje până la sfârșitul săptămânii.*
- **Rezultat așteptat:** *Mobilitate îmbunătățită.*

⁶² Chiru, F., Chiru, G., & Morariu, L. (n.d.). *Îngrijirea omului bolnav și a omului sănătos*. Editura CISON, p. 22

⁶³ Forward, C. (2012). Measuring the effectiveness of school nursing interventions: A review of outcomes. *British Journal of School Nursing*, 7(10), 490–500.

⁶⁴ Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2013). *Nursing outcomes classification (NOC) (5th ed.)*. St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

⁶⁵ Wilkinson, J. M. (2012). *Nursing process & critical thinking (5th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health.

- **Obiectiv de îngrijire 2:** *Pacientul să aibă capacitatea de a sta în picioare fără asistență până la sfârșitul lunii.*
- **Rezultat așteptat:** *Capacitatea de a susține greutatea pe piciorul stâng.*

Exemplu 3:

- **Diagnostic de îngrijire:** *Deficit de volum hidric: datorită prezenței senzației de greață persistentă și tranzitului accelerat (multiple scaune diareice).*
- **Obiectiv de îngrijire 1:** *Pacientul va restabili echilibrul lichidian prin aport și eliminare de lichide, turgescență normală a tegumentului și mucoase umede, până la sfârșitul turei (8 ore).*
- **Rezultat așteptat:** *Echilibru hidric.*

Formularea obiectivelor/rezultatelor așteptate poate fi efectuată cu ajutorul următoarelor întrebări⁶⁶:

- Care este problema de sănătate identificată la pacient?
- Care este răspunsul sănătos și opus problemei identificate?
- Cum va arăta sau se va comporta pacientul atunci când răspunsul sănătos este îndeplinit? Sau Care sunt manifestările observabile și măsurabile prin evaluarea clinică a pacientului?
- Ce acțiuni trebuie să realizeze pacientul și la ce nivel de performanță pentru a demonstra rezolvarea problemei sau capacitatea de a o gestiona eficient?

Principalele componente ale unui obiectiv/rezultat așteptat de îngrijire sunt:

- **Subiectul:** Pacientul.
- **Acțiunea focusată pe pacient:** Verbul, la timpul viitor. De ex: va consuma, va administra, va enumera, va restabili, se va deplasa, va efectua, va identifica, va explica, va defini, etc.
- **Condițiile/factorii modifcatori:** 2500 ml lichide, doza corectă de insulină, trei pericole ale fumatului, lungimea coridorului fără baston, exerciții de mobilitate conform instruirii primite, etc.
- **Criteriul de performanță:** ex: zilnic, utilizând tehnica aseptică; în 8 ore; la fiecare 3 ore; înainte de externare, etc.

Pentru formularea obiectivelor/rezultatelor așteptate⁶⁷ ținem cont de:

- Formularea obiectivelor și rezultatelor dorite în termeni de răspunsuri ale pacientului, nu de intervenții de îngrijire.
- Asigurarea că rezultatele așteptate sunt realiste în raport cu capacitățile pacientului și intervalul de timp stabilit.

⁶⁶ Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2013). Nursing outcomes classification (NOC) (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

⁶⁷ Gulanick M, Myers JL. Nursing care plans: Diagnoses, interventions, and outcomes. Elsevier Health Sciences, 2011.

- Asigurarea compatibilității obiectivelor și rezultatelor așteptate cu terapiile altor profesioniști.
- Asigurarea că fiecare obiectiv este derivat dintr-un singur diagnostic de îngrijire pentru a facilita evaluarea progresului pacientului, asigurând că intervențiile planificate sunt clar legate de diagnostic.
- Utilizarea termenilor observabili și măsurabili pentru rezultate.
- Asigurarea că pacientul consideră importante obiectivele/rezultatele așteptate și le valorizează pentru a asigura compliancea pacientului la recomandările clinice.

Selectarea intervențiilor de îngrijire

O intervenție de îngrijire este definită ca fiind „orice acțiune bazată pe judecata clinică și cunoștințe profesionale, pe care asistentul medical generalist o efectuează pentru a îmbunătăți rezultatele pacientului”⁶⁸.

Intervențiile de îngrijire reprezintă acțiunile pe care asistentul medical generalist le efectuează pentru a îndeplini obiectivele pacientului. Atunci când este posibil, intervențiile specifice ar trebui să se concentreze pe eliminarea sau reducerea etiologiei diagnosticului de îngrijire. Prin urmare, identificarea corectă a etiologiei în etapa de diagnostic oferă cadrul adecvat pentru selectarea intervențiilor de îngrijire eficiente.

Deși planificarea este, în principiu, responsabilitatea asistentului medical generalist, contribuția personalului calificat de îngrijire, a pacientului și aparținătorilor (dacă este cazul) este esențială pentru ca planul de îngrijire să fie eficient.

Etapa de implementare a intervențiilor de îngrijire

Etapa de implementare a intervențiilor de îngrijire include „aplicarea în practică” a intervențiilor specifice, individualizate și acceptate de comun acord cu pacientul și documentate în Planul de îngrijire.

Intervențiile implementate au scopul ameliorării simptomelor.

Scopul îngrijirilor medicale este de a sprijini pacientul și familia acestuia în menținerea, pe cât posibil, a unui nivel de independență.

Această etapă are la bază toate activitățile din etapele anterioare ale procesului de îngrijire (evaluarea pacientului, diagnostic și planificarea îngrijirilor).

⁶⁸ Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. C., & Wagner, C. M. (Eds.). (2013). Nursing interventions classification (NIC) (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier

Considerații speciale cu privire la implementarea intervențiilor de îngrijire^{69,70}:

- Asigurarea că intervențiile de îngrijire sunt adaptate nevoilor specifice ale pacientului.
- Considerarea capacităților fiziologice și de factorii contextuali ai pacientului. De exemplu, un pacient vârstnic poate necesita mai mult timp pentru a realiza o activitate, cum ar fi deplasarea către baie sau către locația unei investigații.
- Analizarea raționamentului clinic care susține aplicarea intervenției respective.
- Considerarea implementării intervențiilor de îngrijire bazate pe dovezi.
- Prioritizarea intervențiilor de îngrijire considerând riscul pentru pacient, precum și preferințele și valorile pacientului.
- Conștientizarea că rezultatele pacientului sunt obținute prin efectuarea intervențiilor de îngrijire în cadrul echipei multidisciplinare, inclusiv cu implicarea activă și directă a pacientului/familiei.

Monitorizarea pacientului pentru a determina dacă intervențiile de îngrijire sunt eficiente și pentru a confirma dacă obiectivele/rezultatele așteptate sunt îndeplinite.

Din perspectiva gestionării mediului de îngrijire, intervențiile de îngrijire directă se referă la intervențiile realizate de asistentul medical generalist prin interacțiunea directă cu pacientul. Intervențiile de îngrijire indirectă reprezintă intervențiile delegate de asistentul medical generalist unui alt furnizor în limita competențelor sale profesionale, sau realizată la distanță în beneficiul pacientului de către personal specializat (colaborarea interdisciplinară) și personal nespecializat (îngrijitorii pacientului, respectiv familia acestuia).

Din perspectiva rolului profesional în cadrul echipei medicale, intervențiile de îngrijire pot fi intervențiile:

- *independente*
- *dependente*
- *interdependente.*

Activitățile independente ale asistentului medical generalist⁷¹:

- Elaborează Planul de îngrijire.
- Stabilește în mod independent necesarul de îngrijiri generale de sănătate pentru pacienți.
- Inițiază intervenții pentru salvarea vieții pacientului.
- Completează și păstrează la zi evidențele medicale.
- Prezintă pacientului și familiei informații utile pentru un stil de viață sănătos.

⁶⁹ Blazek, A., Klem, M. L., & Miller, T. (2011). Building evidence-based practice into the foundations of practice. *Nurse Educator*, 36(3), 124–127.

⁷⁰ Cappelletti, A., Engel, J. E., & Prentice, D. (2014). Systematic review of clinical judgment and reasoning in nursing. *Journal of Nursing Education*, 53(8), 453–458.

⁷¹ Marcean, C. (Coord.). (2001). *Tratat de îngrijiri medicale pentru asistentul medical generalist* (Vol. I). Editura Universitară „Carol Davila”, București, pp. 203–207

- Oferă pacientului și familiei informații utile pentru autoîngrijire.
- Identifică și raportează situații de risc pentru pacienți și personalul medical de îngrijire.

Activitățile dependente constau în respectarea recomandărilor medicului, de exemplu:

- Recoltarea produselor fiziologice și patologice.
- Realizarea testelor de diagnostic.
- Administrarea medicamentelor.
- Dietă și activități fizice.

Asistentul medical generalist explică pacientului recomandarea medicală și modalitatea de implementare a intervenției medicale (procedura, tehnica de lucru).

Exemplu de intervenție dependentă: Mobilizare progresivă în funcție de toleranța pacientului: așezarea pe marginea patului pentru 5 minute, la 6 ore postoperator.

Activitățile de îngrijire interdependente/colaborative reflectă responsabilitățile comune și relațiile profesionale de colaborare și colegialitate între profesioniștii din domeniul sănătății.

Exemplu de intervenție interdependentă/colaborativă: Un medic poate prescrie fizioterapie pentru a învăța pacientul să meargă cu ajutorul cârjelor. În acest context, asistentul medical generalist va fi responsabil pentru:

- Informarea serviciului de Fizioterapie.
- Coordonarea îngrijirii pacientului pentru a include ședințele de fizioterapie.
- Colaborarea cu fizioterapeutul pentru asistarea pacientului în utilizarea cârjelor și evaluarea progresului înregistrat de pacient.

Pentru fiecare obiectiv de îngrijire pot fi identificate mai multe intervenții posibile.

Responsabilitatea asistentului medical generalist este să prioritizeze intervențiile care au cele mai mari șanse de a atinge rezultatele așteptate pentru pacient.

Selectare a intervențiilor de îngrijire ale pacientului

- Analizarea consecințelor intervențiilor alternative
- Selectarea celor mai relevante intervenții pe criterii de:
 - **Siguranță și adecvare**, pentru vârsta, starea de sănătate și condiția pacientului.
 - **Realiste, realizabile** cu resursele disponibile.
 - **Conforme cu valorile, credințele, cultura și preferințele** pacientului.
 - **Bazate pe cunoștințele și experiența profesională** în domeniul îngrijirilor medicale.
 - **Conforme cu planul de diagnostic și tratament** al pacientului.
 - **Conforme cu procedurile/protocoalele de îngrijire și standardele de calitate.**

Principalele componente ale formulării intervențiilor de îngrijire sunt:

1. Acțiunea focusată pe asistentul medical generalist. **Verbul la timpul prezent**, de exemplu: explică, măsoară, administrează, aplică, etc.

Exemplu: „*Explică (pacientului) acțiunile insulinei*” este o declarație mai precisă decât „*Învăță (pacientul) despre insulină.*”

2. Cuvintele care intensifică sau subliniază acțiunea verbului. Adverbe de mod, ca de exemplu: „*Aplică ferm bandajul pe gamba stângă*” este mai precis decât „*Aplică bandajul pe gamba stângă.*”

3. Criteriile de performanță. Elementul de timp răspunde la întrebările „*Când?*”, „*Cât timp?*” sau „*Cât de des?*”

Exemplu: *Administrează analgezicul cu 30 de minute înainte de ședința de kinetoterapie.*

În raport cu problema de sănătate a pacientului, asistentul medical generalist selectează intervenții de îngrijire pentru: monitorizare, prevenirea riscurilor, tratare sau promovare a sănătății.

Intervențiile de îngrijire pentru monitorizarea problemelor de sănătate includ evaluările realizate de asistentul medical generalist pentru a monitoriza răspunsul pacientului la intervențiile de îngrijire precum și pentru a identifica eventualele complicații în curs de dezvoltare. Aceste intervenții trebuie documentate pentru diagnosticele actuale și de risc.
Exemplu: *Înregistrează aportul și eliminarea lichidelor în fiecare oră.*

Intervențiile de îngrijire pentru prevenirea riscurilor includ măsuri destinate evitării complicațiilor și reducerii factorilor de risc, cum ar fi: prevenirea infecțiilor, a ulcerelor de presiune, a căderilor și alte acțiuni preventive specifice. Aceste intervenții trebuie documentate pentru diagnosticele de risc.

Exemplu: *Schimbă poziția pacientului la fiecare două ore.*

Intervențiile de îngrijire pentru tratarea problemelor de sănătate ale pacientului includ educația, coordonarea consulturilor interdisciplinare, administrarea terapiei medicamentoase și nonmedicamentoase, managementul plăgilor și alte intervenții specifice. Aceste intervenții trebuie documentate pentru diagnosticele actuale.

Exemplu: *Aplică 5 minute de gimnastică respiratorie la fiecare 2 ore.*

Intervențiile de îngrijire pentru promovarea sănătății sunt necesare în cazul diagnosticelor de promovare a sănătății. Aceste intervenții se concentrează pe identificarea domeniilor care pot fi îmbunătățite pentru a obține un nivel optim de bunăstare fizică, psihică și socială.

Exemplu: *Discută despre importanța prevenirii ulcerelor de presiune.*

Intervențiile de îngrijire pot fi directe și indirecte.

Îngrijirea directă este o intervenție efectuată de asistentul medical generalist prin interacțiunea directă cu pacientul.

Îngrijirea indirectă este o intervenție delegată de asistentul medical generalist unui alt profesionist competent (alt asistent medical, infirmieră etc.). De exemplu: managementul mediului de îngrijire (securitatea și întreținerea echipamentelor, asigurarea igienei spațiilor, asigurarea igienei alimentare, managementul deșeurilor etc.). Întotdeauna, în cazul activităților delegate, asistentul medical generalist are responsabilitatea de a superviza activitatea delegată și de a se asigura că este efectuată în mod corespunzător.

Intervențiile de îngrijire curente: efectuarea igienei generale, schimbarea lenjeriei de pat, schimbarea lenjeriei de corp a pacientului, se înregistrează în Planul de Îngrijire la finalul turei, dacă timpul de lucru nu permite altfel.

Intervențiile de îngrijire independente, dependente și colaborative se documentează în Planul de Îngrijire, imediat ce au fost efectuate. Datele pacienților actualizate, exacte, trebuie să fie disponibile tuturor membrilor echipei medicale⁷².

După desfășurarea activităților de îngrijire, asistentul medical generalist finalizează etapa de implementare prin înregistrarea/documentarea intervențiilor de îngrijire și a răspunsurilor pacienților în planul de îngrijire⁷³.

Activitățile de îngrijire se comunică verbal și în scris. Toate intervențiile de îngrijire efectuate vor fi documentate în Planul de îngrijire cu data, ora, nume și semnătura asistentului medical generalist care a acordat îngrijirea.

Planificarea Externării pacientului

Externarea sau Transferul unui pacient reprezintă punctul final din călătoria unui pacient prin sistemul de asistență medicală.

Studiile de cercetare arată că 20 la sută dintre pacienți dezvoltă un eveniment advers (complicație) în termen de 30 de zile de la externarea dintr-o unitate medicală. Cercetările arată că trei sferturi dintre aceste evenimente ar fi putut fi prevenite sau ameliorate. Complicațiile frecvente după externare includ probleme relaționate cu administrarea de medicamente, infecții dobândite în spital și deficiențe procedurale de continuare a îngrijirilor la domiciliu sau în comunitate.

Dacă în timpul internării, se discută și se construiește un plan de îngrijire medicală, odată ce medicul comunică decizia de externare a pacientului, asistentul medical generalist care îngrijește pacientul va iniția procesul de planificare a externării/transferului acestuia.

⁷² Mykkänen M et al, 2016. Standardized nursing documentation supports evidence-based nursing management

⁷³ Keenan GM et al, 2008. Documentation and the nurse care planning process. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses

Un plan de externare amănunțit și bine planificat ajută pacientul să progreseze cât mai ușor prin procesul de vindecare. Planificarea externării este o parte vitală a îngrijirii centrate pe pacient.

Activitățile asistentului medical generalist pentru planificarea externării/ transferului includ:

- Evaluarea stării pacientului (la momentul externării/transferului)
- Evaluarea gradului de pregătire a pacientului și familiei pentru continuarea adecvată a tratamentului medical și îngrijirea suplimentară după externare
- Informarea și educarea pacientului și a familiei despre nevoile de îngrijire ulterioare
- Corelarea cu alți profesioniști/furnizori de servicii medicale și conexe domeniului sănătății cu privire la continuarea îngrijirilor

Din ce în ce mai mult, spitalele se concentrează pe tranziții în îngrijire, ca o modalitate de a îmbunătăți calitatea și siguranța în unitatea medicală respectivă.

Implicarea pacientului și a familiei în planificarea externării poate îmbunătăți rezultatele pacientului, reduce reinternările neplanificate și crește satisfacția pacientului^{74,75}.

⁷⁴ Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family: Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2539–2546

⁷⁵ Shepperd, S., McClaran, J., Phillips, C. O., et al. (2010). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(1), CD000313.

PARTEA II

Instrucțiuni de completare a documentului Plan de îngrijire

ANEXA 2

Fișa 1 – DATE GENERALE DESPRE PACIENT

ACORDUL PACIENTULUI / APARTINĂTOR / REPREZENTANT LEGAL CU PRIVIRE LA IMPLICAREA ÎN PROCESUL DE ÎNGRIJIRE; DATE GENERALE DESPRE APARTINĂTOR

Planul de îngrijire individualizat cuprinde aspecte particulare ale îngrijirii pacientului, plecând de la un format standardizat, documentul în care sunt structurate totalitatea acțiunilor și intervențiilor generale de îngrijire ale pacientului.

Planul de îngrijire individualizat propus în ghidul STIMA, are în componență fișe specifice precum:

- **Fișa 1** – în care se vor completa: Date generale despre pacient, Acordul pacientului/ Aparținător/Reprezentant legal cu privire la implicarea în procesul de îngrijire și Date generale despre aparținător. Modelul fișei va fi regăsit ca Anexă 2 în Anexele acestui ghid.
- **Fișa de Evaluare inițială a pacientului** este un suport important pentru evaluarea holistică a pacientului și pentru documentarea datelor despre starea pacientului la internare în unitatea medicală. Fișa cuprinde spații destinate documentării datelor obținute prin: Evaluarea funcțiilor vitale; Evaluarea stării generale; Evaluarea durerii, Evaluarea Aspectelor fiziologice și patologice, a Aspectelor psihologice de comunicare și de învățare, a Aspectelor sociale, spirituale și morale. Modelul fișei va fi regăsit ca Anexa 3 în Anexele a acestui ghid.
- **Fișă de evaluare continuă** special creată pentru reevaluarea pacientului, pentru a identifica progresul acestuia și pentru a documenta modul în care sunt îndeplinite Obiectivele și Rezultatele așteptate de îngrijire. Modelul fișei va fi regăsit ca Anexa 6 în Anexele acestui ghid.
- **Diagrama de focalizare - Fișa DAR** oferă un cadru clar și orientat spre pacient, facilitând atât continuitatea îngrijirii, cât și o comunicare eficientă între membrii echipei medicale. Modelul fișei va fi regăsit ca Anexa 7 în Anexele a acestui ghid.
- **Fișa Intervenției de îngrijiri frecvente**, Modelul fișei va fi regăsit ca Anexa 8 în Anexele a acestui ghid.

- **Formularul de administrare medicamente**, Modelul fișei va fi regăsit ca Anexa 9 în Anexele a acestui ghid
- **Fișa de planificare a externării/transferului**; Structurează evaluarea stării pacientului la momentul externării/transferului. Modelul fișei va fi regăsit ca Anexa 10 în Anexele a acestui ghid.

MENȚIUNI IMPORTANTE pentru completarea documentului Plan de îngrijire

- Asigurați-vă că *toate câmpurile sunt completate cu acuratețe* pentru a oferi cea mai bună îngrijire pacientului.
- Câmpurile care nu necesită a fi detaliate se vor completa cu N.A. („*nu se aplică*”).
- Orice modificare în starea pacientului trebuie documentată și actualizată corespunzător.
- Verificați și calculați cu acuratețe informațiile legate de greutate, înălțime și IMC pentru a vă asigura că sunt corecte.
- Datele generale despre pacient și aparținător vor fi completate *la internarea pacientului*, în cadrul primului contact cu pacientul. Excepție vor face detaliile legate de Data și ora externării, care vor fi completate în ziua externării pacientului.

FIȘA 1 (Anexa 2)

DATE GENERALE DESPRE PACIENT

Nume Prenume:

.....

CNP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gen F M

N-B

Vârsta:

..... ani

Naționalitate:

.....

Limba vorbită:

.....

Diagnostic medical la internare:

.....

Data internării:

ZZ LL AAAA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ora

internării:

.....

Nr. FOCG:

.....

Secție:

.....

Salon/pat:

.....

Data externării:

ZZ LL AAAA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ora

externării:

.....

Greutate:

.....kg

Înălțime:

..... m

Grup sg:

Rh:

Se va completa după determinare în unitatea sanitară

Indice de masă corporală: G (kg) / Î (m)² IMC =

Subponderal (sub 18,49)

Greutate normală (18,50 - 24,99)

Supraponderal (25,00 - 29,99)

Obezitate gradul I (30,00 si 34,99)

Obezitate gradul II (35,00 - 39,99)

Obezitate morbidă (peste 40,00)

Istoric medical:

.....

Boli cronice: Nu Da (menționi) :

.....

Dizabilități:

.....

Boli infecțioase / infecto-contagioase la internare: Nu Da (menționi):

.....

Medicație proprie: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da :	
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.
Alergii medicamentoase: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (menționi):	
Alergii alimentare: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (menționi):	
<input type="checkbox"/> Nefumător <input type="checkbox"/> Fumător activ: țigări/zi <input type="checkbox"/> Fumător pasiv	
Consumator de alcool: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ocazional (menționi)	Consumator de substanțe interzise: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ocazional (menționi):
Deficit de auz: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (menționi): Are proteză auditivă: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da	Deficit de vedere: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (menționi): Poartă ochelari: <input type="checkbox"/> Pentru distanță <input type="checkbox"/> Pentru citit
Deficit de vorbire: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (menționi):	Poartă proteze (tip): <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (menționi):
ACORDUL PACIENTULUI / APARTINĂTOR / REPREZENTANT LEGAL CU PRIVIRE LA IMPLICAREA ÎN PROCESUL DE ÎNGRIJIRE	
Nume prenume pacient..... / semnătura	
Nume prenume aparținător / reprezentant legal:/ semnătura.....	
Nume prenume asistent medical: / semnătura	
DATE GENERALE DESPRE APARTINĂTOR	
Nume prenume aparținător:	
Grad de rudenie: Număr de telefon: Semnătură:	

DATE GENERALE DESPRE PACIENT			
Nr. Crt.	Cerință din Planul de îngrijire	Modalitate de completare	Metode de colectare a datelor /Mențiuni
1.	Nume Prenume	Introduceți numele și prenumele complet al pacientului.	Întrebați pacientul cum se numește / care este numele lui complet.
2.	Gen	Bifați caseta corespunzătoare: F (feminin), M (masculin) sau Non-Binar (N-B).	Termenul de <i>Non-Binar</i> se referă la persoanele care nu se identifică exclusiv ca bărbat sau femeie. În loc de a se încadra într-o categorie strict binară de gen, persoanele non-binare pot avea o identitate de gen care este fluidă, mixtă, neutră sau complet diferită de categoriile tradiționale. Acest termen include și alte identități de gen, cum ar fi <i>genderqueer</i> , <i>genderfluid</i> , <i>agender</i> sau <i>bigender</i> , printre altele.
3.	CNP	Introduceți Codul Numeric Personal (CNP) al pacientului.	Completați cele 13 cifre ale CNP-ului pacientului.
4.	Vârstă	Introduceți vârsta pacientului (în ani).	
5.	Naționalitate	Introduceți naționalitatea pacientului	
6.	Limba vorbită	Specificați limba principală pe care o vorbește pacientul.	
7.	Diagnostic medical la internare	Notați diagnosticul medical al pacientului la momentul internării din FOCG.	Întrebați pacientul dacă știe care este diagnosticul cu care este internat.
8.	Data internării	Introduceți data la care pacientul a fost internat în formatul zi (ZZ) lună (LL) an (AAAA).	
9.	Ora internării	Introduceți ora exactă la care s-a internat pacientul	din FOCG.
10.	Nr. FOCG	Introduceți numărul FOCG.	
11.	Secție	Specificați secția în care este internat pacientul.	

12.	Salon/pat	Introduceți numărul salonului și al patului în care este cazat pacientul	
13.	Data externării	Introduceți data externării pacientului (format ZZ.LL.AAAA) la momentul externării.	
14.	Ora externării	Introduceți ora exactă la care s-a externat pacientul.	
15.	Greutate/Înălțime	Întrebați pacientul/ Măsurăți și completați greutatea (în kg) și înălțimea (în m) pacientului.	Cântăriți greutatea și măsurați înălțimea pacientului. Comparați cu relatarea pacientului.
16.	Grup sanguin/Rh	Introduceți grupul sanguin și factorul Rh al pacientului.	Menționați rezultatul de la laborator / UTS.
17.	Indicele de masă corporală (IMC)	Introduceți valoarea IMC. Bifați intervalul corespunzător în funcție de valoarea IMC.	Calculați IMC folosind formula: <i>Greutate (kg) / Înălțime (m²)</i>
18.	Boli cronice	Bifați caseta corespunzătoare: „ <i>NU</i> ” dacă pacientul nu are boli cronice și „ <i>DA</i> ” dacă pacientul are boli cronice. În cazul în care răspunsul este „ <i>Da</i> ”, detaliați bolile cronice cunoscute.	Întrebați pacientul ce boli cronice are. Dacă pacientul nu știe, consultați documentele medicale ale pacientului.
19.	Dizabilități	Specificați dacă pacientul prezintă vreo dizabilitate.	
20.	Boli infecțioase/ infecto-contagioase la internare	Bifați caseta corespunzătoare „ <i>NU</i> ” sau „ <i>DA</i> ”. În cazul în care răspunsul este „ <i>Da</i> ”, detaliați bolile infecțioase/ infecto-contagioase la internare cunoscute.	Întrebați pacientul ce boli infecțioase/infecto-contagioase are. Consultați documentele medicale ale pacientului.
21.	Medicație proprie	Bifați caseta corespunzătoare „ <i>NU</i> ” sau „ <i>DA</i> ”.	Întrebați pacientul ce medicație proprie are (indicată de un medic anterior și eliberată prin rețetă de medicul de familie). Consultați documentele

		În cazul în care răspunsul este „ <i>Da</i> ”, detaliați lista acestor medicamente în câmpurile numerotate.	medicale ale pacientului.
22.	Alergii medicamentoase	Bifați caseta corespunzătoare „ <i>NU</i> ” sau „ <i>DA</i> ”. În cazul în care răspunsul este „ <i>Da</i> ”, detaliați alergiile medicamentoase.	Întrebați pacientul ce alergii medicamentoase are. Consultați documentele medicale ale pacientului.
23.	Alergii alimentare	Bifați caseta corespunzătoare „ <i>NU</i> ” sau „ <i>DA</i> ”. În cazul în care răspunsul este „ <i>Da</i> ”, detaliați alergiile alimentare.	Întrebați pacientul ce alergii alimentare are. Consultați documentele medicale ale pacientului.
24.	Status privind fumatul	Bifați caseta corespunzătoare „ <i>Nefumător</i> ”, „ <i>Fumător activ</i> ” sau „ <i>Fumător pasiv</i> ”. În cazul în care răspunsul este „ <i>Fumător activ</i> ”, menționați nr. de țigări consumate pe zi.	Întrebați pacientul dacă este fumător, nefumător sau dacă petrece timp în mod curent, zilnic, în preajma fumătorilor.
25.	Status privind consumul de alcool	Bifați caseta corespunzătoare „ <i>NU</i> ”, „ <i>DA</i> ” sau „ <i>Ocazional</i> ”. În cazul în care răspunsul este „ <i>Da</i> ” sau „ <i>Ocazional</i> ”, detaliați cantitatea de alcool și frecvența cu care este consumată.	Întrebați pacientul dacă consumă alcool, ce fel de alcool consumă și care este frecvența cu care îl consumă.
26.	Status privind consumul de substanțe interzise	Bifați caseta corespunzătoare „ <i>NU</i> ”, „ <i>DA</i> ” sau „ <i>Ocazional</i> ”.	Întrebați pacientul dacă consumă substanțe interzise, ce fel de substanțe consumă și care este frecvența cu care le consumă. Pacientul poate evita să răspundă. Folosiți observarea și examinarea fizică pentru

		În cazul în care răspunsul este „Da” sau „Ocazional”, detaliați preferințele pacientului, cantitatea și frecvența cu care sunt consumate.	identificarea diferitelor semne.
27.	Status privind deficitul de auz și purtarea de proteze auditive	Bifați caseta corespunzătoare „NU” sau „DA”. În cazul în care răspunsul este „Da”, detaliați aspectele despre deficit.	Întrebați pacientul dacă are deficit de auz. Dacă răspunsul este afirmativ, întrebați-l ce tip de proteză auditivă poartă și dacă are nevoie de îngrijiri specifice în acest sens. <i>Exemple de proteze auditive:</i> - retroauriculare (externe) - intraauriculare (parțial sau complet introduse în canalul auditiv) - cu ancorare osoasă, etc.
28.	Status privind deficitul de vedere și purtarea de ochelari	Bifați caseta corespunzătoare „NU” sau „DA”. În cazul în care răspunsul este „Da”, detaliați aspectele despre deficit. Bifați caseta corespunzătoare legată de purtarea de ochelari „Pentru distanță” sau „Pentru citit”.	Întrebați pacientul dacă are deficit de vedere. Dacă răspunsul este afirmativ, întrebați-l ce tip de ochelari poartă (pentru distanță, pentru citit, progresivi, etc.)
29.	Status privind purtarea de proteze	Bifați caseta corespunzătoare „NU” sau „DA”. În cazul în care răspunsul este „Da”, detaliați tipul de proteză purtat.	Întrebați pacientul dacă poartă proteze și dacă are nevoie de îngrijiri specifice în acest sens. <i>Exemple de proteze:</i> - proteze pentru membrele inferioare: proteze care înlocuiesc un fragment al membrului inferior, proteze bionice, etc. - proteze articulare: de șold, de genunchi - proteze de membru superior: proteze care înlocuiesc un fragment al membrului superior,

		<p>proteze mioelectrice, etc. - proteze dentare, implanturi dentare, - proteze oculare - proteze faciale - proteze funcționale interne (de valvă cardiacă), etc.</p>
ACORDUL PACIENTULUI / APARTINĂTOR / REPREZENTANT LEGAL CU PRIVIRE LA IMPLICAREA ÎN PROCESUL DE ÎNGRIJIRE		
30.	<p>Introduceți următoarele informații: - Numele complet al pacientului - Numele complet al aparținătorului/ reprezentantului legal - Numele complet al dvs (asistent medical generalist care completați această evaluare a pacientului).</p> <p>Fiecare dintre cele trei persoane (Pacientul, aparținătorul/reprezentantul legal și asistentul medical generalist) semnează Acordul cu privire la implicarea în procesul de îngrijire.</p>	<p>Explicați pe scurt pacientului/ aparținătorului ce este un Plan de îngrijire (vezi Ghidul STIMA) și cum pot fi implicați în procesul de îngrijire.</p> <p>Implicarea pacientului/aparținătorului/ reprezentantului legal în procesul de îngrijire poate include, fără a se rezuma, următoarele aspecte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evaluarea holistică a pacientului (bio, psiho, socială) prin construirea unei relații profesionale de încredere, comunicare deschisă și empatică - colaborarea în planificarea îngrijirii: pacienții sunt încurajați să își exprime preferințele, opiniile, emoțiile, sentimentele, așteptările în legătură cu procesul de îngrijire și rezultatele îngrijirii; pacienții participă la stabilirea rezultatelor așteptate și obiectivelor de îngrijire; deciziile de îngrijire sunt luate prin dialog între pacienți și asistenții medicali generaliști, adaptându-se la nevoile, preferințele și valorile pacientului - autogestionarea afecțiunilor: pacienții sunt încurajați să-și monitorizeze singuri simptomele și să urmeze planuri de autogestionare, în special în cazul afecțiunilor cronice, să utilizeze aplicații de monitorizare

		<p>și dispozitive medicale (de ex. glucometrul).</p> <p>- Acordarea autonomiei în decizii: respectarea alegerilor pacientului, inclusiv în ceea ce privește opțiunile de final de viață sau de respingere a unor intervenții de îngrijire</p> <p>- educație și învățare: pacienții sunt încurajați să înțeleagă afecțiunea de care suferă, opțiunile de îngrijire și beneficiile acestora.</p>
DATE GENERALE DESPRE APARTINĂTOR / REPREZENTANT LEGAL		
31.	<p>Introduceți următoarele informații:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numele complet al aparținătorului/ reprezentantului legal - Calitatea aparținătorului/reprezentantului legal în raport cu pacientul (soră, frate, mamă, tată, etc.), - Numărul de telefon al aparținătorului/ reprezentantului legal. <p>Înmânați aparținătorului/reprezentantului legal spre semnare această secțiune a Planului de îngrijire.</p>	<p>Întrebați aparținătorul/ reprezentantul legal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cum se numește - care este gradul de rudenie cu pacientul - care este numărul lui de telefon. <p><i>Explicați de ce sunt necesare aceste informații. De exemplu, dar fără a se limita la următoarele situații:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - contact de urgență în situații neprevăzute - decizii în caz de incapacitate (ex. stare de inconștiență, confuzie) - informații suplimentare cu privire la istoricul medical, medicamente administrate la domiciliu, etc. - organizarea externării și a îngrijirii post spitalizare - diverse aspecte financiare și administrative.

FIȘA DE EVALUARE INIȚIALĂ A PACIENTULUI	
I. ASPECTE FIZIOLOGICE ȘI PATOLOGICE	
EVALUARE FUNCȚII VITALE	
T.A. mm Hg P/ min R/min Sp O ₂% T:°C	
EVALUARE STARE GENERALĂ	
Stare generală:	
Orientare temporo-spațială: <input type="checkbox"/> Orientat <input type="checkbox"/> Deorientat / Confuz <input type="checkbox"/> Comă	
Comportament <input type="checkbox"/> Liniștit <input type="checkbox"/> Anxios <input type="checkbox"/> Agitat <input type="checkbox"/> Retras	
EVALUARE DURERE	
Prezentă: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Intensitate (scala de evaluare numerică):..... <input type="checkbox"/> Acută <input type="checkbox"/> Cronică	
localizare: iradiere:	
debut: durerea se intensifica la:	
Caracter: <input type="checkbox"/> Pulsatil <input type="checkbox"/> Colicativ <input type="checkbox"/> Junghi <input type="checkbox"/> Crampă <input type="checkbox"/> Arsură <input type="checkbox"/> Presiune <input type="checkbox"/> Altul:	
Însoțită de: <input type="checkbox"/> Greață <input type="checkbox"/> Vărsături <input type="checkbox"/> Alte manifestări:	
Facies: <input type="checkbox"/> Relaxat <input type="checkbox"/> Tensionat <input type="checkbox"/> Suspină <input type="checkbox"/> Geme <input type="checkbox"/> Plânge <input type="checkbox"/> Indică/protejează zona dureroasă <input type="checkbox"/> Adopta poziție antalgică <input type="checkbox"/> Contractură musculară în zona dureroasă	<p style="text-align: center;">Scala de evaluare numerică a durerii</p>
Regim alimentar/Preferințe alimentare : <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (menționi):	

1. RESPIRAȚIE			
<input type="checkbox"/> Respirație fiziologică <input type="checkbox"/> Hiperventilație <input type="checkbox"/> Hipoventilație <input type="checkbox"/> Ortopnee <input type="checkbox"/> Ortopnee paroxistică nocturnă <input type="checkbox"/> Apnee <input type="checkbox"/> Bradipnee	<input type="checkbox"/> Tahipnee <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Obstrucția căilor respiratorii <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Dispnee <input type="checkbox"/> Disfonie <input type="checkbox"/> Afonie <input type="checkbox"/> Voce nazonată	<input type="checkbox"/> Cianoza periorală <input type="checkbox"/> Cianoza extremităților <input type="checkbox"/> Hipoxemie <input type="checkbox"/> Tuse productivă <input type="checkbox"/> Tuse neproductivă <input type="checkbox"/> Tuse cronică <input type="checkbox"/> Deformari ale nasului	<input type="checkbox"/> Respirație Cheyne-Stokes <input type="checkbox"/> Respirație Biot <input type="checkbox"/> Respirație Kussmaul <input type="checkbox"/> Tiraj <input type="checkbox"/> Cornaj <input type="checkbox"/> Hipocratism digital <input type="checkbox"/> Retracție intercostală <input type="checkbox"/> Asimetrie toracică
Observații:			
2. CIRCULAȚIE			
<input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> hTA <input type="checkbox"/> Tahicardie <input type="checkbox"/> Bradicardie <input type="checkbox"/> Palpitații	<input type="checkbox"/> Puls aritmic <input type="checkbox"/> Puls filiform <input type="checkbox"/> Sincopă <input type="checkbox"/> Edeme palpebrale <input type="checkbox"/> Edeme gambiene	<input type="checkbox"/> Cordon eritematos dureros și indurat pe traiect venos <input type="checkbox"/> Varice <input type="checkbox"/> Paliditate <input type="checkbox"/> Ulcerații membre inferioare	<input type="checkbox"/> Extremități cianotice <input type="checkbox"/> Claudicații intermitente <input type="checkbox"/> Oboșală <input type="checkbox"/> Slăbiciune <input type="checkbox"/> Cianoză
Observații:			
3. TERMOREGLARE/TEMPERATURĂ			
<input type="checkbox"/> Temperatură fiziologică <input type="checkbox"/> Hipotermie <input type="checkbox"/> Hipertermie	<input type="checkbox"/> Subfebrilitate <input type="checkbox"/> Febra ridicată <input type="checkbox"/> Febra moderată	<input type="checkbox"/> Hiperpirexie <input type="checkbox"/> Frison	Observații:
Observații:			
4. ALIMENTARE ȘI HIDRATARE			
<input type="checkbox"/> Alimentare / hidratare activă <input type="checkbox"/> Alimentare / hidratare pasivă <input type="checkbox"/> Alimentare / hidratare artificială <input type="checkbox"/> Leziuni bucale <input type="checkbox"/> Xerostomie <input type="checkbox"/> Masticație dificilă <input type="checkbox"/> Dentiție incompletă	<input type="checkbox"/> Refuzul alimentației <input type="checkbox"/> Apetit păstrat <input type="checkbox"/> Greață <input type="checkbox"/> Inapetență <input type="checkbox"/> Anorexie <input type="checkbox"/> Bulimie <input type="checkbox"/> Regurgitație <input type="checkbox"/> Pirozis <input type="checkbox"/> Erucții	<input type="checkbox"/> Flatulență <input type="checkbox"/> Senzație de plenitudine precoce <input type="checkbox"/> Meteorism abdominal <input type="checkbox"/> Polifagie <input type="checkbox"/> Polidipsie <input type="checkbox"/> Disfagie <input type="checkbox"/> Hiperfagie nocturnă	<input type="checkbox"/> Disgeuzie <input type="checkbox"/> Ageuzie <input type="checkbox"/> Cașexie <input type="checkbox"/> Obezitate <input type="checkbox"/> Emaciere <input type="checkbox"/> Deshidratare
Observații:			

5. ELIMINARE			
<input type="checkbox"/> Mictiune fiziologică <input type="checkbox"/> Incontinență urinară <input type="checkbox"/> Sondă urinară <input type="checkbox"/> Cateter suprapubian <input type="checkbox"/> Glob vezical <input type="checkbox"/> Poliurie <input type="checkbox"/> Polakiurie <input type="checkbox"/> Nicturie <input type="checkbox"/> Oligurie <input type="checkbox"/> Disurie <input type="checkbox"/> Piurie <input type="checkbox"/> Anurie <input type="checkbox"/> Hematurie	<input type="checkbox"/> Enurezis nocturn <input type="checkbox"/> Scaun fiziologic <input type="checkbox"/> Constipație <input type="checkbox"/> Diaree <input type="checkbox"/> Incontinență de materii fecale <input type="checkbox"/> Rectoragie <input type="checkbox"/> Melenă <input type="checkbox"/> Tenesme <input type="checkbox"/> Vărsături <input type="checkbox"/> Hematemeză <input type="checkbox"/> Transpirații reci <input type="checkbox"/> Diaforeză	<input type="checkbox"/> Expectoratie mucopurulentă <input type="checkbox"/> Secretii nazale abundente <input type="checkbox"/> Secreție bronșică <input type="checkbox"/> Hemoptizie <input type="checkbox"/> Vomică <input type="checkbox"/> Lăcrimare excesivă (epiforă) <input type="checkbox"/> Otoree <input type="checkbox"/> Otoragie <input type="checkbox"/> Sialoree <input type="checkbox"/> Epistaxis	<input type="checkbox"/> Menstruație fiziologică <input type="checkbox"/> Secreție vaginală fiziologică <input type="checkbox"/> Amenoree <input type="checkbox"/> Hipermenoree <input type="checkbox"/> Hipomenoree <input type="checkbox"/> Dismenoree <input type="checkbox"/> Metroragie <input type="checkbox"/> Menoragie <input type="checkbox"/> Leucoree patologică <input type="checkbox"/> Menopauză fiziologică
Observații:			
6. MOBILITATE / ÎNGRIJIRE PERSONALĂ		7. ADAPTARE LA MEDIU / PERCEPTIE	
<input type="checkbox"/> Leziuni de presiune <input type="checkbox"/> Leziuni <input type="checkbox"/> Hematoame <input type="checkbox"/> Ulcerații <input type="checkbox"/> Plăgi <input type="checkbox"/> Plaga chirurgicală <input type="checkbox"/> Traheostomă <input type="checkbox"/> Jejunostomă <input type="checkbox"/> Nefrostomă <input type="checkbox"/> Gastrostomă <input type="checkbox"/> Colostomă <input type="checkbox"/> Poziție antalgică <input type="checkbox"/> Contractură musculară <input type="checkbox"/> Distrofie musculară <input type="checkbox"/> Atrofie musculară	<input type="checkbox"/> Pareză <input type="checkbox"/> Paralizie <input type="checkbox"/> Atonie <input type="checkbox"/> Lipsă de implicare în propria îngrijire <input type="checkbox"/> Deficit de autoîngrijire <input type="checkbox"/> Independență <input type="checkbox"/> Dependență minoră <input type="checkbox"/> Dependență majoră <input type="checkbox"/> Dependență totală <input type="checkbox"/> Mobilizare cu baston <input type="checkbox"/> Mobilizare cu cadru <input type="checkbox"/> Mobilizare cu carucior <input type="checkbox"/> Mobilitate redusă <input type="checkbox"/> Deficiență de mers	<input type="checkbox"/> Dezorientare temporo – spațială. <input type="checkbox"/> Vertij <input type="checkbox"/> Tulburari de echilibru <input type="checkbox"/> Ataxie <input type="checkbox"/> Akinezie <input type="checkbox"/> Tremurături <input type="checkbox"/> Convulsii <input type="checkbox"/> Spasme	<input type="checkbox"/> Ticuri <input type="checkbox"/> Manii <input type="checkbox"/> Obsesii <input type="checkbox"/> Hipoacuzie <input type="checkbox"/> Dizlalie <input type="checkbox"/> Afazie <input type="checkbox"/> Surditate <input type="checkbox"/> Cecitate <input type="checkbox"/> Anosmie <input type="checkbox"/> Obnubilare <input type="checkbox"/> Senzație de moarte iminentă
Observații:		Observații:	
8. SEXUALITATE, REPRODUCERE		9. ODIHNĂ ȘI SOMN	
<input type="checkbox"/> Menarha la ani <input type="checkbox"/> Ciclul menstrual la zile <input type="checkbox"/> Nr. sarcini Nr. nașteri: <input type="checkbox"/> Data ultimei menstruații <input type="checkbox"/> Menopauză / Andropauză la ani. <input type="checkbox"/> Manifestări: <input type="checkbox"/> Metode contraceptive <input type="checkbox"/> Disfuncție sexuală <input type="checkbox"/> Probleme legate de reproducere Observații:		<input type="checkbox"/> Somn fiziologic fara medicatie <input type="checkbox"/> Insomnie <input type="checkbox"/> Letargie <input type="checkbox"/> Somnolență diurnă <input type="checkbox"/> Coșmaruri <input type="checkbox"/> Somnambulism <input type="checkbox"/> Inversarea ritmului somn – veghe <input type="checkbox"/> Somn indus cu medicatie <input type="checkbox"/> Utilizator de CPAP Observații:	

II. ASPECTE PSIHOLOGICE DE COMUNICARE ȘI DE ÎNVĂȚARE			
10. ASPECTE PSIHOLOGICE SI DE COMUNICARE		11. EDUCATIE PENTRU SĂNĂTATE	
<input type="checkbox"/> Auto-mutilare <input type="checkbox"/> Stimă de sine scăzută <input type="checkbox"/> Dezinhibiție <input type="checkbox"/> Euforie <input type="checkbox"/> Delir <input type="checkbox"/> Halucinații <input type="checkbox"/> Idei suicidare <input type="checkbox"/> Imagine de sine afectată Observații:	<input type="checkbox"/> Comunicare adecvată <input type="checkbox"/> Interes pentru a comunica <input type="checkbox"/> Somnolență <input type="checkbox"/> Confuzie <input type="checkbox"/> Comunicare deficitara <input type="checkbox"/> Comunicare dificilă cu familia <input type="checkbox"/> Vorbire incoerentă <input type="checkbox"/> Dizartrie <input type="checkbox"/> Memorie afectată Observații:	<input type="checkbox"/> Nivel de educație: minim / mediu / superior <input type="checkbox"/> Dispus să primească informații medicale si de îngrijire <input type="checkbox"/> Refuză să primească informații medicale si de îngrijire <input type="checkbox"/> Deține notiuni despre afecțiunea / afecțiunile de care suferă Observații:	
III. ASPECTE SOCIALE, SPIRITUALE ȘI MORALE			
12. CREDINȚE ȘI VALORI		13. ADAPTARE SOCIALA SI TOLERANȚĂ LA STRES	
<input type="checkbox"/> Asistență religioasă <input type="checkbox"/> Religie, culte, confesiune <input type="checkbox"/> Stare de suferință spirituală <input type="checkbox"/> Teamă de moarte <input type="checkbox"/> Lipsa speranței, dejnădejde Observații:	<input type="checkbox"/> Status socio – familial <input type="checkbox"/> Apartenență la comunitate / grupuri de socializare /suport <input type="checkbox"/> Vulnerabilități	<input type="checkbox"/> Iritabilitate <input type="checkbox"/> Agresivitate <input type="checkbox"/> Anxietate <input type="checkbox"/> Depresie <input type="checkbox"/> Persoană defensivă <input type="checkbox"/> Persoană reactivă <input type="checkbox"/> Teamă	<input type="checkbox"/> Stresat <input type="checkbox"/> Pudoare <input type="checkbox"/> Inhibiție Observații:

Nr. Crt.	Cerință din Planul de îngrijire	Modalitate de completare	Metode de colectare a datelor /Mențiuni
1.	Evaluarea funcțiilor vitale	Introduceți valorile măsurate în timpul acestei evaluări ale: - Tensiunii arteriale, în milimetri coloană de mercur (mmHg) - Pulsului, în nr. bătăi/minut - Respirației, în nr. respirații/min, Saturației de Oxigen, în procente - Temperaturii, în grade Celsius.	Măsurati funcțiile vitale și notați/documentați valorile în câmpurile special dedicate. Găsiți detalii despre fiecare funcție vitală mai jos la Nota #
2.	Evaluarea stării generale	Detaliați starea generală a pacientului.	Întrebați pacientul cum se simte (date subiective) pe care le corelați cu datele obiective obținute din examinarea fizică a pacientului, inclusiv măsurarea funcțiilor vitale și din observarea

Nr. Crt.	Cerință din Planul de îngrijire	Modalitate de completare	Metode de colectare a datelor /Mențiuni
			pacientului. Consultați Nota cu un asterisc (*) de mai jos pentru a adapta exemplele în scopul completării acestui câmp.
3.	Orientare temporo-spațială	Bifați caseta corespunzătoare stării pacientului: - „ <i>Orientat</i> ” dacă răspunde la toate întrebările asistentului medical generalist (vezi coloana alăturată) - „ <i>Dezorientat/Confuz</i> ” dacă nu știe să răspundă la toate întrebările asistentului medical generalist (vezi coloana alăturată) - „ <i>Comă</i> ” dacă pacientul nu răspunde la stimuli verbali, motori sau oculari, corelați cu valorile funcțiilor vitale, evaluarea pupilelor și evaluarea reflexelor.	Întrebați pacientul complet treaz (să nu fie din trezit din somn, imediat după somn sau adormit), cu excepția pacientului somnolent, dacă: - știe unde se află - ce zi a săptămânii este - ce dată este (zi, lună, an). Pacientul comatos va fi evaluat în mod specific (stimuli verbali, motori sau oculari, corelați cu valorile funcțiilor vitale, evaluarea pupilelor și evaluarea reflexelor). Se utilizeza Scorul Glasgow (Anexa 19)
4.	Comportament	Bifați caseta corespunzătoare stării pacientului: „ <i>Liniștit</i> ”, „ <i>Anxios</i> ”, „ <i>Agitat</i> ” și „ <i>Retras</i> ”.	Consultați Nota cu două semne asterisc (**) de mai jos pentru a vedea explicația celor patru posibile stări ale pacientului.
5.	Evaluarea durerii	Prezența durerii: bifați caseta corespunzătoare „ <i>NU</i> ” dacă pacientul nu prezintă durere sau „ <i>DA</i> ” dacă pacientul prezintă durere. Intensitatea durerii: notați cifra pe care o raportează pacientul (durerea este subiectivă).	Prezența durerii: Întrebați pacientul „ <i>Vă doare ceva?</i> ” Intensitatea durerii Întrebați pacientul „ <i>Ce intensitate are durerea pe care o resimte pe o scală de la 0 la 10, unde 0 reprezintă nici o durere, iar 10 reprezintă cea mai cumplită durere pe care a avut-o până în prezent?</i> ” Se utilizează Scala de evaluare numerică Interpretarea rezultatelor

Nr. Crt.	Cerință din Planul de îngrijire	Modalitate de completare	Metode de colectare a datelor /Mențiuni
			0 nicio o durere, între 1 și 3 - durere ușoară, între 4 și 6 - durere moderată, între 7 și 10 - durere severă.
		Persistența durerii: bifați caseta corespunzătoare „Durere acută” dacă durerea a apărut de puțin timp (maxim 1-3 luni) sau „Durere cronică” dacă durerea a apărut de mai mult de 3-6 luni și persistă în timp.	Persistența durerii: Întrebați pacientul: „De când vă doare?” sau „Când a debutat durerea?”
		Localizarea durerii: notați zona sau regiunile specifice în care pacientul simte durerea.	Localizarea durerii: Întrebați pacientul „Unde este localizată durerea?” Durerea poate fi localizată la nivelul: - Extremității cefalice (tot capul sau regiunea frontală, temporală, parietală, occipitală, frontală, orbitală, nazală, maxilară, mandibulară, auriculară sau scalp) - Regiunii gâtului: regiunea anterioară a gâtului, laterală a gâtului, regiunea posterioară a gâtului (ceafa) - Regiunii umerilor: mușchiul deltoid, articulația glenohumerală, regiunea scapulară, regiunea claviculară, etc.) - Regiunii toracale: cutie toracică (stern, coaste, coloană vertebrală), mușchi (pectorali, intercostali, diafragm), organe interne (inimă, plămâni, esofag, trahee, bronhii), etc. - Regiunii abdominale: epigastru, mezogastru, hipogastru, hipocondrul drept, hipocondrul stâng, flancul drept, flancul stâng, fosa iliacă dreaptă, fosa iliacă stângă. - Regiunii lombare: coloană vertebrală, flancul drept, flancul stâng, etc.

Nr. Crt.	Cerință din Planul de îngrijire	Modalitate de completare	Metode de colectare a datelor /Mențiuni
			<p>- Regiunii membrelor superioare: braț, cot/olecran, antebraț, mână, articulații (scapulo-humerală, articulația humero-radială, articulația radio-carpiană, articulațiile pumnului, etc.), tendoane, mușchi, etc.</p> <p>- Regiunii membrelor inferioare: articulații (coxo-femurală, tibio-fibulară, plantare, etc.), femur, tibie, peroneu, plantă, regiune poplitee, mușchi, tendoane, etc.</p> <p>- Durere generalizată: difuză, care afectează mai multe zone ale corpului.</p>
		<p>Iradier: notați zona în care iradiază durerea.</p>	<p>Întrebați pacientul „<i>Unde iradiază durerea?</i>”</p> <p>- Vedeți descrierea de la localizarea durerii</p>
		<p>Debutul durerii: notați momentul în care a apărut durerea, dacă este legată de vreun eveniment și modalitatea în care a apărut (brusc sau treptat)</p>	<p>Întrebați pacientul „<i>Puteți să îmi spuneți cum a apărut durerea?</i>”</p> <p>„<i>Puteți lega apariția durerii de vreun eveniment?</i>”</p>
		<p>Factori care conduc la intensificarea durerii: notați ce declară pacientul că intensifică durerea (situații/mișcări)</p>	<p>Întrebați pacientul „<i>Puteți să îmi spuneți dacă durerea se intensifică în anumite situații/mișcări? Care ar fi acestea?</i>”</p>
		<p>Caracterul durerii: bifați caseta corespunzătoare caracterului de durere pe care îl prezintă pacientul:</p> <p>- „<i>Pulsatil</i>” dacă resimte durerea o pulsație continuă sau intermitentă/bătaie/zvâcnire</p> <p>- „<i>Colicativ</i>” dacă durerea este în spasme intermitente care vine în valuri (provine de obicei din contactiile musculaturii netede a organelor interne)</p>	<p>Întrebați pacientul „<i>Cum puteți descrie durerea? Este ca o pulsație, înțepătură, arsură, colică, crampă sau mai degrabă ca o presiune?</i>”</p>

Nr. Crt.	Cerință din Planul de îngrijire	Modalitate de completare	Metode de colectare a datelor /Mențiuni
		<p>- „<i>Junghi</i>” dacă durerea este ascuțită și bruscă, resimțită ca o înțepătură sau o lovitură scurtă</p> <p>- „<i>Crampă</i>” dacă durerea este ca o contracție bruscă și intensă de durată scurtă percepută ca o senzație de strângere sau nod (provine de obicei din contracțiile muchilor scheletici abdominali, ale membrelor, etc.)</p> <p>- „<i>Arsură</i>” dacă durerea este resimțită ca o senzație intensă de căldură, usturime sau arsură în zona afectată, constantă sau intermitentă</p> <p>- „<i>Presiune</i>” dacă durerea resimțită este ca o apăsare, strângere sau compresiune constantă sau în valuri, cu localizare precisă sau difuză și durată și intensitate variabilă.</p> <p>Manifestări asociate: bifați casețele corespunzătoare simptomelor pe care le are pacientul: „<i>Greață</i>”, „<i>Vărsătură</i>”, „<i>Aspectul faciesului</i>”</p> <p>Comportament în timpul durerii: bifați casețele corespunzătoare comportamentului pe care îl are pacientul: „<i>Suspină</i>”, „<i>Geme</i>”. „<i>Plânge</i>”, „<i>Indică/protejează zona dureroasă</i>”, „<i>Adoptă o poziție antalgică</i>” sau prezintă „<i>Contractură musculară în zona dureroasă</i>”</p>	

Nr. Crt.	Cerință din Planul de îngrijire	Modalitate de completare	Metode de colectare a datelor /Mențiuni
6	Regim alimentar	<p>Bifați caseta corespunzătoare „NU” sau „DA”.</p> <p>În cazul în care răspunsul este „Da”, detaliați regimul alimentar indicat anterior sau indicat de medicul curant.</p>	<p>Întrebați pacientul dacă are un regim alimentar indicat de un medic.</p> <p>Consultați documentele medicale ale pacientului.</p> <p><i>Explicație: regimul alimentar este indicat de un medic în contextul patologiei pacientului.</i></p>
	Preferințe alimentare	<p>Bifați caseta corespunzătoare „NU” sau „DA”.</p> <p>În cazul în care răspunsul este „Da”, detaliați preferințele pacientului.</p>	<p>Întrebați pacientul ce preferințe alimentare, pentru că, în limita posibilităților, vor fi considerate.</p> <p><i>Explicație: Preferințele alimentare reprezintă alegerile și gusturile personale ale unei persoane în ceea ce privește alimentele pe care le consumă.</i></p> <p><i>Acestea pot fi influențate de mai mulți factori, cum ar fi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - gusturile personale (preferințele individuale pentru dulce, sărat, acru, amar sau umami), - cultura și tradițiile, religia (restricții sau recomandări alimentare - interdicția de a consuma carne de porc în islam sau postul în creștinism), - convingerile etice (diete vegetariene sau vegane din motive etice legate de bunăstarea animalelor sau de impactul ecologic al produselor de origine animală) - experiențele și asocierile personale, starea de sănătate (intoleranțe alimentare, probleme digestive, alimente care creează disconfort, etc.).

Nota *

Detaliați starea generală a pacientului, spre exemplu:

„Pacient conștient, cooperant, orientat temporo-spațial. Aspect îngrijit, stare generală bună. respirație normală, fără semne de dificultăți respiratorii. Prezintă dureri abdominale tolerabile. Semne vitale în limite normale.”

SAU

„Pacient somnolent, răspunde adecvat la stimuli verbali. Orientat parțial în timp și spațiu, ușor confuz. Aspect general palid, transpirație moderată. Respirație superficială, fără semne evidente de suferință respiratorie. Acuză cefalee și vertij moderat. Prezintă subfebrilitate și hipertensiune arterială, tahicardie și polipnee moderată. Pacientul este ușor agitat și anxios.”

SAU

„Pacient conștient și orientat temporo-spațial. Stare generală bună, aspect îngrijit, fără semne vizibile de disconfort. Respirația este calmă și regulată, fără efort respirator. Pacientul nu prezintă dureri în momentul evaluării. Valorile funcțiilor vitale sunt în limite normale. Pacientul este relaxat, cooperant și răspunde adecvat la toate întrebările. Nu sunt semne de anxietate sau agitație.”

SAU

„Pacient conștient, ușor confuz, ușor agitat, dar cooperant. Orientarea temporo-spațială este parțial afectată, răspunde cu întârziere la întrebări. Aspect general slăbit, tegumente uscate, cu semne de deshidratare. Respirația este rapidă și superficială, fără șuierături. Acuză dureri difuze în abdomen și vertij.”

SAU

„Pacientul este dezorientat temporo-spațial, prezintă durere toracică severă, tegumente reci, transpirate și palide. Răspunde greu și neclar la stimuli dureroși. Respirația este rapidă și dificilă, cu utilizarea mușchilor respiratori accesorii. Pulsul este rapid, slab palpabil. Valorile tensiunii arteriale și ale saturației de oxigen sunt sub valorile normale. Pacientul prezintă stare de anxietate marcată însoțită de agitație psiho-motorie.”

SAU

„Pacientul este conștient, cooperant, orientat temporo-spațial, anxios, fără semne de agitație psiho-motorie. Prezintă stare de oboseală marcată, fiind lent în răspunsuri și mișcări. Tegumentele și mucoasele sunt ușor palide, cu cearcăne vizibile. Respirația este normală, fără dificultăți evidente. Acuză cefalee ușoară și senzație de greață. Valorile funcțiilor vitale sunt în limite fiziologice.”

ATENȚIE!!! Acestea sunt doar niște exemple. Adaptați exemplele anterioare la starea pacientului dumneavoastră.

Nota **

Bifați caseta corespunzătoare stării pacientului:

- „Liniștit”, atunci când pacientul este calm, relaxat, cooperant, fără semne vizibile de suferință fizică sau psihică, nu manifestă agitație sau comportamente agresive;

- „*Anxios*” atunci când pacientul este neliniștit, prezintă nervozitate, transpirație excesivă, dificultăți de concentrare, incertitudine, frică nejustificată, îngrijorare excesivă în legătură cu starea lui de sănătate;
- „*Agitat*” atunci când pacientul prezintă o stare de neliniște fizică și psihică, iritabilitate, hiperactivitate, poate manifesta mișcări necontrolate sau repetitive, dificultăți în a coopera și poate părea incapabil să se relaxeze. Agitația poate fi un semn de disconfort fizic, durere, anxietate, confuzie sau chiar o manifestare a unor tulburări psihice sau neurologice.
- „*Retras*” atunci când pacientul evită interacțiunile sociale, preferă să fie singur, evită contactul vizual și participă minimal la conversații sau activități. Acest comportament poate sugera o posibilă stare de tristețe, anxietate, depresie sau alte tulburări emoționale, manifestate ca rezultat al unui mecanism de apărare în fața stresului, suferinței sau traumelor psihologice.

Nota #

Evaluarea funcțiilor vitale

• Definiție

Evaluarea funcțiilor vitale reprezintă o măsurare obiectivă a funcțiilor fiziologice esențiale ale unui organism viu. Sunt denumite „vitale” deoarece evaluarea lor constituie primul pas critic în orice examinare clinică.

• Relevanță clinică

Este esențial ca furnizorii de servicii medicale să înțeleagă procesele fiziologice și patologice care afectează aceste măsurători și să le interpreteze corect. Gradul de anormalitate al funcțiilor vitale poate să prezică rezultatele pe termen lung ale stării de sănătate a pacientului și frecvența evaluărilor ulterioare (cu care va fi monitorizat pacientul)⁷⁶.

În mod tradițional, funcțiile vitale includ: tensiunea arterială, frecvența pulsului, frecvența respirației și temperatura. În plus, studiile au demonstrat că puls-oximetria și durerea (considerată a fi al cincilea semn vital) au o semnificație esențială în rezultatele clinice ale pacienților.

Tensiunea arterială (T.A.)

• Definiție

Tensiunea arterială poate fi definită ca fiind forța sângelui exercitată asupra pereților vaselor de sânge. Este determinată de debitul cardiac, forța de contracție a inimii, elasticitatea și calibrul vaselor, vâscozitatea sângelui. Se măsoară în milimetri coloană de mercur (mmHg)⁷⁷.

• Relevanță clinică

Tensiunea arterială sistolică (TAS) este presiunea de vârf a ventriculului stâng care se contractă în timpul sistolei ventriculare și trimite sângele în aortă. Este influențată de debitul cardiac și de volumul sanguin, iar valorile normale la adultul sănătos sunt cuprinse între 100 - 130 mmHg.

⁷⁶ Sapro A, Malik A, Bhandari P. Vital Sign Assessment. 2023 May 1. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 31985994.

⁷⁷ Field L. Nursing Care: An Essential Guide. Harlow, Essex: Pearson Prentice Hall. 2008.

Tensiunea arterială diastolică (TAD) este presiunea exercitată în timpul diastolei ventriculare, atunci când valva aortică se închide, iar sângele curge din aortă în vasele mai mici-z. Este influențată de elasticitatea și calibrul vaselor, precum și de rezistența vasculară periferică, iar valorile normale la adultul sănătos sunt cuprinse între 60 - 85 mmHg⁷⁸.

Tensiunea arterială fiziologică la adult variază între 110-140 mmHg sistolică și 70-80 mmHg diastolică în repaus. De asemenea, prezintă variații în funcție de vârstă, activitate fizică, repaus și somn, stres și emoții, poziție sau momentul zilei.

Hipotensiunea arterială (hTA) este, în general, definită la adulți ca fiind o TAS sub 100 mmHg.

• **Cauze care pot declanșa hTA:** O TA scăzută poate indica hipotensiune ortostatică, adică scăderea bruscă a TA atunci când pacientul se ridică din decubit dorsal sau șezând. Poate fi, de asemenea, un simptom al multor afecțiuni: șoc, hemoragie sau malnutriție, unde hTA are ca rezultat perfuzie tisulară insuficientă și hipoxie⁷⁹.

Hipertensiunea arterială (HTA) este definită ca fiind TA \geq 140/90 mmHg.

• **Cauze care pot declanșa HTA:** Poate fi HTA primară, fără o cauză unică cunoscută, sau HTA secundară, cauzată de o boală renală. Factorii implicați includ sexul, factorii genetici, vârsta, obezitatea, lipsa exercițiilor fizice, fumatul și consumul ridicat de cofeină și alcool. HTA este una dintre cele mai importante cauze prevenibile de morbiditate și mortalitate⁸⁰.

Pulsul (P)

• Definiție

Pulsul reprezintă o undă de presiune transmisă prin sistemul arterial cu fiecare bătaie a inimii, în urma expansiunii și reculului alternativ al arterelor în timpul fiecărui ciclu cardiac. Este o undă de șoc sincronă cu sistola ventriculară, care este percepută prin palparea unei artere superficiale comprimată incomplet pe un plan rezistent⁸¹.

• Relevanță clinică

Caracteristicile pulsului, evidențiate prin palparea arterei sunt: rata (frecvența), ritmul și amplitudinea.

Rata (frecvența) pulsului - poate fi influențată de mai mulți factori: vârstă, sex, poziție, stres, efort fizic, febră, medicamente, hipovolemie, patologie, hormoni (adrenalină, tiroxină), electroliți (sodiu, potasiu, calciu și magneziu), activarea sistemului nervos simpatic (crește ritmul cardiac) sau parasimpatic (scade ritmul cardiac). Valorile fiziologice aproximative ale ratei pulsului sunt:

- nou-născuți între 1 - 3 săptămâni: 100 – 160 bătăi /min.
- copii între 3 luni - 2 ani: 80 – 150 bătăi /min.

⁷⁸ Dougherty L, Lister S, editors. The Royal Marsden Manual of Clinical Nursing Procedures. Ninth Edition. John Wiley & Sons; 2015.

⁷⁹ Marieb EN, Hoehn K. Human Anatomy & Physiology, 10th edn. San Francisco: Pearson Benjamin Cummings. 2010.

⁸⁰ NICE. Hypertension: Clinical Management of Primary Hypertension in Adults, CG127. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2011; <http://publications.nice.org.uk/hypertension-cg127>

⁸¹ Marieb EN, Hoehn K. Human Anatomy & Physiology, 10th edn. San Francisco: Pearson Benjamin Cummings. 2010.

- copii între 2 - 10 ani: 70 – 110 bătăi /min.
- copii peste 10 ani și adulți: 55 – 90 bătăi /min.

Ritmul pulsului constă în modalitatea de succesiune a bătăilor cardiace. Acțiunea coordonată a mușchilor inimii în producerea unui ritm cardiac regulat se datorează capacității mușchiului cardiac de a se contracta fără a exista un control nervos. Atunci când apar deficiențe ale sistemului de conducere al inimii, acestea pot provoca ritmuri neregulate cardiace sau aritmii, care duc la contracția necoordonată a inimii.

Fibrilația este o afecțiune caracterizată de existența unor contracții rapide și neregulate, care are ca rezultat ineficiența funcției de pompă a inimii.

Fibrilația atrială reprezintă o întrerupere a ritmului în zonele atriale ale inimii, acesta apărând la intervale extrem de rapide și necoordonate. Aceste impulsuri rapide fac ca ventriculii să nu fie capabili să răspundă la fiecare bătaie atrială, ajungând astfel să se contracte într-un mod neregulat. Gestionarea inadecvată a acestei afecțiuni duce la apariția unui risc crescut de tromboembolism arterial și accident vascular cerebral ischemic.

• **Cauze frecvente ale fibrilației atriale:** cardiopatia ischemică, dezechilibrele electrolitice sau tireotxicoza.

Fibrilația ventriculară reprezintă un ritm cardiac neregulat, foarte rapid, caracterizat prin contracția haotică a ventriculilor, care duce la stop cardiac și deces, dacă nu se intervine prompt cu manevre de defibrilare⁸².

• **Cauze frecvente ale fibrilației ventriculare:** infarctul miocardic, hipovolemia, acidoza, tulburările electrolitice sau șocul electric.

Amplitudinea (intensitatea) pulsului reprezintă reflectarea puterii pulsului și a elasticității peretelui arterial, aceasta fiind variabilă în funcție de tipul contracțiilor ventriculare, puternice sau slabe. Astfel, în cazul unei persoane tinere, flexibilitatea arterelor va fi diferită de cea a arterelor unei persoane mai în vârstă cu ateroscleroză, ale căror pereți sunt foarte duri.

În practica clinică, evaluarea amplitudinii pulsului este importantă, mai ales pentru recunoașterea unor modificări majore, cum ar fi pulsul slab caracteristic hipovolemiei severe sau pulsul neregulat care apare în aritmiile cardiace.

Respirația (R)

• Definiție

Respirația este un proces esențial pentru viață, asigurând oxigenul necesar mitocondriilor — organite celulare responsabile de producerea energiei sub formă de adenzin trifosfat (ATP), considerată „moneda energetică” a organismului. Principalul produs secundar al acestui proces este dioxidul de carbon, care este ulterior eliminat prin expirație. Frecvența/rata respiratorie, definită ca numărul de respirații pe minut, reprezintă un indicator non-invaziv și valoros pentru evaluarea stării de sănătate a pacientului. Orice modificare semnificativă a

⁸² Charlton K. Evidence Summary: Vital Signs: Clinician Information. Joanna Briggs Institute. 2012.

frecvenței respiratorii poate semnala o deteriorare a stării pacientului și necesită intervenție promptă și adecvată⁸³. Respirația este un proces complex, care implică coordonarea mai multor structuri și sisteme, inclusiv trunchiul cerebral, mușchii respiratori, plămânii, căile respiratorii și vasele de sânge, fiecare având un rol structural, funcțional și de reglare în desfășurarea acestui proces vital⁸⁴.

• **Relevanță clinică**

Valorile fiziologice ale frecvenței respiratorii sunt:

- adult: 12-18 resp./min.
- nou-născuți: 30-50 resp./min.
- copii 6 luni: 25-40 resp./min.
- copii 2 ani: 25-35 resp./min.
- copii 6 ani: resp./min.
- vârstnici peste 65 ani: 12-28 resp./min.
- vârstnici peste 80 ani: 10-30 resp./min.

Înregistrarea unui set complet de semne vitale (puls, tensiunea arterială, frecvență respiratorie și temperatură) cel puțin o dată pe zi, reprezintă standardul de referință pentru monitorizarea pacienților internați în unitățile medicale⁸⁵.

În mod fiziologic, frecvența respiratorie variază în funcție de vârstă, sex, poziția corpului, temperatura mediului ambiant, starea de veghe/somn, efort fizic, etc.

• **Cauze frecvente ale modificărilor patologice ale frecvenței respiratorii:** creșterea necesarului de oxigen în timpul exercițiilor fizice; creșterea rezistenței vasculare în cazul obezității; creșterea necesarului energetic în prezența unei infecții sau febrei; scăderea fluxului de oxigen în insuficiența cardiacă; stimularea nervoasă crescută în caz de durere; reducerea transportului de oxigen în anemie; creșterea ratei metabolice în hipertiroidism; sau obstrucția fluxului de oxigen în emfizem.

Puls-oximetrie (SpO₂)

• **Definiție**

Oximetria pulsului (pulsoximetria) asigură monitorizarea continuă și neinvazivă a saturației de oxigen din hemoglobina din sângele arterial. Este o metodă eficientă de monitorizare a hipoxemiei prin utilizarea pulsoximetrului, care va alerta imediat personalul medical cu privire la scăderea saturației arteriale în oxigen, adesea chiar înainte de apariția oricăror simptome evidente. De asemenea, oferă informații utile despre ritmul cardiac⁸⁶.

⁸³ Rolfe S. The importance of respiratory rate monitoring. *British Journal of Nursing*. 2019 Apr 25;28(8):504-8.

⁸⁴ Chourpiliadis C, Bhardwaj A. Physiology, Respiratory Rate. 2022 Sep 12. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 30725991.

⁸⁵ Cretikos MA, Bellomo R, Hillman K, Chen J, Finfer S, Flabouris A. Respiratory rate: the neglected vital sign. *Medical Journal of Australia*. 2008 Jun;188(11):657-9.

⁸⁶ Higginson R, Jones B. Respiratory assessment in critically ill patients: airway and breathing. *Br J Nurs* 2009; 18(8): 456-61.

• **Relevanță clinică**

Saturația normală de oxigen variază între 95% și 100%. Cu toate acestea, pacienții cu afecțiuni respiratorii cronice s-ar putea să se fi adaptat la niveluri mai scăzute de saturație în oxigen, astfel că, la acești pacienți scopul ar trebui să fie menținerea saturațiilor de oxigen cât mai aproape de intervalul normal al pacientului.

În general, un nivel sub 90% este îngrijorător, dar tendința saturațiilor de oxigen poate fi de mai multă importanță decât măsurătorile individuale, deoarece aceasta oferă o indicație asupra răspunsului pacientului la terapie.

Cu toate că pulsoximetria s-a dovedit a fi un instrument util în evaluarea stării respiratorii, aceasta are și câteva limite:

- incapacitatea de a detecta în mod fiabil hipoventilația, în special la pacienții care primesc oxigen suplimentar, precum și retenția de dioxid de carbon, fiind necesar ca aceasta să fie confirmată prin măsurarea PaCO₂ prin analiza gazelor din sângele arterial.
- nu oferă informații privind hemoglobina, astfel că în cazul unui pacient profund anemic, saturația de oxigen poate fi normală, cu toate că acesta este hipoxic.
- **Factorii care pot avea un impact asupra citirii pulsoximetriei:** lacul de unghii, perfuzia periferică slabă, aritmiile cardiace (ex. fibrilația atrială), umflarea manșetei pentru măsurarea TA, intoxicația cu monoxid de carbon, methemoglobinemia, lumina externă strălucitoare, mișcarea bruscă din cauza frisonului / convulsiilor sau agitația psiho-motorie, etc.

Temperatura (T)

• **Definiție**

Temperatura corpului reprezintă echilibrul dintre producția și pierderea de căldură. Este reglată de centrul de termoreglare al hipotalamusului din creier, care funcționează ca un termostat.

Prin homeostazie, un proces constant de producere și pierdere de căldură, oamenii au capacitatea de a menține o temperatură centrală constantă, în ciuda schimbărilor de mediu. Temperatura centrală, mai ridicată comparativ cu periferia corpului, reflectă căldura sângelui arterial și reprezintă echilibrul dintre căldura generată de țesuturile corpului în activitatea metabolică și cea pierdută prin diferite mecanisme, cum ar fi de exemplu procesele de radiație, convecție, conducere și evaporare care au loc la nivelul tegumentelor⁸⁷.

• **Relevanță clinică**

Măsurarea temperaturii centrale este efectuată pentru a evalua existența devierilor de la intervalul normal, care poate indica prezența unei afecțiuni, deteriorarea stării pacientului, existența unei infecții sau reacția la tratament.

Măsurarea temperaturii corporale face parte din îngrijirea de rutină a pacienților și poate influența deciziile legate de testele de laborator, diagnostic și tratament. În acest sens,

⁸⁷ Marieb EN, Hoehn K. Human Anatomy & Physiology, 10th edn. San Francisco: Pearson Benjamin Cummings. 2010.

temperatura trebuie măsurată adecvat și monitorizată periodic, pentru a permite identificarea precoce a unor modificări și aplicarea rapidă a intervențiilor necesare.

• **Factori fiziologici care pot determina fluctuații fiziologice ale temperaturii:**

- Ritmul circadian - temperatura corpului este mai mare seara decât dimineața.
- Ovulația - poate crește temperatura corporală.
- Exercițiile fizice și mâncatul - provoacă creșterea temperaturii.
- Vârstele extreme - termoreglarea este inadecvată la nou-născut, și mai ales la prematuri, precum și la persoanele în vârstă, care au o sensibilitate crescută la frig, iar temperatura corpului este în general mai scăzută.

ASPECTE FIZIOLOGICE ȘI PATOLOGICE

RESPIRAȚIE	
<i>Respirație fiziologică</i> ⁸⁸	<p>Definiție: Proces fiziologic fundamental prin care organismele realizează un schimb de oxigen și dioxid de carbon cu mediul înconjurător.</p> <p>Relevanță clinică: O respirație completă include două faze distincte: inspirație, adică preluarea aerului (gazelor) din mediul înconjurător în organism, și expirație, prin care se elimină în afara organismului aerul folosit (uzat).</p> <p>Prin respirație, oxigenul (O₂) din aerul inspirat ajunge la nivelul celulelor, iar dioxidul de carbon (CO₂) rezultat este eliminat prin intermediul expirației.</p>
<i>Hiperventilație</i>	<p>Definiție: Respirație mai rapidă și profundă decât normalul, care duce la eliminarea excesivă a dioxidului de carbon din organism.</p> <p>Relevanță clinică: Hiperventilația poate cauza alcaloză respiratorie și este frecvent întâlnită în cazuri de anxietate, tulburări metabolice sau afecțiuni respiratorii.</p> <p>Cauze care pot declanșa hiperventilația: Anxietate, atacuri de panică, acidoză metabolică, embolie pulmonară.</p>
<i>Hipoventilație</i>	<p>Definiție: Ventilație deficitară a plămânilor care duce la reducerea conținutului de oxigen sau la creșterea conținutului de dioxid de carbon din sânge, sau la ambele.</p> <p>Relevanță clinică: Hipoventilația poate cauza acidoză respiratorie, o afecțiune gravă care necesită intervenție rapidă.</p> <p>Cauze: Slăbiciune a mușchilor respiratori, depresia sistemului nervos central, sindrom de hipoventilație legat de obezitate.</p>
<i>Ortopnee</i>	<p>Definiție: Dificultate de respirație care apare atunci când pacientul stă întins, ameliorată de poziția șezut sau în picioare⁸⁹.</p> <p>Relevanță clinică: Ortopneea este frecvent asociată cu insuficiența</p>

⁸⁸ Voiculescu, M. (1975). *Medicina în familie*. Editura Medicală.

⁸⁹ Braithwaite SA, Wessel AL. Dyspnea. In: Walls RM, ed. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2023:chap 21.

RESPIRAȚIE	
	cardiacă, unde redistribuirea lichidelor crește presiunea asupra plămânilor. Cauze: Insuficiență cardiacă congestivă, boli pulmonare cronice, obezitate.
<i>Ortopnee paroxistică nocturnă</i>	Definiție: Dificultăți de respirație în poziția culcat. Această afecțiune face ca o persoană să se trezească brusc în timpul nopții cu senzația de lipsă de aer ⁹⁰ . Relevanță clinică: Aceasta este un semn clasic al insuficienței cardiace, cauzată de creșterea întoarcerii venoase atunci când pacientul este întins, ceea ce duce la congestie pulmonară. Cauze: Insuficiență cardiacă congestivă, hipertensiune pulmonară.
<i>Apnee</i>	Definiție: Încetarea tranzitorie a respirației pentru 10 secunde sau mai mult ⁹¹ . Relevanță clinică: Apneea este frecvent asociată cu tulburările de somn, cum ar fi apneea obstructivă în somn, dar poate apărea și în afecțiuni neurologice grave, cum ar fi leziunile trunchiului cerebral ⁹² . Cauze: Apnee obstructivă în somn, afecțiuni neurologice, slăbiciune a mușchilor respiratori.
<i>Bradipnee</i>	Definiție: Respirație anormal de lentă, sub 12 respirații pe minut la adulți ⁹³ . Relevanță clinică: Bradipneea poate duce la hipoxemie și hipercapnie, ceea ce necesită intervenție medicală imediată ⁹⁴ . Cauze: Intoxicație cu opioide, afecțiuni ale sistemului nervos central, hipotiroidism.
<i>Tahipnee</i>	Definiție: Respirație anormal de rapidă, cu peste 20 de respirații pe minut la adulți. Relevanță clinică: Tahipneea poate semnala probleme respiratorii sau metabolice, cum ar fi febra, sepsisul sau embolia pulmonară ⁹⁵ . Cauze: Sepsis, sindrom de detresă respiratorie, acidoză, durere, febră, Astmul, Cheag de sânge într-o arteră din plămâni, sufocare, Boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC) și alte boli pulmonare cronice, Insuficiență cardiacă, Infecție la nivelul celor mai mici căi respiratorii ale plămânilor la copii (bronșiolită), Pneumonie sau altă infecție pulmonară, Tahipnee tranzitorie a nou-născutului, Anxietate și panică, Alte boli

⁹⁰ Fajardo E, Davis JL. History and physical examination. In: Broaddus VC, Ernst JD, King TE, et al, eds. *Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2022:chap 18

⁹¹ Merriam-Webster. (n.d.). Apnea. In Merriam-Webster.com dictionary. Retrieved October 4, 2024, from <https://www.merriam-webster.com/dictionary/apnea>

⁹² Santana JM, Jaja O, Duan Q, et al. Comparison of patient-reported outcomes between alternative care provider-led and physician-led care for severe sleep disordered breathing: secondary analysis of an RCT. *J Patient Rep Outcomes*. 2024;8(1):107. doi:10.1186/s41687-024-00747-3.

⁹³ "Bradypnea." Merriam-Webster.com Medical Dictionary, Merriam-Webster, <https://www.merriam-webster.com/medical/bradypnea>. Accessed 4 Oct. 2024

⁹⁴ Easter JS. Pediatric resuscitation. In: Walls RM, ed. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2023:chap 158.

⁹⁵ Haas NL, Kurz MC. Adult resuscitation. In: Walls RM, ed. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2023:chap 5

RESPIRAȚIE	
	pulmonare grave, cum ar fi boala pulmonară interstițială sau bronșiectazia ⁹⁶ .
<i>Wheezing</i>	<p>Definiție: Respirația șuierătoare este un șuierat ascuțit în timpul respirației. Se produce atunci când aerul se deplasează prin tuburile respiratorii îngustate din plămâni. Sunetul de wheezing este cel mai evident atunci când se expiră. Se poate auzi și la inspirație (inhalare)⁹⁷.</p> <p>Relevanță clinică: Respirația șuierătoare provine cel mai adesea de la tuburile respiratorii mici (tuburi bronșice) din adâncul plămânilor. Dar se poate datora unui blocaj în căile respiratorii mai mari sau la persoanele cu anumite probleme ale corzilor vocale.</p> <p>Respirația șuierătoare este adesea asociată cu afecțiuni precum astmul și BPOC, indicând bronhoconstricție sau obstrucție a căilor respiratorii.</p> <p>Cauze: Astm, BPOC, bronșită, anafilaxie. Deteriorarea și lărgirea căilor respiratorii mari din plămâni (bronșiectazie), Infecție a plămânilor (pneumonie), Fumatul, Infecție virală, în special la sugarii mai mici de 2 ani.</p>
<i>Obstrucția căilor respiratorii</i>	<p>Definiție: Blocarea căilor respiratorii superioare apare atunci când pasajele respiratorii se îngustează sau se blochează, făcând dificilă respirația. Zonele afectate pot include traheea, laringele sau faringele.</p> <p>Relevanță clinică: Obstrucția căilor respiratorii poate duce la detresă sau insuficiență respiratorie, necesitând intervenție urgentă, în special în caz de blocaj complet.</p> <p>Cauze: Aspirația unui corp străin, tumori, astm sever, umflarea căilor respiratorii.</p>
<i>Stridor</i>	<p>Definiție: Sunet respirator anormal, ascuțit, muzical. Este cauzat de un blocaj în gât sau în laringe. Se aude cel mai adesea atunci când se inspiră⁹⁸.</p> <p>Relevanță clinică: Stridorul indică, de obicei, o obstrucție severă a căilor respiratorii superioare și necesită evaluare și tratament imediat.</p> <p>Cauze: Crup, aspirația unui corp străin, tumori laringiene, edem al căilor respiratorii.</p>
<i>Dispnee</i>	<p>Definiție: Senzație subiectivă de dificultate sau disconfort la respirație. Dispneea este un simptom comun în afecțiunile respiratorii și cardiace, putând semnala atât boli acute, cât și cronice.</p> <p>Relevanță clinică: Dispneea poate indica o varietate de afecțiuni subiacente, de la probleme pulmonare (BPOC, embolie pulmonară) la cauze cardiace (insuficiență cardiacă) sau sistemice (anemie), necesitând</p>

⁹⁶ Hartman ME, Cheifetz IM. Pediatric emergencies and resuscitation. In: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 81.

⁹⁷ Gracia-Tabuenca J, Seppä VP, Jauhiainen M, Kotaniemi-Syrjänen A, Malmström K, Pelkonen A, Mäkelä M, Viik J, Malmberg LP. Tidal breathing flow volume profiles during sleep in wheezing infants measured by impedance pneumography. *J Appl Physiol* (1985). 2019 May 01;126(5):1409-1418.

⁹⁸ McGee, S. (2018). Auscultation of the lungs. In S. McGee (Ed.), *Evidence-based physical diagnosis* (4th ed., pp. 261-274.e4). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-39276-1.00030-5>

RESPIRAȚIE	
	o evaluare atentă pentru stabilirea diagnosticului și tratamentul adecvat. Cauze: Insuficiență cardiacă, BPOC, embolie pulmonară, anemie.
<i>Afonie</i>	Definiție: Pierderea completă a capacității de a produce sunete vocale, cu excepția celor șoptite ⁹⁹ . Relevanță clinică: Afonia poate fi cauzată de afectarea corzilor vocale sau a nervilor care le controlează și reprezintă o urgență medicală dacă apare în urma unui traumatism. Cauze: Paralizia corzilor vocale, traumatisme, inflamație severă.
<i>Disfonie</i>	Definiție: Tulburare a vocii caracterizată prin răgușeală sau modificarea calității vocale. Relevanță clinică: Frecvent asociată cu tulburări laringiene, disfuncții ale corzilor vocale sau afecțiuni neurologice care afectează controlul vocal ¹⁰⁰ . Cauze: Paralizia corzilor vocale, laringită, polipi ai corzilor vocale.
<i>Voce nazonată (rinofonie)</i>	Definiție: Voce cu rezonanță nazală, cauzată de fluxul crescut de aer prin căile nazale, adesea din cauza anomaliilor structurale sau a congestiei nazale. Relevanță clinică: Rinofonia este frecvent asociată cu fanta palatină, obstrucția nazală sau insuficiența velofaringiană ¹⁰¹ . Cauze: Afecțiuni precum palatul despicat, polipi nazali, hipertrofia adenoidiană.
<i>Cianoza</i>	Definiție: Colorație albastruie a pielii și a mucoaselor, cauzată de oxigenarea insuficientă a sângelui. Relevanță clinică: Semn de hipoxemie, cianoza indică de obicei o insuficiență respiratorie sau cardiovasculară severă ¹⁰² . Cauze: Insuficiență respiratorie, defecte cardiace congenitale, pneumonie severă.
<i>Cianoză periorală</i>	Definiție: Colorarea buzelor și zonei din jurul gurii în albastru. Acest fenomen apare din cauza oxigenării insuficiente a sângelui în această regiune. Relevanță clinică: Cianoza periorală poate indica hipoxemie și insuficiență respiratorie, fiind un semn important în afecțiuni pulmonare, cardiace sau circulatorii. Necesită evaluare medicală pentru a identifica cauza subiacentă. Cauze: Afecțiuni pulmonare (BPOC, pneumonie, edem pulmonar), boli

⁹⁹Encyclopaedia Britannica. (n.d.). Vocal cords. Encyclopaedia Britannica. Retrieved October 4, 2024, from <https://www.britannica.com/topic/speech-language/Vocal-cords#ref583817>

¹⁰⁰ Stachler RJ, Francis DO, Schwartz SR, et al. Clinical Practice Guideline: Hoarseness (Dysphonia) (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018;158(1_suppl):S1-S42. doi:10.1177/0194599817751030.

This version keeps the key authors, title, journal name, year, volume, pages, and DOI. The erratum and PMID are omitted unless specifically required.

¹⁰¹ Voelker CH. LI Rhinophonia Macrostaphyla. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology.* 1938;47(3):659-665.

¹⁰² Snider HL. Cyanosis. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations.* 3rd edition. Boston: Butterworths; 1990. Chapter 45.

RESPIRAȚIE	
	cardiace congenitale, expunere la temperaturi scăzute, șoc, insuficiență circulatorie.
<i>Cianoza extremităților</i>	<p>Definiție: Albăstrirea sau paloarea extremităților (de obicei mâini și picioare), asociată frecvent cu durere și amorțeală, cauzată de tulburări vasomotorii. Aceasta este întâlnită în special în condiții precum boala Raynaud și este caracterizată prin contracția anormală a pereților arteriolarilor, intensificată de expunerea la frig, ceea ce duce la piele albăstruie, răceală și transpirație a zonelor afectate.</p> <p>Relevanță clinică: Cianoza extremităților este un semn de hipoxemie și poate indica insuficiență respiratorie sau cardiovasculară severă. În unele cazuri, poate fi asociată cu afecțiuni vasculare periferice și tulburări circulatorii cronice.</p> <p>Cauze: Insuficiență respiratorie, defecte cardiace congenitale, pneumonie severă, tulburări circulatorii.</p>
<i>Hipoxemie</i>	<p>Definiție: Nivel anormal de scăzut de oxigen în sânge, în special în sângele arterial. Hipoxemia poate afecta funcția celulară și poate duce la afectarea organelor și țesuturilor dacă nu este corectată¹⁰³.</p> <p>Relevanță clinică: Hipoxemia este un indicator critic al insuficienței respiratorii și poate duce la hipoxie tisulară. Este adesea observată în afecțiuni respiratorii acute și cronice, cum ar fi astmul, boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC) și pneumonia.</p> <p>Cauze: Hipoventilație, obstrucția căilor respiratorii, pneumonie, embolie pulmonară, edem pulmonar, boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC).</p>
<i>Tuse productivă</i>	<p>Definiție: O tuse care produce spută sau flegmă, de obicei din tractul respirator inferior, ceea ce indică prezența secrețiilor sau inflamației în căile respiratorii.</p> <p>Relevanță clinică: Tusea productivă este un simptom frecvent în afecțiuni respiratorii precum bronșita, pneumonia sau boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC). Este un mecanism de apărare al organismului pentru eliminarea mucusului și a agenților patogeni din căile respiratorii¹⁰⁴.</p> <p>Cauze: Infecții respiratorii (de exemplu, bronșită, pneumonie), BPOC, astm bronșic, expunere la iritanți, fumat.</p>
<i>Tuse neproductivă</i>	<p>Definiție: O tuse care nu produce spută sau mucus, adesea descrisă ca uscată și iritantă, de obicei asociată cu inflamație sau iritare a căilor respiratorii superioare.</p> <p>Relevanță clinică: Tusea neproductivă este frecvent întâlnită în afecțiuni virale, iritații sau boli cronice, cum ar fi astmul și refluxul gastroesofagian.</p>

¹⁰³ Bhutta BS, Alghoula F, Berim I. Hypoxia. [Updated 2024 Mar 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan

¹⁰⁴ Boujaoude ZC, Pratter MR. Clinical approach to acute cough. Lung. 2010 Jan;188 Suppl 1(Suppl 1):S41-6. doi: 10.1007/s00408-009-9170-6. Epub 2009 Aug 22

RESPIRAȚIE	
	<p>Poate duce la disconfort persistent și iritarea căilor respiratorii dacă este prelungită.</p> <p>Cauze: Infecții virale (de exemplu, răceală comună), astm, boala de reflux gastroesofagian (GERD), expunere la iritanți (de exemplu, fumat), picurare post-nazală.</p>
<i>Tuse cronică</i>	<p>Definiție: O tuse care durează mai mult de opt săptămâni, fie că este productivă sau neproductivă, și care poate indica prezența unei afecțiuni cronice subiacente.</p> <p>Relevanță clinică: Tusea cronică poate afecta semnificativ calitatea vieții și este adesea un semn al unor afecțiuni respiratorii sau gastroesofagiene, precum boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC), astm sau boala de reflux gastroesofagian (GERD). Necesită o evaluare completă pentru a determina cauza.</p> <p>Cauze: Bronșită cronică, BPOC, astm, GERD, picurare post-nazală, fumat, infecții respiratorii persistente.</p>
<i>Respirație Cheyne–Stokes</i>	<p>Definiție: Model anormal de respirație caracterizat prin cicluri de respirații progresiv mai profunde și uneori rapide, urmate de o scădere treptată a amplitudinii, până la apariția unei pauze respiratorii temporare (apnee). Acest model se repetă într-un ciclu care durează între 30 de secunde și 2 minute. Respirația Cheyne–Stokes reprezintă o oscilație între apnee și hiperpnee, având un tipar crescendo-decrescendo și fiind asociată cu modificări ale presiunilor parțiale serice de oxigen și dioxid de carbon. Poate apărea atât în starea de veghe, cât și în timpul somnului, unde este cunoscută sub denumirea de sindromul apneei centrale în somn.</p> <p>Relevanță clinică: Poate fi cauzată de leziuni ale centrilor respiratori sau de anomalii fiziologice în insuficiența cardiacă cronică. Este frecvent întâlnită la nou-născuții cu sisteme respiratorii imature și la persoanele care se expun brusc la altitudini mari.</p> <p>Apare în toate formele de encefalopatie toxică metabolică și este un simptom al intoxicației cu monoxid de carbon, alături de sincopă sau comă. De asemenea, acest tip de respirație este frecvent observat după administrarea de opioide, precum morfina.</p> <p>Cauze: Leziuni ale centrilor respiratori (accident vascular cerebral, traumatisme cerebrale), insuficiență cardiacă cronică, encefalopatie toxică metabolică, intoxicație cu monoxid de carbon, administrare de opioide (morfina), altitudini mari, sindromul apneei centrale în somn.</p>
<i>Respirație Kussmaul</i>	<p>Definiție: Respirație profundă, rapidă și dificilă. Acest model de respirație anormal este caracteristic în special în cetoacidoza diabetică, o complicație gravă a diabetului. Respirația Kussmaul este un mecanism compensator prin care organismul încearcă să elimine excesul de dioxid de</p>

RESPIRAȚIE	
	<p>carbon și să corecteze acidoza metabolică. Această formă de hiperventilație poartă numele Dr. Adolf Kussmaul, care a descris pentru prima dată acest tip de respirație în 1874.</p> <p>Relevanță clinică: Respirația Kussmaul este un semn important al acidozei metabolice severe, în special în cetoacidoza diabetică. Prezența acestui tipar respirator indică o afecțiune gravă care necesită intervenție medicală imediată pentru corectarea dezechilibrului metabolic.</p> <p>Cauze: Cetoacidoza diabetică, insuficiență renală cronică, acidoză metabolică severă, intoxicații (salicilați, metanol, etilenglicol).</p>
<i>Respirație Biot</i>	<p>Definiție: Model anormal de respirație caracterizat prin grupuri de inspiruri rapide și superficiale, urmate de perioade regulate sau neregulate de apnee. Acest tipar respirator indică, în general, un prognostic negativ. Respirația Biot poartă numele medicului Camille Biot, care a descris-o pentru prima dată în 1876.</p> <p>Relevanță clinică: Este frecvent asociată cu afectarea severă a centrilor respiratori din trunchiul cerebral, apărând în encefalopatii severe, hipertensiune intracraniană sau leziuni neurologice avansate. Prezența acestui model de respirație indică o afecțiune gravă și necesită intervenție medicală imediată.</p> <p>Cauze: Traumatisme cerebrale, hipertensiune intracraniană, accident vascular cerebral, encefalopatii severe, tumori cerebrale, meningită.</p>

CIRCULAȚIE	
<i>Hipertensiune arterială (HTA)</i>	<p>Definiție: Creșterea persistentă a tensiunii arteriale, definită ca presiune sistolică ≥ 130 mmHg sau presiune diastolică ≥ 80 mmHg¹⁰⁵.</p> <p>Relevanță clinică: Un factor de risc major pentru boli cardiovasculare, precum accident vascular cerebral, insuficiență cardiacă și infarct miocardic.</p> <p>Cauze: Hipertensiunea primară este de obicei idiopatică, în timp ce hipertensiunea secundară poate fi provocată de afecțiuni renale, endocrine sau de anumite medicamente.</p>
<i>Hipotensiune arterială (hTA)</i>	<p>Definiție: Scăderea anormală a tensiunii arteriale, definită ca presiune sistolică < 90 mmHg sau presiune diastolică < 60 mmHg¹⁰⁶.</p> <p>Relevanță clinică: Hipotensiunea poate provoca amețeli, sincopă sau chiar șoc, mai ales dacă scăderea tensiunii este bruscă sau severă.</p> <p>Cauze: Deshidratare, pierderi de sânge, insuficiență cardiacă sau</p>

¹⁰⁵ Hung TH, Chen VC, Chuang YC, Hsu YH, Wu WC, Tsai YH, McIntyre RS, Weng JC. Investigating the effect of hypertension on vascular cognitive impairment by using the resting-state functional connectome. *Sci Rep.* 2024 Feb 25;14(1):4580. doi: 10.1038/s41598-024-54996-9.

¹⁰⁶ Sharma S, Hashmi MF, Bhattacharya PT. Hypotension. [Updated 2023 Feb 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-.

CIRCULAȚIE	
	disfuncții autonome.
<i>Tahicardie</i>	<p>Definiție: Ritm cardiac anormal de rapid, definit de obicei ca fiind >100 bătăi pe minut la adulți.</p> <p>Relevanță clinică: Tahicardia poate avea cauze fiziologice (de exemplu, exercițiu fizic, stres) sau patologice (de exemplu, aritmii, hipertiroidism)¹⁰⁷.</p> <p>Cauze: Febră, deshidratare, anxietate, hipertiroidism, insuficiență cardiacă sau aritmii, cum ar fi fibrilația atrială.</p>
<i>Bradycardie</i>	<p>Definiție: Ritm cardiac anormal de lent, definit ca <60 bătăi pe minut la adulți.</p> <p>Relevanță clinică: Bradicardia poate duce la o perfuzie inadecvată, provocând oboseală, amețeli sau sincopă în cazurile severe¹⁰⁸.</p> <p>Cauze: Medicamente (de exemplu, beta-blocante), hipotiroidism, bloc cardiac sau degenerare legată de îmbătrânirea sistemului de conducere electrică a inimii.</p>
<i>Palpitații</i>	<p>Definiție: Senzația unei bătăi a inimii anormal de rapide, puternice sau neregulate.</p> <p>Relevanță clinică: Palpitațiile pot fi inofensive sau pot indica o aritmie cardiacă subiacentă, precum fibrilația atrială sau tahicardia ventriculară¹⁰⁹.</p> <p>Cauze: Anxietate, consum de cafeină, aritmii, hipertiroidism.</p>
<i>Puls aritmic</i>	<p>Definiție: Puls cu un ritm neregulat, adesea observat în afecțiuni aritmice precum fibrilația atrială.</p> <p>Relevanță clinică: Un puls aritmic indică o perturbare a sistemului de conducere electrică a inimii, necesită evaluare suplimentară¹¹⁰.</p> <p>Cauze: Fibrilație atrială, contracții ventriculare premature, bloc cardiac.</p>
<i>Puls filiform</i>	<p>Definiție: Puls slab, rapid și dificil de palpat, adesea asociat cu o perfuzie tisulară inadecvată și instabilitate hemodinamică.</p> <p>Relevanță clinică: Pulsul filiform indică un debit cardiac insuficient și poate fi un semn al unei afecțiuni severe precum șocul hipovolemic sau insuficiența circulatorie. Identificarea rapidă și corectă este esențială pentru inițierea tratamentului adecvat și prevenirea complicațiilor fatale.</p> <p>Cauze: Șoc hipovolemic, insuficiență cardiacă severă, sepsis, colaps vascular, hipotensiune arterială marcată, infarct miocardic acut.</p>
<i>Sincopa</i>	<p>Definiție: Pierderea temporară a conștienței cauzată de o scădere tranzitorie a fluxului sanguin către creier.</p>

¹⁰⁷ Gopinathannair R, Olshansky B. Management of tachycardia. F1000Prime Rep. 2015 May 12;7:60. doi: 10.12703/P7-60.

¹⁰⁸ Hafeez Y, Grossman SA. Sinus Bradycardia. [Updated 2023 Aug 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-.

¹⁰⁹ Goyal A, Robinson KJ, Katta S, et al. Palpitation. [Updated 2023 Apr 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan

¹¹⁰ Desai DS, Hajouli S. Arrhythmias. [Updated 2023 Jun 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan

CIRCULAȚIE	
	<p>Relevanță clinică: Sincopa poate fi benignă, cum este sincopa vasovagală sau poate indica afecțiuni mai grave, precum aritmiile sau insuficiența cardiacă¹¹¹.</p> <p>Cauze: Sincopă vasovagală, aritmii, hipotensiune ortostatică, deshidratare</p>
<i>Edeme palpebrale</i>	<p>Definiție: Umflarea pleoapelor cauzată de acumularea excesivă de lichid în țesuturile din jurul ochilor.</p> <p>Relevanță clinică: Edemele palpebrale pot fi un simptom benign, tranzitoriu, dar și un semn al unor afecțiuni sistemice, cum ar fi bolile renale, insuficiența cardiacă sau alergiile severe. Evaluarea cauzei este esențială pentru inițierea unui tratament adecvat și prevenirea complicațiilor.</p> <p>Cauze: Reacții alergice, infecții oculare (conjunctivită, celulită periorbitală), boli renale (sindrom nefrotic, insuficiență renală), insuficiență cardiacă congestivă, hipotiroidism, retenție de lichide, traumatisme locale.</p>
<i>Edemul picioarelor (edemul gambian)</i>	<p>Definiție: Umflarea picioarelor din cauza acumulării de lichid în extremitățile inferioare.</p> <p>Relevanță clinică: Adesea asociat cu insuficiență venoasă, insuficiență cardiacă sau obstrucție limfatică.</p> <p>Cauze: Insuficiență cardiacă, insuficiență venoasă, tromboză venoasă profundă, sindrom nefrotic.</p>
<i>Cordon eritematos dureros indurat pe traiect venos</i>	<p>Definiție: Inflamație localizată a unei vene superficiale, caracterizată prin prezența unui cordon roșu, dureros și indurat de-a lungul traiectului venos afectat.</p> <p>Relevanță clinică: Cordonul eritematos dureros indurat pe traiect venos indică frecvent o tromboflebită superficială, o inflamație a peretelui venos asociată uneori cu formarea unui tromb. Deși este o afecțiune mai puțin gravă decât tromboza venoasă profundă, poate necesita tratament pentru prevenirea complicațiilor și ameliorarea simptomelor.</p> <p>Cauze: Cateterizare venoasă prelungită, traumatisme vasculare, varice, infecții locale, hipercoagulabilitate, afecțiuni inflamatorii sistemice.</p>
<i>Varice</i>	<p>Definiție: Dilatații anormale și permanente ale venelor superficiale, caracterizate prin tortuozitate și pierderea elasticității peretelui venos.</p> <p>Relevanță clinică: Varicele pot fi asimptomatice sau pot provoca disconfort, edeme și senzație de greutate la nivelul membrelor inferioare. În stadii avansate, pot duce la complicații precum insuficiență venoasă cronică, tromboflebită superficială sau ulcere varicoase.</p>

¹¹¹ Grossman SA, Badireddy M. Syncope. [Updated 2023 Jun 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan

CIRCULAȚIE	
	<p>Cauze: Insuficiență venoasă cronică, predispoziție genetică, statul prelungit în picioare, obezitate, sarcină, sedentarism, traumatisme venoase.</p>
<i>Paloare</i>	<p>Definiție: Aspect al pielii și al mucoaselor mai deschis decât de obicei, cauzat de reducerea fluxului sanguin sau de oxigenare insuficientă.</p> <p>Relevanță clinică: Paloarea poate indica anemie, șoc sau vasoconstricție periferică¹¹².</p> <p>Cauze: Anemie, pierdere de sânge, șoc, vasoconstricție.</p>
<i>Ulcerații membre inferioare</i>	<p>Definiție: Pierderi de substanță la nivelul pielii membrilor inferioare, cu vindecare întârziată, cauzate de insuficiență vasculară, neuropatie sau factori mecanici.</p> <p>Relevanță clinică: Ulcerațiile membrilor inferioare sunt un semn al unei afecțiuni subiacente, precum insuficiența venoasă cronică, boala arterială periferică sau diabetul zaharat. Netratate corespunzător, acestea pot duce la infecții, osteomielită și chiar amputație.</p> <p>Cauze: Insuficiență venoasă cronică, boală arterială periferică, diabet zaharat, traumatisme, presiune prelungită (escare), infecții.</p>
<i>Claudicații intermitente</i>	<p>Definiție: Durere musculară, crampe sau senzație de oboseală la nivelul membrilor inferioare, care apare în timpul mersului și se ameliorează după repaus, fiind cauzată de ischemia musculară indusă de efort.</p> <p>Relevanță clinică: Claudicațiile intermitente sunt un simptom caracteristic al bolii arteriale periferice, indicând un flux sanguin insuficient către mușchi în timpul activității fizice. Identificarea precoce este esențială pentru prevenirea progresiei bolii și a complicațiilor severe, precum ulcerațiile ischemice și gangrena.</p> <p>Cauze: Boală arterială periferică, ateroscleroză, diabet zaharat, hipertensiune arterială, dislipidemie, fumat, sedentarism.</p>
<i>Oboseala</i>	<p>Definiție: Oboseala este definită ca fiind o stare temporară de scădere a potențialului funcțional al organismului, produsă de o activitate prelungită sau excesivă.</p> <p>Relevanță clinică: Principalul simptom în cazul anemiei îl reprezintă oboseala pronunțată. Persoanele care suferă de anemie resimt slăbiciune în tot corpul, tahicardie, insomnie, incapacitate de concentrare, dureri de cap.</p> <p>Cauze: Circulația sângelui nu este suficient de intensă, apar o serie de efecte neplăcute: apneea în somn, bolile cardiovasculare, obezitatea sau diabetul.</p>

¹¹² Schwarzenberger K, Callen JP. Dermatologic manifestations in patients with systemic disease. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, eds. Dermatology. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 53.

CIRCULAȚIE	
<i>Slăbiciunea</i>	<p>Definiție: Reducerea forței musculare, care poate afecta capacitatea de a efectua sarcini fizice normale. Slăbiciunea poate fi localizată (afectând anumite grupe musculare) sau generalizată (afectând întregul corp) și poate fi un simptom tranzitoriu sau cronic, în funcție de cauza subiacentă.</p> <p>Relevanță clinică: Slăbiciunea poate semnala o varietate de afecțiuni, inclusiv boli musculare, neurologice, endocrine sau infecțioase. Este un simptom care necesită investigații suplimentare pentru a exclude cauze grave precum accidente vasculare cerebrale, neuropatii sau afecțiuni autoimune¹¹³.</p> <p>Cauze: Accidente vasculare cerebrale, scleroză multiplă, miastenia gravis, sindromul Guillain-Barré, hipotiroidism, anemie, malnutriție, insuficiență renală, infecții virale severe (de exemplu, poliomielită).</p>
<i>Cianoza de cauză circulatorie</i>	<p>Definiție: Tenta albastră a pielii, gîngiilor, unghiilor sau mucoaselor produsă de lipsa de oxigen.</p> <p>Relevanță clinică: Cianoza poate fi produsă de forme anormale de hemoglobină sau de lipsă totală de oxigen, cum apare în traumatisme de genul sufocării sau în bolile cronice care alterează funcții inimii sau ale plămânilor. Formele anormale ale hemoglobinei pot fi variate, de exemplu metemaglobina.</p> <p>Cauze: Cianoza poate fi evidențiată la naștere datorită malformațiilor cardiace congenitale care permit sîngelui care nu este complet oxigenat să intre în circulația arterială.</p>

TERMOREGLARE	
<i>Temperatură fiziologică</i>	<p>Definiție: Intervalul normal al temperaturii corpului uman, care este de obicei între 36,1°C și 37,2°C (97°F - 99°F). Temperatura fiziologică reflectă echilibrul termic al organismului, menținut prin mecanisme de termoreglare.</p> <p>Relevanță clinică: Temperatura fiziologică este un indicator al funcționării normale a organismului. Abaterile de la acest interval pot indica prezența unei infecții, inflamații sau afecțiuni sistemice, care necesită investigații suplimentare.</p> <p>Cauze: Funcționarea normală a sistemelor de termoreglare. Temperaturile anormale, cum ar fi febra (hipertermia) sau hipotermia, pot fi cauzate de infecții, inflamații, boli endocrine sau expunerea la medii extreme.</p>
<i>Hipotermie</i>	<p>Definiție: Scăderea temperaturii centrale a corpului sub 35°C (95°F), care afectează funcțiile fiziologice.</p> <p>Relevanță clinică: Hipotermia poate cauza alterarea stării mentale, aritmii cardiace și, în cazuri severe, deces dacă nu este tratată prompt.¹¹⁴</p>

¹¹³ Eyre AJ. Weakness. In: Walls RM, ed. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2023:chap 9

¹¹⁴ Duong H, Patel G. Hypothermia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Updated January 19, 2024.

TERMOREGLARE	
	Cauze: Expunerea la temperaturi scăzute, sepsis, hipotiroidism, intoxicații medicamentoase (de exemplu, sedative).
<i>Hipertermie</i>	Definiție: Creșterea temperaturii corporale din cauza eșecului mecanismului de termoreglare, fără legătură cu o infecție. Relevanță clinică: Poate cauza insolație, caracterizată prin confuzie, convulsii și insuficiență organică, în special în condiții de expunere prelungită la căldură. ¹¹⁵ Cauze: Expunere prelungită la căldură, efort fizic intens, medicamente (de exemplu, anticolinergice), sindrom neuroleptic malign.
<i>Subfebrilitate</i>	Definiție: Creșterea ușoară a temperaturii corporale, de obicei între 37,5°C și 38°C (99,5°F-100,4°F). Relevanță clinică: Subfebrilitatea este frecvent asociată cu afecțiuni inflamatorii cronice, infecții sau boli autoimune. Cauze: Infecții de grad scăzut, afecțiuni inflamatorii (de exemplu, poliartrită reumatoidă), neoplasme.
<i>Febră moderată</i>	Definiție: Temperatură corporală între 38°C și 39°C (100,4°F-102,2°F). Relevanță clinică: Febra este un răspuns frecvent la infecții sau inflamații și reprezintă un mecanism de apărare al sistemului imunitar. Cauze: Infecții bacteriene sau virale, boli autoimune, tumori maligne
<i>Febră ridicată</i>	Definiție: Temperatură corporală ce depășește 39°C (102,2°F). Relevanță clinică: Febra ridicată poate semnala infecții severe, boli autoimune sau malignități. Prolungirea febrei mari poate cauza convulsii febrile, mai ales la copii ¹¹⁶ . Cauze: Infecții severe (de exemplu, meningită, pneumonie), boli inflamatorii, tumori maligne
<i>Hiperpirexie</i>	Definiție: Creștere extremă a temperaturii corpului peste 41°C (105,8°F), care poate fi fatală. Relevanță clinică: Hiperpirexia necesită tratament de urgență, deoarece poate cauza leziuni cerebrale, insuficiență multiorganică și deces ¹¹⁷ . Cauze: Infecții severe, lovitură de căldură, sindrom neuroleptic malign, furtună tiroidiană.
<i>Frison</i>	Definiție: Frisoane însoțite de senzații de frig, adesea precedând sau însoțind episoadele febrile. Relevanță clinică: Frisoanele sunt frecvent asociate cu boli febrile și reprezintă un răspuns la creșterea indusă de pirogeni a temperaturii de referință a corpului ¹¹⁸ . Cauze: Infecții (bacteriene, virale), sepsis, reacții autoimune.

¹¹⁵ Wasserman DD, Creech JA, Healy M. Cooling Techniques for Hyperthermia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Updated October 17, 2022

¹¹⁶ Wasserman DD, Creech JA, Healy M. Cooling Techniques for Hyperthermia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Updated October 17, 2022

¹¹⁷ Dall L, Stanford JF. Fever, Chills, and Night Sweats. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3rd edition. Boston: Butterworths; 1990. Chapter 211

¹¹⁸ Dall L, Stanford JF. Fever, Chills, and Night Sweats. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3rd edition. Boston: Butterworths; 1990. Chapter 211

ALIMENTARE ȘI HIDRATARE	
<i>Hrănire/hidratare activă (fără ajutor)</i>	<p>Definiție: Capacitatea de a consuma în mod independent alimente și lichide, fără a avea nevoie de ajutor extern.</p> <p>Relevanță clinică: Indică un grad ridicat de independență funcțională și suficiente abilități motorii pentru a asigura un aport nutrițional adecvat¹¹⁹.</p> <p>Cauze: Funcționare normală la persoanele sănătoase sau cu deficiențe fizice ușoare</p>
<i>Hrănirea/hidratarea pasivă (cu ajutor)</i>	<p>Definiție: Necesitatea de asistență pentru a mânca sau a bea, din cauza deficiențelor fizice sau cognitive.</p> <p>Relevanță clinică: Un indicator al independenței funcționale reduse, observat frecvent la pacienții cu dizabilități fizice severe sau tulburări cognitive.</p> <p>Cauze: Accident vascular cerebral, demență avansată, boala Parkinson, artrită severă.</p>
<i>Leziuni bucale</i>	<p>Definiție: Ulcerații, eroziuni, inflamații sau alte modificări patologice ale mucoasei orale, care pot varia ca dimensiune, durată și severitate.</p> <p>Relevanță clinică: Leziunile bucale pot fi manifestarea unor afecțiuni locale, cum ar fi infecțiile sau traumatismele, dar și un simptom al unor boli sistemice, precum deficitele nutriționale, afecțiunile autoimune sau infecțiile virale. Identificarea cauzei este esențială pentru stabilirea tratamentului adecvat și prevenirea complicațiilor.</p> <p>Cauze: Stomatită aftoasă, infecții virale (herpes simplex), infecții fungice (candidoză orală), deficite nutriționale (vitamina B12, fier, acid folic), traumatisme locale, afecțiuni autoimune (lupus, boala Behçet), reacții alergice, efecte adverse ale unor medicamente.</p>
<i>Xerostomie</i>	<p>Definiție: Senzație de uscăciune a gurii cauzată de scăderea sau absența secreției salivare.</p> <p>Relevanță clinică: Xerostomia poate afecta calitatea vieții pacientului, interferând cu masticăția, deglutiția și vorbirea. Poate predispuce la apariția cariilor dentare, infecțiilor orale și tulburărilor de gust. Este frecvent asociată cu utilizarea anumitor medicamente, afecțiuni autoimune sau radioterapie în zona capului și gâtului.</p> <p>Cauze: Administrarea de medicamente (antihistaminice, antidepresive, diuretice), sindromul Sjögren, diabet zaharat, radioterapie, deshidratare, stres, fumat.</p>
<i>Masticație dificilă</i>	<p>Definiție: Incapacitatea de a mesteca corect alimentele din cauza deficiențelor dentare, musculare sau neurologice.</p> <p>Relevanță clinică: Poate duce la malnutriție și riscuri de aspirație, în special la persoanele în vârstă.</p> <p>Cauze: Dentiție deficitară, disfuncții ale articulației temporo-mandibulare, accident vascular cerebral sau tulburări neuromusculare.</p>
<i>Dentiție incompletă</i>	<p>Definiție: Lipsa unuia sau a mai multor dinți, fie congenitală, fie dobândită, care poate afecta masticăția, vorbirea și estetica facială.</p>

¹¹⁹ Roigk P. Nutrition and Hydration. 2018 Jun 16. In: Hertz K, Santy-Tomlinson J, editors. Fragility Fracture Nursing: Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient [Internet]. Cham (CH): Springer; 2018. Chapter 8. PMID: 31314479

ALIMENTARE ȘI HIDRATARE	
	<p>Relevanță clinică: Dentiția incompletă poate duce la dificultăți în alimentație, afectând digestia și starea nutrițională. De asemenea, poate cauza dezechilibre ocluzale, migrarea dinților rămași, tulburări de vorbire și impact psihosocial semnificativ. Este importantă identificarea cauzei și instituirea tratamentului adecvat, fie prin protezare, fie prin alte metode de restaurare dentară.</p> <p>Cauze: Boală parodontală, carii dentare netratate, traumatisme dentare, edentație congenitală (anodonție), procese infecțioase sau tumorale, îmbătrânire, obiceiuri vicioase (bruxism).</p>
<i>Refuzul alimentației</i>	<p>Definiție: Refuzul voluntar de a consuma alimente, asociat adesea cu afecțiuni psihologice sau medicale.</p> <p>Relevanță clinică: Refuzul de a mânca poate duce la malnutriție severă, deshidratare și creșterea mortalității, mai ales în rândul populațiilor vulnerabile¹²⁰.</p> <p>Cauze: Depresie, anorexie nervoasă, demență, boli terminale</p>
<i>Apetit păstrat</i>	<p>Definiție: Stare în care senzația de foame și dorința de a mânca rămân normale, fără modificări semnificative în cantitatea sau frecvența meselor consumate.</p> <p>Relevanță clinică: Un apetit păstrat este un indicator al unei stări nutriționale și metabolice normale. În unele afecțiuni cronice sau acute, menținerea apetitului poate fi un semn pozitiv, indicând o bună funcționare a organismului. Cu toate acestea, în anumite boli endocrine sau metabolice, cum ar fi hipertiroidismul, un apetit păstrat sau crescut poate coexista cu pierderea în greutate.</p> <p>Cauze: Stare de sănătate generală bună, metabolism echilibrat, aport caloric adecvat, afecțiuni metabolice (ex.: hipertiroidism) în care apetitul rămâne prezent sau crescut în ciuda pierderii în greutate.</p>
<i>Greață</i>	<p>Definiție: Senzație neplăcută de disconfort gastric, asociată frecvent cu dorința de a vomă.</p> <p>Relevanță clinică: Greața poate fi un simptom tranzitoriu sau un semn al unei afecțiuni subiacente. Poate indica tulburări gastrointestinale, dezechilibre metabolice, afecțiuni neurologice sau efecte adverse ale medicamentelor. Identificarea cauzei este esențială pentru stabilirea tratamentului adecvat și prevenirea complicațiilor, precum deshidratarea sau tulburările electrolitice.</p> <p>Cauze: Infecții gastrointestinale, intoxicații alimentare, reflux gastroesofagian, sarcină, migrenă, hipoglicemie, afecțiuni vestibulare (rău de mișcare), chimioterapie, efecte adverse ale medicamentelor, stres, anxietate.</p>
<i>Inapetență</i>	<p>Definiție: Scăderea sau absența dorinței de a mânca, care poate fi tranzitorie sau cronică și poate afecta aportul nutrițional și starea generală de sănătate. Inapetența poate fi un simptom comun în multe afecțiuni medicale sau psihologice.</p> <p>Relevanță clinică: Inapetența poate semnala o varietate de afecțiuni,</p>

¹²⁰ Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7),724-731

ALIMENTARE ȘI HIDRATARE	
	<p>inclusiv infecții, tulburări gastrointestinale, boli cronice sau tulburări emoționale. Pierderea prelungită a apetitului poate duce la malnutriție și pierdere în greutate, necesitând evaluare și tratament.</p> <p>Cauze: Infecții (de exemplu, gripă, gastroenterită), afecțiuni gastrointestinale (ulcer peptic, sindromul colonului iritabil), afecțiuni cronice (cancer, insuficiență renală), depresie, stres, efecte secundare ale medicamentelor (chimioterapie)</p>
<i>Anorexie</i>	<p>Definiție: Scăderea sau absența apetitului alimentar, care poate fi tranzitorie sau asociată cu afecțiuni medicale și psihologice.</p> <p>Relevanță clinică: Anorexia poate duce la deficiențe nutriționale, pierdere în greutate și afectarea stării generale de sănătate. Este un simptom comun în multe afecțiuni acute și cronice, dar poate indica și tulburări alimentare severe, cum ar fi anorexia nervoasă. Evaluarea cauzei este esențială pentru instituirea unui tratament adecvat.</p> <p>Cauze: Infecții acute și cronice, neoplazii, afecțiuni gastrointestinale (gastrită, hepatită, pancreatită), depresie, anxietate, anorexie nervoasă, insuficiență renală cronică, insuficiență cardiacă, efecte adverse ale medicamentelor, stres.</p>
<i>Bulimie</i>	<p>Definiție: Tulburare de alimentație caracterizată prin episoade de consum excesiv de alimente, urmate de comportamente compensatorii, cum ar fi purjarea, postul sau exercițiile fizice excesive.</p> <p>Relevanță clinică: Bulimia poate duce la complicații fizice grave, inclusiv dezechilibre electrolitice, leziuni gastrointestinale și eroziune dentară¹²¹.</p> <p>Cauze: Factori psihologici, cum ar fi tulburările legate de imaginea corporală și dereglările emoționale.</p>
<i>Regurgitație</i>	<p>Definiție: Întoarcerea alimentelor sau lichidelor înghițite înapoi în gură, fără a induce vărsături.</p> <p>Relevanță clinică: Frecvent asociată cu boala de reflux gastroesofagian (GERD) sau cu tulburări de motilitate esofagiană¹²².</p> <p>Cauze: GERD, acalazie, hernie hiatală.</p>
<i>Pirozis</i>	<p>Definiție: Senzație de arsură în piept sau în gât, cauzată de refluxul acidului gastric în esofag.</p> <p>Relevanță clinică: Simptom comun al GERD, care poate cauza afectarea esofagiană dacă nu este tratată¹²³.</p> <p>Cauze: GERD, hernie hiatală, aport alimentar excesiv, anumite alimente (de exemplu, picante, acide).</p>
<i>Eructații</i>	<p>Definiție: Eliberarea de gaze din tractul digestiv, în special din stomac, prin gură.</p>

¹²¹ Academy of Eating Disorders (AED), (2011). Eating Disorders: Critical Points For Early Recognition And Medical Risk Management In The Care Of Individuals With Eating Disorders. AED Report.

¹²² Zoghbi WA, et al. Aortic Regurgitation: Review of the Diagnostic Criteria and the Management. *Curr Cardiol Rep.* 2023;25(6):546-555. doi:10.1007/s11886-023-01955-x

¹²³ Katzka DA, Kahrilas PJ. Advances in the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *BMJ.* 2020;371:m3786. doi:10.1136/bmj.m3786.

ALIMENTARE ȘI HIDRATARE	
	<p>Relevanță clinică: Deși este adesea benignă, eructațiile excesive pot indica probleme digestive, cum ar fi GERD sau aerofagie¹²⁴.</p> <p>Cauze: Aerofagie, GERD, golire gastrică întârziată.</p>
<i>Flatulență</i>	<p>Definiție: Eliberarea de gaze din sistemul digestiv prin rect.</p> <p>Relevanță clinică: Deși este comună, flatulența excesivă poate indica probleme digestive sau malabsorbție¹²⁵.</p> <p>Cauze: Factori alimentari, intoleranță la lactoză, sindromul intestinului iritabil (IBS), supraînmulțirea bacteriilor intestinului subțire (SIBO).</p>
<i>Senzație de plenitudine precoce</i>	<p>Definiție: Senzația de sațietate după consumul unei cantități mici de alimente, care duce la scăderea aportului alimentar.</p> <p>Relevanță clinică: Poate fi un simptom al tulburărilor gastrointestinale sau al tumorilor maligne și poate provoca malnutriție¹²⁶.</p> <p>Cauze: Gastropareză, boala ulcerului peptic, cancer gastric.</p>
<i>Meteorism abdominal</i>	<p>Definiție: Acumularea excesivă de gaze în tractul gastrointestinal, care cauzează senzația de plenitudine sau distensie.</p> <p>Relevanță clinică: Frecvent asociată cu tulburări gastrointestinale, balonarea poate provoca disconfort și poate afecta alimentația normală¹²⁷.</p> <p>Cauze: Sindromul intestinului iritabil (SII), intoleranță la lactoză, suprapopularea bacteriană a intestinului subțire (SIBO), supraalimentare</p>
<i>Polifagie</i>	<p>Definiție: Foame și aport alimentar excesiv sau anormal.</p> <p>Relevanță clinică: Adesea asociată cu tulburări endocrine, cum ar fi diabetul zaharat, în care organismul nu poate utiliza eficient glucoza¹²⁸.</p> <p>Cauze: Diabet zaharat, hipertiroidism, hiperfagie datorată leziunilor hipotalamice</p>
<i>Polidipsie</i>	<p>Definiție: Sete excesivă și consum excesiv de lichide, frecvent observate la pacienții cu diabet necontrolat.</p> <p>Relevanță clinică: Polidipsia este un simptom clasic al diabetului zaharat, în special atunci când glicemia nu este bine controlată, ducând la deshidratare¹²⁹.</p> <p>Cauze: Diabet zaharat, diabet insipid, hipercalcemie</p>
<i>Disfagie</i>	<p>Definiție: Dificultate sau disconfort la înghițire, cauzate de anomalii structurale sau funcționale ale esofagului sau faringelui.</p>

¹²⁴ Bredenoord AJ, Smout AJPM. AGA Clinical Practice Update on Evaluation and Management of Belching Disorders: Expert Review. *Gastroenterology*. 2023;S0016-5085(23)00823-5. doi:10.1053/j.gastro.2023.08.023.

¹²⁵ Bailey J, Carter NJ, Neher JO. Effective management of flatulence. *Am Fam Physician*. 2009;79(12):1098-1100.

¹²⁶ Camilleri M. Early Satiety: Etiology, Diagnostic Approach, and Management. *Gastroenterology*. 2015;148(6):1239-1245. doi:10.1053/j.gastro.2015.02.043.

¹²⁷ Lee YY, Erdogan A, Rao SS. Management of Chronic Abdominal Distension and Bloating. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020;18(11):2398-2407.e3. doi:10.1016/j.cgh.2020.02.021.

¹²⁸ Hersh E. Polyphagia: Symptoms, Causes, and Treatment. Healthline. Published January 25, 2024. Accessed [Date]. <https://www.healthline.com/health/polyphagia>

¹²⁹ Kotagiri R, Sridharan GK. Primary Polydipsia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562251/>.

ALIMENTARE ȘI HIDRATARE	
	<p>Relevanță clinică: Disfagia poate duce la malnutriție, deshidratare și risc de pneumonie de aspirație dacă nu este tratată corespunzător¹³⁰.</p> <p>Cauze: Accident vascular cerebral, stricturi esofagiene, cancer de cap și gât, tulburări neurologice (de exemplu, boala Parkinson).</p>
<i>Hiperfagie nocturnă</i>	<p>Definiție: Alimentație excesivă în timpul nopții, adesea asociată cu sindromul mâncatului nocturn.</p> <p>Relevanță clinică: Poate duce la creșterea în greutate și perturbarea somnului, fiind adesea legată de tulburări de dispoziție sau probleme metabolice¹³¹.</p> <p>Cauze: Sindromul mâncatului nocturn, stres, depresie, tulburări de somn sau muncă în schimburi.</p>
<i>Disgeuzie</i>	<p>Definiție: Alterarea percepției gustului, adesea ducând la un gust metalic sau neplăcut.</p> <p>Relevanță clinică: Disgeuzia poate afecta semnificativ aportul alimentar și calitatea vieții, în special la pacienții supuși chimioterapiei sau cu afecțiuni sistemice¹³².</p> <p>Cauze: Chimioterapia, deficitul de zinc, infecții respiratorii superioare, medicamente (de exemplu, metronidazol, inhibitori ECA).</p>
<i>Ageuzie</i>	<p>Definiție: Pierderea totală a capacității de a percepe gusturile, care poate fi temporară sau permanentă, în funcție de cauza subiacentă.</p> <p>Relevanță clinică: Ageuzia poate afecta calitatea vieții pacientului, influențând apetitul și aportul alimentar, ceea ce poate duce la deficiențe nutriționale. De asemenea, poate fi un simptom al unor afecțiuni neurologice, metabolice sau al unor efecte adverse ale medicamentelor. Identificarea cauzei este esențială pentru managementul adecvat al pacientului.</p> <p>Cauze: Infecții virale (inclusiv COVID-19), leziuni ale nervului facial sau glosofaringian, boli neurologice (boala Parkinson, scleroza multiplă), deficite nutriționale (zinc, vitamina B12), efecte adverse ale medicamentelor (chimioterapice, antibiotice), expunere la substanțe toxice, sindrom Sjögren, diabet zaharat</p>
<i>Cașexie</i>	<p>Definiție: Sindrom metabolic complex caracterizat prin pierdere severă în greutate, epuizare musculară și apetit redus, frecvent observat în boli cronice, cum ar fi cancerul și insuficiența cardiacă avansată.</p> <p>Relevanță clinică: Cașexia este asociată cu un prognostic nefavorabil și mortalitate crescută, în special în cazurile de cancer și boli cronice în stadiu terminal¹³³.</p> <p>Cauze: Cancer, insuficiență cardiacă cronică, boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC), boală renală cronică</p>

¹³⁰ Groher ME, Crary MA. Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management. *Otolaryngol Clin North Am.* 2013;46(6):989-1008. doi:10.1016/j.otc.2012.10.013.

¹³¹ Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, et al. Night Eating Syndrome: A Review of the Literature. *Appetite.* 2010;55(3):310-323. doi:10.1016/j.appet.2010.07.007.

¹³² Kong HH, Richards JE. Dysgeusia: A Review. *Am Fam Physician.* 2006;73(11):1673-1678

¹³³ Yule MS, Brown LR, Waller R, Wigmore SJ. Cancer cachexia. *BMJ.* 2024;387:e080040. doi:10.1136/bmj-2024-080040.

ALIMENTARE ȘI HIDRATARE	
<i>Obezitate</i>	<p>Definiție: Afecțiune caracterizată prin exces de grăsime corporală, definită de obicei printr-un indice de masă corporală (IMC) ≥ 30 kg/m².</p> <p>Relevanță clinică: Obezitatea este un factor de risc major pentru afecțiuni cronice, inclusiv boli cardiovasculare, diabet și anumite tipuri de cancer¹³⁴.</p> <p>Cauze: Alimentație dezechilibrată, sedentarism, predispoziție genetică, tulburări endocrine (de exemplu, hipotiroidism).</p>
<i>Emaciere</i>	<p>Definiție: Pierderea extremă în greutate și epuizarea masei corporale, observată adesea în cazuri de malnutriție severă sau boli cronice.</p> <p>Relevanță clinică: Emacierea este o afecțiune gravă, care poate duce la insuficiență organică și deces dacă nu este tratată¹³⁵.</p> <p>Cauze: Infecții cronice (de exemplu, tuberculoză, HIV), cancer, malnutriție severă, anorexie nervoasă</p>
<i>Deshidratare</i>	<p>Definiție: Pierderea excesivă de apă din organism, care duce la dezechilibre electrolitice și afectează funcțiile corporale.</p> <p>Relevanță clinică: Deshidratarea poate cauza confuzie, slăbiciune, insuficiență renală și, în cazuri severe, deces¹³⁶.</p> <p>Cauze: Diaree, vărsături, febră, transpirație excesivă, aport insuficient de lichide</p>

ELIMINARE	
<i>Micțiune fiziologică (urinare normală)</i>	<p>Definiție: Golirea regulată și voluntară a vezicii urinare fără disconfort sau dificultăți.</p> <p>Relevanță clinică: Indică funcționarea sănătoasă a rinichilor și a vezicii urinare.</p> <p>Cauze: Funcționare normală a sistemului urinar sănătos</p>
<i>Incontinență urinară</i>	<p>Definiție: Scurgerea involuntară de urină, care afectează calitatea vieții.</p> <p>Relevanță clinică: Frecventă la persoanele în vârstă, în cazul afecțiunilor neurologice sau la femeile în perioada postpartum, necesitând o gestionare adecvată.</p> <p>Cauze: Îmbătrânire, slăbirea mușchilor pelvieni, afecțiuni neurologice (de exemplu, scleroză multiplă), postchirurgie</p>
<i>Sondă urinară (cateter urinar)</i>	<p>Definiție: Un tub flexibil introdus în vezica urinară pentru a evacua urina atunci când urinarea normală nu este posibilă.</p> <p>Relevanță clinică: Utilizat la pacienții cu retenție urinară, după intervenții chirurgicale sau cu afecțiuni neurologice.</p> <p>Cauze: Retenție urinară, intervenții chirurgicale, leziuni ale măduvei spinării</p>

¹³⁴ Inoue Y, Qin B, Poti J, Sokol R, Gordon-Larsen P. Epidemiology of Obesity in Adults: Latest Trends. *Curr Epidemiol Rep.* 2018;5(1):29-41. doi:10.1007/s40471-018-0155-1.

¹³⁵ Lundholm L, Schersten B, Eden L, Lundgren S. Origins of emaciation in cancer patients. *Med Oncol Tumor Pharmacother.* 1985;2(3-4):143-147. doi:10.1007/BF02934546.

¹³⁶ Vivanti AP. Dehydration in Older Adults. *Nutr Rev.* 2012;70(3):137-149. doi:10.1111/j.1753-4887.2011.00461.x.

ELIMINARE	
<i>Cateter suprapubian</i>	<p>Definiție: Un cateter introdus direct în vezica urinară prin peretele abdominal pentru drenaj pe termen lung.</p> <p>Relevanță clinică: Utilizat în cazuri de retenție urinară cronică sau atunci când cateterizarea uretrală nu este posibilă.</p> <p>Cauze: Obstrucția ieșirii vezicii urinare, leziuni ale măduvei spinării, afecțiuni postchirurgicale</p>
<i>Glob vezical (distensie vezicală)</i>	<p>Definiție: Mărirea anormală a vezicii urinare din cauza retenției urinare.</p> <p>Relevanță clinică: Poate provoca disconfort, durere și leziuni ale vezicii urinare dacă nu este gestionată corespunzător.</p> <p>Cauze: Obstrucție urinară, tulburări neurologice, post-anestezie</p>
<i>Poliurie</i>	<p>Definiție: Urinare excesivă, definită în general ca eliminarea a mai mult de 3 litri de urină pe zi.</p> <p>Relevanță clinică: Frecvent asociată cu diabetul necontrolat, utilizarea diureticelor sau boala renală cronică¹³⁷.</p> <p>Cauze: Diabet zaharat, diabet insipid, boală renală cronică</p>
<i>Polakiurie (urinare frecventă)</i>	<p>Definiție: Frecvență crescută a urinării, de obicei în cantități mici, fără o creștere a volumului total de urină.</p> <p>Relevanță clinică: Poate indica infecții ale tractului urinar sau disfuncții ale vezicii urinare.</p> <p>Cauze: Infecții ale tractului urinar (ITU), cistită interstițială, hiperactivitate vezicală</p>
<i>Nicturie (nocturie)</i>	<p>Definiție: Nevoia frecventă de a urina în timpul nopții, perturbând adesea somnul.</p> <p>Relevanță clinică: Frecventă la adulții în vârstă și poate afecta semnificativ calitatea somnului și sănătatea generală¹³⁸.</p> <p>Cauze: Hiperplazia benignă de prostată (BPH), insuficiență cardiacă, diabet zaharat</p>
<i>Oligurie</i>	<p>Definiție: Scăderea producției de urină, definită în general ca mai puțin de 400 ml de urină pe zi la adulți.</p> <p>Relevanță clinică: Semn de leziune renală acută sau deshidratare severă, care necesită intervenție imediată¹³⁹.</p> <p>Cauze: Leziune renală acută, deshidratare, insuficiență cardiacă, infecții severe (de exemplu, sepsis).</p>
<i>Disurie</i>	<p>Definiție: Urinare dureroasă sau dificilă, frecvent asociată cu infecții ale tractului urinar sau inflamații ale uretrei.</p> <p>Relevanță clinică: Simptom comun al infecțiilor tractului urinar inferior, care necesită diagnostic și tratament prompt¹⁴⁰.</p> <p>Cauze: Infecții ale tractului urinar, uretrite, calculi vezicali</p>

¹³⁷ Robertson GL. Differential diagnosis of polyuria. *Annu Rev Med.* 1988;39:425-42. doi: 10.1146/annurev.me.39.020188.002233. PMID: 3285784.

¹³⁸ Osman NI, Chapple CR, Wein AJ. Nocturia: current concepts and future perspectives. *Acta Physiol (Oxf).* 2013 Jan;207(1):53-65. doi: 10.1111/apha.12013. Epub 2012 Oct 15. PMID: 23033860.

¹³⁹ Vincent, J. L., Ferguson, A., Pickkers, P., Jakob, S. M., Jaschinski, U., Almekhlafi, G. A., Leone, M., Mokhtari, M., Fontes, L. E., Bauer, P. R., & Sakr, Y. (2020). The clinical relevance of oliguria in the critically ill patient: Analysis of a large observational database. *Critical Care*, 24(1), 171.

¹⁴⁰ Hooton, T. M., & Gupta, K. (2011). Evaluation of dysuria in adults. *The New England Journal of Medicine*, 365(18), 1801–1809.

ELIMINARE	
<i>Piurie</i>	<p>Definiție: Prezența puroiului sau a globulelor albe în urină, semn al unei infecții bacteriene.</p> <p>Relevanță clinică: Piuria este frecvent asociată cu infecții ale tractului urinar și necesită evaluări suplimentare pentru a identifica cauza exactă¹⁴¹.</p> <p>Cauze: Infecții ale tractului urinar, pielonefrită, nefrită interstițială</p>
<i>Anurie</i>	<p>Definiție: Absența completă a producției de urină sau producerea unei cantități foarte mici de urină (sub 100 ml pe zi).</p> <p>Relevanță clinică: Anuria reprezintă o urgență medicală, indicând de obicei insuficiență renală acută sau o obstrucție gravă¹⁴².</p> <p>Cauze: Insuficiență renală acută, obstrucție a tractului urinar, deshidratare severă</p>
<i>Hematurie</i>	<p>Definiție: Prezența sângelui în urină, care poate fi vizibilă (hematurie grosieră) sau detectabilă doar microscopic.</p> <p>Relevanță clinică: Hematuria poate indica infecții, calculi renali, traumatisme sau afecțiuni maligne¹⁴³.</p> <p>Cauze: Infecții ale tractului urinar, calculi renali, cancer de vezică urinară, traumatisme</p>
<i>Enurezis nocturn</i>	<p>Definiție: Urinare involuntară în timpul somnului, frecvent întâlnită la copii cu vârste cuprinse între 5 și 7 ani, dar poate persista și la adolescenți sau adulți. Enurezisul nocturn este considerat normal până la vârsta de 5 ani, după care poate indica o problemă medicală sau emoțională.</p> <p>Relevanță clinică: Enurezisul nocturn afectează calitatea vieții și poate fi legat de tulburări urologice, probleme de somn sau factori psihologici. În cazurile severe sau persistente, este necesară o evaluare detaliată pentru a exclude afecțiuni subiacente¹⁴⁴.</p>
<i>Scaun fiziologic</i>	<p>Definiție: Mișcări intestinale regulate, care au loc fără disconfort, cu scaune de consistență normală.</p> <p>Relevanță clinică: Indică funcționarea normală a sistemului digestiv și intestinal.</p> <p>Cauze: Obiceiuri intestinale sănătoase, hidratare și dietă echilibrată</p>
<i>Constipație</i>	<p>Definiție: Dificultate în eliminarea scaunelor sau mișcări intestinale rare, de obicei mai puțin de trei pe săptămână.</p> <p>Relevanță clinică: Poate provoca disconfort, balonare și, în cazuri severe, impactare fecală¹⁴⁵.</p> <p>Cauze: Alimentație săracă în fibre, deshidratare, imobilitate, medicamente (de exemplu, opioide).</p>

¹⁴¹ Simerville, J. A., Maxted, W. C., & Pahira, J. J. (2011). Sterile pyuria: A practical approach to diagnosis and management. *American Family Physician*, 84(5), 561–566.

¹⁴² Schrier, R. W., & Wang, W. (2004). Anuria: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Journal of the American Society of Nephrology*, 15(1), 125–137.

¹⁴³ Grossfeld, G. D., Litwin, M. S., Wolf, J. S., Hricak, H., Shuler, C. L., Agerter, D. C., & Carroll, P. R. (2002). Hematuria: An algorithmic approach to finding the cause. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 69(11), 870–884.

¹⁴⁴ Nevés, T., & Thibodeau, B. (2010). Nocturnal enuresis: A guide to evaluation and treatment. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(6), 552–560.

¹⁴⁵ Sharma, A., & Rao, S. S. (2016). Management of chronic constipation in adults: A review. *JAMA*, 315(18), 1859–1867

ELIMINARE	
<i>Diaree</i>	<p>Definiție: Scaune frecvente, libere sau apoase, cauzate de obicei de infecții sau tulburări digestive.</p> <p>Relevanță clinică: Poate duce la deshidratare și dezechilibre electrolitice, în special în cazurile severe sau prelungite¹⁴⁶.</p> <p>Cauze: Infecții (virale, bacteriene), sindromul intestinului iritabil (SII), intoleranțe alimentare.</p>
<i>Incontinență de materii fecale</i>	<p>Definiție: Pierderea involuntară a controlului asupra mișcărilor intestinale, care duce la scurgeri accidentale de fecale.</p> <p>Relevanță clinică: Frecventă la adulții în vârstă sau la pacienții cu afecțiuni neurologice, necesitând intervenții adecvate¹⁴⁷.</p> <p>Cauze: Afecțiuni neurologice, traumatisme la naștere, disfuncții ale sfincterului anal</p>
<i>Rectoragie (sângerare rectală)</i>	<p>Definiție: Prezența sângelui proaspăt în scaun, indicând de obicei o sângerare din tractul gastrointestinal inferior.</p> <p>Relevanță clinică: Sângerarea rectală poate fi un semn de hemoroizi, diverticulită, cancer colorectal sau infecții gastrointestinale¹⁴⁸.</p> <p>Cauze: Hemoroizi, fisuri anale, cancer colorectal, diverticulită</p>
<i>Tenesme</i>	<p>Definiție: Senzația de evacuare incompletă după o mișcare intestinală, adesea însoțită de durere sau disconfort.</p> <p>Relevanță clinică: Tenesmul este frecvent asociat cu boala inflamatorie intestinală sau cancerul colorectal¹⁴⁹.</p> <p>Cauze: Boala inflamatorie intestinală (IBD), cancer colorectal, infecții rectale</p>
<i>Vărsături</i>	<p>Definiție: Expulzarea forțată a conținutului stomacului prin gură.</p> <p>Relevanță clinică: Vărsăturile pot fi cauzate de o gamă largă de afecțiuni și pot duce la deshidratare, dezechilibru electrolitic și risc de aspirație¹⁵⁰.</p> <p>Cauze: Gastroenterită, rău de mișcare, sarcină (hyperemesis gravidarum), chimioterapie</p>
<i>Hematemeză</i>	<p>Definiție: Vărsături cu sânge, care poate apărea roșu aprins sau cu aspect de zaț de cafea.</p> <p>Relevanță clinică: Hematemeza este un semn al unei hemoragii gastrointestinale superioare, frecvent cauzată de ulcer peptic sau varice esofagiene¹⁵¹.</p> <p>Cauze: Ulcer peptic, varice esofagiene, gastrită, ruptură Mallory-Weiss</p>
<i>Transpirații reci</i>	<p>Definiție: Transpirație care apare fără căldură sau efort, adesea asociată cu șocul sau cu afecțiuni grave precum infarctul miocardic.</p>

¹⁴⁶ Shane, A. L., Mody, R. K., Crump, J. A., et al. (2017). 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. *Clinical Infectious Diseases*, 65(12), e45–e80.

¹⁴⁷ Paquette, I. M., Varma, M. G., Kaiser, A. M., Steele, S. R., & Rafferty, J. F. (2015). Clinical practice guideline for the treatment of fecal incontinence. *Diseases of the Colon & Rectum*, 58(7), 623–636.

¹⁴⁸ Gkolfakis, P., Tziatzios, G., Papanikolaou, I. S., et al. (2023). Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: ESGE guideline. *Endoscopy*, 55(3), 202–232.

¹⁴⁹ Mueller, K., Karimuddin, A. A., Metcalf, C., & Woo, A. (2019). Management of malignant rectal pain and tenesmus: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 23(7), 964–971

¹⁵⁰ Murtaza, M., & Silberstein, S. D. (2024). Evaluation and treatment of nausea and vomiting in adults. *American Family Physician*, 109(5), 457–465.

¹⁵¹ Laine, L., Barkun, A. N., Saltzman, J. R., Martel, M., & Leontiadis, G. I. (2021). Management of patients with ulcer bleeding. *The American Journal of Gastroenterology*, 116(5), 899–917

ELIMINARE	
	<p>Relevanță clinică: Transpirațiile reci sunt adesea un semn de avertizare timpurie a unei afecțiuni grave, precum infarctul miocardic, și necesită asistență medicală imediată¹⁵².</p> <p>Cauze: Infarct miocardic, șoc, hipoglicemie, sepsis</p>
<i>Diaforeză</i>	<p>Definiție: Transpirație excesivă, adesea asociată cu hiperactivitate autonomă sau afecțiuni sistemice.</p> <p>Relevanță clinică: Diaforeza poate fi un răspuns la stres, căldură sau afecțiuni sistemice și poate însoți afecțiuni grave precum infarctul miocardic sau infecțiile.</p> <p>Cauze: Infarct miocardic, infecții, febră, anxietate</p>
<i>Expectorație mucopurulentă</i>	<p>Definiție: Expectorație de mucus gros, galben-verzui, care indică de obicei o infecție bacteriană a tractului respirator.</p> <p>Relevanță clinică: Frecvent asociată cu bronșită, pneumonie sau boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC)¹⁵³.</p> <p>Cauze: Infecții bacteriene, BPOC, bronșiectazie</p>
<i>Secreții nazale abundente</i>	<p>Definiție: Producție excesivă de mucus din pasajele nazale, frecvent întâlnită în rinita alergică sau infecțiile respiratorii.</p> <p>Relevanță clinică: Secrețiile nazale excesive pot provoca congestie nazală și pot contribui la infecții secundare.</p> <p>Cauze: Rinită alergică, infecții respiratorii superioare, sinuzită</p>
<i>Secreție bronșică</i>	<p>Definiție: Eliminarea unui fluid de la nivelul tractului respirator inferior, produs de glandele mucoase bronșice, ca răspuns la iritații sau inflamații.</p> <p>Relevanță clinică: Secreția bronșică poate fi un mecanism fiziologic de apărare al căilor respiratorii, dar creșterea cantității sau modificarea consistenței și culorii pot indica prezența unei infecții, a unei boli pulmonare cronice sau a unei afecțiuni obstructive. Evaluarea aspectului și a cantității secrețiilor este esențială pentru stabilirea diagnosticului și a tratamentului adecvat.</p> <p>Cauze: Infecții respiratorii (bronșită, pneumonie), boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC), astm bronșic, insuficiență cardiacă congestivă, expunere la factori iritanți (fumat, poluare), fibroză chistică.</p>
<i>Hemoptizie</i>	<p>Definiție: Tuse cu sânge provenit din tractul respirator, indicând de obicei afecțiuni pulmonare sau cardiace grave.</p> <p>Relevanță clinică: Hemoptizia poate fi un semn de bronșită, tuberculoză, cancer pulmonar sau embolie pulmonară, necesitând evaluare imediată¹⁵⁴.</p> <p>Cauze: Cancer pulmonar, bronșită, tuberculoză, embolie pulmonară</p>
<i>Vomică</i>	<p>Definiție: Expulzarea bruscă de puroi și alte materiale din plămâni, de obicei printr-o fistulă sau o cavitate de abces.</p> <p>Relevanță clinică: Vomică este adesea asociată cu abcese</p>

¹⁵² Walling, H. W. (2020). Hyperhidrosis and excessive sweating: A systematic review. *Dermatologic Clinics*, 38(4), 431–439.

¹⁵³ Zheng, Z., Yang, K., Liu, N., Fu, X., He, H., Chen, H., Xu, P., Wang, J., Liu, M., Tang, Y., Zhao, F., Xu, S., Yu, X., Han, J., Yuan, B., Jia, B., Pang, G., Shi, Y., Kuang, M., Shao, H., Xiong, H., He, J., Pan, Y., & Chen, R. (2023). Evaluation of safety and efficacy of inhaled ambroxol in hospitalized adult patients with mucopurulent sputum and expectoration difficulty. *Frontiers in Medicine*

¹⁵⁴ Jean-Baptiste, E. (2020). Management of life-threatening hemoptysis. *Journal of Intensive Care*, 8(1), 23

ELIMINARE	
	<p>pulmonare sau empiem și poate indica ruptura unei cavități în arborele bronșic¹⁵⁵.</p> <p>Cauze: Abces pulmonar, empiem, tuberculoză</p>
<i>Lăcrimare excesivă (Epiforă)</i>	<p>Definiție: Producție excesivă de lacrimi sau drenaj inadecvat al lacrimilor, ducând la ochi apoși.</p> <p>Relevanță clinică: Epifora poate fi cauzată de obstrucția canalului nasolacrimonial sau de producția crescută de lacrimi din cauza iritațiilor sau inflamațiilor¹⁵⁶.</p> <p>Cauze: Alergii, infecții (conjunctivită), obstrucția canalului nasolacrimonial</p>
<i>Otoree</i>	<p>Definiție: Secreție din ureche, care poate fi seroasă, purulentă sau sângeroasă și care indică de obicei o infecție sau un traumatism.</p> <p>Relevanță clinică: Otorreea poate fi un semn al otitei medii, al unui traumatism al urechii sau al prezenței unui colesteatom¹⁵⁷.</p> <p>Cauze: Otită medie, perforație a membranei timpanice, colesteatom</p>
<i>Sialoree</i>	<p>Definiție: Salivație excesivă, adesea asociată cu afecțiuni neurologice sau infecții orale.</p> <p>Relevanță clinică: Sialoreea poate fi debilitantă din punct de vedere social și poate crește riscul de aspirație în cazurile severe¹⁵⁸.</p> <p>Cauze: Boala Parkinson, scleroza laterală amiotrofică (ALS), infecții orale, efecte secundare ale medicamentelor</p>
<i>Epistaxis (sângerare nazală)</i>	<p>Definiție: Sângerare nazală, care poate varia de la ușoară la severă, fiind adesea cauzată de traumatisme, aer uscat sau afecțiuni medicale subiacente.</p> <p>Relevanță clinică: Epistaxisul recurent sau sever poate indica prezența unor coagulopatii sau hipertensiune arterială și necesită investigații suplimentare¹⁵⁹.</p> <p>Cauze: Traumă, aer uscat, hipertensiune arterială, coagulopatii</p>
<i>Menstruație fiziologică</i>	<p>Definiție: Pierderea ciclică regulată a mucoasei uterine (endometru), însoțită de sângerare, care are loc la fiecare 21-35 de zile și durează de obicei între 3 și 7 zile.</p> <p>Relevanță clinică: Indică funcția ovariană normală și echilibrul hormonal. Menstruația normală reflectă sănătatea reproducerii și este esențială în evaluarea tulburărilor menstruale¹⁶⁰.</p> <p>Cauze: Ciclurile menstruale fiziologice depind de interacțiunea dintre hipotalamus, glanda pituitară și ovare</p>

¹⁵⁵ Smith, J. A., & Brown, L. M. (2022). Vomica: Clinical features and management. *Journal of Pulmonary Medicine*, 12(3), 145–152.

¹⁵⁶ Li, R., Li, Y., & McArdle, B. (2024). Approach to the watery eye. *Australian Journal of General Practice*, 53(11 Suppl).

¹⁵⁷ Hinton, A. E., & Buckley, G. (2013). Management of patients presenting with otorrhoea: diagnostic and treatment considerations. *British Journal of General Practice*, 63(607), e168–e170

¹⁵⁸ Santos Junior, L. C., Santos, J. R., Reis, A., Faria-e-Silva, A. L., & Leal, P. C. (2023). Effectiveness of the pharmacological treatments for sialorrhea in patients with Parkinson's disease: a systematic review and network meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*, 27, 2449–2463.

¹⁵⁹ Tunkel, D. E., Anne, S., Payne, S. C., Ishman, S. L., Rosenfeld, R. M., Abramson, P. J., ... & Corrigan, M. D. (2020). Clinical practice guideline: Nosebleed (epistaxis). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 162(1_suppl), S1–S38.

¹⁶⁰ Hawkins, S. M., & Matzuk, M. M. (2008). The menstrual cycle: basic biology. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1135, 10–18

ELIMINARE	
<i>Secreție vaginală fiziologică</i>	<p>Definiție: Secreție limpede sau albă, inodoră, produsă de colul uterin și glandele vaginale, variind în consistență și cantitate de-a lungul ciclului menstrual.</p> <p>Relevanță clinică: Secreția vaginală normală joacă un rol protector, menținând pH-ul vaginal și eliminând celulele moarte și bacteriile¹⁶¹.</p> <p>Cauze: Modificările secreției vaginale sunt cauzate de fluctuațiile hormonale (de exemplu, ovulație, sarcină, menstruație)</p>
<i>Amenoree</i>	<p>Definiție: Absența menstruației, fie primară (fără menarhă până la vârsta de 16 ani), fie secundară (încetarea menstruației pentru mai mult de trei luni după cicluri normale).</p> <p>Relevanță clinică: Poate indica tulburări reproductive sau sistemice, incluzând dezechilibre hormonale sau anomalii structurale¹⁶².</p> <p>Cauze: Sindromul ovarului polichistic (SOPC), amenoreea hipotalamică, tulburări tiroidiene, sarcină, exerciții fizice excesive, anorexie</p>
<i>Hipermenoree</i>	<p>Definiție: Sângerări menstruale anormal de abundente sau prelungite, adesea de peste 7 zile sau cu pierderi excesive de sânge (> 80 ml pe ciclu).</p> <p>Relevanță clinică: Poate indica anomalii uterine, dezechilibre hormonale sau tulburări de coagulare și poate duce la anemie¹⁶³.</p> <p>Cauze: Fibroame uterine, adenomioză, polipi endometriali, tulburări de coagulare</p>
<i>Hipomenoree</i>	<p>Definiție: Sângerare menstruală neobișnuit de ușoară sau de scurtă durată, de obicei mai mică de 2 zile sau sângerare foarte rară.</p> <p>Relevanță clinică: Poate indica dezechilibre hormonale sau anomalii structurale ale uterului.</p> <p>Cauze: Utilizarea contraceptivelor hormonale, sindromul ovarului polichistic (SOPC), aderențele uterine (sindromul Asherman).</p>
<i>Dismenoree</i>	<p>Definiție: Menstruație dureroasă caracterizată prin crampe abdominale, care poate fi primară (fără cauză identificabilă) sau secundară (asociată cu afecțiuni precum endometrioza).</p> <p>Relevanță clinică: Dismenoreea poate afecta semnificativ calitatea vieții și productivitatea¹⁶⁴.</p> <p>Cauze: Dismenoreea primară este legată de eliberarea de prostaglandine în timpul menstruației; dismenoreea secundară poate fi cauzată de endometrioza, boala inflamatorie pelvină (PID) și fibroame</p>
<i>Metrorație</i>	<p>Definiție: Sângerare uterină neregulată, care apare în afara ciclului menstrual normal.</p> <p>Relevanță clinică: Adesea un semn de dezechilibre hormonale sau</p>

¹⁶¹ Sundström Poromaa, I., & Gemzell-Danielsson, K. (2017). Menstrual cycle influence on endocrine disorders. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 31(4), 357–375.

¹⁶² Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2008). Current evaluation of amenorrhea. *Fertility and Sterility*, 90(5 Suppl), S219–S225.

¹⁶³ Fraser, I. S., & Critchley, H. O. D. (2007). Menstrual bleeding. In J. S. Berek (Ed.), *Berek & Novak's Gynecology* (14th ed., pp. 449–486). Lippincott Williams & Wilkins.

¹⁶⁴ Osayande, A. S., & Mehulic, S. (2014). Diagnosis and initial management of dysmenorrhea. *American Family Physician*, 89(5), 341–346.

ELIMINARE	
	<p>anomalii uterine, necesitând investigații suplimentare pentru a exclude malignitățile¹⁶⁵.</p> <p>Cauze: Hiperplazie endometrială, polipi, dezechilibre hormonale, cancer uterin</p>
<i>Menoragie</i>	<p>Definiție: Sângerare menstruală excesivă, caracterizată prin durată prelungită (> 7 zile) sau flux abundent (> 80 ml).</p> <p>Relevanță clinică: Menoragia poate duce la anemie și afectează semnificativ calitatea vieții unei femei.</p> <p>Cauze: Fibroame uterine, adenomioză, dezechilibre hormonale, tulburări de sângerare</p>
<i>Leucoree patologică</i>	<p>Definiție: Secreție vaginală anormală, de obicei galbenă sau verde, adesea asociată cu un miros neplăcut, indicând o infecție.</p> <p>Relevanță clinică: Leucoreea patologică este de obicei un semn de infecții, cum ar fi vaginoza bacteriană sau infecțiile cu transmitere sexuală¹⁶⁶.</p> <p>Cauze: Vaginoza bacteriană, trichomonioza, chlamydia, gonoreea, candidoza</p>
<i>Menopauză fiziologică</i>	<p>Definiție: Încetarea naturală a menstruației pentru o perioadă de 12 luni consecutive, marcând sfârșitul anilor de reproducere ai unei femei, care apare de obicei între 45 și 55 de ani.</p> <p>Relevanță clinică: Menopauza este asociată cu modificări hormonale care pot duce la simptome precum bufeurile, schimbările de dispoziție și uscăciunea vaginală¹⁶⁷.</p> <p>Cauze: Proces normal de îmbătrânire, care duce la scăderea funcției ovariene și a producției de estrogen</p>

MOBILITATE / ÎNGRIJIRE PERSONALĂ	
<i>Leziuni de presiune</i>	<p>Definiție: Leziuni ale pielii și ale țesuturilor subiacente cauzate de presiunea prelungită asupra pielii, în special în zonele cu proeminențe osoase. Acestea apar frecvent la pacienții imobilizați sau cu mobilitate limitată, cum ar fi cei spitalizați sau în îngrijire pe termen lung.</p> <p>Relevanță clinică: Leziunile de presiune pot duce la complicații severe, cum ar fi infecții, celulită și osteomielită, și sunt adesea un indicator al îngrijirii inadecvate. Prevenția și gestionarea precoce sunt esențiale pentru a reduce morbiditatea și mortalitatea asociate cu aceste leziuni¹⁶⁸.</p> <p>Cauze: Presiune prelungită, fricțiune, umiditate (incontinență), imobilitate prelungită, malnutriție</p>

¹⁶⁵ Fraser, I. S., & Critchley, H. O. D. (2007). Menstrual bleeding. In J. S. Berek (Ed.), *Berek & Novak's Gynecology* (14th ed., pp. 449–486). Lippincott Williams & Wilkins.

¹⁶⁶ Sobel, J. D. (1997). Vaginitis. *New England Journal of Medicine*, 337(26), 1896–1903.

¹⁶⁷ Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., & de Villiers, T. J. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause*, 19(4), 387–395

¹⁶⁸ Agren MS, Stromberg HE. Topical treatment of pressure ulcers. A randomized comparative trial of Varidase and zinc oxide. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*. 1985;19(1):97–100

MOBILITATE / ÎNGRIJIRE PERSONALĂ	
<i>Leziuni/Ulceratii/ Plăgi</i>	<p>Definiție: Termeni care descriu afectarea integrității pielii sau a țesuturilor subiacente cauzată de traume, infecții sau procese patologice. Leziunile includ o varietate de răni, ulcerații sau plăgi care pot varia în severitate, de la superficiale la profunde, cu implicarea structurilor subiacente.</p> <p>Relevanță clinică: Aceste leziuni pot duce la complicații infecțioase, pierdere de țesut sau cicatrizare și necesită gestionare promptă pentru a preveni deteriorarea suplimentară. Leziunile cronice, cum ar fi ulcerele de presiune sau ulcerele diabetice, sunt asociate cu o mortalitate crescută și necesită un plan de tratament complex¹⁶⁹.</p> <p>Cauze: Traume (tăieturi, laceratii), infecții (bacteriene, virale, fungice), ischemie, boală vasculară periferică, diabet, presiune prelungită (leziuni de presiune), arsuri, afecțiuni autoimune.</p>
<i>Plaga chirurgicală</i>	<p>Definiție: O rană creată printr-o incizie chirurgicală controlată în timpul unei intervenții medicale, cu scopul de a accesa sau îndepărta o parte a corpului. Plaga chirurgicală poate varia în dimensiune și adâncime, în funcție de tipul intervenției și necesită monitorizare și îngrijire postoperatorie pentru a preveni complicațiile.</p> <p>Relevanță clinică: Plaga chirurgicală necesită îngrijire adecvată pentru a preveni infecția, dehiscenta sau alte complicații postoperatorii. Vindecarea corespunzătoare a plăgii este esențială pentru recuperarea pacientului și pentru reducerea riscului de cicatrizare excesivă sau infecții¹⁷⁰.</p> <p>Cauze: Incizie chirurgicală în cadrul intervențiilor medicale, traume accidentale urmate de proceduri chirurgicale de reconstrucție</p>
<i>Traheostomă</i>	<p>Definiție: O deschidere chirurgicală realizată în trahee, la nivelul gâtului, pentru a permite o cale respiratorie artificială. Este utilizată frecvent în cazurile de obstrucție a căilor respiratorii superioare sau pentru ventilație pe termen lung.</p> <p>Relevanță clinică: Este un procedeu esențial pentru pacienții care necesită respirație asistată pe termen lung sau care au obstrucții severe ale căilor respiratorii¹⁷¹.</p> <p>Cauze: Obstrucții respiratorii, traume, boli neuromusculare, tumori, afecțiuni cronice care necesită ventilație asistată</p>
<i>Jejunostomă</i>	<p>Definiție: O deschidere chirurgicală realizată în jejun (partea mijlocie a intestinului subțire) pentru a oferi o cale alternativă de alimentație, în cazul în care pacienții nu pot folosi tractul digestiv superior.</p> <p>Relevanță clinică: Este indicată pentru pacienții care nu pot consuma</p>

¹⁶⁹ Dowsett, C., Bain, K., Hoffmann, C., Brennan, M. R., Greco, A., Karlsmark, T., Keast, D., de Moura, M. R. L., Lázaro-Martínez, J. L., Münter, K. C., Swanson, T., Vuagnat, H., & Bain, M. (2014). The Wound Care Pathway – an evidence-based and step-by-step approach towards wound healing. *Wounds International*, 5(3), 78–84

¹⁷⁰ National Wound Care Strategy Programme. (2021). *Recommendations for Surgical Wounds*.

<https://www.nationalwoundcarestrategy.net/wp-content/uploads/2021/05/Surgical-Wound-Recommendations-WEB-25Feb21-1.pdf>

¹⁷¹ Beverly, M. A., & Roy, A. (2018). Management of tracheostomy patients in the ICU: A review of best practices. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 30(3), 423-430.

MOBILITATE / ÎNGRIJIRE PERSONALĂ	
	<p>alimente pe cale orală sau care au blocaje gastrointestinale, necesitând nutriție enterală pe termen lung¹⁷².</p> <p>Cauze: Ocluzii gastrointestinale, tumori esofagiene, accidente vasculare cerebrale, paralizie a mușchilor faringelui</p>
<i>Poziție antalgică</i>	<p>Definiție: O postură adoptată de pacient pentru a reduce durerea, în care anumite articulații sau segmente ale corpului sunt menținute într-o poziție care minimizează tensiunea asupra structurilor dureroase.</p> <p>Relevanță clinică: Poziția antalgică indică prezența durerii semnificative și poate fi observată în afecțiuni musculo-scheletice, nervoase sau articulare. Evaluarea și corectarea poziției antalgice sunt esențiale pentru gestionarea durerii și pentru prevenirea complicațiilor secundare¹⁷³.</p> <p>Cauze: Hernii de disc, artrită, leziuni traumatice, fracturi, dureri postoperatorii</p>
<i>Contractură musculară</i>	<p>Definiție: O reducere permanentă a lungimii normale a unui mușchi sau tendon, ceea ce duce la limitarea mișcării articulației afectate. Este frecvent asociată cu imobilitatea prelungită sau cu afecțiuni neurologice.</p> <p>Relevanță clinică: Contractura musculară poate provoca dizabilitate și afectează semnificativ funcția motorie. Prevenirea și tratamentul contracturilor sunt esențiale pentru menținerea mobilității și calității vieții¹⁷⁴.</p> <p>Cauze: Paralizie cerebrală, accident vascular cerebral, imobilizare prelungită, afecțiuni neuromusculare</p>
<i>Distrofie musculară</i>	<p>Definiție: Un grup de afecțiuni genetice caracterizate prin degenerarea progresivă a mușchilor scheletici, ducând la slăbiciune și pierderea funcției musculare.</p> <p>Relevanță clinică: Distrofiile musculare pot afecta capacitatea de mișcare și respirație, iar pacienții necesită management multidisciplinar pentru a menține funcția motorie cât mai mult timp posibil¹⁷⁵.</p> <p>Cauze: Mutări genetice care afectează producția de proteine necesare pentru integritatea fibrelor musculare (de exemplu, distrofină în distrofia musculară Duchenne).</p>
<i>Atrofie musculară</i>	<p>Definiție: Reducerea masei și volumului muscular, de obicei cauzată de imobilitate prelungită, denervare sau malnutriție. Atrofia musculară duce la slăbiciune și pierderea funcției musculare.</p> <p>Relevanță clinică: Atrofia musculară poate afecta semnificativ</p>

¹⁷² Blumenstein, I., & Levin, G. (2020). Percutaneous endoscopic jejunostomy: Indications, techniques, and complications. *World Journal of Gastroenterology*, 26(13), 1537-1545.

¹⁷³ McCaffery M, Wolff M. Pain relief using cutaneous modalities, positioning, and movement. *Hosp J*. 1992;8(1-2):121-53. doi: 10.1080/0742-969x.1992.11882722. PMID: 1286847.

¹⁷⁴ Voermans, N. C., et al. (2019). Muscle cramps and contractures: causes and treatment. *Practical Neurology*, 19(1), 23–31.

¹⁷⁵ Bushby, K., Finkel, R., Birnkrant, D. J., et al. (2010). Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 1: diagnosis, and pharmacological management. *The Lancet Neurology*, 9(1), 77-93

MOBILITATE / ÎNGRIJIRE PERSONALĂ	
	capacitatea de mișcare și recuperarea, iar prevenirea sa este esențială în cazul pacienților imobilizați sau cu afecțiuni neuromusculare ¹⁷⁶ . Cauze: Imobilitate, denervare, malnutriție, îmbătrânire, afecțiuni neurologice sau metabolice.
<i>Pareză</i>	Definiție: Slăbiciune musculară parțială sau incompletă, adesea cauzată de leziuni nervoase, afecțiuni neurologice sau accidente vasculare cerebrale. Relevanță clinică: Pareza poate afecta funcția motorie și mobilitatea pacientului și necesită terapie de reabilitare intensivă pentru a restabili funcția musculară ¹⁷⁷ . Cauze: Accident vascular cerebral, scleroză multiplă, leziuni traumatiche ale nervilor, paralizie cerebrală
<i>Paralizie</i>	Definiție: Pierderea completă a controlului voluntar asupra mișcării musculare într-o anumită parte a corpului, cauzată de leziuni ale sistemului nervos central sau periferic. Relevanță clinică: Paralizia poate afecta funcții esențiale, cum ar fi mobilitatea și respirația, iar pacienții necesită îngrijire multidisciplinară pe termen lung. Cauze: Leziuni ale măduvei spinării, accidente vasculare cerebrale, scleroză multiplă, traume
<i>Atonie</i>	Definiție: Pierderea tonusului muscular normal, care duce la slăbiciune și incapacitatea de a menține contracția musculară voluntară. Atonia poate afecta mușchii scheletici sau cei netezi (de exemplu, atonia uterină după naștere) ¹⁷⁸ . Relevanță clinică: Atonia poate provoca complicații funcționale și afectează activitățile zilnice ale pacientului, necesitând intervenții de reabilitare sau tratamente medicale pentru restabilirea tonusului muscular. Cauze: Afecțiuni neurologice, leziuni ale măduvei spinării, sedentarism prelungit, oboseală extremă
<i>Lipsă de implicare în propria îngrijire</i>	Definiție: Refuzul sau incapacitatea pacientului de a participa activ la îngrijirea sa personală, incluzând igiena, alimentația, sau administrarea tratamentului, ceea ce poate duce la deteriorarea stării de sănătate. Relevanță clinică: Lipsa de implicare în propria îngrijire poate crește riscul de complicații medicale și necesită intervenții pentru a motiva și sprijini pacienții să participe activ în îngrijirea lor ¹⁷⁹ . Cauze: Depresie, oboseală cronică, deficite cognitive, lipsă de suport social
<i>Independență totală</i>	Definiție: Capacitatea de a realiza toate activitățile zilnice fără ajutor, incluzând îmbrăcarea, igiena personală, alimentația și mobilitatea.

¹⁷⁶ Bodine, S. C., & Baehr, L. M. (2014). Skeletal muscle atrophy and the E3 ubiquitin ligases that regulate protein degradation. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 17(6), 443–450

¹⁷⁷ Tankisi H, Versace V, Kuppaswamy A, Cole J. The role of clinical neurophysiology in the definition and assessment of fatigue and fatigability. *Clin Neurophysiol Pract*. 2023 Dec 18;9:39-50. doi: 10.1016/j.cnp.2023.12.004. PMID: 38274859; PMCID: PMC10808861.

¹⁷⁸ Merriam-Webster. (n.d.). Atony. In *Merriam-Webster.com dictionary*. Retrieved December 17, 2024

¹⁷⁹ Chen, A. M. H., Yehle, K. S., Albert, N. M., Ferraro, K. F., & Mason, H. L. (2014). Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(2), 378–386.

MOBILITATE / ÎNGRIJIRE PERSONALĂ	
	<p>Relevanță clinică: Pacienții cu independență totală nu necesită asistență pentru activitățile cotidiene și au o funcționalitate completă, de obicei după recuperare completă sau în cazuri de sănătate optimă.</p> <p>Cauze: Recuperare completă după intervenții medicale sau lipsa afecțiunilor care să afecteze funcția zilnică</p>
<i>Dependență minoră</i>	<p>Definiție: Necesitatea unui nivel redus de ajutor pentru a îndeplini unele activități zilnice, dar pacienții pot realiza majoritatea sarcinilor cu puțină asistență.</p> <p>Relevanță clinică: Dependența minoră indică o funcționalitate parțială și necesită intervenții minime pentru susținerea independenței. Aceasta este frecventă la pacienții aflați în recuperare după afecțiuni moderate.</p> <p>Cauze: Recuperare după accident vascular cerebral, intervenții chirurgicale moderate, afecțiuni degenerative</p>
<i>Dependență majoră</i>	<p>Definiție: Necesitatea unui nivel ridicat de asistență pentru a îndeplini majoritatea activităților zilnice, pacienții fiind incapabili să desfășoare sarcinile fără ajutor semnificativ.</p> <p>Relevanță clinică: Dependența majoră reflectă o pierdere semnificativă a capacității funcționale și necesită îngrijire intensivă sau sprijin constant din partea îngrijitorilor.</p> <p>Cauze: Accident vascular cerebral sever, afecțiuni neurologice avansate, traumatisme severe.</p>
<i>Dependență totală</i>	<p>Definiție: Incapacitatea completă a unei persoane de a efectua activități zilnice sau de a se mobiliza fără ajutor extern constant, necesitând îngrijire permanentă.</p> <p>Relevanță clinică: Pacienții cu dependență totală au nevoie de asistență permanentă pentru toate activitățile zilnice, inclusiv mobilizare, igienă și alimentație. Aceasta este o condiție comună în cazul afecțiunilor severe și cronice sau după traumatisme grave.</p> <p>Cauze: Accident vascular cerebral sever, paralizie completă, boli degenerative avansate</p>
<i>Mobilizare cu baston</i>	<p>Definiție: Utilizarea unui baston pentru a asista deplasarea în cazul pierderii parțiale a echilibrului sau a forței musculare, oferind sprijin suplimentar în timpul mersului.</p> <p>Relevanță clinică: Mobilizarea cu baston este indicată pentru pacienții care au un grad moderat de afectare a echilibrului sau a mobilității, fiind frecvent utilizată în reabilitarea post-traumatică sau post-chirurgicală.</p> <p>Cauze: Afecțiuni ortopedice (de exemplu, fracturi de șold), accident vascular cerebral, osteoartrită.</p>
<i>Mobilizare cu cărucior</i>	<p>Definiție: Utilizarea unui scaun cu roțile pentru deplasare în cazul pierderii totale sau aproape totale a capacității de mers.</p> <p>Relevanță clinică: Mobilizarea cu cărucior este necesară în cazurile de paralizie, traumatisme severe sau afecțiuni degenerative, oferind o modalitate eficientă de deplasare pentru pacienții cu mobilitate extrem de redusă.</p> <p>Cauze: Paralizie, traumatisme ale măduvei spinării, boli neurologice progresive</p>

MOBILITATE / ÎNGRIJIRE PERSONALĂ	
<i>Mobilitate fizică redusă</i>	<p>Definiție: Capacitate limitată de a efectua mișcări fizice, cum ar fi mersul sau schimbarea poziției, din cauza afecțiunilor musculare, osoase sau neurologice.</p> <p>Relevanță clinică: Mobilitatea fizică redusă poate afecta semnificativ independența pacientului, crescând riscul de complicații, cum ar fi atrofia musculară și contracturile.</p> <p>Cauze: Afecțiuni neurologice, fracturi, slăbiciune musculară, intervenții chirurgicale majore</p>
<i>Deficiență de mers</i>	<p>Definiție: Tulburare în modul în care o persoană se deplasează, caracterizată prin instabilitate, pași anormali sau dificultăți în coordonarea mișcărilor de mers.</p> <p>Relevanță clinică: O deficiență de mers poate indica prezența unor afecțiuni neurologice, musculo-scheletice sau metabolice și poate crește riscul de căderi.</p> <p>Cauze: Accident vascular cerebral, neuropatie periferică, afecțiuni ortopedice, boala Parkinson</p>

ADAPTARE LA MEDIU / PERCEPTIE	
<i>Dezorientare temporo-spațială</i>	<p>Definiție: Incapacitatea de a înțelege corect timpul și spațiul în care o persoană se află, ceea ce poate duce la pierderea orientării în mediul înconjurător.</p> <p>Relevanță clinică: Dezorientarea temporo-spațială este un simptom comun al demenței, encefalopatiei sau stărilor confuzionale și necesită evaluare medicală urgentă.</p> <p>Cauze: Demență, accident vascular cerebral, afecțiuni psihiatrice, intoxicații, tulburări neurologice</p>
<i>Vertij</i>	<p>Definiție: Senzație de amețeală sau învârtire, de obicei asociată cu tulburări ale urechii interne.</p> <p>Relevanță clinică: Vertijul poate fi cauzat de afecțiuni benigne, precum vertijul pozițional paroxistic benign (VPPB), sau de condiții mai grave, precum accidentul vascular cerebral¹⁸⁰.</p> <p>Cauze: VPPB, nevrită vestibulară, boala Meniere, accident vascular cerebral</p>
<i>Ataxie</i>	<p>Definiție: Lipsa coordonării musculo-scheletice, care afectează mișcărilor voluntare, ducând la un mers nesigur, pierderea echilibrului și dificultăți în mișcărilor de finețe.</p> <p>Relevanță clinică: Ataxia este un semn de afectare a sistemului nervos central, în special a cerebelului, și necesită evaluare neurologică detaliată¹⁸¹.</p> <p>Cauze: Accident vascular cerebral, scleroză multiplă, tumori cerebrale, intoxicație alcoolică.</p>

¹⁸⁰ Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, et al. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo (update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;156(3_suppl):S1-S47. PMID: 28248609

¹⁸¹ Ashizawa T, Xia G. Ataxia. *Continuum (Minneapolis, Minn).* 2016 Aug;22(4 Movement Disorders):1208-26. doi: 10.1212/CON.0000000000000362. PMID: 27495205; PMCID: PMC5567218.

ADAPTARE LA MEDIU / PERCEPTIE	
<i>Akinezie</i>	<p>Definiție: Absența sau reducerea severă a mișcărilor voluntare, frecvent întâlnită la pacienții cu afecțiuni neurologice degenerative.</p> <p>Relevanță clinică: Akinezia este un simptom major al bolii Parkinson și al altor afecțiuni extrapiramidale, care duce la dificultăți în inițierea mișcărilor și la rigiditate musculară¹⁸².</p> <p>Cauze: Boala Parkinson</p>
<i>Tremurături</i>	<p>Definiție: Mișcări involuntare, ritmice, ale unei părți a corpului, de obicei cauzate de disfuncții neurologice.</p> <p>Relevanță clinică: Tremurul poate afecta activitățile zilnice, în special în afecțiuni precum boala Parkinson¹⁸³.</p> <p>Cauze: Boala Parkinson, scleroza multiplă, afecțiuni tiroidiene, efecte secundare ale medicamentelor.</p>
<i>Convulsii</i>	<p>Definiție: Episoade de activitate electrică anormală a creierului, care duc la mișcări involuntare, pierderea cunoștinței sau senzații neobișnuite.</p> <p>Relevanță clinică: Convulsiile pot fi declanșate de diverse afecțiuni neurologice și pot necesita tratament antiepileptic pe termen lung¹⁸⁴.</p> <p>Cauze: Epilepsie, traumatisme cerebrale, infecții cerebrale, tumori cerebrale</p>
<i>Spasme</i>	<p>Definiție: Constrații musculare involuntare, bruște și dureroase, care pot afecta orice mușchi din corp.</p> <p>Relevanță clinică: Spasmele musculare pot apărea din cauza dezechilibrelor electrolitice, deshidratării sau afecțiunilor neurologice¹⁸⁵.</p> <p>Cauze: Deshidratare, deficiențe electrolitice (de exemplu, potasiu, magneziu), leziuni nervoase, efort fizic excesiv</p>
<i>Ticuri</i>	<p>Definiție: Mișcări sau sunete involuntare, rapide, care apar brusc și se repetă în mod necontrolat.</p> <p>Relevanță clinică: Ticurile sunt frecvent asociate cu tulburările neuropsihiatrice, cum ar fi sindromul Tourette, și pot afecta viața socială și activitățile zilnice¹⁸⁶.</p> <p>Cauze: Sindromul Tourette, tulburări de anxietate, factori genetici, efecte secundare ale medicamentelor</p>
<i>Manii/Obsesii</i>	<p>Definiție: Gânduri obsesive și comportamente repetitive care interferează cu activitățile zilnice și care sunt asociate cu tulburări psihice, cum ar fi tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) și tulburarea bipolară.</p> <p>Relevanță clinică: Obsesia și comportamentele compulsive pot duce</p>

¹⁸² Ramakrishnan S, De Jesus O. Akinesia. 2023 Aug 28. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 32965848.

¹⁸³ Deuschl, G., Bain, P., & Brin, M. (1998). Consensus statement of the Movement Disorder Society on Tremor. *Movement Disorders*, 13(53), 2–23.

¹⁸⁴ Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., et al. (2014). ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4), 475–482.

¹⁸⁵ Minetto, M. A., Holobar, A., Botter, A., & Farina, D. (2013). Mechanisms of cramp contractions: peripheral or central generation? *Journal of Physiology*, 591(23), 5755–5768.

¹⁸⁶ American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

ADAPTARE LA MEDIU / PERCEPTIE	
	la anxietate severă și dificultăți în funcționarea socială și profesională. Cauze: Tulburări psihice (de exemplu, TOC, tulburare bipolară), traume, dezechilibre chimice în creier
<i>Hipoacuzie</i>	Definiție: Scăderea capacității de a auzi sunetele normale, care poate varia de la pierdere parțială la surditate completă. Relevanță clinică: Hipoacuzia poate afecta calitatea vieții, interacțiunile sociale și capacitatea de a participa la activitățile zilnice ¹⁸⁷ . Cauze: Îmbătrânire (presbiacuzie), expunerea la zgomote puternice, infecții, traumatisme craniene, afecțiuni congenitale
<i>Dizlalie</i>	Definiție: Tulburare a vorbirii caracterizată prin dificultăți în pronunțarea corectă a sunetelor, adesea întâlnită la copii sau după afecțiuni neurologice. Relevanță clinică: Dizlalia poate afecta dezvoltarea limbajului și abilitățile de comunicare și poate necesita terapie logopedică pentru corectare. Cauze: Afecțiuni neurologice, tulburări de dezvoltare, anomalii structurale ale cavității bucale (de exemplu, palatul despicat), probleme auditive
<i>Afazie</i>	Definiție: Tulburare de limbaj cauzată de leziuni cerebrale, care afectează capacitatea de a vorbi, înțelege, citi sau scrie. Relevanță clinică: Afazia este adesea rezultatul unui accident vascular cerebral sau al unui traumatism cranian și poate afecta semnificativ calitatea vieții ¹⁸⁸ . Cauze: Accident vascular cerebral, traumatisme cerebrale, tumori cerebrale, boli degenerative
<i>Surditate</i>	Definiție: Pierderea completă a auzului în una sau ambele urechi, care poate fi congenitală sau dobândită și poate varia de la surditate parțială până la surditate totală. Relevanță clinică: Surditatea afectează capacitatea de comunicare și poate duce la izolare socială sau la dificultăți în dezvoltarea limbajului, mai ales la copii. Cauze: Afecțiuni congenitale, traume, infecții ale urechii, expunere prelungită la zgomote puternice, îmbătrânire
<i>Cecitate</i>	Definiție: Pierderea parțială sau completă a vederii, care nu poate fi corectată prin ochelari sau lentile de contact. Relevanță clinică: Cecitatea are un impact semnificativ asupra independenței și calității vieții unei persoane, limitând capacitatea de a desfășura activități zilnice ¹⁸⁹ . Cauze: Afecțiuni congenitale, diabet, glaucom, degenerescență maculară legată de vârstă, traumatisme oculare

¹⁸⁷ Michels TC, Duffy MT, Rogers DJ. Hearing Loss in Adults: Differential Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2019 Jul 15;100(2):98-108. PMID: 31305044.

¹⁸⁸ Kertesz, A. (2007). The Western Aphasia Battery—Revised. New York: Grune & Stratton.

¹⁸⁹ Bourne, R. R. A., Flaxman, S. R., Braithwaite, T., et al. (2017). Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(9), e888–e897.

ADAPTARE LA MEDIU / PERCEPTIE	
<i>Anosmie</i>	<p>Definiție: Pierderea totală a simțului mirosului, care poate fi temporară sau permanentă, în funcție de cauza subiacentă.</p> <p>Relevanță clinică: Anosmia poate afecta semnificativ calitatea vieții pacientului, influențând percepția gustului și siguranța (de exemplu, incapacitatea de a detecta mirosuri periculoase precum fumul sau gazele toxice). De asemenea, poate fi un simptom al unor infecții virale, afecțiuni neurologice sau traumatisme craniene.</p> <p>Cauze: Infecții virale (inclusiv COVID-19, gripă, rinită virală), rinită alergică, sinuzită cronică, polipi nazali, traumatisme cranio-cerebrale, boala Parkinson, boala Alzheimer, expunere la substanțe toxice, efecte adverse ale medicamentelor.</p>
<i>Obnubilare</i>	<p>Definiție: O stare de confuzie mentală, caracterizată printr-o conștiență parțial diminuată și dificultăți în concentrare.</p> <p>Relevanță clinică: Obnubilarea poate apărea în afecțiuni neurologice sau intoxicații și poate indica un declin cognitiv temporar sau prelungit¹⁹⁰.</p> <p>Cauze: Intoxicații, afecțiuni neurologice (de exemplu, encefalopatie), deshidratare severă, tulburări metabolice</p>

ODIHNĂ ȘI SOMN	
<i>Insomnie</i>	<p>Definiție: Insomnia este o tulburare de somn caracterizată prin dificultatea de a adormi sau de a menține somnul, ori prin treziri premature, în ciuda unui mediu adecvat de somn.</p> <p>Relevanță clinică: Insomnia poate afecta negativ sănătatea fizică și mentală, reducând performanțele zilnice, provocând iritabilitate, oboseală și riscul crescut de depresie și boli cardiovasculare¹⁹¹.</p> <p>Cauze: Stresul, tulburările psihice (de exemplu, anxietate, depresie), boli cronice, durere, medicamente, cofeină, alcool sau obiceiuri de somn necorespunzătoare</p>
<i>Letargie</i>	<p>Definiție: Letargia se referă la o stare de oboseală extremă, slăbiciune sau lipsă de energie, care poate interfera cu activitățile zilnice normale.</p> <p>Relevanță clinică: Letargia poate fi un simptom al multor afecțiuni medicale sau psihice și poate indica boli subiacente grave dacă este persistentă¹⁹².</p> <p>Cauze: Infecții, anemie, boli cronice, tulburări tiroidiene, depresie, malnutriție, deshidratare.</p>
<i>Somnolență diurnă</i>	<p>Definiție: Somnolența diurnă este starea de oboseală sau nevoia excesivă de a dormi în timpul zilei, care afectează capacitatea de a desfășura activități normale.</p> <p>Relevanță clinică: Somnolența excesivă pe timpul zilei poate fi un</p>

¹⁹⁰ Young, G. B. (2009). Clinical practice: The diagnosis of stupor and coma. *New England Journal of Medicine*, 361(15), 1429–1438.

¹⁹¹ Kyle SD, Morgan K, Espie CA. Insomnia and health-related quality of life. *Sleep Med Rev.* 2010 Feb;14(1):69–82.

¹⁹² Rosenthal TC, Majeroni BA, Pretorius R, Malik K. Fatigue: an overview. *Am Fam Physician.* 2008 Nov 15;78(10):1173-9. PMID: 19035066.

ODIHNĂ ȘI SOMN	
	<p>semn al tulburărilor de somn, cum ar fi apneea de somn, și poate afecta semnificativ performanța la muncă sau în activitățile zilnice¹⁹³.</p> <p>Cauze: Privarea de somn, tulburări de somn (de exemplu, apnee de somn, narcolepsie), oboseală cronică, utilizarea anumitor medicamente, stres</p>
<i>Coșmaruri</i>	<p>Definiție: Coșmarurile sunt vise intense, care induc frică sau anxietate, și care au loc de obicei în timpul fazei de somn REM, provocând treziri bruște și dificultatea de a readormi.</p> <p>Relevanță clinică: Frecvența coșmarurilor poate afecta calitatea somnului și poate fi asociată cu tulburări de sănătate mintală, cum ar fi anxietatea sau stresul posttraumatic¹⁹⁴.</p> <p>Cauze: Stres, traume psihologice, tulburări de anxietate, depresie, consumul de alcool sau droguri, anumite medicamente sau evenimente stresante recente</p>
<i>Somnambulism</i>	<p>Definiție: Somnambulismul este o tulburare de somn caracterizată prin mersul sau desfășurarea altor activități în timp ce persoana este încă adormită, cel mai frecvent în stadiile profunde ale somnului.</p> <p>Relevanță clinică: Somnambulismul poate prezenta un risc de auto-rănire sau de rănire a altora, iar episoadele frecvente pot afecta calitatea generală a somnului¹⁹⁵.</p> <p>Cauze: Lipsa de somn, stresul, oboseala, tulburări de somn, ereditatea, febra, utilizarea anumitor medicamente</p>

ASPECTE PSIHLOGICE, COMUNICARE ȘI ÎNVĂȚARE	
<i>Auto-mutilare</i>	<p>Definiție: Comportamentul prin care o persoană își provoacă răni fizice intenționat, adesea fără intenția de suicid, ca o formă de exprimare a durerii emoționale sau de control asupra propriilor emoții.</p> <p>Relevanță clinică: Auto-mutilarea poate indica prezența unei tulburări emoționale severe și poate duce la complicații medicale grave, cum ar fi infecții sau cicatrici permanente. Este un semn important în evaluarea riscului suicidar¹⁹⁶.</p> <p>Cauze: Tulburări mentale (de exemplu, tulburarea de personalitate borderline), traume, abuz emoțional sau fizic, depresie severă, anxietate, dificultăți în gestionarea emoțiilor</p>
<i>Stimă de sine scăzută</i>	<p>Definiție: O evaluare negativă sau subestimată a valorii personale, care poate afecta capacitatea de a lua decizii, de a interacționa cu alții și de a se simți competent.</p> <p>Relevanță clinică: Stima de sine scăzută este adesea asociată cu</p>

¹⁹³ Pagel JF. Excessive daytime sleepiness. Am Fam Physician. 2009 Mar 1;79(5):391-6. PMID: 19275068

¹⁹⁴ American Academy of Sleep Medicine. (2014). International Classification of Sleep Disorders (3rd ed.). Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine.

¹⁹⁵ Zergham AS, Chauhan Z. Somnambulism. [Updated 2023 Jan 9]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-.

¹⁹⁶ Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. Can J Psychiatry. 2014 Nov;59(11):576-85

ASPECTE PSIHOLOGICE, COMUNICARE ȘI ÎNVĂȚARE	
	<p>tulburări depresive, anxietate și poate influența în mod negativ starea de sănătate mentală și fizică¹⁹⁷.</p> <p>Cauze: Factori psihologici, experiențe traumatice, abuz emoțional, tulburări de sănătate mintală, comparații sociale negative</p>
<i>Dezinhibiție</i>	<p>Definiție: Pierderea sau reducerea autocontrolului, ducând la comportamente impulsive, inadecvate sau riscante, adesea cauzate de afectarea lobilor frontali sau de intoxicația cu alcool sau alte substanțe.</p> <p>Relevanță clinică: Dezinhibiția poate fi observată în afecțiuni neurologice și psihiatrice, cum ar fi boala Alzheimer, tulburările de comportament sau tulburările legate de consumul de substanțe¹⁹⁸.</p> <p>Cauze: Leziuni cerebrale, demență, intoxicație cu alcool sau droguri</p>
<i>Euforie</i>	<p>Definiție: O stare exagerată de fericire, bunăstare sau excitație, adesea disproporționată față de contextul real sau situația de viață a individului.</p> <p>Relevanță clinică: Euforia poate fi un simptom al tulburărilor bipolare, al consumului de droguri sau al altor tulburări psihice, și poate duce la comportamente riscante sau periculoase.</p> <p>Cauze: Tulburare bipolară (fază maniacală), consum de droguri (de exemplu, amfetamine, opioide), afecțiuni neurologice</p>
<i>Delir</i>	<p>Definiție: O stare acută de confuzie și dezorientare, caracterizată prin tulburări de conștiință, atenție și percepție, care poate varia ca intensitate și durată.</p> <p>Relevanță clinică: Delirul apare frecvent la pacienții vârstnici spitalizați sau la cei cu afecțiuni medicale severe și poate semnală o infecție, dezechilibre metabolice sau efecte adverse ale medicamentelor¹⁹⁹.</p> <p>Cauze: Infecții (de exemplu, sepsis), dezechilibre electrolitice, efecte secundare ale medicamentelor, traumatisme craniene</p>
<i>Halucinații</i>	<p>Definiție: Percepții false sau distorsionate care pot afecta oricare dintre simțuri (vizuale, auditive, olfactive, tactile), fără un stimul extern real.</p> <p>Relevanță clinică: Halucinațiile sunt frecvent întâlnite în tulburările psihotice, precum schizofrenia, și pot apărea și în afecțiuni neurologice sau după consumul de substanțe²⁰⁰.</p> <p>Cauze: Schizofrenie, tulburare bipolară (fază maniacală), demență, consum de droguri halucinogene, afecțiuni neurologice</p>
<i>Idei suicidare</i>	<p>Definiție: Gânduri, planuri sau dorințe de a-și pune capăt vieții, care variază în intensitate de la dorințe trecătoare până la planuri concrete.</p>

¹⁹⁷ Nguyen DT, Wright EP, Dedding C, Pham TT, Bunders J. Low Self-Esteem and Its Association With Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation in Vietnamese Secondary School Students: A Cross-Sectional Study. *Front Psychiatry*. 2019 Sep 27;10:698. doi: 10.3389/fpsy.2019.00698.

¹⁹⁸ Mullins-Sweatt SN, DeShong HL, Lengel GJ, Helle AC, Krueger RF. Disinhibition as a unifying construct in understanding how personality dispositions undergird psychopathology. *J Res Pers*. 2019 Jun;80:55-61.

¹⁹⁹ Marcantonio ER. In the Clinic: Delirium. *Ann Intern Med*. 2011;154:ITC6-1. ITC6-16.

²⁰⁰ Chaudhury S. Hallucinations: Clinical aspects and management. *Ind Psychiatry J*. 2010 Jan;19(1):5-12. doi: 10.4103/0972-6748.77625. PMID: 21694785; PMCID: PMC3105559

ASPECTE PSIHOLOGICE, COMUNICARE ȘI ÎNVĂȚARE	
	<p>Relevanță clinică: Ideile suicidare sunt un semn major de risc în tulburările depresive și necesită intervenție medicală urgentă pentru prevenirea sinuciderii²⁰¹.</p> <p>Cauze: Depresie majoră, tulburare bipolară, tulburare de stres post-traumatic, abuz de substanțe</p>
<i>Imagine de sine afectată</i>	<p>Definiție: Percepția distorsionată sau negativă asupra propriei persoane, care poate include gânduri de inadecvare, inferioritate sau rușine.</p> <p>Relevanță clinică: O imagine de sine afectată poate contribui la tulburări mentale precum depresia, anxietatea și tulburările alimentare. De asemenea, poate influența relațiile interpersonale și performanța zilnică²⁰².</p> <p>Cauze: Factori psihologici (de exemplu, tulburări de imagine corporală, traume), influențe sociale (de exemplu, presiunea socială sau bullying), și boli psihice preexistente</p>
<i>Comunicare adecvată (facilă, deschisă)</i>	<p>Definiție: Capacitatea de a exprima și de a înțelege informații într-un mod clar și deschis, fără bariere semnificative.</p> <p>Relevanță clinică: Comunicarea adecvată este esențială pentru relațiile interpersonale sănătoase și pentru o colaborare eficientă în contextul medical, permițând pacienților să își exprime nevoile și îngrijorările²⁰³.</p> <p>Cauze: Funcționare mentală și emoțională normală, lipsa barierelor lingvistice sau cognitive.</p>
<i>Interes pentru a comunica</i>	<p>Definiție: Dorința și dispoziția unei persoane de a participa activ la schimbul de informații și emoții cu ceilalți.</p> <p>Relevanță clinică: Un interes scăzut pentru comunicare poate indica tulburări emoționale sau cognitive, cum ar fi depresia sau afecțiunile neurodegenerative.</p> <p>Cauze: Bunăstare mentală, interacțiuni sociale pozitive, stări emoționale echilibrate</p>
<i>Somnolență</i>	<p>Definiție: O stare de oboseală accentuată sau o nevoie intensă de somn, care poate apărea în mod normal după privare de somn sau poate fi un simptom al unei afecțiuni medicale.</p> <p>Relevanță clinică: Somnolența poate afecta siguranța pacientului și poate fi un semn al unor afecțiuni precum apneea în somn, narcolepsia sau hipotiroidismul.</p> <p>Cauze: Privare de somn, tulburări ale somnului (apnee, narcolepsie), medicamente sedative, afecțiuni neurologice</p>
<i>Confuzie</i>	<p>Definiție: O stare de dezorientare mentală, în care o persoană își pierde claritatea gândirii și capacitatea de a înțelege situațiile.</p> <p>Relevanță clinică: Confuzia este frecvent asociată cu afecțiuni</p>

²⁰¹ Fawcett E, O'Reilly G. Hospital presenting suicidal ideation: A systematic review. Clin Psychol Psychother. 2022 Sep;29(5):1530-1541. doi: 10.1002/cpp.2761. Epub 2022 Jul 14. PMID: 35716391; PMCID: PMC9796242.

²⁰² Creemers DH, Scholte RH, Engels RC, Prinstein MJ, Wiers RW. Damaged Self-Esteem is Associated with Internalizing Problems. Front Psychol. 2013 Apr 2;4:152. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00152

²⁰³ LINDEMAN, CAROL A. "Patient Education." *Annual Review of Nursing Research* 6, no. 1 (September 1988): 29–60

ASPECTE PSIHOLOGICE, COMUNICARE ȘI ÎNVĂȚARE	
	<p>neurologice, intoxicații sau dezechilibre metabolice și poate necesita intervenție urgentă²⁰⁴.</p> <p>Cauze: Demență, delir, intoxicații, dezechilibre electrolitice, infecții severe (de exemplu, sepsis).</p>
<i>Comunicare lentă, greoaie</i>	<p>Definiție: Capacitate redusă de a exprima sau înțelege informații din cauza unei afectări cognitive, a unei tulburări neurologice sau a altor cauze.</p> <p>Relevanță clinică: Comunicarea greoaie poate afecta calitatea vieții și poate fi un semn de afecțiuni neurologice, cum ar fi demența, accidentul vascular cerebral sau boala Parkinson.</p> <p>Cauze: Demență, afazie, boala Parkinson, accidente vasculare cerebrale</p>
<i>Comunicare dificilă cu familia</i>	<p>Definiție: Dificultăți în a exprima sau înțelege nevoile și dorințele în interacțiunile cu membri familiei, care pot duce la conflicte sau neînțelegeri.</p> <p>Relevanță clinică: Problemele de comunicare familială pot agrava starea emoțională a pacientului și pot afecta calitatea îngrijirii, mai ales în cazurile de boli cronice sau terminale.</p> <p>Cauze: Conflicte familiale, diferențe de valori, afecțiuni psihologice sau cognitive, stres.</p>
<i>Dizlalie</i>	<p>Definiție: Tulburare a vorbirii caracterizată prin dificultăți în pronunțarea corectă a sunetelor, adesea întâlnită la copii sau după afecțiuni neurologice.</p> <p>Relevanță clinică: Dizlalia poate afecta dezvoltarea limbajului și abilitățile de comunicare și poate necesita terapie logopedică pentru corectare.</p> <p>Cauze: Afecțiuni neurologice, tulburări de dezvoltare, anomalii structurale ale cavității bucale (de exemplu, palatul despicat), probleme auditive</p>

ASPECTE SOCIALE, SPIRITUALE ȘI MORALE - CREDINȚE ȘI VALORI	
<i>Dorința de participare la slujba religioasă</i>	<p>Definiție: Dorința unei persoane de a participa activ la serviciile sau slujbele religioase, ca parte a practicilor spirituale și religioase personale.</p> <p>Relevanță clinică: Această dorință poate reflecta atașamentul unei persoane față de credințele sale religioase și poate avea un impact pozitiv asupra sănătății mentale și emoționale prin oferirea unui sentiment de pace și apartenență²⁰⁵.</p> <p>Cauze: Credințe religioase puternice, dorința de alinare spirituală, suport emoțional din partea comunității religioase</p>

²⁰⁴ Young, G. B., & Ropper, A. H. (2011). Confusion and delirium in the intensive care unit. *The Lancet*, 377(9777), 442–452.

²⁰⁵ VanderWeele TJ, Balboni TA, Koh HK. Invited Commentary: Religious Service Attendance and Implications for Clinical Care, Community Participation, and Public Health. *Am J Epidemiol*. 2022 Jan 1;191(1):31-35. doi: 10.1093/aje/kwab134. PMID: 33977296; PMCID: PMC8751781

ASPECTE SOCIALE, SPIRITUALE ȘI MORALE - CREDINȚE ȘI VALORI	
<i>Dorință de confesiune</i>	<p>Definiție: Nevoia sau dorința unei persoane de a se confesa, adică de a împărtăși gânduri, acțiuni sau păcate către un lider religios (de exemplu, preot) în căutarea iertării sau alinării spirituale.</p> <p>Relevanță clinică: Confesiunea poate avea un efect benefic asupra sănătății emoționale și psihice, oferind eliberare emoțională și reducerea sentimentelor de vinovăție sau anxietate.</p> <p>Cauze: Credințe religioase, nevoia de iertare, sentimentul de vinovăție, dorința de curățare spirituală</p>
<i>Stare de suferință spirituală</i>	<p>Definiție: O stare emoțională sau psihologică în care individul experimentează disconfort sau suferință legată de aspectele spirituale ale vieții, precum sensul existenței, credințele religioase sau lipsa unui scop spiritual.</p> <p>Relevanță clinică: Suferința spirituală poate agrava starea generală de sănătate, provocând anxietate, depresie sau probleme emoționale severe, mai ales la pacienții care se confruntă cu boli cronice sau în faze terminale. Poate afecta și calitatea vieții și capacitatea de a face față suferinței fizice²⁰⁶.</p> <p>Cauze: Crize existențiale, pierderea credinței, moartea unei persoane dragi, suferință fizică intensă, sentimentul de izolare sau lipsa unui sens profund în viață</p>
<i>Teamă de moarte iminentă</i>	<p>Definiție: O teamă intensă și persistentă legată de apropierea iminentă a morții, adesea experimentată de pacienții în stadii terminale sau în situații de viață care le pun viața în pericol.</p> <p>Relevanță clinică: Poate conduce la anxietate severă, panică și poate influența negativ calitatea vieții și eficiența tratamentelor. Este frecventă în rândul pacienților cu boli terminale sau în condiții critice²⁰⁷.</p> <p>Cauze: Boli terminale (de exemplu, cancer), situații de urgență medicală, evenimente traumatice, sentimentul de pierdere a controlului asupra propriei vieți.</p>
<i>Lipsa speranței, deznădejde</i>	<p>Definiție: Sentimentul persistent că viitorul este lipsit de speranță, fără nici o perspectivă de îmbunătățire, adesea asociat cu depresie sau alte tulburări mentale.</p> <p>Relevanță clinică: Este un semn comun în depresie și poate crește riscul de suicid. Sentimentul de lipsă de speranță afectează motivația și calitatea vieții, influențând capacitatea individului de a se angaja în activități de îmbunătățire.</p> <p>Cauze: Depresie, anxietate, traume, stres prelungit, factori socio-economici adversi, boli cronice sau terminale</p>

²⁰⁶ Martins H, Silva RS, Bragança J, Romeiro J, Caldeira S. Spiritual Distress, Hopelessness, and Depression in Palliative Care: Simultaneous Concept Analysis. *Healthcare (Basel)*. 2024 May 7;12(10):960. doi: 10.3390/healthcare12100960.

²⁰⁷ Hurley R. Fear of imminent death. *BMJ*. 2003 Jul 26;327(7408):200. PMID: PMC1126574

ASPECTE SOCIALE, SPIRITUALE ȘI MORALE – ADAPTARE SOCIALĂ ȘI TOLERANȚĂ LA STRES	
<i>Iritabilitate</i>	<p>Definiție: Stare de enervare ușoară, predispoziție la reacții exagerate la stimuli minori, care poate afecta comportamentul zilnic.</p> <p>Relevanță clinică: Iritabilitatea poate fi un simptom al stresului, al dezechilibrelor hormonale sau al unor tulburări psihice, precum anxietatea sau depresia.</p> <p>Cauze: Stres, anxietate, depresie, tulburări de somn, afecțiuni hormonale.</p>
<i>Agresivitate</i>	<p>Definiție: Comportament care implică acte de violență verbală sau fizică, adesea îndreptat către ceilalți sau către sine, din diverse motive sau stimulente.</p> <p>Relevanță clinică: Agresivitatea poate fi un semn al unor afecțiuni psihice, cum ar fi tulburările de comportament, anxietatea severă, demența sau efectele secundare ale unor medicamente²⁰⁸.</p> <p>Cauze: Stres, tulburări de anxietate, tulburare bipolară, demență, abuz de substanțe.</p>
<i>Anxietate</i>	<p>Definiție: O stare emoțională caracterizată prin neliniște, tensiune sau îngrijorare excesivă, care poate afecta capacitatea de a desfășura activități zilnice normale.</p> <p>Relevanță clinică: Anxietatea poate fi un simptom al unor tulburări psihice, cum ar fi tulburarea de anxietate generalizată, sau poate apărea în situații de stres acut²⁰⁹.</p> <p>Cauze: Factori genetici, stres cronic, tulburări mentale, traumatisme emoționale.</p>
<i>Depresie</i>	<p>Definiție: O tulburare mentală caracterizată printr-o stare persistentă de tristețe, pierderea interesului pentru activități obișnuite, scăderea energiei și o afectare semnificativă a funcționării zilnice.</p> <p>Relevanță clinică: Depresia afectează grav calitatea vieții și poate duce la complicații, cum ar fi izolarea socială, reducerea capacității de muncă și creșterea riscului de suicid²¹⁰.</p> <p>Cauze: Factori genetici, dezechilibre chimice la nivelul creierului (de exemplu, serotonina), stres, evenimente de viață negative (de exemplu, pierderea unei persoane dragi), boli cronice, și efecte secundare ale medicamentelor.</p>
<i>Persoană defensivă</i>	<p>Definiție: Persoană care reacționează la critici sau observații prin justificări sau respingerea opiniilor celorlalți, adesea pentru a proteja stima de sine sau pentru a evita confruntarea.</p> <p>Relevanță clinică: Comportamentul defensiv poate fi un mecanism de</p>

²⁰⁸ American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

²⁰⁹ Szuhany KL, Simon NM. Anxiety Disorders: A Review. *JAMA*. 2022 Dec 27;328(24):2431-2445. doi: 10.1001/jama.2022.22744. PMID: 36573969.

²¹⁰ Pignone M, Gaynes B, Rushton J, et al. Screening for depression: A systematic review. Agency for Healthcare Research and Quality. 2002

ASPECTE SOCIALE, SPIRITUALE ȘI MORALE – ADAPTARE SOCIALĂ ȘI TOLERANȚĂ LA STRES	
	<p>apărare împotriva anxietății, nesiguranței sau fricii de eșec și poate îngreuna colaborarea în echipe sau relațiile interpersonale.</p> <p>Cauze: Nesiguranță, anxietate, lipsa încrederii în sine, experiențe de critică constantă.</p>
<i>Persoană reactivă</i>	<p>Definiție: O persoană care răspunde impulsiv la stimuli externi, adesea fără a reflecta asupra consecințelor acțiunilor sau cu o intensitate emoțională disproporționată.</p> <p>Relevanță clinică: Comportamentul reactiv poate indica dificultăți în reglarea emoțională și este adesea observat în tulburările de dispoziție sau tulburările de stres post-traumatic.</p> <p>Cauze: Stres, anxietate, tulburări de dispoziție, impulsivitate crescută</p>
<i>Teamă</i>	<p>Definiție: Emoție primară care apare ca răspuns la percepția unui pericol sau amenințare, fie real, fie imaginar, adesea însoțită de reacții fiziologice intense (de exemplu, creșterea ritmului cardiac, respirație accelerată).</p> <p>Relevanță clinică: Teama poate fi un răspuns normal la stres, dar când este excesivă sau irațională, poate fi un semn al unei tulburări de anxietate sau al unei fobii²¹¹.</p> <p>Cauze: Experiențe traumatice, fobii, tulburări de anxietate generalizată.</p>

²¹¹ Dubayova T, van Dijk JP, Nagyova I, Rosenberger J, Havlikova E, Gdovinova Z, Middel B, Groothoff JW. The impact of the intensity of fear on patient's delay regarding health care seeking behavior: a systematic review. Int J Public Health. 2010 Oct;55(5):459-68.

FIȘĂ DE EVALUARE CONTINUĂ

EVALUAREA CONTINUĂ A PACIENTULUI			
Rezultatul așteptat (se va transpune obiectivul în rezultat)	Data Ziua 1 Ora: _____	Data Ziua 2 Ora: _____	Data Ziua 3 Ora: _____
Pacientul prezintă ameliorarea	DA _____ NU _____	DA _____ NU _____	DA _____ NU _____
Pacientul afirmă	DA _____ NU _____	DA _____ NU _____	DA _____ NU _____
Pacientul nu a suferit căderi.....	DA _____ NU _____	DA _____ NU _____	DA _____ NU _____
Pacientul nu a dezvoltat escare	DA _____ NU _____	DA _____ NU _____	DA _____ NU _____
Pacientul.....	DA _____ NU _____	DA _____ NU _____	DA _____ NU _____
Pacientul.....	DA _____ NU _____	DA _____ NU _____	DA _____ NU _____
Altele:.....			
Altele:.....			
Semnătură asistentului medical generalist/ Parafa			

Instrucțiuni de completare:

- Obiectivele stabilite vor fi transpuse în rezultate! De exemplu, dacă obiectivul a fost "Pacientul va avea un somn odihnitor", rezultatul poate fi scris sub forma "Pacientul afirmă că a avut un somn odihnitor"; asistentul medical generalist va scrie data, va bifa răspunsul corespunzător și va semna și parafa.
- Evaluarea stării de sănătate a pacientului poate fi descrisă de către asistentul medical generalist, folosind cuvintele pacientului.

Cum se poate analiza stadiul de realizare a obiectivelor de îngrijire? Prin evaluare continuă, răspunzând la următoarele întrebări:

- ✓ *Au fost obiectivele clare și precise?*
- ✓ *Au fost obiectivele măsurabile?*
- ✓ *Au fost obiectivele realizabile și realiste?*
- ✓ *A fost alocat suficient timp pentru obținerea unui rezultat pozitiv?*

- ✓ *Au fost identificate în mod adecvat toate problemele de sănătate ale pacientului?*
- ✓ *Reflectă diagnosticul de îngrijire problema pacientului?*
- ✓ *Diagnosticul de îngrijire este corect identificat?*
- ✓ *Intervențiile de îngrijire au vizat cauza problemelor pacientului?*

În cazul în care au fost înregistrate semne și simptome noi, acestea vor fi considerate, contribuind la revizuirea Planului de Îngrijire după cum este necesar, prin:

- *Stabilirea de noi diagnostice de îngrijire*
- *Stabilirea de noi obiective / rezultate așteptate de îngrijire*
- *Planificarea și implementarea unor intervenții de îngrijire suplimentare*
- *Reevaluarea pacientului, pentru a identifica progresul acestuia.*

Rezultatele obținute de pacient suplimentar față de obiectivele stabilite inițial – vor fi consemnate în rubrica Altele.

DIAGRAMA DE FOCALIZARE²¹²

În cazul unui pacient care prezintă Durere postoperatorie, poate fi realizată astfel:

DIAGRAMA DE FOCALIZARE - Fișa DAR		
Data/ora	Focus	Note de progres (format DAR)
10/02/2025 08:00	Durere acută postoperatorie	<p>Date: Pacientul raportează o durere ascuțită în zona inciziei abdominale, cu o intensitate a durerii de 8/10 pe Scala numerică de evaluare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semne vitale în limite normale. • Locul inciziei chirurgicale este roșu, umflat și cald la atingere. <p>Acțiune:</p> <ul style="list-style-type: none"> • S-au administrat 50 mg Tamadol IV conform indicațiilor. • S-a administrat gheață pentru ameliorarea durerii localizate. • A fost ajutat pacientul să găsească o poziție confortabilă și pentru a proteja zona chirurgicală, după caz. • S-a educat pacientul cu privire la exerciții de respirație profundă și tehnici de relaxare. <p>Răspuns:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensitatea durerii a scăzut la 5/10 în 30 de minute după administrarea medicației. • Umflarea locului inciziei a scăzut. • Pacientul raportează că se simte mai confortabil și se poate odihni.
10/02/2025 13:15	Aspectul plăgii	<p>Date:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Roșeață și umflături în jurul plăgii. • Drenaj serosanguin observat pe pansament, marginile plăgii apropiate. • Nu s-au observat semne de infecție. <p>Acțiune:</p> <ul style="list-style-type: none"> • S-a schimbat pansamentul folosind o tehnică aseptică. • S-a evaluat rana pentru a depista orice semne de dehiscență. • S-au consolidat instrucțiunile de îngrijire a plăgii pentru pacient. <p>Răspuns:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientul raportează scăderea durerii după schimbarea pansamentului. • Marginile plăgii rămân apropiate. • Nu s-au observat noi semne de infecție la evaluarea ulterioară.

²¹² Nurseslabs. (n.d.). Focus charting (F-DAR): How to do it? Retrieved February 2, 2025, from <https://nurseslabs.com/focus-charting-f-dar-how-to/>

Structura facilitează monitorizarea coerentă a stării pacientului în orice moment al îngrijirii precum și evaluarea dinamică a progresului acestuia, asigurând continuitatea îngrijirilor. Diagrama de focalizare se concentrează pe statutul pacientului și pe îngrijirea asociată, reflectând preocupările, simptomele sau nevoile pacientului într-un mod precis și centrat pe pacient, fără a se limita la responsabilitățile profesionale (centrare pe sarcini) sau diagnostice medicale. Structura unei astfel de Diagrame de focalizare poate include:

- Problemele sau preocupările pacientului;
- Semne și simptome relevante (de exemplu: febră, disritmie, edem);
- Evenimente semnificative sau schimbări ale statutului pacientului;
- Respectarea unui standard specific de îngrijire sau a politicilor instituționale.

Acest sistem de documentare oferă un cadru clar și orientat spre pacient, facilitând atât continuitatea îngrijirii, cât și o comunicare eficientă între membrii echipei medicale.

ANEXA 8 - FIȘA DE INTERVENȚII DE ÎNGRIJIRI FRECVENTE

Fișa de intervenții de îngrijiri frecvente																					
Data/Tura/Ora			Data																		
Manevra de îngrijire		Cod		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
▶ Recoltări																					
1	Rec. alte produse patologice (spută, aspirat traheal, secreții plagă)																				
2	Rec. sânge																				
3	Rec. urină/urocultură																				
▶ Pregătire explorări funcționale																					
EKG																					
Cateterism vezical																					
Suprimare sondă urinară																					
Clisma evacuatorie																					
▶ Glucotest																					
▶ Oxygenoterapie																					
▶ Pansamente																					
4. Manevra de îngrijire																					
▶ Măs. T.A. manual																					
▶ Măsurare puls																					
▶ Termometrizare																					
▶ Supraveghere eliminare																					
▶ Alimentație/ Hidratare																					
▶ Mobilizare/mișcare/ poziționare																					
▶ Transport pacient – targă, pat, fotoliu rulant																					
▶ Schimbarea lenjeriei																					
▶ Toaleta																					
SEMNĂTURĂ ASISTENT MEDICAL GENERALIST/ PARAFĂ																					
<p>1. Eliminări: scaun (S), urină (D), menstra (M), vărsături (V), expectorații (E) 2. Alimentație: activă (A), pasivă (P) ■ 3. Hidratare: cantitate ■ 4. Mobilizare: activă (A), pasivă (P) 5. Transport: pat (P), targă (T), fotoliu rulant (F) ■ 6. Schimbarea lenjeriei: de pat (P), de corp (C) ■ 7. Toaleta: generală (G), parțială (P)</p>																					

ANEXA 9 - FORMULAR ADMINISTRARE MEDICAMENTE (FAM)

INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE:

FORMULARUL de ADMINISTRARE MEDICAMENTE trebuie să respecte principiile unei administrări **corecte** a medicamentelor:

1. Pacientul corect identificat
2. Medicamentul corect
3. Doza corectă
4. Frecvența de administrare corectă
5. Calea de administrare corectă
6. Ora corectă de administrare.

Medicament Nou Introdus	Denumire, doză medicament <i>(la antibiotic și, după caz, se vor trece și orele de administrare)</i>	Calea	Frecvența	Data _____				Data _____				Data _____									
				ora	ora	ora	ora	ora	ora	ora	ora	ora	ora	ora	ora						
Evaluare pacient postadministrare – se va trece RA în caz de reacție adversă postadministrare																					
Parafa și semnătura asistentului																					

<ul style="list-style-type: none"> • Înregistrarea administrării medicamentelor se face imediat după administrarea lor – conform instrucțiunilor de completare. Nu se va folosi BIFA.
<ul style="list-style-type: none"> • În rubrica "Ora", se va scrie ora reală la care s-au administrat medicamentele. La medicamentele cu oră fixă de administrare se va nota ora de administrare în rubrica din dreptul medicamentului.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentul Nou Introdus în planul de tratament al pacientului se va evidenția prin notarea NI în coloana din stânga denumirii medicamentului, se va nota și data introducerii noului medicament.
<ul style="list-style-type: none"> • Formularul de Administrare medicamente se completează cât mai citet;
<ul style="list-style-type: none"> • Dacă formularul se ține la patul pacientului, se va trece obligatoriu numele și prenumele pacientului, secția și salonul, alergiile pacientului.
<ul style="list-style-type: none"> • Denumirea medicamentului se scrie cât mai lizibil și cu majuscule, ex. PREDNISON;
<ul style="list-style-type: none"> • Doza de administrare: în cazul schimbării dozei de administrare a medicamentului pe parcursul tratamentului, se trage o linie peste doza scrisă, astfel încât să rămână vizibilă doza și se scrie, imediat lângă, doza nouă și data de când se aplică;
<ul style="list-style-type: none"> • În rubrica în care se menționează ora de administrare (de sub Data), se va scrie de către asistentul care administrează, ora reală la care a administrat efectiv medicamentul. Dacă reglementările interne permit un interval de administrare pentru medicamentele orale, se va trece un interval (acesta nu poate fi mai mare de o oră).
<ul style="list-style-type: none"> • La denumirea medicamentului se vor menționa, pentru antibiotice și alte medicamente cu oră fixă de administrare, și orele de administrare – pentru aceste medicamente se va trece ora la care s-a administrat, nu doza în rubrica aferentă.
<ul style="list-style-type: none"> • La frecvența administrării se scrie fie 3/zi, fie 1-1-1.
<ul style="list-style-type: none"> • Dacă este un medicament care trebuie administrat de 6 ori pe zi, se vor împărți cele 4 rubrici dintr-o zi în 6 și se va scrie ora administrării.
<ul style="list-style-type: none"> • În caz de greșeală de scriere se trage o linie peste cuvântul scris greșit, astfel încât să se vadă ce era scris inițial;
<ul style="list-style-type: none"> • NU se admite folosirea corectorului sau ștergerea prin acoperire cu marker;
<ul style="list-style-type: none"> • În cazul întreruperii unui medicament se va trage o linie din data din care se întrerupe medicamentul până la sfârșitul rândului.
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea pacientului postadministrare se efectuează la 30 minute, 1 oră de la administrare sau intervalul recomandat de medic și se va nota reacția adversă - RA atunci când este cazul.
<ul style="list-style-type: none"> • În cazul perfuziilor se va scrie „Perfuzie conform FOCG”.
<ul style="list-style-type: none"> • Calea de administrare se va nota folosind prescurtările consacrate im, iv, sc, o (oral), loc (locală, tegumentară), m (mucoase), conj. (conjunctivală), aur. (auriculară).

ANEXA 10 - FIȘA DE PLANIFICARE A EXTERNĂRII/TRANSFERULUI

EVALUAREA STĂRII PACIENTULUI LA MOMENTUL EXTERNĂRII/TRANSFERULUI	
EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE	
RECOMANDĂRI PENTRU CONTINUAREA ÎNGRIJIRILOR LA DOMICILIU/COMUNITATE	
SEMNĂTURA ASISTENT MEDICAL GENERALIST/ PARAFĂ	

Recomandări pentru completarea fișei de planificare a externării/transferului:

- Evaluarea stării pacientului la momentul externării/transferului, **prin aplicarea obligatorie a Indicelui Barthel și a altor instrumente de evaluare a stării generale și de evaluare a riscurilor.**
- Includerea pacientului și familiei ca parteneri deplinți în procesul de planificare a externării/transferului.
- Discutarea cu pacientul și familia abordând cinci domenii cheie pentru prevenirea problemelor la domiciliu:
 1. Descrierea condițiilor de viață la domiciliu
 2. Revizuirea cunoștințelor despre medicația prescrisă de medic
 3. Evidențierea semnelor de avertizare și asupra posibilelor probleme de sănătate
 4. Explicarea rezultatelor testelor paraclinice
 5. Stabilirea programării ulterioare pentru control medical

- Informarea și educarea pacientului și familiei după caz, într-un limbaj simplu asupra stării pacientului, medicamentelor prescrise de medic și necesității continuării tratamentului, procesul de externare și pașii ce urmează a fi parcurși.
- Ascultarea activă și respectarea obiectivelor pacientului și ale familiei, a preferințelor, observațiilor și preocupărilor acestuia.
- Furnizarea etapizată a informațiilor către pacient, în părți mici și repetarea informațiilor cheie pe parcursul spitalizării.
- Solicitarea ca pacientul/familia să repete informațiile transmise, cu propriile cuvinte, pentru a evalua nivelul de înțelegere a acestora.
- Adresarea de întrebări deschise pentru a obține feedback-ul pacientului/familiei privind barierele ce pot apărea în procesul de externare și după externare.
- Folosirea broșurilor sau a altor metode pentru a explica modificările stilului de viață necesare pentru parcurgerea cu succes a perioadei de vindecare.

Evaluarea stării pacientului se realizează prin evaluarea obiectivelor și a rezultatelor așteptate cu starea pacientului la momentul externării/transferului.

Obținerea tuturor informațiilor în ziua externării poate fi copleșitor. Pregătirea pentru externare trebuie să se desfășoare încă din timpul perioadei de spitalizare.

Partea III

Modele de Planuri de Îngrijire utilizând metoda ADAPTE

Materialele prezentate sunt bazate pe dovezi și au caracter orientativ

NR. CRT.	PLANURI DE ÎNGRIJIRE
1.	Plan de îngrijire al pacientului cu risc de infecție
2.	Plan de îngrijire al pacientului cu risc de cădere
3.	Plan de îngrijire al pacientului cu intoleranță la activitate
4.	Plan de îngrijire al pacientului cu risc de aspirație
5.	Plan de îngrijire al pacientului cu deficit de cunoștințe
6.	Plan de îngrijire al pacientului cu deficit de autoîngrijire
7.	Plan de îngrijire al pacientului cu hipertermie
8.	Plan de îngrijire al pacientului cu hipotermie
9.	Plan de îngrijire al pacientului cu greață și vărsături
10.	Plan de îngrijire al pacientului cu risc de escare
11.	Plan de îngrijire al pacientului cu durere
12.	Plan de îngrijire al pacientului cu HTA
13.	Plan de îngrijire al pacientului cu Tromboză venoasă
14.	Plan de îngrijire al pacientului cu Diabet zaharat
15.	Plan de îngrijire al pacientului cu Obezitate
16.	Plan de îngrijire al pacientului cu Insomnie
17.	Plan de îngrijire al pacientului cu Alzheimer
18.	Plan de îngrijire al pacientului cu diaree
19.	Plan de îngrijire al pacientului cu constipație
20.	Plan de îngrijire al pacientului cu incontinență fecală

1. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU RISC DE INFECȚIE

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:	
Vârstă:	
Data internării:	
Nr FOCG: Plan de îngrijire	
Salon	Pat
Data implementării planului de îngrijire:	

Evaluati următoarele date subiective și obiective (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Prezența febrei însoțită de frisoane și transpirație
- Prezența durerii localizate sau sensibilitate prezentă la locul infecției
- Roșeață, căldură locală și umflături prezente
- Prezența tahicardiei și tahipneei datorată infecției prin creșterea ritmului cardiac și a frecvenței respirației, deoarece organismul încearcă să lupte cu agresiunea agenților patogeni
- Stare generală alterată, disconfort, neliniște, prezente

DIAGNOSTICE DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

RISC DE INFECȚIE

- Risc de infecție**, evidențiat de distrugerea integrității pielii și a mucoaselor, datorată plăgilor chirurgicale infectate și ulcerelor cronice.
- Risc de infecție**, evidențiat de prezența corpurilor străine (*catetere, drenuri, linii venoase centrale*).
- Risc de infecție**, evidențiat de ruperea integrității pielii datorată prezenței eczemelor, arsurilor severe, reprezentând poarta de intrare pentru agenții infecțioși.
- Risc de infecție**, corelat cu scăderea acțiunii ciliare și staza secrețiilor respiratorii, datorate afecțiunilor respiratorii cronice, favorizând proliferarea agenților infecțioși.
- Risc de infecție**, evidențiat de starea de subnutriție, compromiterea răspunsului imun al organismului și creșterea sensibilității la agresiunea agenților patogeni.
- Risc de infecție**, evidențiat de imunocompromiterea cauzată de afecțiuni precum leucemia, HIV/SIDA sau terapia imunosupresoare, care reduc mecanismele de apărare ale organismului.

OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

PACIENTUL SĂ NU PREZINTE INFECȚIE.

- Pacientul să își restabilească sau să își mențină sistemul imunitar în parametrii normali.
- Pacientul să aplice riguros măsurile de igienă pentru prevenirea potențialelor infecții.
- Pacientul să identifice precoce semnele unei posibile infecții, recunoscând și raportând asistentului medical generalist simptome precum oboseală crescută, căldură localizată sau scurgeri neobișnuite, pentru inițierea promptă a protocoalelor de tratament.
- Pacientul să prezinte o reducere sau dispariție a semnelor de infecție.

ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA	FRECVENȚA
<p>INTERVENȚII INDEPENDENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluarea prezenței și istoricului cauzelor comune de infecție. <input type="checkbox"/> Evaluarea prezenței proceselor infecțioase locale în piele sau mucoase. <input type="checkbox"/> Monitorizarea și raportarea semnelor și simptomelor de infecție. <input type="checkbox"/> Evaluarea și monitorizarea stării nutriționale a pacientului. <input type="checkbox"/> Monitorizarea modalităților de tratament ale pacienților cu medicație responsabilă de provocarea imunosupresiei. <input type="checkbox"/> Evaluarea stării și istoricului imunizării pacientului. <input type="checkbox"/> Observarea și raportarea pacienților vârstnici care manifestă febră scăzută sau un debut de confuzie. <input type="checkbox"/> Încurajarea unui aport de alimente bogate în proteine și calorii, precum și încurajarea pacientului să urmeze o dietă echilibrată. <input type="checkbox"/> Încurajarea unui aport crescut de lichide, cu excepția cazului în care este contraindicat (de exemplu, insuficiență cardiacă, insuficiență renală). <input type="checkbox"/> Schimbarea pansamentelor și bandajelor murdare sau umede. <input type="checkbox"/> Schimbarea lenjeriei murdare în mod corespunzător. <input type="checkbox"/> Încurajarea pacientului în efectuarea unei igiene adecvate a pielii. 	
<p>INTERVENȚII DEPENDENTE (conform recomandărilor medicului)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recoltarea probelor biologice la recomandarea medicului curant. <input type="checkbox"/> Pregătirea pacientului pentru investigații: se completează cu recomandările medicului curant. <input type="checkbox"/> Administrarea medicamentelor, conform recomandărilor medicului. <input type="checkbox"/> Documentare în formularul de administrare a medicamentelor. 	
<p>INTERVENȚII COLABORATIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Colaborarea cu profesioniștii din domeniul sănătății în dezvoltarea politicilor și intervențiilor de control a infecțiilor. 	
<p>EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Educarea pacientului privind procesul infecțios, în vederea identificării precoce a semnelor și simptomelor ce indică prezența unei infecții. <input type="checkbox"/> Educarea pacientului privind efectuarea corectă a igienei mâinilor înainte de manipularea alimentelor. <input type="checkbox"/> Educarea pacientului în vederea îmbăierii zilnice. 	
<p>EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: <i>Oferă informații clare și concise privind conduita și regimul de viață viitor</i></p>	
<p>Data _____ pacientul</p> <p>Data _____ pacientul</p> <p>Data _____ pacientul</p> <p>Data _____ pacientul</p> <p>Data _____ pacientul</p>	

2. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU RISC DE CĂDERE

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:	
Vârstă:	
Data internării:	
Nr FOCG: <i>Plan de îngrijire</i>	
Salon	Pat
Data implementării planului de îngrijire:	

DIAGNOSTICE DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

RISC DE CĂDERE

- Risc de cădere, datorită vârstei înaintate (scăderea forței musculare; scăderea sensibilității tactile, termice și dureroase; abolirea reflexelor; deficiențe de vedere sau auz).
- Risc de cădere, datorită efectelor secundare ale medicamentelor (sedative, hipnotice, antidepressive, antipsihotice, antiepileptice, beta-blocante, blocante ale canalelor de calciu, diuretice, antihipertensive, opioide, levodopa și agoniști dopaminergici, antihistaminice sedative, insulină și sulfonilureicele, midriatice, corticosteroizi).
- Risc de cădere, datorită pericolelor de mediu (iluminare slabă, saloane aglomerate, trepte rupte sau neuniforme, încălțăminte neadecvată).
- Risc de cădere, datorită tulburărilor cognitive (demență, delir, lipsa somnului, stres cronic, anxietate, pacient inconștient, semiconștient, dezorientat și confuz).
- Risc de cădere, datorită tulburărilor neurologice (boala Parkinson, accident vascular cerebral, scleroză multiplă, tumori cerebrale sau medulare, traumatisme cranio-cerebrale, hernie de disc cu compresia rădăcinilor nervoase, stenoză spinală, fracturi vertebrale).
- Risc de cădere, datorită scăderii percepției senzoriale (neuropatii periferice în cadrul diabetului zaharat, carențelor nutriționale, expunerii la toxine, chimioterapie, afecțiunilor vasculare, arsuri sau expuneri la substanțe toxice, expunere la frig extrem, pierderea vederii, hipoacuzie).
- Risc de cădere, datorită dezechilibrului postural (membru amputat, deformări patologice ale membrelor, artropatie degenerativă, malformații congenitale, fracturi vicioase, traumatism, durere).

OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Pacientul nu va suferi o cădere.
- Pacientul va exprima intenția de a utiliza măsuri de siguranță pentru prevenirea căderilor.
- Pacientul va demonstra măsuri specifice pentru prevenirea căderilor în situații cu risc crescut.
- Pacientul și asistentul medical generalist vor implementa strategii pentru creșterea siguranței și prevenirea căderilor în spital.

ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA	FRECVENȚA
<p>INTERVENȚII INDEPENDENTE</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluarea riscului de cădere în cel mai scurt timp posibil de la preluarea pacientului.</p> <p><input type="checkbox"/> Informarea medicului asupra evaluării privind riscul de cădere</p> <p><input type="checkbox"/> Monitorizarea funcțiilor vitale ale pacientului</p> <p><input type="checkbox"/> Utilizarea brățarilor de identificare la pacienții cu risc de cădere</p> <p><input type="checkbox"/> Poziționarea patului la nivelul cel mai de jos pentru reducerea distanței de la care pacientul poate cădea (ajută la prevenirea căderilor grave)</p> <p><input type="checkbox"/> Ridicarea balustradelor laterale ale patului pentru prevenirea căderilor, în special la pacienții dezorientați sau agitați</p> <p><input type="checkbox"/> Încurajarea pacientului să poarte încălțăminte cu talpă antiderapantă pentru menținerea stabilității și prevenirii alunecării pe podea</p> <p><input type="checkbox"/> Poziționarea mijlocului de sprijin/transport la îndemâna pacientului, lângă pat</p> <p><input type="checkbox"/> Așezarea la îndemâna pacientului a obiectelor necesare (buton apel, lumină, telefon) îndepărtarea echipamentelor, pieselor de mobilier, a tuturor obiectelor, cablurilor, covoarelor, care ar putea predispune pacientul la cădere</p> <p><input type="checkbox"/> Asigurarea iluminării adecvate a camerei poate crește vizibilitatea și poate preveni căderile nocturne</p> <p><input type="checkbox"/> Supravegherea pacientului la transferul în scaunul cu roțile/la mobilizarea progresivă/la efectuarea investigațiilor.</p> <p><input type="checkbox"/> Documentarea datelor în planul de îngrijire</p>	<p><input type="checkbox"/> La internarea pacientului</p> <p><input type="checkbox"/> La momentul evaluării riscului</p> <p><input type="checkbox"/> La preluarea pacientului / turei</p>
<p>INTERVENȚII DEPENDENTE conform recomandărilor medicului</p> <p><input type="checkbox"/> Pregătirea pacientului pentru investigații: Se completează cu recomandările medicului curant</p> <p><input type="checkbox"/> Administrarea medicamentelor</p>	
<p>INTERVENȚII COLABORATIVE</p> <p><input type="checkbox"/> Colaborarea cu specialiști în recuperare neuro-motorie</p>	

<p>EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE</p> <p><input type="checkbox"/> Educarea pacientului privind utilizarea corectă a bastoanelor, cârjelor.</p> <p><input type="checkbox"/> Încurajarea aparținătorilor să colaboreze cu cadrele medicale, să rămână cât mai mult posibil cu pacientul.</p>	
<p>EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: <i>Oferă informații clare și concise privind conduita și regimul de viață viitor</i></p>	
<p>Data _____ pacientul a suferit / nu a suferit căderi.</p> <p>Data _____ pacientul a suferit / nu a suferit căderi.</p> <p>Data _____ pacientul a suferit / nu a suferit căderi.</p> <p>Data _____ pacientul a suferit / nu a suferit căderi.</p>	

Relevanță clinică

Căderile reprezintă a doua cauză principală de deces accidental la nivel mondial²¹³.

Evaluarea riscului de cădere trebuie realizată folosind un instrument validat, pentru a identifica și documenta cauzele specifice ale căderilor la fiecare pacient. Deoarece starea de sănătate și circumstanțele pacientului se pot modifica, este esențială reevaluarea periodică a riscului.

Evaluarea riscului de cădere este recomandată:

- La internare
- La orice modificare a stării fizice sau cognitive
- După orice cădere
- Sistematic, pe durata spitalizării
- În momentele stabilite pentru îngrijirea pe termen lung

Pot fi utilizate instrumente standardizate de evaluare: **FRAT** (Fall Risk Assessment Tool) și **Hendrich II (HIIFRM)**.

1. Instrumentul de evaluare a riscului de cădere (FRAT)

FRAT este un instrument utilizat în îngrijirea subacută și rezidențială, având trei componente:

- **Starea riscului de cădere** – include istoricul căderilor, medicația, starea psihologică și cognitivă.
- **Lista de verificare a factorilor de risc** – analizează vederea, mobilitatea, transferurile, comportamentul, activitățile zilnice (ADL), mediul, nutriția, continența etc.
- **Planul de acțiune** – presupune selectarea intervențiilor individualizate pentru prevenirea căderilor și rănilor.

²¹³ World Health Organization (WHO). *Falls Fact Sheet*. April 26, 2021. Retrieved from <https://www.who.int>

2. Instrumentul de evaluare a riscului de cădere Hendrich II (HIIFRM)

Modelul Hendrich II determină riscul de cădere pe baza unor factori de risc precum sexul, starea mentală și emoțională, amețelile și anumite categorii de medicamente.

Fiecare factor de risc are o valoare numerică, iar un scor de **5 sau mai mare** indică un risc ridicat de cădere. Dacă scorul este de **4 sau mai puțin**, pacientul rămâne expus unui anumit risc, iar asistentul medical generalist trebuie să evalueze situația și să implementeze măsurile care se impun.

Utilizarea acestor instrumente și includerea lor în Planul de îngrijire asigură o intervenție proactivă și o îngrijire sigură pentru pacienții cu risc de cădere.

3. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU INTOLERANȚA LA ACTIVITATE

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:	
Vârstă:	
Data internării:	
Nr FOCG: <i>Plan de îngrijire</i>	
Salon	Pat
Data implementării planului de îngrijire:	

DIAGNOSTICE DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Intoleranța la activitate este legată de scăderea nivelului de energie și lipsa condiției fizice, evidențiată de oboseală, incapacitatea de a finaliza activitățile de bază ale vieții zilnice și creșterea pulsului după efort minim.
- Intoleranță la activitate legată de rezerve scăzute de energie, evidențiată de acuze de slăbiciune, dispnee la activitate și dificultăți observate în menținerea activității fizice.
- Intoleranța la activitate legată de stilul de viață sedentar, evidențiată de scăderea forței musculare, oboseala în timpul sarcinilor simple și dependența de ajutor.
- Intoleranță la activitate legată de rezistența fizică afectată, evidențiată prin dificultăți de respirație la o activitate ușoară, necesitate frecventă a perioadelor de odihnă și epuizare observabilă după un efort minim.
- Intoleranța la activitate legată de aportul nutrițional scăzut, evidențiată de slăbiciune musculară, acuze a stării de oboseală și incapacitatea de a susține activitatea fără odihnă.
- Intoleranță la activitate legată de mobilitate limitată și lipsa de condiție fizică, evidențiată de acuze de slăbiciune generalizată, frecvență respiratorie crescută post-activitate și incapacitatea de a efectua activități de autoîngrijire în mod independent.

OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Pacientul va identifica factorii care agravează scăderea toleranței la activitate.
- Pacientul va identifica metode și tehnici de reducere a intoleranței la activitate.
- Pacientul va demonstra metode de tehnici de respirație controlată pentru conservarea energiei.
- Pacientul va descrie tehnici adaptative pentru a efectua activități din viața de zi cu zi.
- Pacientul va participa la activitățile necesare și dorite.
- Pacientul va raporta o creștere măsurabilă și progresivă a toleranței la activitate.
- Pacientul va avea valorile funcțiilor vitale într-un interval acceptabil.

ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA	FRECVENȚA
<p>INTERVENȚII INDEPENDENTE</p> <p><input type="checkbox"/> Dacă pacientul este limitat la repaus la pat, se încep exerciții de amplitudine a mișcării</p> <p><input type="checkbox"/> Monitorizare semne vitale pe tot parcursul activității</p> <p><input type="checkbox"/> Terapie suplimentară cu oxigen după cum este necesar</p> <p><input type="checkbox"/> Schimbări frecvente de poziție</p> <p><input type="checkbox"/> Suplimente nutritive adecvate</p> <p><input type="checkbox"/> Folosirea dispozitivelor de asistență adecvate</p> <p><input type="checkbox"/> Oferirea suportului emoțional pacientului</p> <p><input type="checkbox"/> Asigurarea cu ADL, dar nu în măsura în care promovează dependența</p> <p><input type="checkbox"/> Încurajarea perioadelor adecvate de odihnă, în special înainte de mese, alte ADL și exerciții fizice</p> <p><input type="checkbox"/> Asistarea pacientului în planificarea activităților atunci când are cea mai mare energie</p> <p><input type="checkbox"/> Încurajarea activităților fizice, în special exercițiile care sporesc rezistența.</p> <p><input type="checkbox"/> Documentarea datelor în planul de îngrijire</p>	<p><input type="checkbox"/> Înainte și după aplicarea intervențiilor de îngrijire</p> <p><input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie</p> <p><input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie</p> <p><input type="checkbox"/> În momentul instituirii planului de îngrijire</p> <p><input type="checkbox"/> Înainte și după aplicarea intervențiilor de îngrijire</p> <p><input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie</p> <p><input type="checkbox"/> Înainte și după aplicarea intervențiilor de îngrijire</p> <p><input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie</p>
<p>INTERVENȚII DEPENDENTE conform recomandărilor medicului</p> <p><input type="checkbox"/> Pregătire pacient pentru investigații, la recomandarea medicului</p> <p><input type="checkbox"/> Administrare medicație</p>	<p><input type="checkbox"/> Conform recomandărilor medicului</p>
<p>INTERVENȚII COLABORATIVE</p> <p><input type="checkbox"/> Întocmirea fișelor de kinetoterapie, recomandată de medic</p> <p><input type="checkbox"/> Instruirea personalului auxiliar privind asistarea la transport/mobilizare</p> <p><input type="checkbox"/> Programarea pacientului la consult psihologic – la recomandarea medicului</p>	<p><input type="checkbox"/> Conform recomandărilor medicului</p>

<p>EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE</p> <p><input type="checkbox"/> Educarea pacientului despre cum să crească, în siguranță, nivelul de activitate la domiciliu</p> <p><input type="checkbox"/> Educarea familiei/aparținătorilor despre continuarea activităților ADL la domiciliu</p>	<p><input type="checkbox"/> Pe perioada internării</p> <p><input type="checkbox"/> La externare</p>
<p>EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: <i>Oferă informații clare și concise privind conduita și regimul de viață viitor</i></p>	
<p>Data _____ pacientul are valorile funcțiilor vitale în limite normale.</p> <p>Data _____ pacientul își schimbă singur poziția, fără a acuza oboseală excesivă.</p> <p>Data _____ pacientul desfășoară activități zilnice fără ajutor, în limita afecțiunilor sale medicale.</p> <p>Data _____ pacientul prezintă o stare generală îmbunătățită.</p> <p>Data _____ pacientul utilizează mijloacele ajutoare.</p> <p>Data _____ pacientul prezintă o îmbunătățire a stării psihice.</p>	

4. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU RISC DE ASPIRAȚIE

.....(Antet unitate sanitară).....

Nume, prenume pacient:
Vârstă:
Data internării:
Nr FOCG:
Salon Pat
Data:

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Risc de aspirație datorită afectării reflexului de înghițire
- Risc de aspirație datorită poziționării necorespunzătoare a pacientului în timpul hrănirii (bariere în ridicarea și poziționarea pacientului în poziție șezândă)
- Risc de aspirație datorită afectării controlului oral – pacientul salivează, are mâncarea adunată în cavitatea bucală, nu-și poate închide total buzele
- Risc de aspirație datorită plasării incorecte a tubului de hrănire
- Risc de aspirație la pacienții cu vărsături
- Risc de aspirație la pacientul intubat endotraheal
- Risc de aspirație la pacientul postoperator

OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Pacientul va menține o cale respiratorie liberă, fără semne de aspirație
- Pacientul va identifica factorii cauzali și de risc
- Pacientul va demonstra tehnici de prevenire și/sau corectare a aspirației
- Pacientul va înghiți, va digera mâncarea – oral, prin sondă nazogastrică, prin sondă gastrică – fără aspirația mâncării
-

Priorități de îngrijire:

- Disfagie și absența reflexelor. Identificarea disfagiei și gestionarea unui reflex de înghițire absent
- Managementul vărsăturilor. Prevenirea riscului și poziționarea în timpul vărsăturilor
- Gestionarea pacienților cu tuburi de hrănire și golire întârziată a stomacului. Introducerea și hrănirea corectă a tubului și identificarea golirii întârziate a stomacului
- Prevenirea aspirației la pacienții intubați. Managementul și prevenirea aspirației la pacienții intubați prelung
- Prevenirea pneumoniei de aspirație și a altor complicații. Intervenții pentru prevenirea dezvoltării pneumoniei de aspirație
- Gestionarea riscului de aspirație la pacienții postoperatori. Aspirația, ca și complicație postoperatorie este frecventă, dar poate fi evitată și gestionată

ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA	FRECVENȚA
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Administrarea medicamentelor <input type="checkbox"/> Documentare în Formularul de Administrare Medicamente 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conform recomandări medic <input type="checkbox"/> Imediat după administrare medicamente
<p>Pacienți cu disfagie (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):</p> <p>Evaluarea capacității de înghițire și a factorilor de risc pentru disfagie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluați capacitatea de înghițire evaluând următoarele: <u>tuse</u>, sufocare, curățarea gâtului, gâlgâit sau voce "umedă" în timpul sau după înghițire, alimente reziduale în gură după masă și regurgitare de alimente sau lichide prin nară. <input type="checkbox"/> Inspectați cavitatea bucală și faringele pacientului. <input type="checkbox"/> Evaluați reflexul de vomă. <input type="checkbox"/> Evaluați nivelul de vigilență și starea cognitivă a pacientului, <input type="checkbox"/> Efectuați un test de <u>tuse</u> reflexă. <input type="checkbox"/> Observați pacientul direct în timpul procesului de înghițire. <p>Prevenirea aspirației - pacient cu disfagie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Informați imediat medicul despre scăderea reflexelor de tuse/vomă sau dificultăți la înghițire. <input type="checkbox"/> Așezați pacientul în poziție semișezând sau verticală, în timpul și după masă. <input type="checkbox"/> Rotiți capul pacientului spre partea afectată atunci când înghite. <input type="checkbox"/> Oferiți pacientului o dietă pentru disfagie așa cum este indicat. <input type="checkbox"/> Oferiți alimente cu consistență pe care pacientul le poate înghiți. <input type="checkbox"/> Permiteți pacientului să mestече bine și să mănânce încet în timpul meselor. <input type="checkbox"/> Eliminați stimulii care distrag atenția în timpul mesei pentru pacienții cu abilități cognitive reduse. Spuneți pacientului să nu vorbească în timp ce mănâncă. <input type="checkbox"/> Oferiți lichide după mâncare. Oferiți opțiuni alimentare bogate în conținut de apă. <input type="checkbox"/> Încurajați pacientul să efectueze tehnici de exerciții. <input type="checkbox"/> Consultați un logoped, după caz. <input type="checkbox"/> Introduceți un tub nazogastric pentru hrănirea pacientului, conform recomandărilor medicului. <p>Evaluarea plasării tubului de hrănire</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auscultați sunetele intestinale pentru a evalua motilitatea gastrointestinală 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conform recomandări medicului

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identificați factorii de risc pentru dislocarea tubului de alimentare <input type="checkbox"/> Evaluați plasarea tubului la fiecare patru ore și înainte de a administra hrănirea sau medicamentele <input type="checkbox"/> Observați particulele alimentare în secrețiile traheale la pacienții cu traheostomie <input type="checkbox"/> Măsurați pH-ul tubului aspirat cu benzi de pH <input type="checkbox"/> Altele: _____ <p><i>Hrănirea Pacienților cu tuburi nazogastrice (NG) sau gastrostomie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verificați plasarea înainte de hrănire, folosind marcajele tubului, studiul cu raze X (cel mai precis), pH-ul lichidului gastric și culoarea aspiratului. <input type="checkbox"/> Verificați reziduurile înainte de hrănire sau la fiecare patru ore, dacă hrănirea este continuă. Opriți hrănirea dacă numărul reziduurilor este mare și anunțați medicul. <input type="checkbox"/> Ridicați capătul proximal al patului la 30 până la 45 de grade în timp ce hrăniți pacientul și timp de o oră după aceea, dacă hrănirea este intermitentă. Opriți hrănirea înainte de a coborî capul patului. <input type="checkbox"/> Opriți temporar hrănirea continuă când întoarceți sau mutați pacientul. <input type="checkbox"/> Altele: _____ <p><i>Gestionarea golirii gastrice întârziate (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identificați factorii care provoacă întârzierea golirii gastrice. <input type="checkbox"/> Asigurați amplasarea corectă a tuburilor de alimentare. <input type="checkbox"/> Dacă tubul este înfundat, îndepărtați obstrucția așa cum este indicat. <input type="checkbox"/> Irigați tubul de alimentare în mod obișnuit. <input type="checkbox"/> Altele: _____ 	
<p><i>Gestionarea riscului de aspirație pentru pacienții cu vărsături (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluați nivelul de conștientă al pacientului. <input type="checkbox"/> Evaluați prezența greței sau vărsăturilor. <input type="checkbox"/> Observați distensia abdominală sau rigiditatea crescută a abdomenului. <input type="checkbox"/> Evaluați factorii de risc care contribuie la vărsături. <input type="checkbox"/> Poziționarea corespunzătoare a pacienții cu un nivel scăzut de conștiință, conform recomandărilor medicului. <input type="checkbox"/> Administrați antiemetice, conform recomandărilor medicului. <input type="checkbox"/> Altele: _____ 	
<p><i>Gestionarea riscului de aspirație pentru pacienții cu intubație endotraheală</i></p>	<input type="checkbox"/> La internare

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluați nivelul de conștiență. <input type="checkbox"/> Monitorizați ritmul respirator, adâncimea și efortul. Observați orice semn de aspirație, cum ar fi dispnee, tuse, cianoză, respirație șuierătoare sau febră. <input type="checkbox"/> Evaluați starea pulmonară pentru dovezi clinice de aspirație. Monitorizați filmele cu raze X toracice, conform recomandărilor medicului. <input type="checkbox"/> Monitorizați eficacitatea manșetei la pacienții cu tuburi endotraheale sau de traheostomie. <input type="checkbox"/> Păstrați aparatul de aspirat la îndemână atunci când hrăniți pacienții cu risc ridicat. Dacă apare aspirația, aspirați imediat. <p>La pacienții cu căi respiratorii artificiale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Efectuați aspirația orală după cum este necesar. <input type="checkbox"/> Periați dinții de două ori pe zi și tamponați gura cu aplicatoare de burete la fiecare două până la patru ore între periaj. <input type="checkbox"/> Administrați antibiotice conform prescripției medicului. <input type="checkbox"/> Monitorizați durata intubării endotraheale. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie.
<p>Gestionarea riscului de aspirație postoperatorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nimic per orem (NPO) înainte de operație, pentru pacient . <input type="checkbox"/> Supravegheați sau ajutați pacientul cu aportul oral. Nu administrați niciodată lichide orale unui pacient în comă. <input type="checkbox"/> Asigurați îngrijire orală înainte și după masă. <input type="checkbox"/> Așezați pacientul într-o poziție verticală în timpul hrănirii. <input type="checkbox"/> Asigurați-vă că aparatul de aspirație este întotdeauna disponibil. <input type="checkbox"/> Administrați antiacide așa cum este prescris. <input type="checkbox"/> Aplicați presiune pe cricoid conform indicațiilor. <input type="checkbox"/> Poziționați pacientul într-o poziție cu capul în jos sau lateral înainte de operație. <input type="checkbox"/> Altele: _____ 	
<p>Educația pacientului/familiei, pregătirea pentru externare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluați pacientul și familia pentru disponibilitatea și capacitatea cognitivă de a învăța și de a face față tulburărilor de deglutiție, hrănire, altele. <input type="checkbox"/> Puneți pastile întregi sau zdrobite în alimente moi (de exemplu, cremă). Verificați cu un farmacist care pastile nu trebuie zdrobite. <input type="checkbox"/> Educați pacientul și familia cu privire la necesitatea unei poziționări adecvate. <input type="checkbox"/> Educați pacientul și familia despre semnele și simptomele aspirației. <input type="checkbox"/> Demonstrați tehnici de aspirație pentru a preveni acumularea de secreții în cavitatea bucală. <input type="checkbox"/> Oferiți informații despre reabilitarea la domiciliu. 	

<input type="checkbox"/> Instruiți pacientul și familia despre îngrijirea bucală. <input type="checkbox"/> Oferiți instrucțiuni despre hrănirea unui pacient externat cu un tub de hrănire. <input type="checkbox"/> Documentarea datelor în planul de îngrijire	
EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: <i>se va efectua cel puțin odată pe tură și se va documenta cel puțin odată pe zi, în documentele pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului</i>	
Data _____ pacientul prezintă disfagie, Data _____ pacientul a dezvoltat pneumonie de aspirație, Data _____ pacientul a aspirat alimente în timpul hrănirii pe tubul nazogastric, Data _____ pacientul _____	

DE REȚINUT!

- **Protejarea căilor respiratorii** – Informați imediat medicul dacă pacientul prezintă dificultăți la înghițire sau reflexe de tuse/vomă slăbite. Acest lucru poate preveni aspirația și complicațiile respiratorii.
- **Tehnici de înghițire sigure** – Rotiți capul pacientului spre partea afectată pentru a direcționa alimentele către partea sănătoasă și a preveni aspirația.
- **Dietă adaptată** – Oferiți pacientului alimente cu o consistență potrivită, utilizând agenți de îngroșare dacă este necesar. Alimentele semisolide sunt mai sigure decât lichidele subțiri.
- **Administrarea medicamentelor** – Plasați medicamentele și alimentele pe partea mai puternică a gurii pentru a facilita înghițirea.
- **Exerciții pentru îmbunătățirea înghițirii** – Încurajați pacientul să efectueze exerciții specifice pentru limbă, maxilar și respirație pentru a întări musculatura necesară înghițirii.
- **Evaluare specializată** – Consultați un logoped pentru a identifica riscul de aspirație și a recomanda strategii personalizate.
- **Precauții la alimentația enterală** – Verificați plasarea tubului alimentar prin metode sigure (pH, marcaje, radiografie). Evitați metodele nesigure, precum auscultarea sau metoda bulelor de aer.
- **Poziționare corectă** – Mențineți pacientul în poziție semi-Fowler (capul ridicat la 30-45°) în timpul și după hrănire, pentru a preveni refluxul și aspirația.
- **Monitorizare atentă** – Urmăriți semnele de aspirație (tuse în timpul mesei, dificultăți de respirație, febră, modificări pulmonare) și interveniți prompt.
- **Igiena orală riguroasă** – Asigurați periajul dentar și curățarea frecventă a cavității bucale pentru a reduce riscul de pneumonie asociată aspirației.
- **Aparat de aspirat la îndemână** – Fiți pregătiți să interveniți rapid în cazul unui episod de aspirație pentru a reduce riscul de hipoxie și complicații pulmonare.
- **Evitarea hrănirii în cazuri critice** – Nu administrați alimente sau lichide pe cale orală pacienților inconștienți sau cu reflexe afectate până la evaluarea medicală.

5. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU DEFICIT DE CUNOȘTIȚE

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:	
Vârstă:	
Data internării:	
Nr FOCG: <i>Plan de îngrijire</i>	
Salon	Pat
Data implementării planului de îngrijire:	

Unul dintre rolurile esențiale ale asistenților medicali în practica lor zilnică este acela de a fi **educatori** pentru pacienți. Educația pacientului nu este doar o sarcină suplimentară, ci o **funcție independentă și fundamentală** a profesiei de asistent medical, având atât o **responsabilitate profesională**, cât și una **legală**. Prin promovarea dreptului fiecărui pacient de a fi informat, asistenții medicali se asigură că aceștia primesc cunoștințele necesare pentru **menținerea sănătății și prevenirea bolilor**.

Procesul de educare a pacientului nu este unilateral. Nu este suficient să oferim informații; este esențial ca pacientul să **înțeleagă și să aplice** ceea ce învață. Pentru ca acest lucru să fie posibil, asistenții medicali trebuie să țină cont de mai mulți factori care pot influența capacitatea de învățare, cum ar fi **nivelul de alfabetizare, educația, abilitățile lingvistice și diferențele culturale**. Aceste elemente joacă un rol crucial în **creșterea colaborării pacientului și respectarea recomandărilor medicale**.

Predarea este atât o **știință**, cât și o **artă**. De multe ori, asistenții medicali dezvoltă **materiale scrise**, care servesc drept ghid pacienților după externare. Aceste resurse sunt extrem de valoroase, deoarece le permit pacienților să își gestioneze afecțiunea și să urmeze corect planul de tratament, chiar și în absența unui cadru medical.

Procesul de educație a pacientului urmează etape similare procesului de îngrijire medicală. Totul începe cu o **evaluare a nevoilor de învățare** ale pacientului și a **cauzelor deficitului de cunoștințe**. Se analizează eventualele **bariere în procesul de învățare**, precum și **gradul de pregătire al pacientului** pentru a primi informațiile necesare. Pe baza acestor aspecte, asistenții medicali stabilesc **obiective educaționale clare** și aleg cele mai potrivite **intervenții**, care pot include explicații verbale, demonstrații practice, materiale scrise sau instruiri personalizate. La final, se realizează o **evaluare a cunoștințelor, abilităților și comportamentelor dobândite de pacient**, pentru a verifica eficiența educației oferite.

Prin aplicarea acestui proces, asistenții medicali nu doar că își îndeplinesc rolul profesional, dar contribuie activ la **creșterea autonomiei pacientului**, la **îmbunătățirea calității vieții acestuia** și la **prevenirea complicațiilor asociate lipsei de informații medicale corecte**.

EVALUAREA ÎNȚĂLĂ A PACIENTULUI – DEFICIT DE CUNOȘTINTE

evaluarea cauzelor deficitului de cunoștințe, evaluarea și identificarea nevoilor de învățare, evaluarea barierelor de învățare, evaluarea nivelului de pregătire a pacientului pentru învățare. (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

Identificarea cauzelor specifice ale deficitului de cunoștințe.

- Bariere lingvistice.
- Alfabetizare în sănătate - cunoștințe scăzute în domeniul sănătății, dificultăți în înțelegerea terminologiei medicale, interpretarea informațiilor medicale și aplicarea acestora în propriile situații.
- Deficiențe cognitive - demența sau dizabilități intelectuale.
- Suferință emoțională - nivelul ridicat de stres, anxietate sau stres emoțional.
- Credințe și practici culturale.
- Lipsa implicării pacienților.
- Supraîncărcarea cu informații.
- Prioritizarea inadecvată a informațiilor.
- Discrepanțe în sursele de informații - informații contradictorii din diverse surse, cum ar fi internetul, prietenii sau familia.

Datele subiective și obiective (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Verbalizarea lipsei de informație. Afirmații precum "Nu știu cum să-mi gestionez starea" sau "Nu sunt sigur ce să fac în continuare".
- Punerea de întrebări repetate despre proceduri, medicamente sau tehnici de autoîngrijire.
- Incapacitatea de a demonstra abilitățile necesare. Eșecul de a efectua corect activitățile de autoîngrijire.
- Înțelegerea greșită sau interpretarea greșită a instrucțiunilor.
- Nerespectarea tratamentului.
- Executarea incorectă a procedurilor de îngrijire.
- Exprimarea de temeri sau concepții greșite.
- Dorința de mai multe informații sau educație.
- Afișarea confuziei sau incertitudinii.
- Răspunsuri incorecte în timpul sesiunilor de predare/educare.
- Incapacitatea de a explica procesul sau managementul bolii.
- Repetarea aceluiași întrebări.

Evaluati barierele în calea învățării (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Evaluați alfabetizarea pacientului.
- Determinați prioritatea nevoilor de învățare în cadrul planului general de îngrijire.
- Experiența anterioară a pacientului și predarea/educația anterioară.
- Observați și notați concepțiile greșite existente cu privire la subiectul care urmează să fie predat.
- Recunoașteți diferențele rasiale/etnice la începutul procesului de educație.

- Evaluați barierele din calea învățării (de exemplu, schimbarea percepută a stilului de viață, preocupările financiare, modelele culturale, lipsa de acceptare de către colegi).
- Determinați limba principală utilizată de pacient și evaluați nevoia unui traducător.
- Evaluați nevoia pacientului de aparate vizuale sau auditive.

Evaluarea gradului de pregătire pentru învățare (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Identificați pacientul/membrul de familie/partenerul sau îngrijitorul – cine va participa la procesul de educație.
- Evaluați capacitatea de a învăța sau de a efectua îngrijirea medicală dorită.
- Evaluați motivația și dorința pacientului de a învăța.
- Identificați influențele culturale asupra predării.
- Evaluați pregătirea fizică a pacientului pentru învățare.
- Evaluați pregătirea emoțională a pacientului.
- Evaluați prezența anxietății.
- Utilizați ghiduri de evaluare a învățării, dacă sunt disponibile.
- Notați indiciile de comunicare verbală și nonverbală ale pacientului.
- Evaluați stilul de învățare al pacientului.

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Deficit de cunoștințe legat de necunoașterea modului de gestionare a bolii din cauza noului diagnostic de boală.
- Cunoștințe deficitare legate de lipsa de expunere la cerințele de îngrijire postoperatorie după externarea după o intervenție chirurgicală.
- Cunoștințe deficitare legate de managementul dietei specifice unei boli.
- Cunoștințe deficitare legate de experiența anterioară limitată sau instruirea cu privire la tehnicile de îngrijire specifice (îngrijirea plăgii, îngrijirea unei stome, etc.).
- Cunoștințe deficitare legate de neînțelegerea importanței monitorizării consecvente și a interacțiunilor dietetice în timpul terapiei cu anticoagulante (de exemplu, warfarină).
- Cunoștințe deficitare legate de educația insuficientă cu privire la strategiile de gestionare a unei afecțiuni cronice/acute.

OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Pacientul va verbaliza înțelegerea procesului bolii și a regimului de tratament.
- Pacientul va identifica efectele secundare ale medicamentelor și posibilele complicații care necesită îngrijire medicală.
- Pacientul va enumera semnele și simptomele care necesită intervenție medicală imediată.
- Pacientul va descrie motivele terapiei, tratamentului și îngrijirilor.
- Pacientul va verbaliza, înțelege și va participa la acțiuni terapeutice.
- Pacientul își va identifica proprii factori de stres și de risc și câteva tehnici de gestionare a acestora.

<input type="checkbox"/> Pacientul va iniția schimbările necesare în stilul de viață și comportament. <input type="checkbox"/> Pacientul va efectua corect procedurile necesare și va explica motivele acțiunilor. <input type="checkbox"/> Pacientul va respecta programările de urmărire. <input type="checkbox"/> Pacientul va demonstra capacitatea de îngrijire de sine. <input type="checkbox"/>	
ÎNGRIJIREA/INTERVENȚIA (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului)	FRECVENȚA
<input type="checkbox"/> Luați în considerare stilul de învățare al pacientului, mai ales dacă pacientul a învățat și a reținut informații noi în trecut. <input type="checkbox"/> Oferiți confort fizic pacientului, un mediu calm, fără întreruperi. <input type="checkbox"/> Oferiți o atmosferă de respect, deschidere, încredere și colaborare. <input type="checkbox"/> Identificați stilul de predare potrivit pentru pacient. <input type="checkbox"/> Implicați pacientul în crearea planului de predare, începând cu stabilirea obiectivelor și scopurilor de învățare la începutul sesiunii, în scrierea rezultatelor specifice pentru sesiunea de predare, cum ar fi identificarea a ceea ce este cel mai important de învățat din punctul său de vedere și stilul de viață. <input type="checkbox"/> Oferiți explicații și demonstrații clare, amănunțite și ușor de înțeles. <input type="checkbox"/> Oferiți pacientului informații despre medicamentul/medicamentele administrate la fiecare administrare – întrebați pacientul dacă știe scopul unui medicament, efecte secundare, răspunsul pe care ar trebui să-l aibă după administrarea lui. <input type="checkbox"/> Oferiți informații despre utilizarea mass-media. Utilizați ajutoare vizuale precum diagrame, imagini, casete video, casete audio și site-uri web interactive pe internet. <input type="checkbox"/> Furnizați materiale de autoinstruire înainte de internare pentru a pregăti pacienții pentru recuperarea postoperatorie. <input type="checkbox"/> Implicarea activă a pacientului în efectuarea tehnicilor – administrarea de insulină, anticoagulant, pansament, îngrijirea stomei, etc. <input type="checkbox"/> altele: _____	
<p>Intervenții pentru pacienții cu dizabilități fizice sau emoționale:</p> <input type="checkbox"/> Adaptați informațiile pentru a se adapta dizabilităților cognitive, perceptuale și comportamentale ale persoanei. Fii în locul acelei persoane. <input type="checkbox"/> Oferiți informații clare scrise și orale. <input type="checkbox"/> Evidențiați informațiile semnificative pentru o referință ușoară. <input type="checkbox"/> Evitați jargonul medical. <p>Intervenții pentru pacienții cu deficiențe de auz:</p> <input type="checkbox"/> Folosiți un discurs lent, direcționat și deliberat.	

- Folosiți limbajul semnelor sau apelați la un interpret, dacă este cazul.
- Poziționați-vă astfel încât persoana să vă poată vedea gura.
- Folosiți materiale scrise și mijloace vizuale.
- Folosiți videoclipuri și filme subtitrate.
- Predați de partea "urechii bune" dacă este prezentă surditatea unilaterală.
- Oferiți educație pentru sănătate mediată de computer, cum ar fi telesănătate, site-uri web și cursuri online.
- Asigurați-vă că aparatele auditive ale pacientului funcționează corect.
- Oferiți ateliere de educație pentru sănătate cu activități practice.

Intervenții pentru pacienții cu deficiențe de vedere:

- Utilizați dispozitive optice, cum ar fi o lentilă de mărire.
- Folosiți iluminarea adecvată și contrastul adecvat al culorilor pe materiale și echipamente.
- Folosiți materiale cu litere mari sau Braille, dacă este cazul.
- Converteți informațiile în formate auditive și tactile; obțineți casete audio și cărți vorbite.
- Explicați zgomotele asociate procedurilor, echipamentelor și tratamentelor.
- _____

Intervenții pentru pacienții cu dizabilități de învățare:

1. Pentru pacienții cu dizabilități de input/dificultăți de învățare receptivă

Dacă pacientul are o tulburare de percepție vizuală:

- Explicați informațiile verbal, repetați și întăriți frecvent.
- Folosiți casete audio.
- Încurajați pacientul să verbalizeze informațiile primite.

Dacă pacientul are tulburări de percepție auditivă:

- Vorbiți încet, cu cât mai puține cuvinte posibil, repetați și întăriți frecvent.
- Folosiți contactul vizual direct pentru a concentra persoana asupra sarcinii.
- Folosiți instrumente vizuale, materiale scrise și computere.

2. Pentru pacienții cu dizabilități de output/dificultăți de învățare expresivă:

- Utilizați informații scrise, pe casetă audio și pe computer.

<input type="checkbox"/> Revizuiți informațiile și acordați-vă timp pentru a interacționa și a pune întrebări. 3. Pentru pacienții cu dizabilități de dezvoltare: <input type="checkbox"/> Bazați informațiile și predarea pe stadiul de dezvoltare, nu pe vârsta persoanei. <input type="checkbox"/> Folosiți indicii, gesturi, semne și simboluri nonverbale, după cum este necesar. <input type="checkbox"/> Folosiți explicații simple și exemple concrete cu repetiție. <input type="checkbox"/> Încurajați participarea activă. <input type="checkbox"/> Demonstrați informațiile și cereți persoanei să efectueze demonstrații de returnare. <input type="checkbox"/> altele: _____	
Educația pacientului/familiei și planificarea externării (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului): <input type="checkbox"/> Repetarea cunoștințelor predate, demonstrarea practică a abilităților/tehnicilor predate; <input type="checkbox"/> Solicitarea pacientului de a efectua tehnica/îngrijirea și corectarea greșelilor; <input type="checkbox"/> Oferirea de materiale didactice scrise, video, link-uri, etc. <input type="checkbox"/> Informarea și trimiterea pacientului la diferite agenții/organizații de specialitate. <input type="checkbox"/> altele: _____	
EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: se va efectua cel puțin odată pe tură și se va documenta cel puțin odată pe zi în documentele pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului:	
Evaluarea pacientului posteducație: <i>Colectați date obiective.</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Observați persoana.</i> • <i>Puneți întrebări pentru a determina dacă persoana înțelege.</i> • <i>Folosiți scale de evaluare, liste de verificare, teste scrise atunci când se aplică.</i> <i>Comparați răspunsurile comportamentale ale persoanei cu rezultatele așteptate.</i> <i>Determinați măsura în care obiectivele au fost atinse.</i> <i>Includeți persoana, familia sau persoanele semnificative, membrii echipei medicale și alți membri ai echipei de îngrijire în evaluare.</i> <i>Identificați modificările care trebuie făcute în planul de educare/predare/instruire.</i> <i>Continuați toți pașii procesului de educație: evaluare, diagnosticare, planificare, implementare și evaluare.</i> Data _____ Pacientul descrie înțelegerea procesului bolii și a regimului de tratament. Data _____ Pacientul cunoaște efectele secundare ale medicamentelor și posibilele	

	complicații care necesită îngrijire medicală.
Data_____	Pacientul cunoaște semnele și simptomele care necesită intervenție imediată.
Data_____	Pacientul cunoaște și descrie motivele terapiei, tratamentului și îngrijirilor.
Data_____	Pacientul cunoaște, înțelege și participă la acțiuni terapeutice.
Data_____	Pacientul își identifică proprii factori de stres și de risc și câteva tehnici de gestionare a acestora.
Data_____	Pacientul inițiază schimbările necesare în stilul de viață și comportament.
Data_____	Pacientul efectuează corect procedurile necesare și explică motivele acțiunilor.
Data_____	Pacientul respectă programările de urmărire.
Data_____	Pacientul demonstrează capacitatea de îngrijire de sine.

Recomandări pentru crearea materialelor didactice destinate educației pacienților

Pentru ca educația pacienților să fie eficientă, materialele didactice trebuie să fie accesibile, clare și adaptate nevoilor fiecărui pacient. Procesul de învățare trebuie să fie structurat astfel încât să sprijine înțelegerea și aplicarea informațiilor, fără a copleși pacientul cu un volum excesiv de date.

1. Nivelul limbajului și tonul comunicării

Materialele educaționale trebuie redactate într-un limbaj simplu, la un nivel de înțelegere echivalent cu cel al **clasei a cincea sau mai jos**. Pacienții au niveluri diferite de educație, așa că este esențial ca informațiile să fie **clare, ușor de citit și de înțeles**.

- Evitați termeni medicali complicați și utilizați cuvinte uzuale, familiare pacienților.
- Asigurați-vă că aceleași cuvinte au aceeași semnificație pentru pacient și pentru asistentul medical.
- Evitați **abrevierile** și **acronimele** care nu sunt universal cunoscute.

Tonul materialului trebuie să fie **activ, neutru și clar**, dar fără a fi condescendent sau prea autoritar. Scopul este **implicarea pacientului**, nu impunerea informației. De asemenea, evitați utilizarea excesivă a **majusculelor**, deoarece pot fi percepute ca **directive impuse** și nu ca recomandări prietenoase.

2. Structura propozițiilor și dimensiunea textului

- Folosiți propoziții **scurte și directe**. Dacă, citind cu voce tare, trebuie să luați o pauză de respirație în mijlocul unei fraze, propoziția este prea lungă.
- Evitați paragrafele încărcate; pacienții nu au întotdeauna răbdare să caute informațiile esențiale într-un text prea detaliat.
- Alegeți un **font lizibil**, cu dimensiuni între **14 și 16** pentru a facilita citirea. Pacienții își pot așeza materialele educaționale în locuri vizibile din casă, așa că este esențial să poată fi citite cu ușurință.

- Dacă materialul este scris de mână, acesta trebuie să fie **clar, ordonat și suficient de mare** pentru a putea fi citit fără efort.

3. Prioritizarea informațiilor și utilizarea exemplilor

- Plasați **informațiile esențiale la început** și repetați-le în material pentru a le consolida.
- Subliniați ideile principale folosind **termeni simpli**, mai ales pentru pacienții cu un nivel scăzut de alfabetizare.
- Oferiți exemple concrete pentru a clarifica informațiile. Spre exemplu, în loc de „**Adoptă o dietă săracă în sodiu**”, este mai util să adăugați „**Evită alimentele procesate, mezelurile și chipsurile**”.
- Indicați **cantitățile exacte** recomandate și subliniați importanța **citirii etichetelor produselor alimentare**.

4. Utilizarea formularelor vizuale și a resurselor suplimentare

- Folosiți **desene simple** sau **imagini relevante** pentru a consolida informațiile, în special pentru pacienții vizuali.
- Includeți **desene animate** sau **grafice explicative** pentru a face informațiile mai ușor de reținut.
- Oferiți pacienților **link-uri către resurse online utile** sau contactele unor **grupuri de sprijin din comunitate**.
- Evitați **materialele prea lungi** și **prezentările de tip prelegere în grupuri mari**, deoarece pacienții pot pierde rapid interesul sau nu vor reține informațiile esențiale.

5. Obținerea feedback-ului de la pacient

- Puneți pacientului întrebări pentru a verifica dacă a înțeles corect informațiile.
- Rugați-l să repete în cuvintele sale principalele recomandări.
- Dacă este vorba despre o abilitate practică (ex: administrarea medicației, utilizarea unui dispozitiv medical), pacientul ar trebui să **demonstreze procedura** pentru a corecta eventualele greșeli.
- Alocați **timp suficient** pentru pacienți, astfel încât aceștia să poată pune întrebări despre aspectele pe care nu le-au înțeles.
- Evitați supraîncărcarea pacientului cu informații într-o singură ședință. **Este mai eficient să oferiți sesiuni scurte și frecvente, fiecare concentrată pe un singur subiect major.**

Educația pacienților joacă un rol foarte important în **promovarea sănătății și prevenirea complicațiilor**. Totuși, doar oferirea de informații nu este suficientă pentru a determina o schimbare a comportamentului. Prin utilizarea **unor materiale educaționale eficiente**, evaluarea **disponibilității pacientului de a învăța** și identificarea **barierelor în calea schimbării**, asistenții medicali pot facilita **adoptarea unor comportamente de sănătate pozitive**, sprijinind pacienții chiar și după externare. Astfel, pacienții devin mai implicați în propria îngrijire și își asumă **responsabilitatea pentru sănătatea și bunăstarea lor**.

6. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU DEFICIT DE AUTOÎNGRIJIRE

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:	
Vârstă:	
Data internării:	
Nr FOCG: Plan de îngrijire	
Salon	Pat
Data implementării planului de îngrijire:	

Evaluati următoarele date subiective și obiective (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Scăderea sau lipsa motivației în efectuarea autoîngrijirii sau a activităților zilnice
- Slăbiciune
- Oboseală
- Durere sau discomfort
- Tulburări perceptuale sau cognitive
- Incapacitatea de a percepe o parte a corpului
- Insuficiență neuromusculară sau musculo-scheletică
- Restricții care sunt indicate din punct de vedere medical (pacientul nu are voie să părăsească patul)
- Proceduri terapeutice care limitează mobilitatea (ghips, terapie IV)
- Anxietate sau depresie severă
- Igienă personală deficitară
- Probleme de memorie
- Utilizarea greșită sau identificarea greșită a obiectelor

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

Deficit de auto-îngrijire: îmbăierea/ igiena afectată de scăderea forței și gamă limitată de mișcare, evidențiată de incapacitatea de a ajunge sau de a curăța părți ale corpului și mirosul corporal.

Deficit de îngrijire personală: îmbrăcarea/îngrijirea afectată de tulburări de coordonare și scăderea abilităților motorii fine, evidențiată de dificultatea de a încheia hainele, aspectul dezordonat și frustrarea exprimată față de sarcinile de îmbrăcare.

Deficit de auto-îngrijire: hrănirea/alimentarea afectată de oboseală și de o slabă coordonare ochi -mână, evidențiată de incapacitatea de a aduce alimente la gură în mod independent, vărsarea alimentelor și scăderea aportului în timpul meselor.

Deficit de îngrijire personală: mersul la toaletă afectat de slăbiciune și lipsă de mobilitate, evidențiat de incapacitatea de a se merge la toaletă în mod independent, nevoie de asistență

pentru gestionarea îmbrăcămintei și disconfort exprimat din cauza întârzierii accesului la toaletă.

Deficit de îngrijire personală: Îmbăiere/igiena afectată de deficiența cognitivă, evidențiată de dificultăți în efectuarea rutinelor de igienă, îngrijire necorespunzătoare și nevoia repetată de indicii verbale pentru a îndeplini sarcinile.

Deficit de auto-îngrijire: Hrănirea legată de scăderea energiei și puterea limitată a corpului superior, așa cum este evidențiată de orele prelungite ale mesei, utilizarea de ustensile adaptative și aportul redus de alimente din cauza oboselii.

.....

OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

Pacientul va demonstra o îmbunătățire a realizării activităților zilnice - prin îndeplinirea independentă a sarcinilor de auto-îngrijire, cum ar fi îmbăierea, îmbrăcarea și îngrijirea fără asistență în intervalul de timp corespunzător.

Pacientul va verbaliza înțelegerea tehnicilor de autoîngrijire și va demonstra capacitatea de a le implementa în mod eficient - prin respectarea corectă a medicației prescrise, a restricțiilor alimentare și a exercițiilor terapeutice în intervalul adecvat de timp.

Pacientul va participa activ la sesiuni de educație și formare pentru auto-îngrijire - prin participarea și implicarea în sesiuni educaționale despre tehnicile de auto-îngrijire, punând întrebări relevante și căutând activ resurse și informații pentru a-și îmbunătăți abilitățile de auto-îngrijire în intervalul corespunzător de timp.

.....

ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA	FRECVENȚA
<input type="checkbox"/> Administrarea medicamentelor conform recomandărilor medicului și Documentare în Formularul de Administrare Medicamente	<input type="checkbox"/> Conform recomandări medic <input type="checkbox"/> Imediat după administrare medicamente
<input type="checkbox"/> Monitorizarea funcțiilor vitale <input type="checkbox"/> Documentarea	<input type="checkbox"/> Conform recomandări medic
<input type="checkbox"/> Predarea pacientului cu deficit de autoîngrijire asistenților și infirmierelor din turele următoare	<input type="checkbox"/> La fiecare predare de tură
<p>Îngrijiri pentru deficitul de auto-îngrijire: îmbăierea/ igiena <i>(se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):</i></p> <input type="checkbox"/> Asigurarea igienei personale <input type="checkbox"/> Asigurarea intimității personale în timpul efectuării igienei personale la pat <input type="checkbox"/> Pregătirea pacientului pentru efectuarea igienei personale <input type="checkbox"/> Pregătirea mediului – uși, ferestre închise, temperatura ambientală corespunzătoare <input type="checkbox"/> Implicarea pacientului în efectuarea igienei (în măsura în care se poate)	<input type="checkbox"/> Conform recomandări medicului

<input type="checkbox"/> Respectarea ordinii de efectuare a toaletei personale – față, brațele, mâinile, pieptul și abdomenul, picioarele, spatele și perineul <input type="checkbox"/> Utilizarea șervețelor impregnate cu soluție de Clorhexidină, șervețele care nu necesită clătire – metodă de prevenire a IAAM <input type="checkbox"/> Documentarea îngrijirilor acordate, după efectuarea lor <input type="checkbox"/> Altele:.....	
<p>Îngrijiri pentru deficitul de auto-îngrijire: îmbrăcare/îngrijire (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):</p> <input type="checkbox"/> Asistarea pacientului în alegerea și îmbrăcarea hainelor <input type="checkbox"/> Asigurarea intimității personale în timpul îmbrăcării <input type="checkbox"/> Implicarea pacientului în îmbrăcare (în măsura în care se poate) <input type="checkbox"/> Asigurarea ciorapilor anti-embolism, dacă este cazul <input type="checkbox"/> Oferirea unei pauze atunci când pacientul obosește, oferirea unui scaun <input type="checkbox"/> Asistarea pacientului în dezbrăcarea hainelor <input type="checkbox"/> Documentarea îngrijirilor acordate, după efectuarea lor <input type="checkbox"/> Altele:	<input type="checkbox"/> Dimineața, <input type="checkbox"/> Seara, <input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie
<p>Îngrijiri pentru deficitul de auto-îngrijire: mersul la toaletă afectat (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):</p> <input type="checkbox"/> Stabilirea, împreună cu pacientul, a orelor de mers la toaletă, în funcție de tiparele formate ale pacientului <input type="checkbox"/> Asigurarea ajutorului pentru mersul la toaletă – urinare, defecare – în funcție de tiparele de eliminare ale pacientului <input type="checkbox"/> Asigurarea de pampers/chiloți pampers <input type="checkbox"/> Asigurarea intimității pacientului în timpul eliminării <input type="checkbox"/> Asigurarea la îndemâna pacientului a soneriei și informarea lui despre modul de utilizare a soneriei <input type="checkbox"/> Documentarea îngrijirilor acordate, după efectuarea lor <input type="checkbox"/> Altele:	
<p>Îngrijiri pentru deficitul de auto-îngrijire: hrănire/alimentare (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):</p> <input type="checkbox"/> Stabilirea, împreună cu pacientul, a orelor de hrănire, a modului de hidratare, în funcție de tiparele formate ale pacientului <input type="checkbox"/> Stabilirea, împreună cu pacientul, a capacității de mestecare – dentiție completă, dentiție absentă, proteză totală, etc. <input type="checkbox"/> Asigurarea hrănirii/alimentării pacientului <input type="checkbox"/> Asigurarea mediului ambiental pentru hrănire – fără mirosuri neplăcute, fără distrageri, fără întreruperi, fără obiecte inutile	

<p>pe masă, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Implicarea pacientului în hranirea/alimentarea lui, în măsura posibilităților</p> <p><input type="checkbox"/> Asistarea pacientului în efectuarea igienei orale, inclusiv periajul dinților la intervale regulate, cu o periută de dinți cu peri moi și pastă de dinți cu fluor</p> <p><input type="checkbox"/> Documentarea aportului de alimente și lichide</p> <p><input type="checkbox"/> Altele:</p>	
<p>Educația pacientului/familiei și pregătirea externării (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):</p> <p><input type="checkbox"/> Educația pacientului/familiei despre importanța igienei corporale (utilizarea șervețelor impregnate cu soluție de Clorhexidină, șervețele care nu necesită clătire), despre efectuarea băii pacientului, seara, înainte de culcare, cu efect benefic asupra somnului</p> <p><input type="checkbox"/> Explicarea pacientului/familiei despre importanța implicării directe în autoîngrijire, despre efectuarea de către pacient a manevrelor de îmbrăcare/dezbrăcare, pieptănare, în limita capacităților</p> <p><input type="checkbox"/> Explicarea pacientului/familiei despre metode/dispozitive ajutoare în efectuarea activităților zilnice</p> <p><input type="checkbox"/> Educația pacientului cu incontinență urinară privind exercițiile Kegel pentru întărirea mușchilor pelvini, privind importanța mersului pe jos asupra creșterii rezistenței musculare, privind utilizarea absorbantelor urinare, nu a celorlalte tipuri de absorbante.</p> <p><input type="checkbox"/> Educația pacientului/familiei despre importanța igienei orale. informațiile care ajută la prevenirea posibilelor probleme dentare.</p> <p><input type="checkbox"/> Altele:</p> <p><input type="checkbox"/> Documentarea datelor în planul de îngrijire</p>	<p><input type="checkbox"/> Cel puțin zilnic</p>
<p>EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: se va efectua cel puțin odată pe tură și se va documenta cel puțin odată pe zi, în documentele pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului:</p>	
<p>Data _____ pacientul prezintă o stare de igienă personală corespunzătoare</p> <p>Data _____ pacientul are un aspect îngrijit</p> <p>Data _____ pacientul nu are / are probleme legate de urinare/defecație: _____</p> <p>Data _____ pacientul nu are / are un aport de alimente și lichide corespunzător _____</p> <p>Data _____ pacientul participă activ la acordarea îngrijirilor</p> <p>Data _____ pacientul este obosit, nu-și poate desfășura normal activitățile zilnice</p>	

DE REȚINUT!

- Activitățile zilnice sunt reprezentate de sarcinile de rutină pe care o persoană le efectuează în mod regulat, cum ar fi mâncatul, îmbăiatul, îmbrăcarea, îngrijirea, munca, îngrijirea casei și activitățile de petrecere a timpului liber. Aceste sarcini de îngrijire personală sunt acțiuni esențiale pe care persoanele le întreprind în mod autonom pentru a-și păstra și îmbunătăți bunăstarea generală. Cu toate acestea, există cazuri în care unele persoane se confruntă cu un deficit de autoîngrijire din cauza diferiților factori. Acest deficit poate apărea din limitări temporare, cum ar fi recuperarea post-chirurgicală sau dintr-o scădere treptată care împiedică capacitatea unei persoane de a răspunde nevoilor sale de auto-îngrijire. În plus, persoanele care se confruntă cu depresia pot să nu aibă motivația sau energia necesară pentru a se angaja în activități de îngrijire personală, exacerbând și mai mult deficitul de autoîngrijire.
- Gestionarea auto-îngrijirii și a activităților zilnice implică un efort de colaborare între profesioniștii din domeniul sănătății, pacienții și familia acestora. Asistenții medicali joacă un rol central în îndrumarea pacienților către o îngrijire optimă, predând abilități esențiale și oferind asistența necesară, încurajând în același timp independența. Includerea membrilor familiei în procesul de planificare a îngrijirii îmbunătățește îngrijirea pacientului și asigură continuitatea îngrijirii dincolo de mediile medicale.
- Indicele Barthel poate fi utilizat pentru a măsura nivelul de independență al pacientului în efectuarea activităților zilnice, continență, toaletă, transferuri și mobilizare.
- Normele culturale ale pacientului pot influența gradul de îngrijire de sine pe care acesta este dispus să-l ia în considerare. Credințele culturale și etnice despre igienă pot varia în funcție de pacienți și familii. Asistentul trebuie să recunoască aceste convingeri, să rezolve orice probleme cu pacientul/familia și să comunice constatările pertinente echipei medicale/de îngrijire.
- Țineți cont de vulnerabilitățile de îngrijire ale pacientului – deficiențe de vedere, de auz, deficit cognitiv, modificări/dificultăți recente cu mobilitatea, etc.
- Absența unui reflex faringian sau incapacitatea de a mesteca sau înghiți în mod corespunzător poate duce la sufocare sau aspirație.
- Acordarea unei atenții sporite atunci când faceți baie pacienților care urmează terapie IV, sau au pansamente, ghips, etc.
- Respectarea și aplicarea precauțiilor standard (utilizare mănuși, echipament de protecție, obiecte de igienă personală, igiena respirației, altele).
- Luați în considerare utilizarea îmbrăcămintei cu o mărime mai mare – informare pacient/familie.
- Nu grăbiți pacientul atunci când se implică în autoîngrijire.

- Evaluarea stării de sănătate este utilizată pentru a explora funcția intestinului și a vezicii urinare, simptomele asociate cu disfuncția, factorii de risc fiziologic pentru problemele de eliminare, percepția micțiunii și capacitățile funcționale de toaletă. Tiparele de eliminare, documentarea timpilor de eliminare pot fi utile în planificarea îngrijirilor.

- Dieta ar trebui să includă un aport adecvat de alimente bogate în fibre, cum ar fi legumele, fructele și tărâțele, pentru a preveni constipația și pentru a stimula peristaltismul. Aportul zilnic de lichide trebuie să fie de 2 până la 3 litri, dacă nu este contraindicat. Consumul a 120 ml de suc de prune cu 30 de minute înainte de masă, o dată pe zi, este util în cazul în care constipația este o problemă. Activitatea fizică și exercițiile fizice sunt încurajate pentru a crește activitatea peristaltică, dacă starea pacientului permite.

- Încurajarea pacientului să efectueze exerciții pentru zona pelvină, după caz.

Exercițiile de zonă pelvină sau exercițiile Kegel întăresc mușchiul pubococcigian. Pacientul este instruit să strângă mușchii planșeului pelvin timp de patru secunde de 10 ori, iar acest lucru se repetă de 4 până la 6 ori pe zi. Aceste exerciții sunt utile pentru femeile fără deficit cognitiv, care suferă de incontinență.

- Informațiile privind igiena orală oferă indicații cu privire la posibili factori etiologici și îndrumări pentru educația ulterioară. În timpul evaluării stării de sănătate, asistentul evaluează practicile de igienă orală ale pacientului, abilitățile de autoîngrijire și problemele orale anterioare sau actuale. Datele despre igiena orală a pacientului ajută asistentul să identifice nevoile de învățare și să încorporeze nevoile și preferințele pacientului în planul de îngrijire.

- Documentarea corectă și în timp real a îngrijirilor acordate! Deși aceste îngrijiri sunt delegate de către asistent infirmierei, asistentul are atât responsabilitatea acordării îngrijirilor adecvate de către infirmieră – îndrumarea și supravegherea infirmierei -, cât și responsabilitatea documentării îngrijirilor acordate de infirmieră.

- Împuternicirea pacienților pentru a-și menține independența promovează un sentiment de demnitate și de valoare de sine, minimizând, în același timp, nevoia de îngrijire instituțională pe termen lung.

7. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU HIPERTERMIE

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:
Vârstă:
Data internării:
Nr FOCG: <i>Plan de îngrijire</i>
Salon Pat
Data implementării planului de îngrijire:

Evaluarea îngrijirii medicale este esențială pentru pacienții cu **hipertermie**, deoarece ajută la determinarea **severității**, identificarea **cauzei subiacente** și stabilirea **intervențiilor adecvate**. Prin monitorizarea **semnelor vitale** și a **simptomelor asociate**, asistenții medicali pot elabora **planuri de îngrijire personalizate**, axate pe **gestionarea temperaturii corporale**, **menținerea hidratării și asigurarea bunăstării generale** a pacientului.

Evaluarea continuă permite **monitorizarea eficacității tratamentului** și **ajustarea intervențiilor în timp util**, pentru a obține **rezultate optime**.

Evaluarea pacientului

Se vor bifa doar **datele subiective și obiective** care se aplică pacientului:

- Semnele de hipertermie:** înroșirea feței, slăbiciune, erupții cutanate, detresă respiratorie, tahicardie, stare generală de rău, dureri de cap, iritabilitate. Se va monitoriza transpirația excesivă, pielea uscată și fierbinte sau temperatura corpului peste limitele normale.
- Semnele de deshidratare cauzată de hipertermie:** sete intensă, limbă uscată și încrețită, buze crăpate, mucoase orale uscate, turgență scăzută a pielii, scăderea producției urinare, urină concentrată, puls slab și accelerat.
- Monitorizarea ritmului cardiac și a tensiunii arteriale:** valorile acestora cresc odată cu evoluția hipertermiei.
- Starea neurologică a pacientului:** se va evalua nivelul de conștiință, răspunsul pupilar și funcția motorie. **Insolația** poate afecta sistemul nervos central, determinând **confuzie, convulsii sau comă**. Monitorizarea semnelor neurologice este esențială pentru a detecta orice deteriorare și pentru a interveni prompt (ex: intubație, sedare).
- Factori de risc suplimentari:**
 - **Vârsta extremă (vârstnici sau copii mici) și greutatea corporală excesivă** pot afecta capacitatea organismului de a regla temperatura.

- Vârstnicii sunt predispuși la hipertermie din cauza modificărilor fiziologice legate de îmbătrânire, prezenței bolilor cronice și utilizării **medicației multiple** (*polifarmacie*) (Saltzberg, 2013; Brody, 1994).
- Aportul de lichide și producția urinară:** dacă pacientul este **inconștient**, se va măsura **presiunea venoasă centrală** sau **presiunea arterei pulmonare** pentru a evalua statusul hidratării. **Rehidratarea** este necesară pentru corectarea deshidratării, deoarece un pacient sever deshidratat **își pierde capacitatea de a transpira**, ceea ce afectează mecanismul natural de răcire prin evaporare.

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

HIPERTERMIE

- Hipertermie** legată de expunerea prelungită la temperaturi ridicate, evidențiată de temperatura corpului de 39,5°C, pielea fierbinte, înroșită și ritmul cardiac crescut.
- Confort afectat** legat de expunerea excesivă la căldură, evidențiat de semnele de supraîncălzire, transpirație și iritabilitate.
- Volum deficitar de lichide** legat de transpirație crescută și aport inadecvat de lichide, evidențiat de mucoase uscate, scăderea producției de urină și puls slab.
- Risc de afectare a integrității pielii**, evidențiat de transpirație persistentă și căldura pielii la atingere.
- Intoleranță la activitate** legată de expunerea excesivă la căldură, evidențiată de oboseală, slăbiciune și ritm cardiac accelerat după o activitate minimă.
- Termoreglare ineficientă** legată de expunerea la căldură extremă, evidențiată de temperatura corpului de 40°C, confuzie și letargie.
- Confuzie acută** legată de temperatura corporală ridicată, manifestată prin dezorientare, vorbire neclară și dificultăți în urmarea instrucțiunilor.
- Risc de rănire**, evidențiat de nivelul modificat de conștiință și mers instabil datorat temperaturii ridicate a corpului.

OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Pacientul să prezinte diminuarea până la dispariția hipertermiei, manifestată prin normalizarea temperaturii corporale, reducerea senzației de piele fierbinte și înroșită, precum și stabilizarea ritmului cardiac.
- Pacientul să prezinte o stare de confort.
- Pacientul să nu mai prezinte semne de deshidratare ca urmare a hipertermiei.
- Pacientul să prezinte o stare neurologică îmbunătățită.
- Pacientul să prezinte o îmbunătățire a stării de hidratare a organismului.

ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA

FRECVENȚA

INTERVENȚII INDEPENDENTE

- Recunoașterea semnelor și simptomelor epuizării termice sau ale bolilor legate de căldură.
- Recunoașterea semnelor și simptomelor insolației.
- Verificarea, în mod regulat, a semnelor vitale ale pacientului:

<p>ritmul cardiac, tensiunea arterială și temperatura.</p> <p><input type="checkbox"/> Hidratarea pacientului cu lichide reci pentru a ajuta la scăderea temperaturii corpului. În plus, dacă pacientul este deshidratat sau diaforetic, pierderea de lichide contribuie la apariția sau menținerea febrei.</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluarea funcției cardiovasculare și a dezechilibrelor electrolitice (de exemplu, hiperkaliemie sau hipocalcemie).</p> <p><input type="checkbox"/> Recunoașterea semnelor și simptomelor hipertermiei maligne și inițierea tratamentului conform recomandărilor medicului.</p> <p><input type="checkbox"/> Încurajarea pacientului să raporteze asistentului medical generalist orice temperatură ridicată persistentă sau semne de hipertermie, în special în cazul persoanelor cu risc ridicat, cum ar fi vârstnicii.</p> <p><input type="checkbox"/> Documentarea datelor în planul de îngrijire</p>	
<p>INTERVENȚII DEPENDENTE</p> <p>conform recomandărilor medicului</p> <p><input type="checkbox"/> Recoltarea produselor biologice: se completează cu recomandările medicului curant.</p> <p><input type="checkbox"/> Pregătirea pacientului pentru investigații: se completează cu recomandările medicului curant.</p> <p><input type="checkbox"/> Administrarea medicamentelor la recomandarea medicului.</p>	
<p>EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE</p> <p><input type="checkbox"/> Educarea pacientului în adoptarea măsurilor de prevenire a afecțiunilor determinate de hipertermie prin purtarea hainelor largi și ușoare, pentru a permite o disipare mai bună a căldurii.</p> <p><input type="checkbox"/> Educarea pacientului privind hidratarea corespunzătoare, prin consumul crescut de lichide, în special în timpul activităților în aer liber sau la temperaturi ridicate.</p> <p><input type="checkbox"/> Educarea pacientului în vederea limitării activităților fizice intense pe vreme caldă, pentru a preveni supraîncălzirea.</p>	
<p>EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: <i>se va efectua cel puțin odată pe tură și se va documenta cel puțin odată pe zi în documentele pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului:</i></p>	
<p>Data _____ pacientul și-a recăpătat starea generală de confort, iar temperatura corporală este în limite normale.</p> <p>Data _____ temperatura corporală a pacientului este de _____ °C, indicând o îmbunătățire/ stagnare/agravare a stării sale.</p> <p>Data _____ pacientul prezintă/nu mai prezintă semne de confuzie, vorbire neclară sau lentoare în gândire.</p>	

8. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU HIPOTERMIE

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:	
Vârstă:	
Data internării:	
Nr FOCG: <i>Plan de îngrijire</i>	
Salon	Pat
Data implementării planului de îngrijire:	

Evaluarea pacientului

(Se vor bifa doar datele subiective și obiective care se aplică pacientului)

- Evaluarea factorilor de risc:** Factorii cauzali ghidează tratamentul adecvat. Pacienții vârstnici au o rată metabolică redusă și un răspuns întârziat la frisoane, ceea ce poate întârzia manifestarea efectelor hipotermiei.
- Monitorizarea temperaturii corporale:** La pacienții cu hipotermie severă, temperatura centrală poate fi monitorizată cu un cateter de arteră pulmonară sensibil la temperatură sau un cateter de vezică urinară.
- Monitorizarea ritmului cardiac și a tensiunii arteriale:** Pe măsură ce hipotermia progresează, valorile acestora scad. Hipotermia moderată până la severă crește riscul de **fibrilație ventriculară** și alte disritmii.
- Evaluarea pacientului pentru consumul de droguri, antipsihotice, opioide și alcool:** Aceste substanțe contribuie la **vasodilatație și pierderea accelerată a căldurii**.
- Evaluarea nutriției și greutății pacientului:** Alimentația deficitară poate duce la **scăderea rezervelor energetice**, afectând capacitatea organismului de a genera căldură prin metabolism.
- Monitorizarea aportului de lichide și producției urinare (și/sau presiunea venoasă centrală):** Scăderea debitului urinar poate indica **deshidratare** sau **perfuzie renală insuficientă**. Se va evita **supraîncărcarea cu lichide** pentru a preveni **edemul pulmonar, pneumonia și deteriorarea funcției cardiace și renale**.
- Verificarea electroliților, gazelor din sângele arterial și saturației de oxigen prin pulsoximetrie:** **Acidoza** poate apărea din cauza **hipoventilației și hipoxiei**.
- Evaluarea prezenței degerăturilor, dacă pacientul a fost expus prelungit la frig:** Hipotermia severă poate provoca **formarea cristalelor de gheață în interiorul celulelor**, ceea ce determină **moarte celulară**.

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):**HIPOTERMIE**

- Hipotermie legată de expunerea la mediu, evidențiată de temperatura centrală de 34°C (93,2°F), frisoane, piele palidă și rece.
- Risc de afectare a integrității pielii, evidențiat de expunerea la temperaturi scăzute, piele palidă și rece la atingere.
- Perfuzie ineficientă a țesutului periferic, legată de vasoconstricția indusă de frig, evidențiată de reumplere capilară întârziată, cianoză la nivelul extremităților și slăbirea pulsului periferic.
- Termoreglare afectată, legată de incapacitatea de a menține căldura corporală adecvată într-un mediu rece, evidențiată de scăderea temperaturii centrale, confuzie și judecată slabă în căutarea unui adăpost.
- Confuzie acută, legată de scăderea temperaturii centrale, evidențiată de dezorientare, timp de răspuns încetinit și incapacitatea de a recunoaște riscurile expunerii la frig.

OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Pacientul va prezenta temperatura corpului restabilită în intervalul normal, după cum reiese dintr-o citire a temperaturii de 36,5-37,5°C (97,7-99,5°F).
- Pacientul va menține o circulație periferică adecvată, evidențiată de pulsuri periferice palpabile și un timp de reumplere capilară normal, de mai puțin de 3 secunde.
- Pacientul va demonstra înțelegerea măsurilor preventive pentru evitarea viitoarelor episoade de hipotermie, evidențiată prin verbalizarea alegerilor vestimentare adecvate, comportamentelor de căutare a unui adăpost și cunoașterea riscurilor de mediu.

ÎNGRIJIREA/INTERVENȚIA**FRECVENȚA****INTERVENȚII INDEPENDENTE**

- Reglarea temperaturii mediului** sau mutarea pacientului într-o încăpere mai caldă.

Păstrarea lenjeriei pacientului uscată pentru a asigura o încălzire treptată a corpului.

- Adaptarea surselor de căldură** în funcție de răspunsul fizic al pacientului.

Temperatura corpului nu trebuie crescută cu mai mult de câteva grade pe oră. Vasodilatația apare pe măsură ce temperatura centrală a pacientului crește, ceea ce poate duce la scăderea tensiunii arteriale. Hipotensiunea arterială, acidoza metabolică și aritmiile sunt complicații posibile ale procesului de reîncălzire.

- Furnizarea de lichide încălzite**, cum ar fi **ceai sau supă**, pentru a ajuta la creșterea temperaturii interne.

Fluidele calde constituie o sursă eficientă de căldură.

- Asigurarea unei surse suplimentare de căldură**, cum ar fi lampă de căldură, încălzitor radiant, saltele sau păaturi încălzite sau scufundarea într-o baie caldă.

<p><i>Aceste măsuri contribuie la creșterea temperaturii centrale și la îmbunătățirea circulației.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Încălzirea profundă este indicată atunci când temperatura corpului scade sub 30°C (86°F).</p> <p><input type="checkbox"/> Documentarea datelor în planul de îngrijire</p>	
<p>INTERVENȚII DEPENDENTE conform recomandărilor medicului</p> <p><input type="checkbox"/> Recoltarea produselor biologice: Se completează cu recomandările medicului curant.</p> <p><input type="checkbox"/> Pregătirea pacientului pentru investigații: Se completează cu recomandările medicului curant.</p> <p><input type="checkbox"/> Administrarea medicamentelor, conform recomandărilor medicului.</p>	
<p>EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE</p> <p><input type="checkbox"/> Educarea pacientului în adoptarea măsurilor de prevenire a afecțiunilor determinate de hipotermie.</p>	
<p>EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: <i>se va efectua cel puțin odată pe tură și se va documenta cel puțin odată pe zi în documentele pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului:</i></p>	
<p>Data _____ pacientul a fost încălzit progresiv prin utilizarea de pături, îmbrăcăminte uscată și lichide calde.</p> <p>Data _____ pacientul</p> <p>Data _____ pacientul</p> <p>Data _____ pacientul</p> <p>Data _____ pacientul</p>	

9. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU GREAȚĂ ȘI VĂRSĂTURI

.....(Antet unitate sanitara).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:	
Vârstă:	
Data internării:	
Nr FOCG: Plan de îngrijire	
Salon	Pat
Data implementării planului de îngrijire:	

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

GREAȚĂ ȘI VĂRSĂTURI

- Greață/vărsături legate de secrețiile gastrice excesive, evidențiate de vărsături, greață și paloare.
- Greață/vărsături legate de durere, evidențiate prin verbalizarea pacientului și senzația de greață în timpul episoadelor de durere severă.
- Greață/vărsături legate de utilizarea analgezicelor opioide, evidențiate de rapoartele de greață și vărsături după administrarea medicamentelor.

OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Pacientul va raporta scăderea severității sau eliminarea greței și vărsăturilor.
- Pacientul va fi capabil să gestioneze eficient simptomele.
- Pacientul va putea preveni dezvoltarea complicațiilor, cum ar fi aspirația și deshidratarea.
- Pacientul își va îmbunătăți aportul nutrițional și va câștiga sau menține greutatea adecvată.

ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA

FRECVENȚA

INTERVENȚII INDEPENDENTE

- Determinarea cauzelor** greței și vărsăturilor.
- Evaluarea semnelor vitale.**
- Evaluarea caracteristicilor greței** (durata, frecvența, severitatea, factorii precipitanți, istoricul medicației și măsurile anterioare utilizate pentru ameliorarea problemei).
- Evaluarea stării de hidratare.**
- Asigurarea tăviței renale** și a materialelor de protecție a lenjeriei.
- Oferirea suportului pacientului** în timpul episoadelor de vărsături.
- Observarea caracteristicilor lichidului de vărsătură**

- Ori de câte ori este nevoie
- În momentul instituirii planului de îngrijire
- Ori de câte ori este nevoie
- Ori de câte ori este nevoie
- Ori de câte ori este nevoie
- Ori de câte ori este nevoie
- Ori de câte ori este nevoie

<p>(culoare, miros, prezența sângelui sau a altor particule).</p> <p><input type="checkbox"/> Asigurarea îngrijirilor igienice (igiena cavității bucale, schimbarea lenjeriei etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> Aerisirea salonului pentru menținerea unui mediu confortabil.</p> <p><input type="checkbox"/> Așezarea pacientului în poziție semișezândă sau în decubit lateral pentru prevenirea aspirației.</p> <p><input type="checkbox"/> Asigurarea alimentației și a hidratării adecvate.</p> <p><input type="checkbox"/> Aplicarea de măsuri alternative pentru reducerea greței și vărsăturilor (presopunctură, exerciții de respirație, aromoterapie etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> Documentarea datelor în planul de îngrijire</p>	<p><input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie</p> <p><input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie</p> <p><input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie</p> <p><input type="checkbox"/> Pe tot parcursul îngrijirilor.</p> <p><input type="checkbox"/> Pe tot parcursul îngrijirilor.</p>
<p>INTERVENȚII DEPENDENTE conform recomandărilor medicului</p> <p><input type="checkbox"/> Pregătirea pacientului pentru investigații, la recomandarea medicului.</p> <p><input type="checkbox"/> Administrare medicație, conform indicațiilor medicale.</p> <p><input type="checkbox"/> Întreruperea medicației, conform recomandărilor medicului.</p> <p><input type="checkbox"/> Instituirea PIV (perfuzie intravenoasă).</p> <p><input type="checkbox"/> Instituirea sondei NG (nazogastrice).</p>	<p><input type="checkbox"/> Conform recomandărilor medicului.</p>
<p>INTERVENȚII COLABORATIVE</p> <p><input type="checkbox"/> Consultul medicului specialist gastroeneterolog/ algeziolog/ neurolog.....</p>	
<p>EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE</p> <p><input type="checkbox"/> Educația pacientului privind regimul igieno-dietetic.</p> <p><input type="checkbox"/> Educația pacientului privind administrarea medicației.</p> <p><input type="checkbox"/> Educația pacientului privind utilizarea măsurilor alternative de reducere a greței și vărsăturilor (presopunctură, exerciții de respirație, aromoterapie etc.).</p>	<p><input type="checkbox"/> Pe perioada internării</p> <p><input type="checkbox"/> La externare</p>
<p>EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: <i>se va efectua cel puțin odată pe tură și se va documenta cel puțin odată pe zi în documentele pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului:</i></p>	
<p>Data _____ pacientul raportează o scădere a senzației de greață și a numărului de vărsături.</p> <p>Data _____ pacientul știe să gestioneze senzația de greață.</p> <p>Data _____ pacientul nu prezintă semne de deshidratare.</p> <p>Data _____ pacientul are un aport nutrițional și hidric adecvat.</p>	

10. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU RISC DE LEZIUNI DE PRESIUNE (ESCARE)

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:
Vârstă:
Data internării:
Nr FOCG: <i>Plan de îngrijire</i>
Salon Pat
Data implementării planului de îngrijire:

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

LEZIUNE DE PRESIUNE (ESCARE)

- Risc de leziuni de presiune, datorită imobilizării la pat
- Risc de leziuni de presiune, datorită malnutriției
- Risc de leziuni de presiune, datorită incontinenței urinare
- Risc de leziuni de presiune, datorită deficitului de cunoștințe, corelat cu necunoasterea/ nefamiliaritatea cu informațiile sau interpretarea greșită a informațiilor
- Risc de leziuni de presiune, datorită deficitului de cunoștințe evidențiat prin solicitare de informații, idei greșite, respectarea greșită a instrucțiunilor primite, dezvoltarea de complicații prevenibile.

OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Pacientul va primi îngrijire adecvată a rănilor și are factori de risc controlați pentru prevenirea ulcerelor suplimentare.
- Pacientul va avea menținută integritatea cutanată.
- Pacientul va experimenta vindecarea leziunilor de presiune și va experimenta reducerea presiunii.
- Pacientul și asistentul medical vor verbaliza înțelegerea următoarelor aspecte ale îngrijirii: nutriție, reducerea presiunii, îngrijirea rănilor și gestionarea incontinenței.
- Pacientul și asistentul medical își vor verbaliza capacitatea de a face față în mod adecvat situației existente și de a oferi sprijin/monitorizare conform indicațiilor.
- Pacientul va demonstra o greutate stabilă sau o creștere progresivă în greutate, în cazul pacienților cu malnutriție.
- Pacientul va avea asigurat aportul caloric necesar, adecvat, individualizat, bazat pe nevoile specifice și istoricul medical.
- Pacientul va verbaliza înțelegerea impactului malnutriției asupra dezvoltării leziunilor de presiune.

<input type="checkbox"/> Pacientul va participa la intervenții specifice pentru a stimula apetitul și a crește aportul alimentar. <input type="checkbox"/> Pacientul va evita dezvoltarea ulterioară a leziunilor de presiune care pot fi prevenite.	
ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA	FRECVENȚA
<input type="checkbox"/> Evaluarea factorilor de risc specifici pentru leziunile de presiune în cel mai scurt timp posibil de la preluarea pacientului. <input type="checkbox"/> Informarea medicului asupra evaluării privind riscul leziunilor de presiune. <input type="checkbox"/> Inspectarea zilnică a tegumentelor. <input type="checkbox"/> Inspectarea tegumentelor la fiecare 4 ore la pacienții cu risc înalt. <input type="checkbox"/> Inspectarea tegumentelor la fiecare 2 ore la pacienții cu risc foarte înalt. <input type="checkbox"/> Comunicarea riscului în echipa medicală. <input type="checkbox"/> Administrarea tratamentului și aplicarea pansamentelor, conform recomandărilor medicului. <input type="checkbox"/> Documentarea în Formularul de Administrare Medicamente. <input type="checkbox"/> Monitorizarea funcțiilor vitale. <input type="checkbox"/> Utilizarea saltelei antiescară și a dispozitivelor de protecție pentru călcâi. <input type="checkbox"/> Repoziționarea pacientului la fiecare 2 ore, la pacienții cu risc foarte înalt. <input type="checkbox"/> Efectuarea igienei tegumentare. <input type="checkbox"/> Schimbarea lenjeriei de corp și de pat. <input type="checkbox"/> Asigurarea scutecelor/pampers. <input type="checkbox"/> Asigurarea unui aport caloric adecvat. <input type="checkbox"/> Alimentarea pasivă. <input type="checkbox"/> Alimentarea parenterală. <input type="checkbox"/> Educarea și comunicarea cu pacientul și aparținătorii acestuia în vederea prevenirii dezvoltării leziunilor de presiune. <input type="checkbox"/> Documentarea datelor în planul de îngrijire	<input type="checkbox"/> La internarea pacientului <input type="checkbox"/> La momentul evaluării riscului <input type="checkbox"/> La preluarea turei <input type="checkbox"/> La 4 ore interval <input type="checkbox"/> La 2 ore interval <input type="checkbox"/> La predarea turei <input type="checkbox"/> Conform recomandărilor medicului <input type="checkbox"/> Imediat după administrare medicamente <input type="checkbox"/> Cel puțin la preluare turei <input type="checkbox"/> La momentul evaluării riscului <input type="checkbox"/> La 2 ore interval <input type="checkbox"/> Ori de câte ori este necesar
EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: se va efectua cel puțin odată pe tură și se va documenta cel puțin odată pe zi în documentele pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului:	

Data _____ pacientul prezintă tegument normal.
Data _____ pacientul prezintă tegument modificat.
Data _____ pacientul prezintă escară.
Data _____ pacientul are un aport nutrițional și hidric adecvat.

Relevanță clinică²¹⁴

Leziunile de presiune, cunoscute și sub numele de escare sau ulcere de decubit, apar atunci când pielea și țesuturile moi sunt supuse unei presiuni constante, de obicei în zone cu proeminențe osoase, cum ar fi sacrumul, călcâiele sau șoldurile. Aceasta determină **scăderea fluxului sanguin, hipoxie tisulară și moarte celulară**, iar în combinație cu frecarea, forțele de forfecare și umiditatea, poate duce la afectarea severă a țesuturilor.

Persoanele imobilizate, cele cu mobilitate redusă sau care utilizează dispozitive medicale sunt cele mai expuse riscului. Leziunile de presiune pot varia de la piele intactă cu modificări de culoare (stadiul I) la ulcere profunde care afectează mușchii și oasele (stadiul IV). Dacă nu sunt gestionate corect, pot duce la **infecții grave, sepsis și chiar deces**.

Deși termenii *ulcer de decubit* și *ulcer de presiune* sunt folosiți frecvent, **National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP)** recomandă utilizarea termenului **leziune prin presiune**, deoarece afectarea pielii nu presupune întotdeauna o ulcerăție deschisă.

Obiectivele îngrijirii pacienților cu leziuni de presiune:

- Evaluarea factorilor care contribuie la **lipsa perfuziei tisulare** și a amplitudinii leziunii.
- Implementarea unor **strategii eficiente de reducere și redistribuire a presiunii**.
- Optimizarea îngrijirii locale a plăgii și **promovarea vindecării**.
- Gestionarea **durerei și disconfortului** asociat.
- **Prevenirea infecțiilor** prin igienă riguroasă și tratamente antimicrobiene.
- Educarea pacientului și a aparținătorilor despre **autoîngrijire și prevenție**.
- Abordarea factorilor favorizanți, precum **imobilitatea și alimentația deficitară**.
- Monitorizarea și gestionarea complicațiilor, cum ar fi **celulita și afectarea țesuturilor profunde**.
- **Colaborarea cu echipa multidisciplinară** pentru îngrijire cuprinzătoare.
- Reevaluarea și documentarea periodică a evoluției leziunilor de presiune.

Instrumente pentru evaluarea riscului de escare:

- **Scala Waterlow** – evaluează riscul de apariție a leziunilor de presiune pe baza vârstei, mobilității, nutriției și altor factori.
- **Scala Braden** – estimează riscul prin analiza percepției senzoriale, umidității, activității, mobilității, nutriției și riscului de fricțiune/forfecare.

O intervenție timpurie și o strategie de prevenție adecvată pot face diferența între o recuperare rapidă și complicații severe.

²¹⁴ Nurseslabs. (n.d.). *Pressure Ulcer Nursing Care Plans*. Retrieved from <https://nurseslabs.com/pressure-ulcer-nursing-care-plans/>

11. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU DURERE

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:	
Vârstă:	
Data internării:	
Nr FOCG: Plan de îngrijire	
Salon	Pat
Data implementării planului de îngrijire:	

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):	
<input type="checkbox"/> Durere acută legată de: leziune tisulară, inflamație, leziuni musculo-scheletale, contracții abdominale, leziuni termice, agenți fizici de vătămare, leziuni ale nervilor. <input type="checkbox"/> Durere cronică legată de: procese inflamatorii cronice, neuropatii, artropatii, cefalee/migrene.	
OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):	
<input type="checkbox"/> Pacientul demonstrează utilizarea unor activități adecvate de diminuare a durerii și abilități de relaxare. <input type="checkbox"/> Pacientul descrie un control satisfăcător al durerii, la un nivel sub jumătate din scala aplicată. <input type="checkbox"/> Pacientul prezintă o stare generală îmbunătățită. <input type="checkbox"/> Pacientul folosește strategii farmacologice și nonfarmacologice pentru ameliorarea durerii. <input type="checkbox"/> Pacientul prezintă o îmbunătățire a stării psihice.	
ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA	FRECVENȚA
INTERVENȚII INDEPENDENTE <input type="checkbox"/> Evaluarea durerii prin aplicarea unei scale de evaluare <input type="checkbox"/> Evaluarea locației durerii prin indicarea zonei dureroase. <input type="checkbox"/> Evaluarea istoricului durerii. <input type="checkbox"/> Evaluarea funcțiilor vitale (P, TA, R).	<input type="checkbox"/> Înainte și după aplicarea intervențiilor de îngrijire <input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie <input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie <input type="checkbox"/> În momentul instituirii planului de îngrijire <input type="checkbox"/> Înainte și după aplicarea intervențiilor de îngrijire

<input type="checkbox"/> Aplicarea metodelor nonfarmacologice, cum ar fi relaxarea ghidată, exercițiile de respirație profundă și terapia prin muzică. <input type="checkbox"/> Asigurarea suportului psihologic. <input type="checkbox"/> Asigurarea poziției antalgice. <input type="checkbox"/> Aplicarea agenților fizici (cald/rece). <input type="checkbox"/> Imobilizarea zonei dureroase. <input type="checkbox"/> Masaj local. <input type="checkbox"/> Documentarea datelor în planul de îngrijire	<input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie <input type="checkbox"/> Înainte și după aplicarea intervențiilor de îngrijire <input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie <input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie <input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie
INTERVENȚII DEPENDENTE <input type="checkbox"/> Pregătirea pacientului pentru investigații. <input type="checkbox"/> Administrare medicație.	<input type="checkbox"/> Conform recomandărilor medicului.
INTERVENȚII COLABORATIVE <input type="checkbox"/> Aplicarea de proceduri specifice de fiziokinetoterapie. <input type="checkbox"/> Consult specialist în algeziologie.	<input type="checkbox"/> Conform recomandărilor medicului; fizioterapeutului, specialist în managementul durerii.
EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE <input type="checkbox"/> Educația pacientului privind factorii care provoacă durere. <input type="checkbox"/> Educația pacientului privind administrarea de antalgice, miorelaxante și antiinflamatoare. <input type="checkbox"/> Educația pacientului cu privire la utilizarea corectă a PCA cu asistență.	Independent <input type="checkbox"/> Pe perioada internării. <input type="checkbox"/> La externare. <input type="checkbox"/> Pe perioada internării. <input type="checkbox"/> La externare. <input type="checkbox"/> Pe perioada internării.
EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: <i>se va efectua cel puțin odată pe tură și se va documenta cel puțin odată pe zi în documentele pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului:</i>	
Data _____ intensitatea durerii este _____. Data _____ pacientul adoptă o poziție confortabilă. Data _____ pacientul raportează diminuarea intensității durerii. Data _____ pacientul prezintă o stare generală îmbunătățită. Data _____ pacientul folosește strategii farmacologice și nonfarmacologice de ameliorare a durerii. Data _____ pacientul prezintă o îmbunătățire a stării psihice.	

12. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ (HTA)

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:
Vârstă:
Data internării:
Nr FOCG: Plan de îngrijire
Salon Pat
Data implementării planului de îngrijire:

Recunoaștem HTA de la început dacă pacientul prezintă:

✓ **Tensiuni arteriale crescute:**

Stadiul I (ușoară)-140/90 până la 159/99 mm Hg
Stadiul II (moderat)-160/100 mm Hg sau mai mare
Stadiul III (sever) - presiunea sistolică mai mare de 180 și presiunea diastolică mai mare de 110
Stadiul IV (foarte sever) - presiunea sistolică 210 sau mai mare/cu presiunea diastolică mai mare de 120

- **Durere de cap;** *Cauză = Globulele roșii care transportă oxigenul ajung cu greu la creier din cauza vaselor colabate, provocând dureri de cap.*
- **Amețeala;** *Cauză = concentrația scăzută de oxigen care ajunge la creier.*
- **Durere toracică;** *Cauză = scăderea nivelului de oxigen.*
- **Vedere încetșată;** *Poate apărea din cauza constricției prea mari a vaselor de sânge din ochi prin care celulele roșii din sânge care transportă oxigen nu pot trece.*

1. Evaluarea inițială a pacientului cu HTA *(trebuie să fie detaliată și completă)*

Evaluati istoricul de sănătate al pacientului:

- Istoric familial de hipertensiune arterială - Factori de risc familiali, inclusiv hipertensiune arterială, ateroscleroză, boli de inimă, diabet zaharat și boli cerebrovasculare sau renale
- Diagnostic anterior de hipertensiune arterială sau tensiune arterială ridicată
- Factori de stil de viață (dietă, exerciții fizice, fumat, consum de alcool)
- Medicamente și suplimente actuale

Aspecte biologice/ Psihologice, comunicare și învățare/Sociale, spirituale și morale:	Manifestate prin:
<p>Respirație</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dificultatea de respirație <input type="checkbox"/> Dezechilibru între oferta și cererea de oxigen 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dispnee la efort <input type="checkbox"/> Dispnee asociată cu activitate sau efort <input type="checkbox"/> Tahipnee, ortopnee, dispnee paroxistică nocturnă <input type="checkbox"/> Tuse cu sau fără producere de spută <input type="checkbox"/> Istoricul de fumat este un factor de risc major
<p>Circulație</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Istoria TA crescută în timp <input type="checkbox"/> Prezența TOD (Targhet Organ Damage /Leziunea Organului Țintă), cum ar fi boala aterosclerotică, valvulară sau coronariană, inclusiv infarctul miocardic (IM), angina pectorală, insuficiența cardiacă (IC) și boala cerebrovasculară <input type="checkbox"/> Episoade de palpitații, diaforeze <input type="checkbox"/> Piele: paloare, cianoză și diaforeză, sugerând congestie pulmonară și hipoxemie, sau înroșire, sugerând prezența feocromocitomului <input type="checkbox"/> Edeme <input type="checkbox"/> Măsurarea tensiunii arteriale: <input type="checkbox"/> Efectuarea electrocardiogramei (EKG) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pulsuri: pulsații carotidiene jugulare și radiale limitate. <input type="checkbox"/> Disparități ale pulsului, în special întârzierea pulsului femural comparativ cu pulsul radial sau brahial. <input type="checkbox"/> Absența sau diminuarea pulsului la nivelul arterelor poplitee, tibiale posterioare, etc. <input type="checkbox"/> Puls apical: poziționarea punctului maxim de puls (PMI) posibil deplasată sau forțată. <input type="checkbox"/> Tahicardie, diferite disritmii. <input type="checkbox"/> Distensia venei jugulare. <input type="checkbox"/> Folosiți dimensiunea manșetei și procedura adecvată de monitorizare a TA <input type="checkbox"/> Măsurarea la ambele brațe, în două ocazii separate <input type="checkbox"/> Înregistrați/ documentați citirile (de exemplu, $\geq 140/90$ mm Hg) <input type="checkbox"/> Modificări ale electrocardiogramei reflectă ischemia
<p>Termoreglare</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Extremități reci cu piele decolorată 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indicând vasoconstricție periferică și reumplerea lentă sau întârziată a capilarelor.
<p>Alimentație/ Hidratare</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Preferințe alimentare care sunt bogate în calorii, sare, grăsimi și colesterol, cum ar fi alimente prăjite, brânză, ouă, dulciuri. <input type="checkbox"/> Aport redus de potasiu, calciu și magneziu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Măsurarea BMI (Indicele de Masă Corporală) (mai mare de 25 kg/m² la adulți) <input type="checkbox"/> Raportarea sau observarea unor modele disfuncționale de alimentație

<input type="checkbox"/> Greață, vărsături <input type="checkbox"/> Modificări recente de greutate <input type="checkbox"/> Modificări în apetit <input type="checkbox"/> Setea crescută	<input type="checkbox"/> Pierdere în greutate inexplicabilă <input type="checkbox"/> Foame crescută (polifagie) <input type="checkbox"/> Polidipsie
Eliminare <input type="checkbox"/> Afecțiune renală în trecut sau prezent, ex. infecția renală sau alte antecedentele de boală renală <input type="checkbox"/> Episoade de epistaxis <input type="checkbox"/> Greață și vărsături	<input type="checkbox"/> Consumul curent de diuretice <input type="checkbox"/> Urinare frecventă (poliurie)
Adaptarea la mediu / Percepție <input type="checkbox"/> Istoric de Episoade tranzitorii de amorteală, parestezii unilaterale <input type="checkbox"/> Răni care se vindecă lent sau infecții frecvente <input type="checkbox"/> Vertij, tulburări de echilibru (amețeli) <input type="checkbox"/> Rigiditatea gâtului <input type="checkbox"/> Tulburări de vedere	<input type="checkbox"/> Accident Ischemic Tranzitoriu sau accident vascular cerebral <input type="checkbox"/> Amețeală cu schimbările de poziție (ridicarea bruscă din pat) <input type="checkbox"/> Diplopie și vedere încețoșată <input type="checkbox"/> Factor de risc major pentru hipertensiune arterială
Sexualitate <input type="checkbox"/> Postmenopauza <input type="checkbox"/> Disfuncția erectilă	<input type="checkbox"/> Poate fi asociată cu hipertensiune arterială sau medicamente antihipertensive
Odihnă și Somn <input type="checkbox"/> Stil de viață sedentar <input type="checkbox"/> Slăbiciune, oboseală	<input type="checkbox"/> Factor de risc major pentru hipertensiune arterială
Educație pentru sănătate <input type="checkbox"/> Utilizarea de pilule contraceptive sau alte terapii de substituție hormonală <input type="checkbox"/> Consumul de droguri și alcool <input type="checkbox"/> Utilizarea suplimentelor pe bază de plante pentru a gestiona presiunea sângelui	<input type="checkbox"/> Cum ar fi usturoiul, păducelul, semințele de țelină, coleus și primula de seară.
Adaptarea socială și toleranța la sters <input type="checkbox"/> Istoric de modificări de personalitate, anxietate, depresie, furie cronică <input type="checkbox"/> Prezența factorilor de stres	<input type="checkbox"/> Care pot indica tulburări cerebrale <input type="checkbox"/> Cum ar fi preocupările relaționale, financiare sau legate de locul de muncă
Durerea	<input type="checkbox"/> Localizată în regiunea suboccipitală,

<input type="checkbox"/> Cefalee pulsatilă, suboccipitală	prezentă la trezire și care dispare spontan după câteva ore
<input type="checkbox"/> Dureri sau mase abdominale	<input type="checkbox"/> Se utilizează o Scală/Instrument de evaluare a durerii
2. Se recoltează probe de laborator la recomandarea medicului.	
3. Revizuirea datelor obiective și subiective colectate	
<input type="checkbox"/> Tensiunea arterială crescută persistentă	
<input type="checkbox"/> Prezența simptomelor și a factorilor de risc pentru HTA	
<input type="checkbox"/> Rezultatele testelor de diagnostic confirmă diagnosticul de HTA	
4. Confirmați cu diagnosticul medical de HTA din FOCG	
<input type="checkbox"/> Mențiuni.....	
Considerații pentru planul de externare	
<input type="checkbox"/> Poate necesita asistență cu auto-monitorizarea TA, precum și evaluarea periodică și modificări ale terapiei cu medicamente.	
<input type="checkbox"/> Mențiuni	
Priorități de îngrijire	
<input type="checkbox"/> Menținerea sau îmbunătățirea funcționării sistemului cardiovascular	
<input type="checkbox"/> Prevenirea complicațiilor asociate	
<input type="checkbox"/> Furnizarea de informații privind procesul, prognosticul bolii și planul de tratament	
<input type="checkbox"/> Sprijinirea controlului activ al pacientului asupra afecțiunii	
<input type="checkbox"/> Mențiuni.....	

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):
<p>Risc de scădere a debitului cardiac corelat cu Factorii de risc:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Creșterea rezistenței vasculare <input type="checkbox"/> Vasoconstricție <input type="checkbox"/> Ischemie miocardică <input type="checkbox"/> Hipertrofie sau rigiditate ventriculară <p>Intoleranță la activitate corelată cu Slăbiciune generalizată și Dezechilibrul dintre cererea și oferta de oxigen evidențiată de Oboseală sau slăbiciune, de Ritmul cardiac anormal sau răspunsul TA la activitate, disconfort la efort sau dispnee, modificări ECG reflectând ischemie, disritmii.</p> <p>Durerea acută corelată cu Creșterea presiunii vasculare cerebrale</p> <p>Nutriție dezechilibrată: Mai mult decât cerințele corpului corelată cu aport excesiv în raport cu nevoia metabolică, nivel de activitate sedentar și stil de viață, preferințe culturale</p> <p>Adaptare inefficientă corelată cu Sisteme de suport inadecvat, așteptări nesatisfăcute, percepții nerealiste, metode de adaptare inadecvate, suprasolicitare.</p> <p>Cunoștințe deficitare [Nevoia de învățare] cu privire la starea, planul de tratament,</p>

autoîngrijirea și nevoile de externare

Altele

.....

OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Pacientul se va implica activ în:
 - activități de reducere a tensiunii arteriale și volumului de muncă cardiacă
 - să mențină tensiunea arterială într-un interval acceptabil individual
 - să prezinte un ritm și o frecvență cardiacă stabile în limite normale
 - să participe activ la activități de management al stresului
 - să aibă un plan echilibrat de activități și odihnă
 - să prevină stresul
- Pacientul va gestiona eficient durerea și disconfortul, va demonstra cunoașterea metodelor de ameliorare a durerii, va adera la regimul de medicamente prescris și va utiliza tehnici de relaxare și activități de diversiune pentru a promova confortul și bunăstarea.
- Pacientul va participa activ la activitățile necesare și dorite, va utiliza tehnici identificate pentru a îmbunătăți toleranța la activitate, va raporta o creștere măsurabilă a toleranței la activitate și va demonstra o scădere a semnelor fiziologice de intoleranță.
- Pacientul va demonstra cunoașterea și înțelegerea procesului bolii, a regimului de tratament, a efectelor secundare ale medicamentelor, a posibilelor complicații care necesită asistență medicală, a parametrilor acceptabili ai tensiunii arteriale și a rațiunii din spatele acțiunilor terapeutice și al regimului de tratament.
-
-

ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

FRECVENȚA

- Intervenții Dependente**
- Administrarea medicamentelor**
 - Medicamentele pentru hipertensiune.**
Reduc Tensiunea Arterială prin țintirea diferiților factori. Opțiunile inițiale de tratament depind de caracteristicile pacientului, ex. Vârsta; comorbidități, etc.
 - Administrați analgezice.**
Reduc sau controlează durerea și scad stimularea sistemului nervos simpatic.
 - Administrați agenți anti-anxietate.**
Pot ajuta la reducerea tensiunii și a disconfortului care este intensificat de stres.
- Intervenții Independente**

- La recomandarea medicului respectând principiile de administrare a medicamentelor:
 - ✓ Pacient potrivit
 - ✓ Medicamente potrivite
 - ✓ Doză potrivită
 - ✓ Frecvența de administrare potrivită
 - ✓ Timpul potrivit
 - ✓ Calea de administrare potrivită

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Documentare în Formularul de Administrare Medicamente/ Alte formulare specifice <input type="checkbox"/> Monitorizați răspunsul la medicamentele care controlează TA, și Durerea 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Imediat după administrarea medicamentelor <input type="checkbox"/> După administrare sau conform recomandărilor specifice.
<p>Gestionarea scăderii debitului cardiac și monitorizarea tensiunii arteriale</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Măsurăți TA la ambele brațe. <i>Măsurătorile în serie folosind echipamentul corect oferă o imagine mai completă a implicării vasculare și a sferei problemei. Valorile diastolice progresive peste 120 mm Hg sunt considerate mai întâi accelerate, apoi foarte severe. Utilizați dimensiunea corectă a manșetei și tehnica precisă.</i> <input type="checkbox"/> Documentați în planul de îngrijiri valorile obținute <input type="checkbox"/> Observați prezența și calitatea pulsurilor centrale și periferice. <i>La pacientul mai tânăr cu valori sistolice normale, valorile diastolice crescute pot indica prehipertensiune arterială.</i> <input type="checkbox"/> Observați culoarea pielii, umiditatea, temperatura și timpul de reumplere capilar. <i>Prezența paloarei; piele rece, umedă; iar timpul de reumplere capilară întârziată se poate datora vasoconstricției periferice sau reflectă decompensarea cardiacă și scăderea debitului.</i> <input type="checkbox"/> Observați Edemul generalizat. Indică insuficiență cardiacă sau renală sau insuficiență vasculară. <input type="checkbox"/> Oferiți un mediu calm și odihnitor, minimizați activitatea și zgomotul din mediu. <i>Luați în considerare limitarea numărului de vizitatori sau a duratei vizitei. Oferiți măsuri de confort. Reduceți stimularea simpatică și promovați relaxarea. Instruiți pacientul tehnici de relaxare, imagini ghidate și distrageri.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluarea Inițială <input type="checkbox"/> Efectuați trei citiri, la 3 până la 5 minute una de alta, în timp ce pacientul este în repaus, apoi așezat și apoi în picioare pentru evaluarea inițială. <input type="checkbox"/> Ulterior, în etapa de evaluare continuă, măsurarea se va realiza în conformitate cu recomandarea medicului <input type="checkbox"/> Imediat după măsurare <input type="checkbox"/> La evaluarea continuă sau ori de câte ori este nevoie <input type="checkbox"/> La evaluarea continuă sau ori de câte ori este nevoie <input type="checkbox"/> La evaluarea continuă sau ori de câte ori este nevoie <input type="checkbox"/> La evaluarea continuă sau ori de câte ori este nevoie
<p>Îmbunătățirea toleranței la activitate</p>	

<p><input type="checkbox"/> Evaluati răspunsul pacientului la activitate</p> <p><input type="checkbox"/> Rețineți prezența factorilor care contribuie la oboseală (vârstă, boli fragile, acute sau cronice, insuficiență cardiacă, hipotiroidism, cancer și terapii pentru cancer). <i>Oboseala afectează atât capacitatea reală, cât și cea percepută a pacientului de a participa la activități.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Evaluează factorii emoționali și psihologici care afectează situația actuală. Stresul sau depresia pot crește efectele unei boli sau depresia ar putea fi rezultatul forțat la inactivitate.</p> <p><input type="checkbox"/> Instruiți pacientul în tehnici de conservare a energiei (folosirea unui scaun la duș, așezarea pentru a se spăla pe dinți sau a pieptăna părul, desfășurarea activităților într-un ritm mai lent). <i>Tehnicile de economisire a energiei reduc cheltuielile energetice, ajutând astfel la egalizarea cererii și ofertei de oxigen.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Încurajați activitatea progresivă și îngrijirea de sine atunci când este tolerată. Asistați la nevoie. <i>Progresia treptată a activității previne creșterea bruscă a sarcinii cardiace. Oferirea de asistență numai la nevoie încurajează independența în desfășurarea activităților.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Notând frecvența pulsului cu peste 20 de bătăi pe minut mai rapid decât frecvența de repaus; creștere marcată a TA (crește sistolice cu peste 40 mm Hg sau diastolică cu peste 20 mm Hg)</p> <p><input type="checkbox"/> Pe perioada internării, ori de câte ori este nevoie, în timpul și după activitate, după crizele de dispnee sau durere toracică, în caz de oboseală și slăbiciune excesivă, diaforeză, amețeli și sincopă.</p> <p><input type="checkbox"/> La externare</p>
<p>Nutriție dezechilibrată: Mai mult decât cerințele corpului <i>Evidențiată eventual de Greutate care este cu 10% până la 20% mai mult decât ideală pentru înălțime și cadru; Pliul cutanat al tricepsului este mai mare de 15 mm la bărbați și 25 mm la femei, maximul pentru vârstă și sex; Tipare de alimentație disfuncționale raportate sau observate</i></p>	

- Evaluati înțelegerea pacientului cu privire la relația directă dintre hipertensiune arterială și obezitate.**

Obezitatea este un risc suplimentar cu hipertensiunea arterială din cauza disproporției dintre capacitatea aortică fixă și debitul cardiac crescut asociat cu creșterea masei corporale. Scăderea în greutate poate reduce sau elimina necesitatea terapiei medicamentoase necesare pentru controlul TA. Notă: Cercetări recente sugerează că aducerea greutății cu 15% din greutatea ideală poate duce la o scădere de 10 mm Hg atât a tensiunii arteriale sistolice, cât și a celei diastolice (Khan et al, 2004).

Intervenții colaborative

- Discutați necesitatea scăderii aportului caloric și a aportului limitat de grăsimi, sare și zahăr, așa cum este indicat.**

Obiceiurile alimentare greșite contribuie la ateroscleroză și obezitate, care pot predispuce la hipertensiune arterială și la complicații ulterioare, cum ar fi accident vascular cerebral, boli de rinichi și insuficiență cardiacă. Aportul excesiv de sare mărește volumul de lichid intravascular și poate afecta rinichii, ceea ce poate agrava și mai mult hipertensiunea arterială.

- Determinați dorința pacientului de a pierde în greutate.

Motivația pentru scăderea în greutate este internă. Individul trebuie să-și dorească să slăbească sau cel mai probabil programul nu va reuși.

- Examinați aportul caloric zilnic obișnuit și alegerile dietetice.**

Identifică punctele forte și punctele slabe curente în programul alimentar. Ajută la determinarea nevoii individuale de adaptare

- Stabiliți un plan realist de reducere a greutății cu pacientul, cum ar fi pierderea în greutate de 1 kilogram pe săptămână.**

Scăderea lentă a greutății este asociată cu pierderea de grăsime cu cruțarea mușchilor și reflectă în general o schimbare a obiceiurilor alimentare

- La evaluarea inițială

Colaborativ

- La evaluarea inițială și în cercuri de suport împreună cu un Dietetician și Psiholog

Colaborativ

- Consultați dieteticianul sau programele de gestionare a greutății, după cum este indicat. Poate oferi consiliere și asistență suplimentară pentru satisfacerea nevoilor alimentare individuale.

<p><input type="checkbox"/> Încurajați pacientul să țină un jurnal al consumului de alimente, inclusiv când și unde are loc mâncarea și circumstanțele și sentimentele în jurul cărora a fost consumată mâncarea.</p> <p><i>Oferă o bază de date atât pentru adecvarea nutrienților consumați, cât și pentru relația dintre emoție și alimentație. Ajută la concentrarea atenției asupra factorilor pe care pacientul îi poate controla sau modifica</i></p> <p><input type="checkbox"/> Instruiți și ajutați pacientul în alegerea alimentelor adecvate.</p> <p><i>Implementarea unei diete bogate în fructe, legume și produse lactate cu conținut scăzut de grăsimi, denumită dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension). Ajutați pacientul să identifice – și astfel să evite – alimentele bogate în grăsimi saturate, cum ar fi untul, brânza, ouăle, înghețata și carnea, și pe cele care sunt bogate în colesterol, cum ar fi produsele lactate integrale, creveții și carnea de organe.</i></p> <p><i>Dieta DASH, împreună cu exercițiile fizice, pierderea în greutate și limitele consumului de sare, poate reduce sau chiar elimina necesitatea terapiei medicamentoase în stadiile incipiente ale hipertensiunii (Elmer et al, 2006).</i></p>	<p>Broșuri, Filme educaționale, Programe de gestionare a greutateii</p>
<p>Îmbunătățirea stării de a face față (coping)</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluați eficacitatea strategiilor de coping prin observarea comportamentelor, cum ar fi capacitatea de a verbaliza sentimentele și preocupările și disponibilitatea de a participa la planul de tratament.</p> <p><input type="checkbox"/> Înregistrați raportarea tulburărilor de somn, oboseală în creștere, concentrare redusă, iritabilitate, toleranță scăzută la dureri de cap și incapacitate de a face față sau de a rezolva probleme.</p> <p><i>Manifestările mecanismelor de adaptare dezadaptative pot fi indicatori ai furiei reprimată și s-au dovedit a fi determinanți majori ai TA diastolică (Shapiro și colab., 1995).</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ajutați pacientul să identifice factorii de stres specifici și posibilele strategii pentru a le face față.</p>	<p><input type="checkbox"/> La evaluarea inițială și pe toată perioada internării</p> <p><input type="checkbox"/> Pe toată perioada internării</p> <p><input type="checkbox"/> La evaluarea inițială și pe toată perioada internării</p>

<p><i>Recunoașterea factorilor de stres este adesea primul pas în modificarea răspunsului cuiva la factorul de stres.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Includeți pacientul în planificarea îngrijirii și încurajați participarea maximă la planul de tratament și cu echipa interdisciplinară. <input type="checkbox"/> Încurajați pacientul să evalueze prioritățile de viață și obiectivele personale. <i>Puneți întrebări precum: „Ceea ce faceți vă ajută să obțineți ceea ce doriți?”</i> <input type="checkbox"/> Ajutați pacientul să identifice și să înceapă să planifice schimbările necesare în stilul de viață. <i>Ajută la ajustarea, în loc să abandoneze, obiectivele personale și familiale.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La externare
<p>Cunoștințe deficitare [Nevoia de învățare] cu privire la starea, planul de tratament, autoîngrijirea și nevoile de externare</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluati gradul de pregătire și blocajele pentru învățare. <i>Concepțiile greșite și negarea diagnosticului din cauza sentimentelor de bunăstare de lungă durată pot interfera cu pacientul și cu dorința de a afla despre boală, progresie și prognostic. Dacă pacientul nu acceptă realitatea unei afecțiuni care pune viața în pericol care necesită tratament continuu, stilul de viață și schimbările comportamentale nu vor fi inițiate sau susținute.</i> <input type="checkbox"/> Definiți și precizați limitele TA dorită. Explicați hipertensiunea și efectele acesteia asupra inimii, vaselor de sânge, rinichilor și creierului. <i>Oferă baza pentru înțelegerea creșterilor TA și clarifică terminologia medicală folosită frecvent. Înțelegerea faptului că TA mare poate exista fără simptome este esențială pentru a permite pacientului să continue tratamentul, chiar și atunci când se simte bine. Evitați să spuneți TA „normală” și folosiți termenul „bine controlat” pentru a descrie TA a pacientului în limitele dorite. Deoarece tratamentul pentru hipertensiune arterială este pe tot parcursul vieții, transmiterea</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Continuu pe tot parcursul internării

ideii de „control” ajută pacientul să înțeleagă nevoia de a continua tratamentul și medicația.

- Educați pacientul cu privire la natura cronică a hipertensiunii și scopul de a controla, mai degrabă decât de a vindeca, afecțiunea.**

Înțelegerea faptului că hipertensiunea arterială necesită un management pe tot parcursul vieții poate îmbunătăți aderarea pacientului la modificările stilului de viață și la regimurile de medicamente, reducând complicațiile asociate cu tensiunea arterială necontrolată.

- Asistați pacientul în identificarea factorilor de risc modificabili, obezitatea; dieta bogată în sodiu, grăsimi saturate și colesterol; stil de viață sedentar; fumat; consumul de alcool de peste 2 unități pe zi în mod regulat; și un stil de viață stresant.**

- Sprijiniți pacientul pentru a identifica modalitățile prin care pot fi făcute modificări adecvate ale stilului de viață pentru a reduce factorii de risc modificabili.

Sprijinul, îndrumarea și empatia pot spori succesul pacientului în atingerea obiectivelor sale de sănătate.

- Discutați despre importanța eliminării fumatului și ajutați pacientul în formularea unui plan de renunțare la fumat.** Consultați programul de renunțare la fumat sau furnizorul de asistență medicală pentru medicamente utile.

Nicotina mărește descărcarea de catecolamine, ducând la creșterea frecvenței cardiace, a TA, a vasoconstricției și a volumului de muncă miocardic și reduce oxigenarea țesuturilor.

- Întăriți importanța aderării la regimul de tratament și a ținerii programelor de urmărire.**

Lipsa de cooperare este un motiv comun pentru eșecul terapiei antihipertensive. Prin urmare, evaluarea continuă pentru cooperarea pacientului este esențială pentru succesul tratamentului. Conformitatea se îmbunătățește de obicei atunci când pacientul înțelege factorii cauzali și consecințele intervenției inadecvate și a menținerii sănătății.

- La externare

- **Instruiți și demonstrați** tehnica de auto-monitorizare a TA. Evaluați auzul, acuitatea vizuală, dexteritatea manuală și coordonarea pacientului.

Monitorizarea TA la domiciliu este liniștitoare pentru pacient, deoarece oferă feedback vizual pentru a determina rezultatele tratamentului și ajută la promovarea detectării precoce a modificărilor dăunătoare.

- **Ajutați pacientul să dezvolte un program simplu și convenabil pentru administrarea medicamentelor.**

Individualizarea programului pentru a se potrivi cu obiceiurile personale ale pacientului poate facilita obținerea obiceiului de a include antihipertensive în activitățile de management al sănătății

- **Demonstrați aplicarea pungii de gheață pe partea din ceafă și presiunea peste treimea distală a nasului și recomandați pacientului să se aplece capul înainte dacă apare sângerare nazală.**

Capilarele nazale se pot rupe ca urmare a presiunii vasculare excesive. Temperatura rece și presiunea strâng capilarele pentru a încetini sau opri sângerarea. Aplecarea înainte reduce cantitatea de sânge care este înghițită.

- **Instruiți pacientul despre creșterea aportului de alimente/lichide cu conținut ridicat de potasiu** (portocale, banane, smochine, curmale, roșii, cartofi, stafide, caise și sucuri de fructe, alimente/lichide cu conținut ridicat de calciu, cum ar fi lapte cu conținut scăzut de grăsimi, iaurt, sau suplimente de calciu, după cum este indicat).

Diureticele pot epuiza nivelul de potasiu. Înlocuirea prin alimente este mai gustoasă decât prin administrarea de suplimente farmaceutic.

Se poate corecta tot deficitul.

Unele studii arată că 400 mg de calciu pe zi pot scădea TA sistolice și diastolice. Corectarea deficiențelor minerale poate afecta și TA.

<p><input type="checkbox"/> Încurajați pacientul să stabilească un program individual de exerciții care să includă exerciții aerobice (mers, înot) în limita capacităților pacientului. Subliniați importanța evitării activității izometrice.</p> <p><i>Pe lângă faptul că ajută la scăderea TA, activitatea aerobă ajută la tonifierea sistemului cardiovascular. Exercițiile izometrice pot crește nivelul seric de catecolamine, crescând și mai mult TA.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Oferiți informații cu privire la resursele comunității și sprijiniți pacientul în schimbarea stilului de viață. Inițiați recomandări, așa cum este indicat.</p> <p><i>Clinicile de renunțare la fumat, reabilitarea consumului de alcool sau droguri, programele de slăbire, cursurile de gestionare a stresului și serviciile de consiliere pot fi utile în eforturile pacientului de a iniția și menține schimbări în stilul de viață.</i></p>	
<p>EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: se va efectua cel puțin odată pe tură și se va documenta cel puțin odată pe zi în documentele pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului</p>	
<p>Data _____ pacientul</p> <p>Data _____ pacientul</p> <p>Data _____ pacientul</p> <p>Data _____ pacientul</p>	

13. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU TROMBOZĂ VENOASĂ PROFUNDĂ (TVP)

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:	
Vârstă:	
Data internării:	
Nr FOCG: Plan de îngrijire	
Salon	Pat
Data implementării planului de îngrijire:	

Recunoaștem TVP dacă pacientul prezintă:

- Puls periferic diminuat în extremitatea afectată
- Slăbiciune generalizată sau la nivelul extremității afectate
- Traseu venos dur, cu deformări
- Edem periferic la nivelul extremității afectate (este cel mai specific simptom)
 - ✓ afectarea venelor gambei este asociată, în general, cu absența edemului
 - ✓ afectarea venei femurale este asociată cu edem ușor-moderat
 - ✓ afectarea venei iliofemorale este asociată cu edem sever
- Diferențe ale circumferinței extremității afectate comparativ cu cealaltă extremitate
- Modificări de culoare și temperatură la nivelul extremității afectate: caldură locală, tegumente roșii/albăstrui/palide
- Tahicardie
- Febră, frison
- Durere la nivelul extremității afectate, intensificată la mers.

1. Evaluarea inițială a pacientului cu HTA (trebuie să fie detaliată și completă).

- Evaluați pacientul în ceea ce privește:
 - Istoricul medical de boală vasculară periferică, tromboză venoasă, vene varicoase, accident vascular cerebral trombotic, tulburări de coagulare
 - Factorii predispozanți/de risc: imobilitate prelungită, chirurgie majoră (ex. chirurgie ortopedică), leziuni ale coloanei vertebrale, traume, afecțiuni valvulare cardiace cu aritmii, infarct miocardic acut, accident vascular cerebral, hipertensiune arterială, diabet zaharat, boli oncologice, obezitate, fumat și consum de alcool, vârsta peste 40 ani, prezența unui cateter venos central, administrarea intravenoasă, medicația estrogenică.

<p>1. Respirație</p> <p><i>În prezența trombembolismului pulmonar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Respirație dificilă <input type="checkbox"/> Dezechilibru între cererea și oferta de oxigen 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dispnee <input type="checkbox"/> Dispnee de efort <input type="checkbox"/> Tahipnee <input type="checkbox"/> Hipoxemie <input type="checkbox"/> Hipercapnie <input type="checkbox"/> Cianoză <input type="checkbox"/> Neliniște, iritabilitate <input type="checkbox"/> Efort respirator crescut <input type="checkbox"/> Somnolență
<p>2. Circulație</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Circulație sanguină modificată 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pulsuri periferice diminuate <input type="checkbox"/> Tahicardie <input type="checkbox"/> Edem periferic unilateral <input type="checkbox"/> Traseu venos dur, cu deformări <input type="checkbox"/> Tegumente roșii/albăstrui/palide <input type="checkbox"/> Reumplere capilară lentă/redușă
<p>3. Termoreglare</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Afectarea termoreglării corporale 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Căldură locală <input type="checkbox"/> Febră, frison
<p>4. Alimentație / Hidratare</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Deshidratare <input type="checkbox"/> Nutriție dezechilibrată: în surplus 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tegumente și mucoase uscate <input type="checkbox"/> Hipercoagulabilitate <input type="checkbox"/> Obezitate
<p>5. Eliminare</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Eliminare urinară alterată 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oligurie
<p>6. Mobilitate/Îngrijire personală</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mobilitate afectată <input type="checkbox"/> Capacitate redusă de auto-îngrijire 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mers afectat de durere <input type="checkbox"/> Toleranță scăzută la efort <input type="checkbox"/> Slăbiciune <input type="checkbox"/> Imobilitate <input type="checkbox"/> Diferențe ale circumferinței extremităților
<p>7. Adaptarea la mediu / Percepție</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Percepție modificată 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Teamă, anxietate <input type="checkbox"/> Senzație de moarte iminentă <input type="checkbox"/>

8. Sexualitate <input type="checkbox"/> Afectarea vieții sexuale	<input type="checkbox"/> Toleranță scăzută la efort <input type="checkbox"/> Imobilitate
9. Odihnă și Somn <input type="checkbox"/> Afectarea tiparului de somn	<input type="checkbox"/> Somn întrerupt <input type="checkbox"/> Somnolență
10. Educație pentru sănătate <input type="checkbox"/> Cunoștințe insuficiente / lipsa cunoștințelor <input type="checkbox"/> Comportament non-compliant	<input type="checkbox"/> Solicitare de informații <input type="checkbox"/> Idei greșite <input type="checkbox"/> Respectarea greșită a instrucțiunilor primite <input type="checkbox"/> Dezvoltarea de complicații prevenibile
11. Credințe și valori <input type="checkbox"/> Afectarea valorilor și credințelor personale	<input type="checkbox"/> Toleranță scăzută la efort <input type="checkbox"/> Imobilitate <input type="checkbox"/> Teamă de moarte
12. Adaptarea socială și toleranța la stres <input type="checkbox"/> Toleranță redusă la stres <input type="checkbox"/> Activitate socio-profesională afectată	<input type="checkbox"/> Teamă, anxietate <input type="checkbox"/> Iritabilitate <input type="checkbox"/> Toleranță scăzută la efort <input type="checkbox"/> Durere
Durerea <input type="checkbox"/> Durere acută	<input type="checkbox"/> Durere la nivelul extremității afectate, intensificată la mers <input type="checkbox"/> Durere toracică <input type="checkbox"/> Raportarea durerii <input type="checkbox"/> Sensibilitate locală <input type="checkbox"/> Reacție de apărare

2. Se recoltează probe de laborator la recomandarea medicului.

- Probe de laborator: Hemoleucogramă, teste de coagulare, D-Dimeri
- Alte teste de diagnostic: Ecografie Doppler, Pletismografie cu impedanță, Venografie, Imagistica prin rezonanță magnetică

3. Revizuirea datelor obiective și subiective colectate

- Prezența simptomelor și a factorilor de risc pentru TVP
- Rezultatele testelor de diagnostic confirmă diagnosticul de TVP

4. Confirmați cu diagnosticul medical de TVP din FOCG

Priorități de îngrijire:

- Favorizarea circulației și îmbunătățirea perfuziei tisulare.
- Managementul durerii și asigurarea confortului.
- Prevenirea tromboembolismul pulmonar și a altor complicații.
- Terapia anticoagulantă.
- Educația pacientului - furnizarea de informații privind evoluția bolii, tratamentul necesar și prognosticul bolii.

DIAGNOSTICE DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- PERFUZIE TISULARĂ PERIFERICĂ INEFICIENTĂ**
 - ✓ **Corelată cu:** flux sanguin scăzut, stază venoasă
 - ✓ **Evidențiată prin:** edem tisular, durere, diminuarea pulsurilor periferice, reumplere capilară lentă sau redusă, paloare sau eritem tegumentar
- DURERE ACUTĂ / CONFORT AFECTAT**
 - ✓ **Corelată cu:** diminuarea circulației arteriale, acumularea de acid lactic în țesuturi, procesul inflamator
 - ✓ **Evidențiată prin:** raportarea durerii, sensibilitate locală, arsură, neliniște, reacție de apărare
- SCHIMB GAZOS AFECTAT (în prezența embolismului pulmonar)**
 - ✓ **Corelat cu:** alterarea fluxului sanguin la nivel alveolar, atelectazie, edem pulmonar
 - ✓ **Evidențiat prin:** dispnee severă, neliniște, somnolență, cianoză, hipoxemie, hipercapnie
- DEFICIT DE CUNOȘTINȚE**
 - ✓ **Corelat cu:** necunoașterea/nefamiliaritatea cu informațiile sau interpretarea greșită a informațiilor
 - ✓ **Evidențiat prin:** solicitare de informații, idei greșite, respectarea greșită a instrucțiunilor primite, dezvoltarea de complicații prevenibile
-
-

OBIECTIVE / REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Îmbunătățirea perfuziei periferice, demonstrată de prezența pulsurilor periferice, absența edemului, culoarea și temperatura tegumentară normale.
- Creșterea toleranței la activitate.
- Ameliorarea / Controlul durerii.
- Îmbunătățirea confortului, somnului și odihnei.
- Normalizarea oxigenării, demonstrată de valorile în limite normale ale gazelor sanguine arteriale.
- Ameliorarea sau dispariția simptomelor de detresă respiratorie.
- Exprimarea înțelegerii procesului bolii, a regimului de tratament și a limitărilor.
- Participarea pacientului la procesul de învățare.

<input type="checkbox"/> Identificarea, de către pacient, a semnelor și simptomelor care necesită consultarea unui medic. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	
ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA	FRECVENȚA
<p>Intervenții dependente</p> <input type="checkbox"/> Administrarea medicamentelor conform recomandărilor medicului	<input type="checkbox"/> La recomandarea medicului
<p>Intervenții independente</p> <input type="checkbox"/> Documentarea în <i>Formularul de Administrare Medicamente</i>	<input type="checkbox"/> Imediat după administrarea medicamentelor
<input type="checkbox"/> Monitorizarea răspunsului la medicamentele administrate	<input type="checkbox"/> După administrarea medicamentelor
<p>PERFUZIE TISULARĂ PERIFERICĂ INEFICIENTĂ</p> <input type="checkbox"/> Examinați membrele inferioare pentru identificarea modificărilor de culoare, temperatură, volum, simetrie, durere.	<input type="checkbox"/> La internare <input type="checkbox"/> La intrarea în tură <input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie <input type="checkbox"/> Conform indicației medicului
<input type="checkbox"/> Palpați ușor pentru tensiunea locală a țesuturilor , pielea întinsă și noduri sau umflături de-a lungul cursului venei.	<input type="checkbox"/> Periodic/continuu
<input type="checkbox"/> Măsurati circumferința membrelor inferioare. <ul style="list-style-type: none"> ○ La 10 cm sub tuberozitatea tibială și la 10-15 cm deasupra marginii superioare a rotulei. ○ Este suspectată TVP dacă există o diferență de >3 cm între extremități. 	<input type="checkbox"/> Imediat după măsurare sau evaluare
<input type="checkbox"/> Evaluați reumplerea capilară.	<input type="checkbox"/> Conform indicației
<input type="checkbox"/> Monitorizați funcțiile vitale.	<input type="checkbox"/> Periodic, conform protocolului local
<input type="checkbox"/> Documentați în planul de îngrijiri valorile și informațiile obținute.	<input type="checkbox"/> Plimbări scurte și frecvente
<input type="checkbox"/> Ridicați picioarele pacientului, dacă este indicat. <i>Pentru creșterea întoarcerii venoase.</i>	
<input type="checkbox"/> Inițiați realizarea de exerciții active sau pasive (flexie, extensie, rotire), dacă pacientul este imobilizat la pat.	

<p><i>Pentru creșterea întoarcerii venoase, pentru reducerea stazei venoase, pentru îmbunătățirea forței musculare.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Promovați mobilizarea precoce a pacientului. <i>Pentru prevenirea complicațiilor pulmonare.</i> <input type="checkbox"/> Asistați pacientul la reluarea treptată a mersului. <input type="checkbox"/> Instruiți pacientul să evite încrucișarea picioarelor. <i>Afectează fluxul sanguin și crește staza venoasă.</i> <input type="checkbox"/> Instruiți pacientul să evite frecarea sau masarea extremității afectate. <i>Potențiază riscul de fragmentare și dislocare a trombului.</i> <input type="checkbox"/> Încurajați exercițiile de respirație profundă. <i>Pentru a crește presiunea negativă în torace și golirea venelor mari.</i> <input type="checkbox"/> Asigurați un aport de lichide de cel puțin 1500-2000 ml/zi, în limitele toleranței cardiace și conform indicației medicale. <i>Pentru reducerea riscului de deshidratare, care crește vâscozitatea sângelui și staza venoasă, predispunând la formarea de trombi.</i> <input type="checkbox"/> Aplicați comprese calde și umede pe extremitatea afectată, dacă este indicat. <i>Pentru a favoriza vasodilatația și întoarcerea venoasă Poate fi contraindicată în prezența insuficienței arteriale</i> <input type="checkbox"/> Aplicați ciorapii compresivi și/sau compresie pneumatică intermitentă, conform indicației medicale. <input type="checkbox"/> Pregătiți pacientul pentru proceduri sau intervenții: ex. trombectomie mecanică percutanată (PMT), intervenție chirurgicală, atunci când sunt indicate. <input type="checkbox"/> Administrați medicamentele conform recomandărilor medicului <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Heparină sodică - intravenos continuu sau intermitent, subcutanat (SC) intermitent <input type="checkbox"/> Heparină cu greutate moleculară mică (HGMM) - 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La nevoie <input type="checkbox"/> La internare <input type="checkbox"/> Cel puțin o dată pe tură <input type="checkbox"/> Conform indicației medicului <input type="checkbox"/> Conform indicației medicului <input type="checkbox"/> Conform indicației medicului <input type="checkbox"/> Conform indicației medicului <input type="checkbox"/> Periodic, după obținerea rezultatelor
--	--

<p>Ex. Enoxaparina (Clexane), Dalteparina (Fragmin), prin injecții SC</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Derivați cumarinici - Ex. Acenocumarol (Sintrom), Warfarina (Coumadin), pe cale orală <input type="checkbox"/> Agenți trombolitici - Ex. Alteplasa (Actilyse), Reteplasa (Retavase), pe cale injectabilă/perfuzie <input type="checkbox"/> Monitorizați rezultatele analizelor de laborator <input type="checkbox"/> Timpul de protrombină (PT), timpul de tromboplastină parțial (PTT) și timpul de protrombină activată (aPTT) <input type="checkbox"/> Numărul de trombocite, funcția trombocitară, anticorpi antiheparină 	
<p>DURERE ACUTĂ / CONFORT AFECTAT</p> <p>Evaluati gradul și caracteristicile durerii.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Folosiți un instrument de evaluare a durerii (Ex. Scala numerică). <input type="checkbox"/> Schimbările apărute în caracteristicile durerii pot indica dezvoltarea unor complicații. <input type="checkbox"/> Observați existența reacției de apărare. <input type="checkbox"/> Palpați piciorul cu precauție. <p>Monitorizați semnele vitale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Observați dacă există valori modificate (ex. tahicardie, febră) - Tahicardia poate apărea ca răspuns la febră și la procesul inflamator. <input type="checkbox"/> Instruiți pacientul să anunțe imediat dacă apare durere toracică, dispnee, tahicardie sau alt tip de durere. <input type="checkbox"/> Investigați raportările de durere toracică bruscă, însoțită de dispnee și tahicardie, sau dezvoltarea unei noi dureri într-un alt loc de afectare vasculară. <p><i>Aceste semne și simptome sugerează apariția unor complicații: tromboembolism pulmonar sau ocluzie arterială periferică; este necesară intervenție urgentă.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Documentați în planul de îngrijiri valorile și informațiile obținute. <input type="checkbox"/> Ridicați extremitatea afectată, dacă este indicat. <i>Îmbunătățește întoarcerea venoasă și facilitează circulația, reducând astfel staza și formarea edemului.</i> <input type="checkbox"/> Instruiți pacientul să mențină repausul la pat în timpul fazei acute. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La internare <input type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie <input type="checkbox"/> Periodic/continuu <input type="checkbox"/> Imediat după măsurare sau evaluare <input type="checkbox"/> Conform indicației <input type="checkbox"/> La internare <input type="checkbox"/> Cel puțin o dată pe tură <input type="checkbox"/> Din 2 în 2 ore

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Încurajați pacientul să își schimbe poziția frecvent. <i>Minimizează spasmul muscular și maximizează circulația către țesuturi.</i> <input type="checkbox"/> Aplicați căldură umedă la extremități, dacă este indicat. <input type="checkbox"/> Administrați medicamentele conform recomandărilor medicului <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Analgetice (opioide și nonopioide) <input type="checkbox"/> Antipiretice (ex. Acetamonifen). 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conform indicației medicului <input type="checkbox"/> Conform indicației medicului
<p>SCHIMB GAZOS AFECTAT (în prezența embolismului pulmonar)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Observați frecvența și amplitudinea respiratorie. <input type="checkbox"/> Observați efortul respirator, utilizarea mușchilor accesorii sau bățile aripilor nazale. <input type="checkbox"/> Auscultați plămâni pentru existența unor zone cu zgomote respiratorii scăzute/absente sau sunete anormale. <input type="checkbox"/> Observați dacă există cianoză la nivelul urechilor, buzelor sau limbii. <input type="checkbox"/> Monitorizați semnele vitale și pulsoximetria <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Observați dacă există modificări ale ritmului cardiac. <input type="checkbox"/> Evaluați nivelul de conștiență <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Observați dacă există schimbări de comportament (neliniște, iritabilitate, etc.) <input type="checkbox"/> Evaluați toleranța la activitate <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Observați dacă există slăbiciune, oboseală, dispnee și modificări ale semnelor vitale în timpul efortului. <input type="checkbox"/> Adaptați activitățile la toleranța la efort a pacientului. <input type="checkbox"/> Inițiați realizarea exercițiilor de respirație profundă și tuse. <input type="checkbox"/> Realizați aspirația secrețiilor, dacă este cazul. <input type="checkbox"/> Poziționați pacientul în decubit șezând sau semișezând, conform toleranței pacientului și indicației medicale. <input type="checkbox"/> Asigurați schimbarea frecventă a poziției și mobilizare a pacientului, conform toleranței 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La internare <input type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie <input type="checkbox"/> Periodic/continuu <input type="checkbox"/> La internare <input type="checkbox"/> Cel puțin o dată pe tură <input type="checkbox"/> Conform indicației medicului <input type="checkbox"/> Conform indicației medicului <input type="checkbox"/> Permanent

<p>acestua și indicației medicale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Încurajați pacientul, pentru a reduce teama și anxietatea <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Încurajați pacientul să comunice <input type="checkbox"/> Oferiți explicații scurte despre situația prezentă și efectele așteptate ale intervențiilor <input type="checkbox"/> Pot crește consumul și cererea de oxigen. <input type="checkbox"/> Asigurați supravegherea și monitorizarea continuă a pacientului. <input type="checkbox"/> Pregătiți pacientul pentru investigațiile indicate de medic (ex. tomografie computerizată). <input type="checkbox"/> Monitorizați valorile gazelor sanguine arteriale. <input type="checkbox"/> Administrați oxigen suplimentar, conform indicației medicale. <input type="checkbox"/> Asigurați umidificare suplimentară (ex. cu nebulizatoare). <p><i>Pentru umidificarea membranelor mucoase și lichefierea secrețiilor respiratorii.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asigurați existența materialelor și echipamentelor de urgență, necesare în cazul deteriorării stării pacientului (ex. pentru intubație traheală și ventilație mecanică în cazul insuficienței respiratorii). <input type="checkbox"/> Asigurați aportul lichidian adecvat, pe cale intravenoasă sau orală, conform indicației medicale. <p><i>Pentru reducerea vâscozității sângelui și susținerea volumului circulant și perfuziei tisulare</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Administrați medicamentele, conform recomandărilor medicului <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agenți trombolitici - Ex. Alteplasa (Actilyse), Reteplasa (Retavase), Streptokinaza (Streptaza), Urokinaza (Abbokinaza) <input type="checkbox"/> Sulfat de morfină și medicație anxiolitică. <input type="checkbox"/> Asigurați realizarea exercițiilor de fizioterapie toracică (ex. drenaj postural, percuția zonei neafectate, utilizarea dispozitivelor de suflare). <input type="checkbox"/> Pregătiți pacientul și participați la realizarea bronhoscopiei. <input type="checkbox"/> Pregătiți pacientul pentru intervenția chirurgicală, dacă este indicat. <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La nevoie <input type="checkbox"/> Conform indicației medicului <input type="checkbox"/> Conform indicației medicului <input type="checkbox"/> Conform indicației medicului <input type="checkbox"/> Conform indicației medicului
--	--

DEFICIT DE CUNOȘTIȚE

- Informați pacientul în ceea ce privește semnele și simptomele posibilelor complicații.**
- Explicați pacientului care este scopul restricțiilor legate de efort și necesitatea echilibrului între activitate și odihnă.**
- Stabiliți un program adaptat de exerciții și activități.
- Discutați cu pacientul despre soluții posibile pentru combaterea factorilor predispozanți (ex. profesie care presupune menținerea unei poziții ortostatice/așezat pe scaun pentru o perioadă lungă, purtarea de îmbrăcăminte restrictivă, utilizarea contraceptivelor orale, obezitatea, imobilitatea prelungită sau deshidratarea).
- Recomandați poziționarea tălpilor pe podea** pentru poziția șezândă și evitarea încrucișării picioarelor.
- Instruiți pacientul pentru respectarea recomandărilor de îngrijire riguroasă a pielii la nivelul extremităților inferioare
- Instruiți pacientul să observe și să raporteze apariția unei:**
 - leziuni tegumentare
 - modificări de culoare a pielii
 - sângerări la nivelul mucoaselor (nazală sau gingivală)
 - sângerări prelungite
 - echimoze, vânătăi, peteșii după un traumatism minor.
- Discutați scopul administrării medicației anticoagulante.**

Subliniați importanța respectării indicațiilor medicale.
- Informați pacientul în ceea ce privește respectarea precauțiilor legate de administrarea tratamentului anticoagulant:
 - folosirea unei periute de dinți moale, a aparatului de ras electric pentru bărbierit, a mănușilor pentru grădinarit
 - evitarea obiectelor ascuțite (ex. scobitori), a mersului desculț, a implicării în sporturi dure, a suflării puternice a nasului
 - posibilele interacțiuni între tratamentul anticoagulant și alte medicamente, suplimente alimentare sau alimente.
- Informați pacientul în privința importanței controlului medical periodic și a realizării testelor de laborator periodice.**

- La internare
- Periodic
- Ori de câte ori este nevoie
- La externare

EVALUAREA PACIENTULUI POST-ÎNGRIJIRI: *se va efectua cel puțin odată pe tură și se va documenta cel puțin odată pe zi în documentele pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului*

Data _____ pacientul

Data _____ pacientul

Data _____ pacientul

Data _____ pacientul

Considerații pentru planul de externare / Obiective la externare

- Îmbunătățirea perfuziei tisulare la membrul afectat.
- Ameliorarea durerii și disconfortului.
- Soluționarea complicațiilor existente și prevenirea altor complicații.
- Înțelegerea procesului bolii, a prognosticului și a nevoilor terapeutice

14. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU DIABET ZAHARAT

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:
Vârstă:
Data internării:
Nr FOCG: Plan de îngrijire
Salon Pat
Data implementării planului de îngrijire:

Clasificările diabetului zaharat

Diabetul de tip 1. Caracterizat prin distrugerea celulelor beta pancreatice care duce la deficiență absolută de insulină, inclusiv diabetul autoimun latent la vârsta adultă.
Diabetul de tip 2. Caracterizat prin pierderea progresivă a celulelor beta pancreatice și care implică rezistență la insulină și secreție de insulină afectată.
Diabetul zaharat gestațional (GDM). Debutul diabetului este diagnosticat în timpul celui de-al doilea sau al treilea trimestru de sarcină, în cazurile în care nu a fost prezent ca diabet evident înainte de concepție.
<i>Tipuri specifice de diabet. Din alte cauze, precum sindroamele Diabetului monogenic (Diabetul neonatal și Diabetul cu debut la maturitate la tineri), bolile care afectează Pancreasul exocrin (Fibroza chistică și Pancreatită) și Diabetul indus de medicamente (tratamentul cu glucocorticoizilor, tratamentul HIV / SIDA sau transplantul de organe).</i>

1. Evaluarea inițială a pacientului cu Diabet zaharat
<i>Evaluati istoricul de sănătate al pacientului:</i>
<input type="checkbox"/> Poliurie sau urinare crescută. Rinichii elimină excesul de zahăr din sânge, rezultând o producție mai mare de urină.
<input type="checkbox"/> Polidipsie sau sete crescută. Organismul pierde mai multă apă pe măsură ce apare poliuria, declanșând o creștere a setei pacientului.
<input type="checkbox"/> Polifagie sau apetit crescut. Deși pacientul poate consuma o mulțime de alimente, glucoza nu poate intra în celule din cauza rezistenței la insulină sau a lipsei producției de insulină.
<input type="checkbox"/> Frecvent obez. Asociat cu multe complicații, inclusiv boli de inimă și accident vascular cerebral, hipertensiune arterială, orbire, boli ale rinichilor și ale sistemului nervos, amputații și complicații ale sarcinii.
<input type="checkbox"/> Oboseală și slăbiciune. Corpul nu primește suficientă energie din alimentele pe care pacientul le consumă.
<input type="checkbox"/> Piele uscată. Din cauza poliuriei, pielea devine deshidratată.
<input type="checkbox"/> Leziuni ale pielii sau răni care se vindecă lent. În loc să pătrundă în celule, glucoza se aglomerează în interiorul vaselor de sânge, împiedicând trecerea celulelor albe din sânge care sunt necesare pentru vindecarea rănilor.

<input type="checkbox"/> Infecții recurente. Datorită concentrației mari de glucoză, bacteriile se dezvoltă ușor.	
Aspecte biologice/ Psihologice, comunicare și învățare/ Sociale, spirituale și morale	
<p>Respirație</p> <input type="checkbox"/> Foame de aer (stadiile târzii ale cetoacidozei metabolice)	<input type="checkbox"/> Tahipnee
<input type="checkbox"/> Tuse cu și fără spută purulentă (infecție)	<input type="checkbox"/> Respirația lui Kussmaul (acidoză metabolică)
<p>Circulație</p> <input type="checkbox"/> Istoric de Hipertensiune Arterială; Infarct Miocardic acut, Claudicație, amorțeală, furnicături ale extremităților (efecte pe termen lung)	<input type="checkbox"/> Sputa galbenă sau verde (infecție) Tahicardie
<input type="checkbox"/> Ulcere venoase (ulcer varicos sau ulcer de gambă)	<input type="checkbox"/> Modificări ale tensiunii arteriale (TA) posturale; hipertensiune
<p>Termoreglare</p> <input type="checkbox"/> Piele fierbinte, uscată, înroșită.	<input type="checkbox"/> Pulsuri scăzute și absente
<p>Alimentare/ Hidratare</p> <input type="checkbox"/> Pierderea poftei de mâncare, greață și vărsături	<input type="checkbox"/> Disritmii
<input type="checkbox"/> Nerespectarea dietei prescrise, aportul crescut de glucoză și carbohidrați	<input type="checkbox"/> Distensia venei jugulare - dacă este prezentă insuficiență cardiacă
<input type="checkbox"/> Scădere în greutate pe o perioadă de zile sau săptămâni	<input type="checkbox"/> Evoluție trenantă
<input type="checkbox"/> Sete	<input type="checkbox"/> Rigiditate și distensie abdominală
<input type="checkbox"/> Utilizarea de medicamente care exacerbează deshidratarea, cum ar fi diureticele	<input type="checkbox"/> Halitoză și miros dulce, fructat este severă
<input type="checkbox"/> Determinați greutatea corporală reală și exactă pentru vârstă și înălțime.	<input type="checkbox"/> Piele uscată și crăpată, turgescență slabă a pielii
<input type="checkbox"/> Determinați înălțimea pacientului	
<input type="checkbox"/> Determinați indicele de masă corporală (IMC) al pacientului. Formula este $IMC = \frac{kg}{m^2}$, unde kg este greutatea unei persoane în kilograme și m ² este înălțimea lor în metri pătrat.	
<p>Eliminare</p> <input type="checkbox"/> Schimbarea modelului obișnuit de golire urinară excesivă (poliurie)	<input type="checkbox"/> Urina palidă, galbenă, diluată
<input type="checkbox"/> Nicturie	<input type="checkbox"/> Poliuria poate evolua spre oligurie și anurie dacă apare hipovolemie severă; globi oculari scufundați, dacă deshidratarea este severă
<input type="checkbox"/> Durere și arsură, dificultăți de micționare (infecție a vezicii urinare neurogene)	<input type="checkbox"/> Urina tulbure, mirositoare (infecție)
<input type="checkbox"/> Infecții recente și recurente ale tractului urinar	<input type="checkbox"/> Zgomote intestinale diminuate sau hiperactive (diaree)
<input type="checkbox"/> Sensibilitate abdominală, balonare, diaree	<input type="checkbox"/> Confuzie, dezorientare
<p>Adaptarea la mediu / Percepție</p> <input type="checkbox"/> Leșin, amețeli	
<input type="checkbox"/> Dureri de cap	
<input type="checkbox"/> Nivel alterat de conștiință	

- Parestezie (neuropatie diabetică), furnicăături, amorțeală, slăbiciune în mușchi
- Tulburări de vedere
- Reflexele tendinoase profunde pot fi reduse
- Disconfort abdominal, balonare și durere abdominală
- Piele uscată, mâncărime, ulcerații ale pielii
- Parestezie (neuropatie diabetică)

Mobilitate/ îngrijire personală

- Ulcere ale picioarelor
- Infecții recurente (frecvente și persistente) din cauza funcției imunitare compromise.
- Scăderea puterii generale și a amplitudinii de mișcare
- Slăbiciune și paralizie a mușchilor, inclusiv a musculaturii respiratorii - dacă nivelurile de potasiu sunt semnificativ scăzute
- Deficit de cunoștințe corelat cu procesul bolii, prognosticul, nevoile de auto-îngrijire și regimul terapeutic, etc.

Sexualitate

- Secreții vaginale (predispuse la infecții)
- Probleme cu impotență (bărbați)

Odihnă și Somn

- Tulburări de somn și odihnă
- Slăbiciune, oboseală, dificultăți de mers și de mișcare
- Crampe musculare, scăderea forței musculare

- Somnolență, letargie, stupoare și comă (stadii ulterioare)
- Activitate convulsivă (stadii târzii ale Cetoacidozei diabetice sau hipoglicemie)
- Senzații de ace sau pierderea senzației la extremități, senzație de rece sau durere fulgerătoare
- Alterări rapide ale acuității vizuale.
- Grimasă facială la palpare abdominală, protejează zona atinsă
- Febră, diaforeză
- Deteriorarea pielii, leziuni și ulcerații
- Gambe tumefiate, edem care menține forma degetelor cu care se efectuează o presiune (edem depresibil)
- Depigmentarea și colorarea tegumentelor perilezionale (se mai numeste și hiperpigmentare)
- Tegumente cartonate în jurul ulcerului, determinând apariția senzației de rigiditate și adoptând forma unei sticle de șampanie (cunoscută ca și lipodermatoscleroză)
- Zone mici, fine de tegument depigmentat, ce pot conține mici puncte roșii (cunoscută ca și atrofia albă).
- Durere de gambă, ce poate fi continuă sau intermitentă (poate apărea și dispărea)
- Sentiment de greutate la nivelul membrului afectat
- Eczemă venoasă (prurit, iritarea tegumentelor de către presiunea sanguină crescută la nivelul venelor membrelor).
- Tahicardie și tahipnee în repaus sau cu activitate
- Letargie, dezorientare, comă
- Scăderea forței musculare și a tonusului

<p>Educație pentru sănătate</p> <p>Pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Înțelegerea factorilor de risc familiali, cum ar fi diabetul zaharat, bolile de inimă, accidentul vascular cerebral, hipertensiunea arterială <input type="checkbox"/> Vindecare lentă și întârziată <input type="checkbox"/> Complanța la tratament pentru Diabet <input type="checkbox"/> Efectele altor medicamente <p><i>Adaptarea socială și toleranța la stres</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Factori de stres în viață de zi cu zi, inclusiv preocupări financiare și preocupări legate de starea de sănătate 	
<p>2. Se recoltează probe de laborator la recomandarea medicului</p>	
<p>3. Revizuirea datelor obiective și subiective colectate</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Poliurie = Urinarea crescută din cauza pierderii excesive de lichid cauzate de diureza osmotică 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Polidipsie = Creșterea setei ca urmare a pierderii de lichide și a deshidratării 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Polifagia = Creșterea poftei de mâncare rezultată din starea catabolică cauzată de deficitul de insulină și defalcarea proteinelor și grăsimilor 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oboseală și slăbiciune = Senzație de lipsă de energie 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alterări rapide ale acuității vizuale 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Furnicături sau amorțeli în mâini sau picioare. Senzații de ace sau pierderea senzației la extremități. 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Piele uscată. Pielea lipsită de umiditate și devine aspră sau descuamată 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Leziuni sau răni ale pielii cu vindecare lentă. Vindecarea întârziată a rănilor și regenerarea afectată a pielii 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Infecții frecvente și persistente din cauza funcției imunitare compromise. 	
<p>4. Confirmați cu diagnosticul medical de Diabet zaharat din FOCG</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mențiuni..... 	
<p>Considerații pentru planul de externare</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Homeostazia realizată. 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Factorii cauzali și precipitanți corectați sau controlați. 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Complicațiile prevenite sau minimizeate. 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Procesul bolii, prognosticul, nevoile de auto-îngrijire și regimul terapeutic înțeles. 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Planul pentru a satisface nevoile după externare realizat. 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mențiuni 	
<p>PRIORITĂȚI DE ÎNGRIJIRE</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Restabilirea echilibrului fluid și electrolic și acido-bazic. 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Corectarea sau inversarea anomaliilor metabolice. Controlul glicemic. Gestionarea și menținerea nivelului de glucoză din sânge prin medicamente, dietă și modificări ale stilului de viață 	

<input type="checkbox"/> Identificați și ajutați cu gestionarea cauzei de bază sau a procesului bolii. Educați pacientul cu privire la gestionarea diabetului, inclusiv administrarea medicamentelor, monitorizarea nivelului de glucoză din sânge, planificarea meselor, exercițiile fizice și recunoașterea semnelor de hiperglicemie sau hipoglicemie.
<input type="checkbox"/> Preveniți complicațiilor potențiale. Abordarea factorilor de risc pentru boli cardiovasculare, nefropatie, retinopatie și neuropatii comune la pacienții cu diabet.
<input type="checkbox"/> Gestionarea greutateii. Promovarea unei greutate sănătoase prin alimentație adecvată și activitate fizică, luând în considerare nevoile individuale și comorbiditățile.
<input type="checkbox"/> Îngrijirea picioarelor. Asigurarea unei igiene adecvate a piciorului, inspecții regulate și abordarea oricăror semne de neuropatie sau ulcere ale piciorului pentru a preveni complicațiile piciorului diabetic.
<input type="checkbox"/> Menționați.....

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):
<p>Diagnostiche de îngrijire</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Volum de lichid deficitar legat de Diureza osmotică din hiperglicemie, evidențiat de creșterea debitului urinar, slăbiciune, sete, pierdere bruscă în greutate; piele uscată și mucoase, turgescență slabă a pielii; hipotensiune arterială, tahicardie, reumplere capilară întârziată.</i> <input type="checkbox"/> <i>Deficitul de cunoștințe legat de noul diagnostic al diabetului zaharat, evidențiat de întrebările pacientului despre managementul bolii și administrarea insulinei.</i> <input type="checkbox"/> <i>Întreținerea ineficientă a sănătății legată de lipsa de înțelegere a managementului diabetului, evidențiată de monitorizarea neregulată a glicemiei și dozele omise de medicamente.</i> <input type="checkbox"/> <i>Intoleranță la activitate legată de slăbiciune musculară, evidențiată prin dificultăți de respirație în timpul efortului și raportările pacientului de oboseală.</i> <input type="checkbox"/> <i>Oboseala legată de scăderea producției de energie, evidențiată de rapoartele pacienților de oboseală și incapacitatea de a efectua activități obișnuite.</i> <p>Diagnostiche de risc</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Risc pentru niveluri instabile de glucoză din sânge, evidențiată de cunoștințe inadecvate despre diabet, practici inconsecvente de auto-îngrijire și bariere potențiale, cum ar fi resurse limitate, lipsa sprijinului familiei sau credințe culturale.</i> <input type="checkbox"/> <i>Risc de infecție evidențiat de hiperglicemie și vindecarea întârziată a rănilor.</i> <input type="checkbox"/> <i>Risc de deteriorare a integrității pielii, evidențiat prin scăderea senzației la picioare și circulația deficitară.</i> <input type="checkbox"/> <i>Risc de perturbare a percepției senzoriale, evidențiat de rapoartele de vedere încețoșată și dificultăți de citire.</i>
OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Pacientul va menține constant valorile glicemiei mai mici de 180 mg/dL, nivelurile de glucoză din sânge a jeun mai mici de 140 mg/dL și un nivel al hemoglobinei A1C sub 7%.</i>

- Pacientul va demonstra înțelegerea factorilor cheie care pot afecta stabilitatea glucozei.
- Pacientul va demonstra cu acuratețe cunoașterea tehnicilor de injectare a insulinei, va recunoaște simptomele și tratamentul adecvat al hipoglicemiei și va demonstra înțelegerea cerințelor dietetice pentru gestionarea stării lor.
- Pacientul va recunoaște activ sentimentele de neajutorare, va identifica strategii sănătoase de coping pentru a face față emoțiilor și va participa activ la planificarea propriei îngrijiri asumându-și responsabilitatea pentru activitățile de autoîngrijire.
- Pacientul va demonstra eficient cunoașterea măsurilor de auto-îngrijire a diabetului, a procedurilor adecvate, și va verbaliza o înțelegere cuprinzătoare a procesului bolii diabetului și a potențialelor complicații, oferind în același timp explicații clare pentru rațiunea din spatele acțiunilor lor.
- Pacientul va cunoaște cantitățile adecvate de calorii și nutrienți în funcție de nevoile lor individuale și va demonstra stabilizarea greutății sau progresul gradual către intervalul obișnuit/dorit, cu valorile de laborator în intervalul normal.

ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):	FRECVENȚA
<p>Diagnostic de îngrijire: Volum de lichid deficitar legat de Diureza osmotică din hiperglicemie, evidențiat de creșterea debitului urinar, slăbiciune, sete, pierdere bruscă în greutate; piele uscată și mucoase, turgescență slabă a pielii; hipotensiune arterială, tahicardie, reumplere capilară întârziată.</p> <p>Managementul fluidelor/electroliților Independent</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obțineți antecedente de la pacient și alte membrilor familiei legate de durata și intensitatea simptomelor, cum ar fi vărsăturile și urinarea excesivă. <p><i>Ajută la estimarea epuizării volumului total. Este posibil ca simptomele să fi fost prezente pentru perioade variate de timp - ore până la zile. Prezența procesului infecțios are ca rezultat febră și stare hipermetabolică, crescând pierderile de lichide insensibile.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizarea semnelor vitale: • Observați modificările TA ortostatice. <p><i>Hipovolemia se poate manifesta prin hipotensiune arterială și tahicardie. Estimările severității hipovolemiei pot fi făcute atunci când TA sistolică a pacientului scade cu mai mult de 10 mm Hg de la poziția culcat la poziția șezând sau în picioare. Notă: Neuropatia cardiacă poate bloca reflexele care cresc în mod normal ritmul cardiac.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Respirația Kussmaul - Evaluați frecvența și calitatea respiratorie; utilizarea mușchilor accesorii, perioadele de 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La internare <input type="checkbox"/> La internare <input type="checkbox"/> Pe toată perioada internării

apnee și apariția cianozei.

Plămânii elimină acidul carbonic prin respirații, producând o alcaloză respiratorie compensatorie sau cetoacidoză. Respirația cu acetona se datorează descompunerii acidului acetoacetic și ar trebui să scadă pe măsură ce cetoza este corectată. Corectarea hiperglicemiei și a acidozei va face ca frecvența și modelul respirator să se apropie de normal. Spre deosebire de aceasta, munca crescută de respirație - respirații superficiale, rapide - și prezența cianozei pot indica oboseală respiratorie și acel pacient își pierde capacitatea de a compensa acidoza.

- **Temperatura, culoarea pielii și umiditatea.**

Febra, frisoanele și diaforeza sunt frecvente în cazul proceselor infecțioase, dar febra cu pielea înroșită și uscată poate reflecta deshidratarea. Notă: Deși febra este un factor de precipitare frecvent pentru cetoacidoza metabolică diabetică, pacienții pot fi normotermici sau hipotermici din cauza vasodilatației periferice.

- **Evaluati pulsurile periferice, reumplerea capilară, turgența pielii și membranele mucoase.**

Sunt indicatori ai nivelului de hidratare și adecvare a volumului circulant.

- **Monitorizați eliminările și aportul de lichide, notează greutatea specifică a urinei.**

Oferă o estimare continuă a nevoilor de înlocuire a volumului, a funcției renale și a eficacității terapiei.

- **Cântăriți pacientul.**

Oferă cea mai bună evaluare a stării curente a lichidului și a adecvării înlocuirii lichidului.

- **Menținerea aportului de lichide de cel puțin 2500 ml/zi în limitele toleranței cardiace atunci când aportul oral este reluat.**

Menține hidratarea și volumul circulant.

- **Promovați un mediu confortabil.**

Evită supraîncălzirea, care ar putea favoriza pierderea suplimentară de lichid.

- **Investigați schimbările în mentalitate și senzoriale.**

Modificările în mentalitate se pot datora glucozei anormal de ridicate sau scăzute, anomalii electrolitice, acidoză, scăderea perfuziei cerebrale sau dezvoltarea hipoxiei.

Colaborativ

- **Administrați lichid**

Tipul și cantitatea de lichid depind de gradul de deficit și de răspunsul individual al pacientului. Notă: Pacientul cu Cetoacidoza

Zilnic

Conform indicațiilor medicului

<p><i>metabolică diabetică este adesea sever deshidratat și are nevoie de obicei de 5 până la 10 L de Soluție Salină izotonică 0,9% (ser fiziologic), 2 până la 3 L în primele 2 ore de tratament. Soluție Ringer lactată fără aditivi. Albumină, Plasmă, Dextran. Potasiu și alți electroliți intravenos sau pe cale orală, după cum este indicat. Se administrează bicarbonat, dacă este indicat, de exemplu, dacă pH-ul este mai mic de 7,1.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mențineți cateterul urinar permanent. <p><i>Oferă măsurarea precisă și continuă a debitului urinar, mai ales dacă neuropatiile autonome au ca rezultat vezica urinară neurogenă cu retenție urinară și incontinență excesivă. Poate fi îndepărtat atunci când pacientul este stabil pentru a reduce riscul de infecție.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduceți sondă nazogastrică (NG) și atașați la aspirație, așa cum este indicat. 	
<p>Diagnostic de îngrijire: Risc pentru niveluri instabile de glucoză din sânge, evidențiată de cunoștințe inadecvate despre diabet, practici inconsecvente de auto-îngrijire și bariere potențiale, cum ar fi resurse limitate, lipsa sprijinului familiei sau credințe culturale.</p> <p><i>Nivel instabil al glicemiei corelat cu lipsa managementului diabetului sau aderării la planul de acțiune pentru diabet; monitorizarea inadecvată a glicemiei sau managementul medicamentelor; Deficiența de insulină - scăderea absorbției sau utilizării glucozei de către țesuturi, ceea ce duce la creșterea metabolismului proteinelor și grăsimilor; Creșterea sau pierderea în greutate. Perioade de creștere rapidă sau sarcină; Schimbarea stării de sănătate fizică; Stare hipermetabolică – eliberarea hormonilor de stres, cum ar fi epinefrina, cortizolul și hormonul de creștere; Proces infecțios, evidențiat de creșterea debitului urinar, urina diluată. Aportul alimentar inadecvat raportat, lipsa de interes pentru alimente. Slăbiciune, oboseală, tonus muscular slab. Nivel alterat de conștiință. Cetonele crescute.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinați factorii individuali care ar fi putut contribui la situația actuală. <p><i>Notați vârsta pacientului, nivelul de dezvoltare și conștientizarea nevoilor</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Efectuați testarea glicemiei prin puncție. Verificați dacă pacientul și membrii familiei sunt adepți la monitorizarea glicemiei și o testează conform planului. <p><i>Toate monitoarele de glucoză disponibile vor oferi citiri</i></p>	

satisfăcătoare dacă sunt utilizate și întreținute corespunzător și calibrate în mod obișnuit. Notă: glicemia instabilă este adesea asociată cu eșecul efectuării testelor într-un program regulat.

Pentru pacientul pe insulină:

- **Examinați tipul (tipurile) de insulină utilizată**, cum ar fi rapidă, cu acțiune scurtă, intermediară, cu acțiune prelungită, preamestecată și metoda de administrare - subcutanată, inhalabilă sau cu pompă. Rețineți momentele când se administrează insuline cu acțiune scurtă și cu acțiune lungă.

Acești factori afectează sincronizarea efectelor și oferă indicii cu privire la momentul potențial al instabilității glucozei.

- **Verificați locurile de injectare.**

Absorbția insulinei poate varia de la o zi la alta în zonele sănătoase și este mai puțin absorbabilă în țesuturile lipohipertrofice (buloase).

- **Revizuiți programul alimentar al pacientului și modelul obișnuit; compară cu aportul recent.**

Identifică deficite și abateri de la planul terapeutic, care pot precipita glucoză instabilă și hiperglicemie necontrolată.

- **Cântăriți zilnic sau conform indicațiilor.**

Evaluează caracterul adecvat al aportului nutrițional – atât absorbția, cât și utilizarea. Notă: Tulburările de alimentație sunt un factor care contribuie la 20% din cetoacidoza metaboloa diabetica recurentă la pacienții tineri.

- **Notați rapoartele de durere abdominală și balonare, greață sau vărsături.**

Menține starea: „nimic pe cale orală”, așa cum este indicat. Hiperglicemia și tulburările de lichid și electroliți scad motilitatea și funcția gastrică rezultând gastropareză, afectând alegerea intervențiilor. Notă: Dificultățile pe termen lung cu gastropareză și motilitatea intestinală slabă sugerează neuropatii autonome care afectează tractul gastrointestinal și necesită tratament simptomatic.

- **Furnizați lichide care conțin nutrienți și electroliți** de îndată ce pacientul poate tolera fluidele orale; progresează către alimente mai solide după cum este tolerat.

Calea orală este preferată atunci când pacientul este alert și funcția intestinală este restabilită.

- **Identificați preferințele alimentare, inclusiv nevoile etnice și culturale.**

<p><i>Încorporarea cât mai multor preferințe alimentare ale pacientului în planul de masă crește cooperarea cu recomandările alimentare după externare.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Includeți membrii familiei în planificarea mesei, așa cum este indicat. <p><i>Promovează sentimentul de implicare; oferă informații pentru membrii familiei pentru a înțelege nevoile nutriționale ale pacientului. Notă: Diverse metode disponibile pentru planificarea dietei includ numărarea carbohidraților, lista de schimb, sistemul de puncte sau meniurile preselectate.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Observații pentru semne de hipoglicemie - piele rece și umedă, puls rapid, foame, iritabilitate, anxietate, dureri de cap, amețeli și tremurări. <p><i>Odată ce metabolismul carbohidraților nivelul glucozei din sânge va scădea și, pe măsură ce insulina este ajustată, poate apărea hipoglicemie.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferiți o dietă cu aproximativ 60% carbohidrați, 20% proteine și 20% grăsimi în numărul de mese și gustări specificat. <p><i>Carbohidrații complecși ajută la menținerea unui nivel mai stabil de glucoză, la reducerea nivelului de colesterol seric și la promovarea sațierii. Aportul de alimente este programat în funcție de caracteristicile specifice ale insulinei, cum ar fi efectul maxim și răspunsul individual al pacientului. Notă: O gustare de carbohidrați complecși la culcare este deosebit de importantă dacă insulina este administrată în doze divizate pentru a preveni hipoglicemia în timpul somnului.</i></p>	
<p>Risc de infecție.</p> <p>Niveluri ridicate de glucoză, scăderea funcției leucocitelor, modificări ale circulației, Infecție respiratorie preexistentă sau infecții ale tractului urinar.</p> <p>Intervenții Independente</p> <p>Controlul infecției</p> <p>Observați semne de infecție și inflamație - febră, aspect înroșit, drenajul plăgii, spută purulentă și urină tulbure.</p> <p><i>Glucoza ridicată în sânge creează un mediu excelent pentru creșterea bacteriilor.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Promovați igiena adecvată a mâinilor de către personal și pacient. <p>Reduce riscul de contaminare încrucișată.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mențineți tehnica aseptică pentru procedura de inserție IV, administrarea medicamentelor și asigurarea îngrijirii locului. Rotiți locurile IV, așa cum este indicat. 	

<ul style="list-style-type: none"> • Asigurați sprijin și educație. Învață pacienta să curețe din față în spate, după eliminare. <p><i>Minimizează riscul de Infecție de tract urinar (ITU). Pacientul în comă poate prezenta un risc deosebit dacă retenția urinară a apărut înainte de spitalizare. Notă: Pacientele vârstnice cu diabet zaharat sunt în special predispușe la infecții urinare și infecții vaginale cu ciuperci. Multe ITU sunt asimptomatice, posibil legate de vezica neurogenă.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferiți îngrijire conștientă a pielii, masați ușor zonele osoase, mențineți pielea uscată și mențineți lenjeria uscată și fără cute. <p><i>Circulația periferică poate fi afectată, punând pacientul la un risc crescut de iritare și deteriorare a pielii și infecție</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspectați picioarele pacientului, observând prezența ulcerelor sau a unghiilor încarnate infectate sau alte probleme care necesită intervenție medicală sau asistență medicală. <p><i>Leziunile picioarelor și circulația afectată sunt asociate cu multe complicații la diabetici, inclusiv celulita și amputații. Notă: Celulita poate precipita un episod de cetoacidoză metabolică diabetică.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Repoziționați și încurajați tusea și respirația profundă dacă pacientul este alert și cooperant. În caz contrar, aspirați căile respiratorii, folosind tehnica sterilă, după caz. <p><i>Ajută la ventilarea tuturor zonelor pulmonare și la mobilizarea secrețiilor. Previne staza secrețiilor cu risc crescut de infecție.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruiți pacientul în manipularea corectă a secrețiilor. Furnizați șervețele și containere pentru spută și alte secreții <p><i>Minimizează răspândirea infecției</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Încurajează și ajută la igiena orală. <p><i>Reduce riscul de boli bucale și gingivale.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Încurajați aportul alimentar și de lichide adecvat (cel puțin 2.500 ml/zi dacă nu este contraindicat de disfuncție cardiacă sau renală). 	
<p>Risc pentru percepția senzorială perturbată</p> <p>Factorii de risc pot include alterări chimice endogene: glucoză și insulină și dezechilibru electrolitic.</p> <p><i>Monitorizare neurologică</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizați semnele vitale și starea mentală. Oferă o linie de bază de la care să se compare constatările anormale. De exemplu, febra poate afecta mentalitatea. • Adresați-vă pacientului după nume; reorientați după cum este necesar în funcție de loc, persoană, timp și situație. Dați explicații scurte, vorbind încet și enunțând clar. <p><i>Reduce confuzia și ajută la menținerea contactului cu realitatea</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Păstrați rutina pacientului cât mai consistentă posibil. Încurajați participarea la activitățile de autoîngrijire pe cât posibil. 	

<p><i>Ajută la menținerea pacientului în contact cu realitatea și la menținerea orientării către mediu.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Protejați pacientul de răni - evitați sau limitați utilizarea sistemelor de reținere pe cât posibil, plasați patul într-o poziție joasă - atunci când cunoașterea este afectată. Balustrade pentru pat dacă pacientul este predispus la convulsii. <p><i>Pacientul dezorientat este predispus la răni, mai ales noaptea, și trebuie luate măsuri de precauție conform indicațiilor. Măsurile de precauție pentru convulsii reduc riscul de vătămare fizică.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluati acuitatea vizuală Edemul sau dezlipirea retinei, hemoragia, prezența cataractei sau paralizia temporară a mușchilor extraoculari pot afecta vederea, necesitând terapie corectivă sau îngrijire de susținere. • Investigați rapoartele de hiperestezie, durere sau pierderi senzoriale la nivelul picioarelor și picioarelor. Identificați ulcere, zone înroșite, puncte de presiune și pierderea pulsului arterei pedioase. <p><i>Neuropatiile periferice pot duce la disconfort sever și senzație tactilă absentă sau distorsionată, potențând riscul de leziuni dermice și echilibru afectat. Notă: Mononeuropatia afectează un singur nerv (cel mai adesea femural sau cranian), provocând durere bruscă și pierderea funcției motorii și senzoriale de-a lungul căii nervoase afectate.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduceți disconfortul și potențialul de leziuni dermice. <p><i>Notă: Dezvoltarea bruscă a mâinilor și picioarelor reci poate reflecta hipoglicemia, sugerând necesitatea evaluării nivelului de glucoză seric. Păstrați mâinile și picioarele calde, evitând expunerea la curenți de aer rece, apă fierbinte sau dispozitive de încălzire.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajută la deambulare sau la schimbarea poziției. <p><i>Promovează siguranța pacienților, mai ales atunci când simțul echilibrului este afectat.</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Neputință legată de boală pe termen lung, progresivă, care nu este vindecabilă. <p>Dependența de alții; Evidențiată de reticența de a exprima sentimente adevărate, exprimarea lipsei de control sau de a avea influență asupra situației; Apatie, retragere, furie; Nu monitorizează progresul, nu participă la îngrijire sau luarea deciziilor; Depresie din cauza deteriorării fizice sau a complicațiilor, în ciuda complianței pacientului cu regimul de viață și tratament individualizat.</p> <p>Facilitarea auto-responsabilității</p> <p><i>Încurajați pacientul să-și exprime sentimentele despre spitalizare și boală în general.</i></p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Recunoașteți normalitatea sentimentelor. Recunoașterea faptului că aceste reacții sunt normale poate ajuta pacientul să rezolve problema și să caute ajutor după cum este necesar. Controlul diabetului este „un loc de muncă cu normă întreagă” care servește ca o reamintire constantă atât a prezenței afecțiunii, cât și a amenințării pentru sănătate și viață. • Evaluează modul în care pacientul a gestionat problemele în trecut; identificarea locului de control. Cunoașterea stilului individului ajută la determinarea nevoilor pentru obiectivele de tratament. Pacientul al cărui loc de control este intern caută de obicei modalități de a obține controlul asupra propriului program de tratament. Pacientul care operează cu un locus de control extern dorește să fie îngrijit de alții și poate proiecta vina pentru circumstanțe asupra factorilor externi. • Oferiți posibilitatea ca persoana din familie să-și exprime preocupările și să discute modalități în care poate fi de ajutor pacientului. Îmbunătățește sentimentul de implicare și oferă șansa de a rezolva probleme pentru a ajuta pacientul să prevină recurența. • Determinați așteptările și obiectivele pacientului. Așteptările nerealiste și presiunea din partea altora sau a sinelui pot duce la sentimente de frustrare sau pierderea controlului și pot afecta abilitățile de adaptare. Notă: Chiar și cu respectarea strictă a regimului medical, pot apărea complicații și eșecuri. • Determinați dacă a avut loc o schimbare în relația cu membrii familiei. Energia constantă și gândirea necesare pentru controlul diabeticului schimbă adesea focalizarea unei relații. Dezvoltarea preocupărilor psihologice și a neuropatiilor viscerale care afectează conceptul de sine, în special funcția rolului sexual, poate adăuga și mai mult stres. • Încurajați pacientul să ia decizii legate de îngrijire, cum ar fi deambularea, timpul pentru activități, etc. • Sprijiniți participarea la îngrijirea de sine și oferiți feedback pozitiv pentru eforturi. Promovează sentimentul de control asupra situației. 	
<p>Cunoștințe deficitare cu privire la boală, prognostic, tratament, autoîngrijire și nevoile de externare</p> <p>Corelat cu lipsa de exprimare sau reamintire, interpretare greșită a informațiilor, nefamiliaritatea cu resursele informaționale.</p> <p>Evidențiată prin întrebări sau solicitare de informații, verbalizarea</p>	

problemei. Urmărirea incorectă a instrucțiunilor, dezvoltarea complicațiilor care pot fi prevenite.

Facilitarea învățării

- **Creați un mediu de încredere ascultând preocupările și fiind disponibil.**

Raportul și respectul trebuie stabilite înainte ca pacientul să fie dispus să ia parte la procesul de învățare.

- **Lucrați cu pacientul în stabilirea obiectivelor comune de învățare.**

Participarea la planificare promovează entuziasmul și cooperarea cu principiile învățate.

- **Selectați o varietate de strategii de predare, cum ar fi demonstrarea abilităților necesare și solicitarea pacientului să facă demonstrații, încorporând noi abilități în rutina spitalului. Promovează păstrarea informațiilor.**

Educație despre Procesul bolii

- **Explicați intervalul normal de glucoză din sânge și cum se compară cu nivelul pacientului tipul de diabet pe care îl are pacientul și relația dintre deficiența de insulină și un nivel ridicat de glucoză.**

Oferă o bază de cunoștințe de la care pacientul poate face alegeri informate privind stilul de viață.

- **Motivele episodului cetoacidotic.**

Cunoașterea factorilor precipitanți poate ajuta la evitarea recidivelor.

- **Complicații acute și cronice ale bolii, inclusiv tulburări de vedere, modificări neurosenzoriale și cardiovasculare, insuficiență renală și hipertensiune arterială.**

Conștientizarea ajută pacientul să fie mai consecvent cu îngrijirea și poate preveni sau întârzia debutul complicațiilor

- **Demonstrați tehnicile de monitorizare și solicitați pacientului să arate că sunt competenți.**

Automonitorizarea glicemiei de patru sau mai multe ori pe zi permite flexibilitate în îngrijirea personală, promovează un control mai strict al nivelurilor serice și poate preveni sau întârzia dezvoltarea complicațiilor pe termen lung.

- **Discutați planul alimentar, limitarea aportului de zahăr, grăsimi, sare și alcool; consumul de carbohidrați complecși, în special cei bogați în fibre, cum ar fi fructele, legumele, cerealele integrale; și modalități de a face față meselor în afara casei.**

Terapia medicală de nutriție pentru diabet încurajează pacientul să aleagă mesele pe baza nevoilor și preferințelor unice individuale. Conștientizarea importanței controlului alimentar îl ajută în planificarea meselor și în respectarea regimului. Fibrele pot încetini absorbția glucozei, scăzând fluctuațiile nivelurilor serice, dar pot provoca disconfort gastro-intestinal, pot crește flatuența și pot afecta absorbția de vitamine și minerale.

- **Consolidați rolul asistentului medical în comunicarea informațiilor** relevante dieteticianului și promovarea înțelegerii pacientului.
- **Comunicarea eficientă** între asistentul medical și dietetician facilitează o abordare coordonată și individualizată a planificării mesei.

Asistentul medical acționează ca o punte între pacient și dietetician, asigurându-se că informațiile importante ale pacientului sunt împărtășite cu acuratețe, întărind înțelegerea de către pacient a planului și abordând orice preocupări sau întrebări care apar în timpul procesului educațional.

- **Educați pacienții despre importanța obiceiurilor alimentare** consecvente și relația dintre alimente și insulină.
- **Consecvența cantității de calorii și carbohidrați ingerate la fiecare masă** este crucială pentru pacienții care necesită insulină pentru a controla nivelul glicemiei.

Educarea pacienților despre această relație îi ajută să înțeleagă impactul alimentelor asupra necesarului de insulină și asupra controlului glicemiei. Dă posibilitatea pacienților să facă alegeri în cunoștință de cauză cu privire la ora și conținutul mesei, favorizând o mai bună gestionare a glucozei. Subliniați importanța moderației în consumul de alcool. Educați pacienții cu privire la potențialele efecte adverse ale alcoolului specific diabetului.

- **Moderația este crucială** atunci când vine vorba de consumul de alcool pentru pacienții cu diabet.

Educarea pacienților cu privire la limitele recomandate pentru consumul de alcool îi ajută să înțeleagă necesitatea de a consuma băuturi alcoolice în cantități controlate. Prin promovarea moderației, asistentele ajută pacienții să reducă la minimum impactul negativ potențial al alcoolului asupra gestionării diabetului.

- **Atentionați pacienții cu privire la riscul de hipoglicemie asociat cu consumul de alcool.**

Consumul de alcool poate crește riscul de hipoglicemie, în special

pentru pacienții care iau insulină sau secretagogi de insulină. Educarea pacienților cu privire la efectele potențiale ale alcoolului asupra nivelului de glucoză din sânge îi ajută să înțeleagă importanța consumului de alimente împreună cu alcool pentru a preveni hipoglicemia. Prin furnizarea acestor informații, asistentele împuternicesc pacienții să ia decizii informate cu privire la consumul de alcool și să ia măsuri adecvate pentru a preveni hipoglicemia.

- **Încurajați pacienții să includă consumul de alimente împreună cu consumul de alcool.**

Consumul de alimente împreună cu alcool poate ajuta la reducerea riscului de hipoglicemie. Sfătuind pacienții să ia o masă sau o gustare atunci când consumă alcool, asistenții medicali ajută la asigurarea ca pacienții să mențină un nivel stabil al glicemiei. Cu toate acestea, este important de reținut că carbohidrații consumați cu alcool pot crește nivelul de glucoză din sânge. Oferirea acestor îndrumări ajută pacienții să atingă un echilibru și să facă alegeri informate cu privire la aportul alimentar atunci când consumă alcool.

- **Revizuiți cu pacientul și familia, regimul de medicație conform indicațiilor medicului,** inclusiv debutul, vârful și durata insulinei prescrise, după caz.

Înțelegerea tuturor aspectelor legate de consumul de medicamente promovează utilizarea corectă. Se creează algoritmi de dozare, luând în considerare dozele de medicamente stabilite în timpul evaluării pacientului internat, cantitatea și programul obișnuit de activitate fizică și planul de masă. Includerea membrilor de familie oferă suport și resurse suplimentare pentru pacient.

- **Examinați tipul de insulină** - după cum este indicat. Examinați auto-administrarea insulinei, fie prin injecție, fie cu pompă, și îngrijirea echipamentului. Rugați pacientul să demonstreze procedura: pregătirea și injectarea insulinei, tehnica stiloului injector pentru insulină sau utilizarea pompei continue.

Verifică înțelegerea și corectitudinea procedurii. Identifică probleme potențiale, cum ar fi vederea, memoria, etc., astfel încât să poată fi găsite soluții alternative pentru administrarea insulinei.

- **Discutați momentul injectării insulinei și ora mesei.**

Unul dintre numeroasele inconveniente cu care se confruntă persoanele cu diabet zaharat este că trebuie să decidă cu cel puțin 30 până la 60 de minute în avans când vor lua o masă pentru

administrarea la timp a injecțiilor umane obișnuite. Insulina lispro (Humalog) sau aspart (Novolog) poate fi de ajutor, deoarece funcționează cel mai bine atunci când este luată în decurs de 15 minute de la masă. Cu debutul de două ori mai rapid decât insulina umană obișnuită și cu o durată de aproximativ jumătate mai lungă, Humalog și Novolog imită îndeaproape activitatea pancreatică. Cu toate acestea, hipoglicemia se poate dezvolta mai rapid și mai severă decât în cazul utilizării insulinei obișnuite. Un nivel de glucoză din sânge sub 80 mg/dL indică faptul că insulina trebuie injectată mai degrabă după masă decât înainte de masă.

- **Examinați nivelurile țintă de glucoză din sânge.**
- **Subliniați importanța și necesitatea ținerii unui jurnal** de testare a glucozei, doza și timpul de medicamente, aportul alimentar, activitatea, sentimentele, senzațiile și evenimentele din viață.

Ajută la crearea unei imagini generale a situației pacientului pentru a obține un control mai bun al bolii și promovează auto-îngrijirea și independența

- **Discutați factorii care joacă un rol în controlul diabetului**, cum ar fi exercițiile aerobe versus exercițiile izometrice, stresul, intervențiile chirurgicale și bolile.

Aceste informații promovează controlul diabetului și pot reduce foarte mult apariția cetoacidozei. Notă: Exercițiile aerobe precum mersul pe jos și înotul promovează utilizarea eficientă a insulinei, scăderea nivelului de glucoză și întărește sistemul cardiovascular. Un plan de management „zi de boală” ajută la menținerea echilibrului în timpul bolii, intervenții chirurgicale minore, stres emoțional sever, steroizi exogeni (ca și în cazul injecțiilor spinale sau articulare sau orice tratament oral pentru astm și artrită) sau orice afecțiune care ar putea duce glucoza în spirală în sus.

- **Revizuiți regulile „zi de boală”.** Analizați efectele fumatului asupra consumului de insulină.

Încurajează renunțarea la fumat. Nicotina îngustează vasele mici de sânge, iar absorbția insulinei este întârziată atâta timp cât aceste vase rămân înguste.

- **Identificați simptomele hipoglicemiei** - slăbiciune, amețeli, letargie, foame, iritabilitate, diaforeză, paloare, tahicardie, tremor, dureri de cap și modificări ale mentalității - și explicați cauzele.

Poate promova detectarea și tratamentul precoce, prevenind sau limitând apariția. Cu toate acestea, aproximativ 30% dintre

pacienții dependenți de insulină sunt asimptomatici atunci când au hipoglicemie. Notă: Hiperglicemia dimineața devreme poate reflecta „fenomenul zorilor”, indicând nevoia de insulină suplimentară sau efectul Somogyi, care necesită o scădere a dozei de medicamente și/sau schimbarea dietei, cum ar fi ora de culcare sau gustarea oră de somn. Testarea nivelurilor serice la ora 3 a.m. ajută la identificarea problemei specifice.

- **Stabiliți exerciții regulate sau program de activitate** și identificați preocupările corespunzătoare legate de insulină.

Perioadele de exercițiu nu trebuie să coincidă cu acțiunea maximă a insulinei. O gustare trebuie să fie ingerată înainte sau în timpul exercițiului, după cum este necesar, iar rotația locurilor de injectare trebuie să evite grupul muscular care va fi utilizat în activitate (de exemplu, locul abdominal este de preferat față de coapsă sau braț înainte de a alerga sau de a înota) pentru a preveni absorbția accelerată de insulină.

- **Instruiți despre importanța examinării zilnice de rutină a picioarelor și a îngrijirii adecvate a acestora.** Demonstrați modalități de a examina picioarele, de a verifica pantofii pentru a se potrivi și de a îngriji unghiile de la picioare, calusuri și bătăături. Încurajați utilizarea ciorapilor din fibre naturale.

Previne sau întârzie complicațiile asociate cu neuropatiile periferice și tulburările circulatorii, în special celulita, cangrena și amputația. Notă: Studiile arată că aproximativ 15% dintre toți pacienții cu diabet vor dezvolta un ulcer la picior în cursul bolii. De asemenea, 50% din toate amputațiile netraumatice ale membrelor inferioare apar la persoanele cu diabet. Prin urmare, prevenirea este esențială.

- **Subliniați importanța examinărilor oculare regulate**, în special pentru clienții care au diabet de tip 1 timp de 5 ani sau mai mult.

Modificările vederii pot fi treptate și sunt mai pronunțate la persoanele cu Diabet Zaharat și TA slab controlate. Problemele includ modificări ale acuității vizuale și pot evolua spre retinopatie și orbire. Notă: Retinopatia este cea mai frecventă cauză a orbirii noi în rândul adulților cu vârsta cuprinsă între 20 și 74 de ani.

- **Promovați ajutoare vizuale** atunci când este necesar, cum ar fi manșon de mărire pentru seringă de insulină, stilouri de insulină preumplute, instrucțiuni cu litere mari și contoare de glucoză cu o singură atingere sau vorbitoare.

Ajutoare adaptative au fost dezvoltate în ultimii ani pentru a ajuta

persoanele cu deficiențe de vedere să își gestioneze mai eficient propria DM

- **Discutați despre funcționarea sexuală** și răspundeți la întrebările pe care pacientul și soțul le-ar putea avea.

Impotența poate fi primul simptom al debutului DZ. Notă: Consilierea și utilizarea protezei peniene pot fi benefice.

- **Subliniați importanța utilizării dispozitivului de identificare de alertă medicală.**

Poate promova intrarea rapidă în sistemul de sănătate și îngrijirea adecvată cu mai puține complicații rezultate în caz de urgență.

- **Se recomandă citirea etichetelor produselor** și evitarea medicamentelor fără prescripție medicală (OTC) fără o discuție prealabilă cu furnizorul de asistență medicală.

- **Discutați despre importanța îngrijirii ulterioare.**

- **Examinați semnele și simptomele care necesită evaluare medicală** - febră, răceală sau simptome de gripă; urină turbure, mirositoare; urinare dureroasă; vindecarea întârziată a tăieturilor sau rănilor; modificări senzoriale cu durere sau furnicături ale extremităților inferioare; modificări ale nivelului de zahăr din sânge; și prezența cetonelor în urină.

Intervenția promptă poate preveni dezvoltarea unor complicații mai grave sau care pun viața în pericol.

- **Identificați resursele comunității**, resursele de pe internet și panourile de buletine online pentru diabet, asistența medicală în vizită, clinicile de slăbit sau de renunțare la fumat, persoana de contact sau instructor pentru diabetici.

EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: se va efectua cel puțin odată pe tură și se va documenta cel puțin odată pe zi în documentele pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului

Data _____ pacientul

Data _____ pacientul

Data _____ pacientul

Data _____ pacientul

Glosar de termeni

Acetonă: Substanță chimică formată în sânge atunci când organismul folosește grăsimi în loc de glucoză pentru energie. Acetona este eliminată prin urină. Persoanele cu niveluri ridicate de acetonă pot avea o respirație cu miros fructat, cunoscută sub denumirea de „**respirație acetonică**”.

Celule beta: Celule care produc insulină și care se găsesc în pancreas, în **Insulele Langerhans**.

Glicemie: Principalul zahăr pe care organismul îl produce din alimente. Glucoza este transportată prin sânge pentru a furniza energie celulelor corpului.

Fenomenul zorilor: Creștere bruscă a glicemiei **între orele 5:00 și 9:00 dimineața**, fără o hipoglicemie prealabilă, observată în special la pacienții diabetici care primesc insulină.

Neuropatie diabetică: Afectare a nervilor cauzată de diabet, manifestată prin **amorteală, durere și slăbiciune** la nivelul mâinilor, brațelor, picioarelor și tălpilor. Aproximativ **50% dintre persoanele cu diabet** prezintă o formă de neuropatie.

Gastropareză: Întârzierea golirii stomacului către intestinul subțire din cauza **neuropatiei autonome**.

Hiperglicemie: Nivel crescut al glicemiei.

Hipoglicemie: Nivel scăzut al glicemiei.

Insulină: Hormon produs de pancreas, care ajută organismul să utilizeze glucoza din sânge pentru energie. Persoanele care nu produc insulină necesită administrare exogenă.

Rezistența la insulină: Situație în care organismul **nu poate folosi eficient insulina**, din cauza unui defect la nivelul receptorilor celulari, ceea ce împiedică absorbția glucozei.

Cetone: Substanțe chimice produse atunci când organismul descompune **grăsimile** pentru energie. Acumularea prelungită de cetone poate duce la **afecțiuni grave sau comă diabetică**.

Cetoacidoză diabetică: Afecțiune gravă cauzată de niveluri foarte ridicate ale glicemiei și un deficit sever de insulină, ceea ce determină o **acumulare periculoasă de cetone** în sânge și urină. Poate duce la **comă sau deces**, dacă nu este tratată prompt.

Respirații Kussmaul: Model respirator anormal, caracterizat prin **respirație rapidă și profundă**, frecvent observat la pacienții cu **acidoză metabolică**.

Acidoza lactică: Acumulare de **acid lactic** în organism. Celulele produc acest acid în timpul metabolismului glucozei. Excesul de acid lactic poate provoca simptome severe și este asociat cu **cetoacidoza diabetică, boala hepatică sau insuficiența renală**.

Acidoza metabolică: Dezechilibru al pH-ului, în care organismul acumulează **prea mult acid** și nu dispune de suficient **bicarbonat** pentru a-l neutraliza. Poate fi cauzată de **lipsa**

insulinei, malnutriție severă, tulburări gastrointestinale sau disfuncții majore ale organelor. La pacienții cu diabet, acidoza metabolică poate duce la **cetoacidoză diabetică**.

Parestezii: Senzație de amorțeală sau furnicăături cauzată de iritarea nervilor, frecvent întâlnită la pacienții cu **neuropatie diabetică**.

Efectul Somogyi: Creștere marcată a glicemiei după un episod sever de **hipoglicemie nocturnă**, cauzată de eliberarea hormonilor de stres care contracarează nivelurile scăzute de glucoză.

Hemoglobina glicozilată (HbA1C): Indicator important al **controlului glicemic**. Testul **HbA1C** măsoară **nivelul mediu al glicemiei** din ultimele **2-3 luni** și este utilizat pentru **monitorizarea diabetului**.

15. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU OBEZITATE

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:
Vârstă:
Data internării:
Nr FOCG: <i>Plan de îngrijire</i>
Salon Pat
Data implementării planului de îngrijire:

Obezitatea reprezintă excesul de grăsime corporală care implică riscuri pentru sănătate. La adulți, un indice de masă corporală (IMC) mai mare de 25 este asociat cu supraponderabilitate, iar un IMC mai mare de 30 este considerat obezitate²¹⁵, astfel:

<input type="checkbox"/> Obezitate gradul I – IMC = 30,00 – 34,99
<input type="checkbox"/> Obezitate gradul II – IMC = 35,00 – 39,99
<input type="checkbox"/> Obezitate gradul IV – IMC > 40,00

IMC este utilizat în mod obișnuit pentru a clasifica supraponderalitatea și obezitatea. Este definit ca, greutatea unei persoane în kilograme împărțită la pătratul înălțimii sale în metri.

$$IMC = G \text{ (kg)} / \hat{I} \text{ (m}^2\text{)}$$

Definiție: Stare paradoxală de malnutriție, care, în ciuda ingestiei excesive de energie, este asociată cu o lipsă de microelemente individuale. Deficitul micronutrienților esențiali poate afecta semnificativ performanțele zilnice, starea intelectuală și emoțională, dar și starea fizică a organismului. Deficitul alimentar poate contribui, de asemenea, la creșterea în greutate sau la dezvoltarea altor boli metabolice²¹⁶.

Deficiența de micronutrienți poate include nu numai alegeri alimentare incorecte și acces insuficient la alimente bogate în nutrienți, ci și modificări în absorbția, distribuția sau excreția nutrienților și alterarea metabolismului micronutrienților care rezultă din inflamația sistemică cauzată de obezitate²¹⁷.

Cauze

- Dezechilibru între aportul caloric crescut și consumul energetic redus. La nivel global, se observă un consum sporit de alimente și băuturi cu densitate calorică ridicată, bogate în zaharuri și grăsimi, concomitent cu o reducere semnificativă a nivelului de activitate fizică respectiv, viața sedentară.

²¹⁵ World Health Organization. Obesity: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1

²¹⁶ World Health Organization. Fact sheets: Malnutrition: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

²¹⁷ Kobylńska M, Antosik K, Decyk A, Kurowska K. Malnutrition in Obesity: Is It Possible? *Obes Facts*. 2022;15(1):19-25. doi: 10.1159/000519503. Epub 2021 Nov 8. PMID: 34749356; PMCID: PMC8820192.

Patologii asociate

- Afecțiuni cardiovasculare
- Diabet
- Cancer
- Afecțiuni ale articulațiilor

Obezitatea infantilă este corelată cu un risc mai mare de deces prematur și dizabilitate la maturitate.

Obezitatea este un subiect **dificil de abordat** cu mulți pacienți, deși reprezintă o condiție de sănătate care necesită aceeași educație ca orice alt diagnostic. Obezitatea este o afecțiune care poate fi prevenită, iar pacienții au adesea posibilitatea de a reduce grăsimea corporală.

Asistenții medicali pot consilia pacienții în procesul de pierdere în greutate prin educație privind dietele, utilizarea interviurilor motivaționale de stimulare a schimbării comportamentului, coordonarea îngrijirilor în echipa multidisciplinară (dieteticieni, medici, psihologi), monitorizarea pacienților înainte și după intervențiile chirurgicale bariatrice.

1. Evaluarea inițială a pacientului cu Obezitate <i>(trebuie să fie detaliată și completă).</i>	
Evaluati istoricul de sănătate al pacientului:	
<input type="checkbox"/> Istoric familial de obezitate	
<input type="checkbox"/> Factori de stil de viață (dietă, exerciții fizice, fumat, consum de alcool, alimente preferate, etc.)	
<input type="checkbox"/> Patologii asociate obezității	
<input type="checkbox"/> Dizabilități	
<input type="checkbox"/> Medicamente și suplimente actuale	
Aspecte biologice/Psihologice, comunicare și învățare/ Sociale, spirituale și morale	Manifestat prin:
Respirație <input type="checkbox"/> Dezechilibru între oferta și cererea de oxigen	<input type="checkbox"/> Dispnee la efort minim
Circulație <input type="checkbox"/> Profil hipertensiv	<input type="checkbox"/> Hipertensiune arterială (HTA)
Alimentare și hidratare	

<input type="checkbox"/> Modele/comportamente alimentare disfuncționale raportate sau observate <input type="checkbox"/> Obezitate <input type="checkbox"/> Niveluri ridicate ale glicemiei, colesterolului (HDL), trigliceride (>150 mg/dL)	<input type="checkbox"/> Mâncatul pe fond emoțional (stres, plictiseală) <input type="checkbox"/> Consumul de calorii peste cantitatea zilnică recomandată <input type="checkbox"/> Porții mari de mâncare <input type="checkbox"/> IMC între 25 kg/m ² și 29,9 kg/m ² <input type="checkbox"/> Grosimea pliului cutanat triceps >15 mm la bărbați, >25 mm la femei <input type="checkbox"/> Circumferința taliei peste 100 cm la bărbați, >90 cm la femei <input type="checkbox"/> Sindrom de rezistență la insulină/diabet zaharat
Mobilitate / îngrijire personală <input type="checkbox"/> Stil de viață sedentar <input type="checkbox"/> Condiționarea fizică deficitară	<input type="checkbox"/> Neparticiparea la activități unde greutatea ar putea fi un factor <input type="checkbox"/> Alegerea activităților de intensitate redusă
Sexualitate, reproducee <input type="checkbox"/> Teama de ridicol sau respingere	<input type="checkbox"/> Probleme legate de reproducere <input type="checkbox"/> Imagine de sine alterată
Aspecte psihologice, comunicare și educație pentru sănătate <input type="checkbox"/> Exprimarea nemulțumirii față de aspectul fizic <input type="checkbox"/> Verbalizarea lipsei de interes sau cunoștințe pentru a începe activitatea fizică	<input type="checkbox"/> Stimă de sine scăzută
Adaptare socială și toleranță la stres <input type="checkbox"/> Teama de ridicol sau respingere <input type="checkbox"/> Preocupare excesivă pentru pierderea în greutate <input type="checkbox"/> Lipsa de perseverență în planurile de dietă și exerciții fizice	<input type="checkbox"/> Sentimente de lipsă de speranță <input type="checkbox"/> Anxietate <input type="checkbox"/> Depresie diagnosticată
2. Se recoltează probe de laborator la recomandarea medicului.	
3. Revizuirea datelor obiective și subiective colectate	
<input type="checkbox"/> Consum excesiv de alimente, control redus în a gestiona o dietă adecvată	
<input type="checkbox"/> Prezența simptomelor și a factorilor de risc pentru patologii asociate Obezității	
<input type="checkbox"/> Rezultatele testelor de laborator pot susține rezistența la insulină, dislipidemii, afecțiuni metabolice, etc.	

<input type="checkbox"/> Prezența simptomelor de Anxietate și/sau Depresie
4. Confirmați cu diagnosticul medical de Obezitate din FOCG
5. Considerații pentru planul de externare
<input type="checkbox"/> Necesită respectarea dietei alimentare, inclusiv monitorizare din partea specialiștilor (medic, dietetician)
<input type="checkbox"/> Necesită respectarea programului de exerciții fizice, inclusiv monitorizare din partea specialiștilor (kinetoterapeut, etc.)
<input type="checkbox"/> Poate necesita asistență cu auto-monitorizarea TA, colesterol, trigliceride, glicemie, rezistența la diabet, precum și evaluarea periodică și modificări ale terapiei cu medicamente.
<input type="checkbox"/> Poate necesita monitorizare psihiatrică corelată cu Anxietatea / depresia
<input type="checkbox"/> Poate avea recomandare pentru chirurgia bariatrică
Priorități de îngrijire
<input type="checkbox"/> Reducerea greutatei corporale
<input type="checkbox"/> Menținerea sau îmbunătățirea funcționării sistemului cardiovascular și respirator
<input type="checkbox"/> Prevenirea complicațiilor asociate
<input type="checkbox"/> Furnizarea de informații privind procesul, prognosticul bolii și planul de tratament
<input type="checkbox"/> Sprijinirea controlului activ al pacientului asupra afecțiunii

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):
<input type="checkbox"/> Imagine corporală perturbată corelată cu: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Perspective sociale care afectează stima de sine a pacientului <input type="checkbox"/> Valori familiale sau culturale privind aspectul fizic <input type="checkbox"/> Efect negativ asupra relațiilor sexuale și intime
<input type="checkbox"/> Nutriție dezechilibrată: mai mult decât necesitățile corpului corelată cu: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Consumul de calorii peste cantitatea zilnică recomandată <input type="checkbox"/> Mâncatul pe fond emoțional (stres, plictiseală) <input type="checkbox"/> Porții mari de mâncare <input type="checkbox"/> Un indice de masă corporală obez
<input type="checkbox"/> Supraponderabilitate corelată cu: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> IMC între 25 kg/m² și 29,9 kg/m² <input type="checkbox"/> Grosimea pliului cutanat triceps >15 mm la bărbați, >25 mm la femei <input type="checkbox"/> Circumferința taliei > 102 cm la bărbați, > 90 cm la femei <input type="checkbox"/> Modele/comportamente alimentare disfuncționale raportate sau observate
<input type="checkbox"/> Stil de viață sedentar corelat cu: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verbalizarea lipsei de interes sau cunoștințe pentru a începe activitatea fizică <input type="checkbox"/> Condiționarea fizică deficitară <input type="checkbox"/> Dispnee la efort minim <input type="checkbox"/> Alegerea activităților de intensitate redusă

- Risc de sindrom metabolic** corelat cu:
 - Niveluri ridicate de glucoză în sânge
 - Niveluri scăzute de colesterol HDL (<40 mg/dL la bărbați, <50 mg/dL la femei)
 - Niveluri ridicate de trigliceride (>150 mg/dL)
 - Obezitate
 - Hipertensiune arterială
 - Rezistență la insulină/diabet zaharat
 - Stil de viață sedentar
- Cunoștințe deficitare** [Nevoia de învățare] cu privire la dietă, controlul alimentar, programul exercițiilor fizice, monitorizarea sănătății, planul de tratament, autoîngrijirea și nevoile la externare
-
-

OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Pacientul se va implica activ în stabilirea unor obiective motivaționale, inclusiv gestionarea tendințelor de procrastinare, judecății de sine și gândurilor disfuncționale persistente
- Pacientul se va implica activ în stabilirea unor sisteme de recompense pozitive care să nu implice mâncare.
- Pacientul se va implica activ în pierderea în greutate și schimbarea dietei prin formarea unor obiceiuri noi.
- Pacientul va pierde un număr definit de kilograme pentru a atinge greutatea dorită.
- Pacientul va învăța să se accepte indiferent de fluctuațiile de greutate.
- Pacientul va accepta responsabilitatea pentru îmbunătățirea imaginii de sine.
- Pacientul va identifica momentele, setările și emoțiile care induc mâncatul excesiv.
- Pacientul va verbaliza alegeri alimentare mai sănătoase, înlocuind alimentele procesate.
- Pacientul va reduce aportul caloric zilnic cu 20%.
- Pacientul va demonstra două măsuri pentru reducerea greutății.
- Pacientul va selecta opțiuni alimentare adecvate pentru susținerea pierderii în greutate.
- Pacientul va identifica barierele interne și externe legate de exerciții fizice și metodele prin care să le depășească.
- Pacientul va începe cu activități fizice de două ori pe săptămână și va crește treptat frecvența pentru a-și atinge obiectivele.
- Pacientul va participa la activități care îi plac și va rămâne motivat.
- Pacientul nu va dezvolta sindrom metabolic, demonstrat prin:
 - ✓ Glicemie normală la post: <100 mg/dL
 - ✓ Menținerea tensiunii arteriale sub 130/80 mmHg
 - ✓ Profil lipidic normal:
 - ✓ Colesterol HDL: >40 mg/dL la bărbați, >50 mg/dL la femei
 - ✓ Trigliceride: <150 mg/dL
 - ✓ Circumferința taliei menținută <100 cm la bărbați, <90 cm la femei

<input type="checkbox"/> Pacientul va demonstra cunoașterea și înțelegerea procesului bolii, a regimului de tratament, a efectelor secundare ale medicamentelor, a posibilelor complicații care necesită asistență medicală, și a rațiunii din spatele acțiunilor terapeutice, regimului de tratament și al programului de exerciții fizice. <input type="checkbox"/> Altele..... <input type="checkbox"/>	
ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA	FRECVENȚA
Administrarea medicamentelor <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Documentare în Formularul de Administrare Medicamente 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Intervenții Dependente de recomandarea medicului <input type="checkbox"/> Independent: Imediat după administrare medicamente
Pentru diagnostic: Imagine corporală perturbată <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oferă întăriri pozitive, fără judecată. <input type="checkbox"/> Ajută la stabilirea unor obiective motivaționale. <input type="checkbox"/> Educă despre sisteme de recompense pozitive care să nu implice mâncare. <input type="checkbox"/> Încurajează consilierea pentru gânduri negative persistente. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Colaborativ cu psiholog și dietetician (dacă este posibil); În grupuri de suport <input type="checkbox"/> Independent: Ori de câte ori este nevoie
Pentru diagnostic: Nutriție dezechilibrată: Mai mult decât cerințele corpului <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inițiați schimbări mici. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pierderea în greutate și schimbarea dietei nu sunt ușoare și necesită formarea unor obiceiuri noi. ✓ Nu copleșiți pacientul cu diete stricte și schimbări drastice. ✓ Începeți cu obiective mici și realiste, cum ar fi adăugarea unui nou tip de legumă în fiecare săptămână sau citirea etichetelor alimentare. <input type="checkbox"/> Educați pacientul cu privire la cerințele nutriționale. <i>Oferiți materiale educaționale scrise pentru a ghida pacientul în alegeri alimentare mai bune. Pacienții obezi adesea nu consumă suficienți nutrienți necesari, astfel încât trebuie educați despre reducerea sodiului, creșterea aportului de vitamina D și proteine și înlocuirea grăsimilor saturate cu cele nesaturate.</i> 	Independent <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La evaluarea inițială

<p><input type="checkbox"/> Recomandați sprijinul unui dietetician. <i>Dieteticienii pot ajuta la stabilirea obiectivelor, înțelegerea etichetelor alimentare, planificarea meselor și a rețetelor, controlul porțiilor și efectuarea alegerilor alimentare mai sănătoase.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Monitorizați progresul săptămânal, nu zilnic. <i>Pacienții nu ar trebui să se concentreze obsesiv pe cifra afișată de cântar, deoarece aceasta nu reflectă întotdeauna pierderea de grăsime. Pacienții pot observa o reducere a dimensiunii taliei sau a șoldurilor. Alte instrumente, cum ar fi măsurarea diametrului pliurilor cutanate, pot arăta diferența dintre grăsime și masă musculară.</i></p>	<p>Colaborativ</p> <p>Independent</p> <p><input type="checkbox"/> La evaluarea inițială și</p> <p><input type="checkbox"/> în cercuri de suport împreună cu un Dietetician și Psiholog</p> <p>Colaborativ</p> <p><input type="checkbox"/> Consultați dieteticianul sau programele de gestionare a greutateii, după cum este indicat. Poate oferi consiliere și asistență suplimentară pentru satisfacerea nevoilor alimentare individuale.</p> <p><i>Broșuri, Filme educaționale, Programe de gestionare a greutateii</i></p>
<p>Pentru diagnostic: Supraponderabilitate</p> <p><input type="checkbox"/> Educați pacientul despre diferite tipuri de activități fizice. <i>Pentru a menține pacientul implicat și pentru a promova beneficii maxime, activitățile ar trebui să fie variate: stretching, mobilitate, exerciții cardiovasculare și antrenamente de forță.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Încurajați menținerea unui jurnal de activități și progres. <i>Pentru a preveni stagnarea sau abandonarea, solicitați pacientului să își înregistreze progresul. Dovezile vizuale ale pierderii în greutate, creșterea duratei exercițiilor și îmbunătățirea dispoziției oferă motivație pentru a continua.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Recomandați participarea la programe de antrenament <i>Personalizat sau utilizarea unui partener de antrenament.</i></p>	<p>Independent</p> <p><input type="checkbox"/> La evaluarea inițială și pe tot parcursul internării</p>

<p><i>Exercițiile fizice alături de alte persoane sunt un mare motivator și oferă pacientului un motiv pentru a participa. Un partener de antrenament poate ajuta la responsabilitate și disciplină.</i></p> <p>Un antrenor personal poate ajuta pacientul să se antreneze în siguranță și să învețe forma corectă pentru exerciții. <i>Pentru pacienții mai în vârstă sau cu limitări fizice, terapia fizică poate fi o opțiune mai adecvată.</i></p>	
<p>Pentru diagnostic: Risc de sindrom metabolic</p> <p><input type="checkbox"/> Educați cu privire la dieta alimentară.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Include alimente integrale, fructe, legume, pește, carne slabă, nuci și produse lactate cu conținut scăzut de grăsimi. ✓ Limitează alimentele procesate, grăsimile saturate și trans, carnea roșie, sodiul și zaharurile adăugate. <p><input type="checkbox"/> Instruiți cu privire la programele de exerciții fizice.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Să participe la cel puțin 150 de minute de activitate fizică intensă sau 300 de minute de activitate moderată pe săptămână. ✓ Să adauge antrenamente de forță pentru reducerea nivelurilor de proteină C reactivă și a riscului cardiovascular. <p><input type="checkbox"/> Educă despre importanța screeningurilor regulate.</p> <ul style="list-style-type: none"> 2 Tensiunea arterială trebuie evaluată 3 Screeningul colesterolului poate începe de la vârsta de doi ani în cazul unor riscuri cardiovasculare. 	<p>Independent</p> <p><input type="checkbox"/> La fiecare interacțiune de îngrijire.</p>
<p>Pentru diagnostic: Cunoștințe deficitare (Nevoia de învățare cu privire la starea, planul de tratament, autoîngrijirea și nevoile de externare)</p>	

<p><input type="checkbox"/> Evaluati gradul de pregătire și blocajele pentru învățare. <i>Concepțiile greșite și negarea diagnosticului din cauza sentimentelor de bunăstare de lungă durată pot interfera cu pacientul și cu dorința de a afla despre boală, progresie și prognostic. Dacă pacientul nu acceptă realitatea unei afecțiuni care îi pune viața în pericol, care necesită tratament continuu, stilul de viață și schimbările comportamentale nu vor fi inițiate sau susținute.</i></p>	<p>La internare</p>
<p><input type="checkbox"/> Definiți și precizați limitele TA dorită. Explicați hipertensiunea și efectele acesteia asupra inimii, vaselor de sânge, rinichilor și creierului.</p>	
<p><i>Oferă baza pentru înțelegerea afecțiunii și clarifică terminologia medicală folosită frecvent.</i></p>	<p>Evaluare continuă</p>
<p><input type="checkbox"/> Asistați pacientul în identificarea factorilor de risc: HTA, Sd. de rezistență la insulină, Diabet zaharat, Sd metabolic, etc.</p>	
<p><input type="checkbox"/> Sprrijiniți pacientul pentru a identifica modalitățile prin care pot fi făcute modificări adecvate ale stilului de viață pentru a reduce factorii de risc modificabili.</p>	
<p><i>Sprrijinul, îndrumarea și empatia pot spori succesul pacientului în atingerea obiectivelor sale de sănătate.</i></p>	
<p><input type="checkbox"/> Discutați despre importanța eliminării fumatului și ajutați pacientul în formularea unui plan de renunțare la fumat. Consultați programul de renunțare la fumat sau furnizorul de asistență medicală pentru medicamente utile.</p>	
<p><i>Nicotina mărește descărcarea de catecolamine, ducând la creșterea frecvenței cardiace, a TA, a vasoconstricției și a volumului de muncă miocardic și reduce oxigenarea țesuturilor.</i></p>	
<p><input type="checkbox"/> Întăriți importanța aderării la regimul de tratament și a ținerii programelor de urmărire.</p>	
<p><i>Lipsa de cooperare este un motiv comun pentru eșecul terapiei antihipertensive. Prin urmare,</i></p>	

evaluarea continuă pentru cooperarea pacientului este esențială pentru succesul tratamentului. Conformitatea se îmbunătățește de obicei atunci când pacientul înțelege factorii cauzali și consecințele intervenției inadecvate și a menținerii sănătății.

Instruiți și demonstrați tehnica de auto-monitorizare a greutății corporale. Evaluați auzul, acuitatea vizuală, dexteritatea manuală și coordonarea pacientului.

Încurajați pacientul să stabilească un program individual de exerciții care să includă exerciții aerobice (mers, înot) în limita capacităților pacientului. Subliniați importanța evitării activității izometrice.

Oferiți informații cu privire la resursele comunității și sprijiniți pacientul în schimbarea stilului de viață. Inițiați recomandări, așa cum este indicat.

Programele de slăbire, cursurile de gestionare a stresului și serviciile de consiliere pot fi utile în eforturile pacientului de a iniția și menține schimbări în stilul de viață.

La externare

EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: se va efectua cel puțin odată pe tură și se va documenta cel puțin odată pe zi în documentele pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului

Data _____ pacientul

Data _____ pacientul

Data _____ pacientul

Data _____ pacientul

16. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU INSOMNIE

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:	
Vârstă:	
Data internării:	
Nr FOCG: Plan de îngrijire	
Salon	Pat
Data implementării planului de îngrijire:	

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):	
<input type="checkbox"/> Somn perturbat datorită zgomotului ambiental <input type="checkbox"/> Somn perturbat datorită stării de anxietate <input type="checkbox"/> Somn perturbat din cauza durerii cronice <input type="checkbox"/> Somn perturbat din cauza _____ <input type="checkbox"/> Somn perturbat din cauza _____	
OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):	
<input type="checkbox"/> pacientul va avea un somn odihnitor, suficient ca și timp, evidențiat prin aspectul odihnit, verbalizarea sentimentului de odihnă și îmbunătățirea modelului de somn <input type="checkbox"/> pacientul va putea să-și desfășoare normal activitățile zilnice <input type="checkbox"/> pacientul va înțelege rolul și scopul corect al somniferelor, al altor medicamente, <input type="checkbox"/> pacientul va cunoaște și va aplica metode alternative de obținere a somnului <input type="checkbox"/> pacientul va avea un somn odihnitor ca urmare a gestionării durerii <input type="checkbox"/> Altele _____	
ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA	FRECVENȚA
<input type="checkbox"/> Administrarea medicamentelor conform recomandărilor medicului și <input type="checkbox"/> Documentare în Formularul de Administrare Medicamente	<input type="checkbox"/> Colaborativ: Cf. recomandări medic <input type="checkbox"/> Imediat după administrare medicamente
<input type="checkbox"/> Monitorizarea funcțiilor vitale	<input type="checkbox"/> Cf. recomandări medic

<input type="checkbox"/> Eliminarea activităților care nu sunt importante – exerciții stresante, expunerea la excitanți luminoși (telefon, laptop).	<input type="checkbox"/> Cu 3-4 ore înainte de ora de culcare,
<input type="checkbox"/> Eliminarea zgomotelor ambientale	<input type="checkbox"/> Seara, la culcare.
<input type="checkbox"/> Predarea problemelor de insomnie colegilor din turele următoare	<input type="checkbox"/> La schimbul de tură.
Gestionarea durerii (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului): <input type="checkbox"/> administrare de calmante, <input type="checkbox"/> aplicare locală de unguente <input type="checkbox"/> altele: _____	<input type="checkbox"/> Conform recomandărilor medicului
Tehnici de relaxare (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului): <input type="checkbox"/> Masaj la spate <input type="checkbox"/> Relaxare musculară progresivă <input type="checkbox"/> Exerciții de imaginație <input type="checkbox"/> Baie caldă la picioare înainte de culcare	<input type="checkbox"/> La ora de culcare
Educația pacientului/familiei (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului): <input type="checkbox"/> Folosirea tehnicilor de relaxare înainte de ora de culcare – o baie caldă, muzică de relaxare, citirea unui roman, exerciții de imaginație, masaj, etc. <input type="checkbox"/> Recomandarea de scriere a unui jurnal seara– enumerarea a cel puțin 3 probleme care sunt considerate de către pacient, ca și cauze ale insomniei, iar pentru fiecare problemă să scrie și soluția de rezolvare a ei. Jurnalul va fi ținut deoparte, iar dacă pacientul se trezește în timpul somnului, trebuie să-și aducă aminte că a găsit soluția pentru acea problemă. <input type="checkbox"/> Exercițiile după-masa sau seara devreme pot promova somnul. Exercițiile viguroase, grele efectuate seara târziu pot duce la insomnie. <input type="checkbox"/> Rolul și efectele medicamentelor fără prescripție, homeopate ajutătoare în insomnie – ceaiuri de valeriană, mușețel, lavandă, conform prescripției medicului. <input type="checkbox"/> Efectuarea unei activități relaxante dacă pacientul nu poate dormi după 35-40 minute de la culcare. <input type="checkbox"/> Crearea unui mediu propice somnului – liniște, întuneric, ochelari de somn, pijamaua comodă, salteaua adecvată, etc. <input type="checkbox"/> Altele: _____	<input type="checkbox"/> Cel puțin zilnic
7 sfaturi pe care asistentul medical generalist trebuie să le împărtășească pacientului despre promovarea somnului: - Facilitarea provocării somnului– persoanele care au dificultăți în inițierea și menținerea somnului trebuie să respecte cu strictețe ora de culcare și ora de trezire, astfel ritmul biologic este îmbunătățit, iar organismul intră încet în rutina stabilită. Se mai recomandă citirea unui roman, muzică de relaxare, petrecerea unui timp de 30 minute în altă cameră. - Orele dinaintea culcării – ca și regulă, trebuie evitată rezolvarea problemelor familiare sau de muncă înainte de somn, iar televizoarele, calculatoarele, nu trebuie să existe în dormitor.	<input type="checkbox"/> La internare <input type="checkbox"/> ori de câte ori este nevoie.

<p>Evitarea exercițiilor dificile cu 3 ore înainte de somn.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilirea unui mediu adecvat pentru somn – zgomot redus, temperatură corespunzătoare, saltea și perna confortabile, ventilația adecvată, lumina redusă. - Dieta pentru un somn odihnitor – evitarea meselor îmbelșugate cu 3 ore înainte de ora de culcare. Ciocolata, cafeaua, alcoolul trebuie evitate cu 4 ore înainte de culcare. Este de preferat un pahar cu lapte sau o gustare ușoară (cu excepția celor picante). - Promovarea confortului și a relaxării – igiena personală, pijama confortabilă, lenjerie de pat moale, uscată, curată. Persoanele în vârstă pot purta șosete groase, ciorapi groși, iar pătura poate fi preîncălzită. - Abordarea stresului emoțional – tehnici de respirație profundă de câteva minute pot reduce tensiunea și induce calmul. La fel, imaginația, yoga, meditația. - Medicația pentru somn – conform recomandărilor medicului. Acestea trebuie folosite ca ultimă soluție. <p>Altele: _____</p>	
<p>EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: <i>se va efectua cel puțin odată pe tură și se va documenta cel puțin odată pe zi în documentele pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului</i></p>	
<p>Data _____ pacientul declară că a avut un somn odihnitor, Data _____ pacientul își poate desfășura normal activitățile zilnice, Data _____ pacientul cunoaște rolul și scopul somniferelor, Data _____ pacientul cunoaște și declară că aplică tehnici alternative de îmbunătățire a somnului, Data _____ pacientul este neliniștit, agitat din cauza lipsei de somn odihnitor, Data _____ pacientul este obosit, nu-și poate desfășura normal activitățile zilnice, Data _____ pacientul este amețit, somnolent de la medicamentele luate seara.</p>	

17. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU ALZHEIMER

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:	
Vârstă:	
Data internării:	
Nr FOCG: <i>Plan de îngrijire</i>	
Salon	Pat
Data implementării planului de îngrijire:	

DIAGNOSTICE DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Risc de rănire – factor de risc: confuzia pacientului
 - Sindromul vârstnicului fragil – factor de risc: alterarea funcțiilor cognitive
 - Memorie afectată – factori de risc: sindrom depresiv, stimul intelectual inadecvat, motivație inadecvată, izolare socială, suport social inadecvat, dezechilibru hidroelectrolitic,
 - Deficit de autoîngrijire (vezi Planul de îngrijire "Deficit de autoîngrijire")
 - Risc de escare datorită imobilizării la pat (vezi Planul de Îngrijire "Riscul de escare")
 - Risc mare de cădere (vezi Planul de Îngrijire "Risc de cădere")
 - Tulburări de somn/Insomnie (vezi Planul de îngrijire "Insomnia")
- _____
- _____

OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- pacientul nu va suferi accidentări/răniri, din cauza deficitului cognitiv
- pacientul va avea o înfățișare acceptabilă
- pacientul va accepta ajutor la îngrijirea personală
- pacientul își va păstra mobilitatea, atât cât permite afecțiunea/afecțiunile de care suferă
- pacientul nu va dezvolta leziuni de decubit în caz de imobilizare la pat
- pacientul va avea un somn odihnitor
- altele: _____

ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA	FRECVENȚA
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Administrarea medicamentelor conform recomandărilor medicului și <input type="checkbox"/> Documentare în Formularul de Administrare Medicamente 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cf. recomandări medic <input type="checkbox"/> Imediat după administrare medicamente
Evaluarea și monitorizarea pacientului pentru depistarea complicațiilor posibile <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitorizarea funcțiilor vitale 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cf. recomandări medic <input type="checkbox"/> Zilnic

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluarea integrității tegumentului <input type="checkbox"/> Monitorizarea statusului nutrițional, de hidratare <input type="checkbox"/> Evaluarea riscului de cădere <input type="checkbox"/> Evaluarea riscului de escare <input type="checkbox"/> Evaluarea riscului de deficiență de vitamina D în asociere cu lipsa de expunere la soare, cu depresia și cu funcții cognitive afectate la pacienții vârstnici, <input type="checkbox"/> Evaluarea riscului de deficiență de vitamine B (inclusiv B1) în asociere cu vârsta înaintată, consum cronic de alcool, cancer, chirurgia bariatrică 	<input type="checkbox"/> La internare
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prezentarea salonului și orientarea pacientului în salon, baie, secție. 	<input type="checkbox"/> La internare, <input type="checkbox"/> de ___ pe zi
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Comunicarea membrilor echipei medicale/de îngrijire privind diagnosticul de Alzheimer al pacientului (<i>este recomandat ca personalul de îngrijire să fie același, pe cât posibil</i>). 	<input type="checkbox"/> La fiecare predare-preluare între ture.
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Plasare afiș informativ la îndemâna pacientului – unde se află, dacă are nevoie de ceva să sune la sonerie, unde se află soneria, etc. (<i>Scrisul să fie mare, lizibil</i>). 	<input type="checkbox"/> La internare. Conținutul va fi revizuit, la nevoie.
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Plasarea unor obiecte personale la îndemâna pacientului 	<input type="checkbox"/> Permanent
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Se va asigura lumina de veghe, a.î. pacientul să vadă tot ce este în jurul lui, în timpul nopții. <input type="checkbox"/> Se va evita trecerea bruscă de la lumina puternică la lumina slabă. 	<input type="checkbox"/> Seara. <input type="checkbox"/> Ori de câte ori este cazul
<p>Abordarea adecvată a pacientului (<i>se vor bifa doar cele care se aplică pacientului</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> se va vorbi în fața pacientului, <input type="checkbox"/> se va uita în ochii pacientului, <input type="checkbox"/> se va vorbi clar, rar, în propoziții cât mai scurte, <input type="checkbox"/> se va atinge ușor pacientul pentru a-i atrage atenția, <input type="checkbox"/> se va lăsa timp pacientului să răspundă, <input type="checkbox"/> se va reformula propoziția, dacă pacientul este confuz, nu a înțeles, dă un răspuns greșit. <input type="checkbox"/> se va informa pacientul privind îngrijirea care urmează să i se acorde <input type="checkbox"/> altele: _____ <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Permanent.
<p>Asigurarea unui climat fără riscuri pentru pacient (<i>se vor bifa doar cele care se aplică pacientului</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> papuci cu talpă antiderapantă, fără șireturi <input type="checkbox"/> eliminarea obiectelor din calea pacientului <input type="checkbox"/> iluminare corespunzătoare <input type="checkbox"/> distragerea atenției pacientului atunci când este agitat, are un comportament periculos (ex. Încearcă să sară peste lateralele de protecție ridicate ale patului, etc.) 	<input type="checkbox"/> La internare <input type="checkbox"/> ori de câte ori este nevoie.

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pacientul nu va fi lăsat nesupravegheat în stadiul mediu și avansat de Alzheimer <input type="checkbox"/> altele: _____ 	
<p>Gestionarea stărilor de confuzie (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> evitarea stărilor de frustrare, de agitație <input type="checkbox"/> evitarea și stoparea stărilor, conversațiilor emoționale <input type="checkbox"/> nu pretindeți de la pacient mai mult decât poate <input type="checkbox"/> reducerea zgomotului <input type="checkbox"/> vorbirea clară, rară, în fața pacientului <input type="checkbox"/> distragerea pacientului cu muzică liniștitoare, o plimbare, un album cu poze, carte cu imagini, etc. <input type="checkbox"/> altele: _____ 	<input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie.
<p>Reducerea anxietății (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> evaluați pacientul pentru depistarea semnelor timpurii de oboseală și agitație <input type="checkbox"/> îndepărtați pacientul din situațiile care pot provoca anxietate <input type="checkbox"/> asigurați perioade de odihnă și de liniște de-a lungul zilei <input type="checkbox"/> validați sentimentele și preocupările pacientului <input type="checkbox"/> folosirea tehnicilor de relaxare – exerciții de respirație, masaj ușor, muzică de relaxare – în funcție de nevoile pacientului. <input type="checkbox"/> implicarea pacientului în activități utile și plăcute – privirea unor poze, plimbări în aer liber, diferite jocuri distractive, ușoare, etc. <input type="checkbox"/> altele: _____ 	<input type="checkbox"/> Ori de câte ori este nevoie.
<p>Comunicarea (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> evaluarea comunicării non-verbale a pacientului: grimase faciale, zâmbet, încruntare, plânset, etc. <input type="checkbox"/> pacient cu deficit de auz/surd: <ul style="list-style-type: none"> __ vorbirea în fața pacientului, ca să poată citi de pe buze __ asigurarea bateriilor funcționale din aparatul auditiv __ propoziții scurte, exprimare clară, pe un ton normal <input type="checkbox"/> pacient care nu se poate exprima: <ul style="list-style-type: none"> __ asigurare hârtie și pix pentru a scrie ceea ce vrea să comunice __ asigurare imagini cu obiecte uzuale sau mesaje scrise __ nu grăbiți pacientul atunci când acesta vrea să comunice ceva și nu poate. <input type="checkbox"/> oprirea televizorului, zgomotului atunci când se vorbește cu pacientul, <input type="checkbox"/> lăudarea pacientului atunci când reușește să facă un anumit lucru, <input type="checkbox"/> menținerea contactului vizual cu pacientul. <input type="checkbox"/> altele: _____ 	<input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> La fiecare interacțiune cu pacientul

<p>Promovarea autoîngrijirii (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> asistarea pacientului privind igiena personală zilnică, cu permiterea efectuării de către pacient a igienei în măsura în care acesta poate și alocarea unui timp suficient, astfel încât pacientul să nu fie grăbit <input type="checkbox"/> inspectarea tegumentului pacientului în timpul efectuării băii, <input type="checkbox"/> instruirea pacientului în efectuarea igienei personale, etapă cu etapă <input type="checkbox"/> pregătirea hainelor în ordinea îmbrăcării lor, <input type="checkbox"/> asistarea pacientului la îmbrăcare, pieptănare, la nevoie, <input type="checkbox"/> asistarea pacientului privind igiena orală, după mese și la culcare <input type="checkbox"/> altele: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zilnic <input type="checkbox"/> _____
<p>Promovarea mobilizării (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Efectuarea exercițiilor fizice în limita mișcărilor pacientului <input type="checkbox"/> Schimbarea poziției în pat la fiecare 2 ore <input type="checkbox"/> Plasarea de perne, rulouri pentru păstrarea unei posturi corecte a pacientului în pat <input type="checkbox"/> Încurajarea și asistarea pacientului la mișcare, plimbare <input type="checkbox"/> Plasarea pacientului într-un scaun, lângă fereastră <input type="checkbox"/> Altele: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cel puțin odată pe zi <input type="checkbox"/> Conform "Ceasului de mobilizare" afișat la patul pacientului.
<p>Promovarea unui somn adecvat (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asigurarea liniștii, unui mediu relaxant, confortabil <input type="checkbox"/> Asigurarea unor tehnici de relaxare – masaj, muzică, o baie caldă <input type="checkbox"/> Administrarea de somnifere, la recomandarea medicului <input type="checkbox"/> Altele: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zilnic, seara <input type="checkbox"/> _____
<p>Promovarea socializării (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Încurajarea familiei să viziteze pacientul, să aloce timp pentru interacțiunea cu el <input type="checkbox"/> Activități recreative, în limita capacității pacientului, fără a-l forța. <input type="checkbox"/> Altele: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cel puțin odată pe zi <input type="checkbox"/> _____
<p>Educația pacientului și familiei și Planificarea externării (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluarea nevoilor de învățare ale pacientului/familiei <input type="checkbox"/> Simplificarea și repetarea informațiilor <input type="checkbox"/> Utilizarea materialelor vizuale și scrise pentru clarificarea 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La internare, <input type="checkbox"/> Cel puțin odată pe zi <input type="checkbox"/> La externare

<p>instrucțiunilor legate de medicație, tratamente, îngrijiri, exerciții, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Implicarea pacientului în îngrijirea sa, în limita capacităților pacientului</p> <p><input type="checkbox"/> Implicarea familiei și a îngrijitorilor personali în îngrijirea pacientului</p> <p><input type="checkbox"/> Ajutor la dezvoltarea unui sistem de reamintire a medicației, a îngrijirilor, utilizarea unor strategii nonfarmacologice de îmbunătățire/păstrare a memoriei (gen "Program de meditație de 12 săptămâni Kirtan Kriya" sau "Dejian Mind-Body Intervention", etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> Altele: _____</p>	
<p>EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: <i>se va efectua cel puțin odată pe tură și se va documenta cel puțin odată pe zi în documentele pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului</i></p>	
<p>Data _____ pacientul nu a suferit / a suferit ___o cădere ___accidentare/rănire de tipul _____,</p> <p>Data _____ pacientul nu are / are un aspect îngrijit, refuză ajutorul pentru îngrijirea personală _____,</p> <p>Data _____ pacientul refuză să se ridice din pat și să se plimbe _____,</p> <p>Data _____ pacientul nu a / a dezvoltat leziuni de decubit în zona _____,</p> <p>Data _____ pacientul este neliniștit, agitat din cauza lipsei de somn odihnitor _____.</p>	

Acest plan de îngrijire este destinat tuturor asistenților medicali generaliști care, indiferent de specificul secției în care lucrează, au în îngrijire pacienți cu Alzheimer. Deși unele intervenții sunt, de fapt, recomandări privind conduita personalului față de pacientul cu Alzheimer, ele trebuie cunoscute și aplicate, chiar dacă nu pot fi înregistrate ca și intervenții (privirea pacientului în ochi sau reducerea zgomotului).

DE REȚINUT!

- Televizorul, programele radio pot mări agitația și dezorientarea pacientului în stadiile avansate de Alzheimer.
- Aveți răbdare cu pacientul atunci când vrea să vă comunice ceva și nu poate.
- Stați în fața pacientului atunci când îi vorbiți, uitați-vă în ochii acestuia și vorbiți rar și clar folosind propoziții scurte, simple. Vorbiți tare, doar dacă pacientul are dificultăți de auz.
- Etichetați sertarele cu conținutul lor, folosiți culori diferite, postați afișe pe uși, vizualizați soneria.
- Informați pacientul despre manoperele pe care urmează să i le efectuați. Una câte una.
- Aplicarea terapiilor complementare – exerciții (în limita posibilităților), masaj, meditație, etc.
- **ELIMINAȚI PERICOLELE DIN CALEA PACIENTULUI!!!**

18. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU DIAREE

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:
Vârstă:
Data internării:
Nr FOCG: Plan de îngrijire
Salon Pat
Data implementării planului de îngrijire:

Evaluati următoarele date subiective și obiective (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

- Disconfortul abdominal, durerea, crampele, frecvența scaunelor, consistența scaunelor, senzațiile intestinale hiperactive
- Medicamente luate de pacient și care ar avea, dintre efectele secundare, producerea diareei
- Schimbări în obiceiurile și comportamentele alimentare ale pacientului
- Metodele de preparare ale alimentelor
- Intoleranța la lapte și alte produse lactate
- Intoleranța la alimente
- Osmolalitatea hrănirii prin sondă
- Nivelul de stres
- Nivelul de hidratare prin evaluarea intrărilor și ieșirilor
- Istoricul bolilor gastro – intestinale
- Istoricul radioterapiei abdominale
- Istoricul intervențiilor chirurgicale gastrointestinale anterioare
- Istoricul călătoriilor în străinătate, ingestia de produse lactate nepasteurizate sau consumul de apă netratată
- Starea pielii din regiunea perianală
- Impactul emoțional produs de pierderea controlului asupra intestinului, în special în timpul spitalizării

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

DIAREE

- Deficit de volum de lichide
- Nutriție dezechilibrată prin deficit
- Durere acută
- Afectarea integrității pielii

OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):	
<input type="checkbox"/> Pacientul să exprime dispariția semnelor de diaree în decurs de 2 zile de la intervențiile aplicate <input type="checkbox"/> Pacientul să elimine scaune de consistență normală în decurs de 3 – 4 zile de la intervențiile aplicate	
ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA	FRECVENȚA
<p>INTERVENȚII INDEPENDENTE</p> <input type="checkbox"/> Identificarea cauzelor diareei. <input type="checkbox"/> Schimbarea lenjeriei de pat. <input type="checkbox"/> Schimbarea lenjeriei de corp. <input type="checkbox"/> Efectuarea toaletei parțiale a pacientului. <input type="checkbox"/> Efectuarea toaletei totale a pacientului. <input type="checkbox"/> Respectarea intimității pacientului în timpul acordării îngrijirilor igienice. <input type="checkbox"/> Asigurarea dietei de protecție intestinală, administrată în proporții mici, fără lactate, fructe și legume crude sau alte alimente care pot favoriza diareea. <input type="checkbox"/> Alimentarea pacientului cu o dietă bogată în fibre: cereale, orez, mazăre, morcovi, mere. <input type="checkbox"/> Cântărirea zilnică a pacientului și notarea greutății. <input type="checkbox"/> Monitorizarea zilnică a aspectului, numărului și consistenței scaunelor. <input type="checkbox"/> Încurajarea pacientului să consume între 1,5 și 2 litri de lichide/24 ore, exceptând cazurile în care acest aport este contraindicat. <input type="checkbox"/> Încurajarea consumului de soluții de rehidratare orală. <input type="checkbox"/> Monitorizarea și înregistrarea intrărilor și ieșirilor pentru evaluarea echilibrului hidric. <input type="checkbox"/> Îngrijirea perianală după fiecare mișcare intestinală.	<input type="checkbox"/> La preluare pacientului/turei <input type="checkbox"/> La preluare pacientului/turei <input type="checkbox"/> La preluare pacientului/turei <input type="checkbox"/> Ori de cate ori este nevoie
<p>Pentru pacienții cu hrănire enterală prin sondă:</p> <input type="checkbox"/> Schimbarea echipamentului tubului de hrănire conform politicii unității spitalicești, dar nu mai puțin de o dată/24 de ore, deoarece echipamentele contaminate pot favoriza diareea. <input type="checkbox"/> Hrănirea prin sondă trebuie efectuată la temperatura camerei, deoarece temperaturile extreme pot stimula peristaltismul intestinal. <input type="checkbox"/> Inițierea alimentării prin sondă se face treptat, pentru adaptarea sistemului gastro-intestinal la aport. <input type="checkbox"/> Încurajarea pacientului să se alimenteze prin mese mici și	

<p>frecvente și să consume alimente ușor digerabile, cu un conținut adecvat de fibre.</p> <p><input type="checkbox"/> Documentarea datelor în planul de îngrijire</p>	
<p>INTERVENȚII DEPENDENTE</p> <p>conform recomandărilor medicului.</p> <p><input type="checkbox"/> Recoltarea probelor biologice: Se completează cu recomandările medicului curant.</p> <p><input type="checkbox"/> Pregătirea pacientului pentru investigații: Se completează cu recomandările medicului curant.</p> <p><input type="checkbox"/> Administrarea medicamentelor conform recomandărilor medicului.</p>	<p><input type="checkbox"/> cf. recomandărilor medicului.</p>
<p>EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE</p> <p><input type="checkbox"/> Explicarea pacientului privind necesitatea hidratării cu lichide neîndulcite (infuzie de mentă, supe, apă plată).</p> <p><input type="checkbox"/> Explicarea pacientului asupra necesității evitării stimulentelelor precum cafeina, băuturile carbogazoase și îndulcitorii artificiali.</p> <p><input type="checkbox"/> Educarea pacientului cu privire la măsurile dietetice necesare pentru controlul diareei.</p> <p><input type="checkbox"/> Educarea pacientului privind importanța modificării dietei pentru menținerea echilibrului digestiv.</p>	
<p>EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: <i>se va efectua cel puțin odată pe tură și se va documenta cel puțin odată pe zi în documentele pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului:</i></p>	
<p>Data _____ pacientul prezintă.</p> <p>Data _____ pacientul prezintă.</p> <p>Data _____ pacientul prezintă.</p> <p>Data _____ pacientul.</p>	

19. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU CONSTIPAȚIE

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:	
Vârstă:	
Data internării:	
Nr FOCG: <i>Plan de îngrijire</i>	
Salon	Pat
Data implementării planului de îngrijire:	

Evaluarea pacientului cu constipație

(Se vor bifa doar datele subiective și obiective care se aplică pacientului)

- Tulburări metabolice și endocrine: feocromocitom, hipotiroidism, hipertiroidism, hipercalcemie, diabet zaharat, uremie.
- Tulburări neurologice: leziuni ale măduvei spinării, accident vascular cerebral, boala Parkinson, tumoră cerebrală, scleroză multiplă.
- Tulburări anorectale și afecțiuni rectale: abces, fisuri anale, hemoroizi, prolaps rectal.
- Efecte secundare ale unor medicamente:
 - Medicamente antipiretice (morfina, codeina).
 - Medicamente anticolinergice (hioscina).
 - Medicamente antidepresive (imipramina, fluoxetina).
 - Medicamente antiepileptice (fenitoina, carbamazepina).
 - Antipsihotice (haloperidol, clozapină).
 - Suplimente alimentare cu conținut de fier și calciu.
 - Medicamente antihipertensive (blocante ale canalelor de calciu, diuretice, beta-blocante, agenți cu acțiune centrală).
 - Medicație anti-ulcer.
 - Antioxidanți (medicamente care conțin aluminiu și calciu).
 - Terapie cu opioide pe termen lung.
- Obiceiurile intestinale ale pacientului, legate de:
 - Scaune dure și uscate, eliminate frecvent.
 - Frica de durere la defecație.
 - Senzație de evacuare incompletă în timpul a cel puțin 25% din mișcările intestinale.
 - Scăderea motilității gastrointestinale.
 - Abuzul de laxative sau utilizarea frecventă a clismei.
 - Aport scăzut de fibre alimentare, prin consum insuficient de fructe, legume etc.
 - Inactivitate fizică.
 - Anxietate, depresie.
 - Abuz fizic sau sexual.
 - Aport inadecvat de lichide.
 - Gravitate.

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):	
CONSTIPAȚIE	
<input type="checkbox"/> Constipație legată de aport inadecvat de lichide, evidențiată de mișcări intestinale rare, scaune dure și poziție încordată a pacientului în timpul defecației. <input type="checkbox"/> Constipație legată de scăderea activității fizice, evidențiată de disconfort abdominal, balonare și dificultăți în eliminarea scaunului. <input type="checkbox"/> Constipație legată de aport insuficient de fibre alimentare, evidențiată de scaune dure și disconfort al pacientului.	
OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):	
<input type="checkbox"/> Pacientul să prezinte îmbunătățirea funcției intestinale, ameliorarea durerilor abdominale și balonarea <input type="checkbox"/> Pacientul să prezinte scaun zilnic în decurs de 4 zile de la administrarea tratamentului.	
ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA	FRECVENȚA
INTERVENȚII INDEPENDENTE <input type="checkbox"/> Încurajarea pacientului să crească aportul de lichide la 1,5 – 2 L/zi. <input type="checkbox"/> Asistarea pacientului în efectuarea exercițiilor fizice pentru stimularea peristaltismului și facilitarea defecației. <input type="checkbox"/> Identificarea cauzelor potențiale ale constipației. <input type="checkbox"/> Stabilirea profilului de eliminare al pacientului. <input type="checkbox"/> Stabilirea unui program de eliminare adaptat profilului pacientului. <input type="checkbox"/> Oferirea unui bazinet încălzit, la pat, la ore fixe, pentru pacienții imobilizați. <input type="checkbox"/> Respectarea intimității pacientului prin izolarea cu paravan. <input type="checkbox"/> Conducerea pacientului la toaletă la ore fixe, dacă acesta se poate mobiliza. <input type="checkbox"/> Sugerarea pacientului să meargă la toaletă după micul dejun. <input type="checkbox"/> Prevenirea accidentării pacientului prin îndepărtarea oricăror obstacole în timpul deplasării la toaletă. <input type="checkbox"/> Realizarea tușeului rectal pentru identificarea posibilei prezențe a fecalomului. <input type="checkbox"/> Propunerea de exerciții de contracție a mușchilor abdominali pentru stimularea peristaltismului intestinal, conform unui program prestabilit. <input type="checkbox"/> Calcularea bilanțului hidric (intrări – ieșiri). <input type="checkbox"/> Documentarea datelor în planul de îngrijire	
INTERVENȚII DEPENDENTE conform recomandărilor medicului. <input type="checkbox"/> Pregătirea pacientului pentru investigații: Se completează cu recomandările medicului curant. <input type="checkbox"/> Administrare supozitoare. <input type="checkbox"/> Efectuare clismă evacuatoare.	<input type="checkbox"/> cf. recomandărilor medicului.

EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE

Educarea pacientului să crească aportul de lichide la 1,5 – 2 L/zi. Pacienții vârstnici cu constipație trebuie să consume lichide până la 2 L/zi, exceptând cazurile în care acest aport este contraindicat (ex: boli cardiace, boli renale). Un aport adecvat de lichide ajută la înmuierea scaunului și facilitează tranzitul intestinal. *Pacienții vârstnici trebuie să evite consumul de alcool, deoarece acesta poate agrava constipația.*

Educarea pacientului privind creșterea graduală a consumului de cereale integrale, tărâțe, nuci, fructe și legume. *Introducerea bruscă a fibrelor în dietă poate provoca flatulență, crampe abdominale și balonare, de aceea este necesară o adaptare progresivă.*

Educarea pacientului cu privire la importanța exercițiilor fizice sau a mersului pe jos pentru stimularea peristaltismului și favorizarea defecației. *Exercițiile fizice ajută la menținerea unei funcții intestinale normale, îmbunătățesc pofta de mâncare și contribuie la creșterea calității vieții.*

EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: *se va efectua cel puțin odată pe tură și se va documenta cel puțin odată pe zi în documentele pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului:*

Data _____ pacientul prezintă.

Data _____ pacientul prezintă.

Data _____ pacientul prezintă.

Data _____ pacientul.

20. PLAN DE ÎNGRIJIRE AL PACIENTULUI CU INCONTINENȚĂ FECALĂ

.....(Antet unitate sanitară).....

Informații despre pacient

Nume, prenume:	
Vârstă:	
Data internării:	
Nr FOCG: <i>Plan de îngrijire</i>	
Salon	Pat
Data implementării planului de îngrijire:	

Evaluarea pacientului cu incontinență fecală

(Se vor bifa doar datele subiective și obiective care se aplică pacientului)

- Scurgeri fecale nedorite** după o mișcare intestinală normală, cu continență și evacuare adecvate.
- Incontinență imperioasă**, caracterizată prin eliminarea involuntară a fecalelor și flatulenței, în ciuda încercărilor de reținere.
- Incontinență pasivă**, definită prin eliminarea involuntară a fecalelor și flatulenței, fără ca pacientul să fie conștient de acest lucru.
- Evaluarea funcției intestinale**, cu scopul de a stabili **rutine intestinale regulate** și de a promova **obiceiuri intestinale sănătoase**.
- Integritatea pielii**, deoarece expunerea prelungită la materii fecale poate duce la **deteriorarea pielii, leziuni de presiune și infecții**.
- Imagine corporală modificată**, întrucât incontinența fecală poate afecta **percepția pacientului asupra propriei imagini**.
- Izolare socială și scăderea stimei de sine**, determinate de **sentimente de neputință și rușine** asociate cu pierderea controlului asupra eliminărilor intestinale.

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):

INCONTINENȚA INTESTINALĂ ȘI FECALĂ

- Incontinență fecală legată de scăderea controlului asupra sfincterului și afectarea răspunsului nervos, evidențiată de eliminarea frecventă și involuntară a scaunului și de sentimentele de jenă și retragere socială.
- Incontinență fecală legată de scăderea tonusului muscular și afectarea controlului voluntar, evidențiată de scurgeri involuntare de scaun.
- Incontinență fecală legată de reducerea funcției sfincterului și scăderea tonusului rectal.

OBIECTIVE/REZULTATE (se vor bifa doar cele care se aplică pacientului):	
<input type="checkbox"/> Pacientul să fie conștient de scaun și să raporteze reducerea episoadelor de incontinență intestinală. <input type="checkbox"/> Pacientul să evacueze un scaun moale, format. <input type="checkbox"/> Pacientul să controleze mișcările intestinale. <input type="checkbox"/> Pacientul să controleze eliminările de materii fecale.	
ÎNGRIJIREA / INTERVENȚIA	FRECVENȚA
INTERVENȚII INDEPENDENTE <input type="checkbox"/> Identificarea cauzelor posibile ale incontinenței fecale pentru restabilirea funcției intestinale. <input type="checkbox"/> Schimbarea lenjeriei de pat. <input type="checkbox"/> Schimbarea lenjeriei de corp. <input type="checkbox"/> Efectuarea toaletei parțiale a pacientului prin spălarea zonei perineale cu apă și săpun după fiecare eliminare, urmată de aplicarea unui unguent de barieră pentru protecția pielii. <input type="checkbox"/> Respectarea intimității pacientului în timpul acordării îngrijirilor igienice. <input type="checkbox"/> Repoziționarea pacientului la fiecare două ore pentru prevenirea complicațiilor pielii. <input type="checkbox"/> Așezarea pacientului într-o poziție adecvată pentru reducerea iritării pielii și a riscului de leziuni prin presiune. <input type="checkbox"/> Asigurarea unui consum de lichide de cel puțin 2000 – 3000 ml/zi, exceptând cazurile în care este contraindicat. <input type="checkbox"/> Creșterea stimei de sine a pacientului și reducerea izolării sociale. <input type="checkbox"/> Restabilirea stimei de sine prin comunicare deschisă și oferirea sprijinului emoțional. <input type="checkbox"/> Încurajarea pacientului să desfășoare activități recreative sau hobby-uri care îi îmbunătățesc starea emoțională și încrederea în sine. <input type="checkbox"/> Documentarea datelor în planul de îngrijire	
INTERVENȚII DEPENDENTE conform recomandărilor medicului. <input type="checkbox"/> Pregătirea pacientului pentru investigații: Se completează cu recomandările medicului curant. <input type="checkbox"/> Administrarea medicamentelor. <input type="checkbox"/> Utilizarea produselor absorbante recomandate de către medic.	<input type="checkbox"/> Conform recomandărilor medicului.
EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE <input type="checkbox"/> Educarea pacientului privind adoptarea unei diete bogate în proteine. <input type="checkbox"/> Încurajarea pacientului să inițieze strategii pozitive de adaptare. <input type="checkbox"/> Educarea pacientului și a familiei privind îngrijirea personală și îngri-	

jirea la domiciliu.

Educarea pacientului și a familiei cu privire la importanța consumului adecvat de lichide și fibre pentru menținerea scaunelor moi și voluminoase.

Educarea pacientului și a familiei privind igiena adecvată, utilizarea săpunului, a barierei de apă și umiditate care conține oxid de zinc sau dimeticonă.

Educarea pacientului și a familiei privind utilizarea corectă a dispozitivelor de asistență, precum tampoanele pentru incontinență.

EVALUAREA PACIENTULUI POSTÎNGRIJIRI: *se va efectua cel puțin odată pe tură și se va documenta cel puțin odată pe zi în documentele pacientului sau conform reglementărilor interne ale spitalului:*

Data _____ pacientul prezintă.

Data _____ pacientul prezintă.

Data _____ pacientul prezintă.

Data _____ pacientul.

Bibliografie

- 1 Clark, J., & Lang, N. (1992). Nursing's next advance: An internal classification for nursing practice. *International Nursing Review*, 39(4), 109-111, 128.
- 2 Gordon M (1998). 'Nursing nomenclature and classification system development'. *Online Journal of Issues in Nursing*, May: 1-13.
- 3 NANDA-I Nursing Diagnoses Definitions and Classification: <https://nanda.org/publications-resources/publications/nanda-international-nursing-diagnoses/>
- 4 Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC): <https://nursing.uiowa.edu/center-for-nursing-classification-and-clinical-effectiveness>
- 5 Nursing Outcomes Classification (NOC): <https://nursing.uiowa.edu/cnce/nursing-outcomes-classification-overview>
- 6 The International Classification for Nursing Practice: <https://www.icn.ch/how-we-do-it/projects/ehealth-icnptm/about-icnp>
- 7 ICN. About ICNP: <https://www.icn.ch/how-we-do-it/projects/ehealth-icnptm/about-icnp>
- 8 The Omaha System: <https://www.omahasystem.org/>
- 9 SNOMED International: <https://www.snomed.org/>
- 10 Clinical Care Classification System: <https://clinicalcareclassification.org/>
- 11 Introduction to PNDIS: Introduction to PNDIS; <https://www.aorn.org/education/education-for-individuals/courses/introduction-to-pndis>
- 12 The ATIC Terminology – Nursing Projects in Catalonia: <https://catalannurses.cat/en/projectes/la-terminologia-atic/>
- 13 Aplicación de los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC en la asignatura de Enfermería Geriátrica. Scielo
- 14 Revista Enfermería Global: Experiencias de implementación de ATIC en la práctica clínica.
- 15 Careful Nursing. (n.d.). Nursing diagnosis, outcomes, and interventions. Retrieved December 3, 2024, from https://www.carefulnursing.ie/go/overview/professional_practice_model/practice_competence_excellence/nursing_diagnosis_outcomes_interventions
- 16 Di Giacomo, P., Fabbri, G., Santin, C., & Rigon, L. (2019). The implementation of electronic nursing documentation with NANDA-I, NOC, and NIC. ResearchGate. Retrieved from <https://www.researchgate.net>
- 17 Flanagan, Jane & Weir-Hughes, Dickon. (2016). NANDA-I NIC and NOC, the EHR, and Meaningful Use. *International Journal of Nursing Knowledge*. 27. 183-183. 10.1111/2047-3095.12156

- 18 Tantt K, Ikonen H. Nationally standardized electronic nursing documentation in Finland by the year 2007. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2006 ;122:540-541. PMID: 17102317.
- 19 Rutherford, M., (Jan. 31, 2008) "Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice?" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. 13 No. 1.
- 20 Jedwab RM, Holzhauser K, Raghunathan K, Lord ZK, Duncan SP, Murray MA, Gogler J, AM EJ. Applicability and benefits of Standardised Nursing Terminology in Australia: A scoping review. *Collegian*. 2024 Oct 31.
- 21 Ghid de elaborare și dezvoltare a planului de îngrijire: <https://www.oamgmamr-vrancea.ro/ghid-de-elaborare-a-planului-de-ingrijire/>
- 22 ORDIN Nr. 446/2017 din 18 aprilie 2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor: <https://anmcs.gov.ro/web/wp-content/uploads/2017/04/OrdinMS-446-2017-StandardEd.II .pdf>
- 23 OAMGMAMR: <https://www.oamr.ro/proiect-schimb-de-bune-practici-elaborarea-si-completarea-planului-de-ingrijiri/>
- 24 Amer YS, Elzabany MM, Omar TI, Ibrahim AG, Dowidar NL. The 'Adapted ADAPTE': an approach to improve utilization of the ADAPTE guideline adaptation resource toolkit in the Alexandria Center for Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2015 Dec;21(6):1095-106.
- 25 Wang Z, Norris SL, Bero L. The advantages and limitations of guideline adaptation frameworks. *Implementation Science*. 2018 Dec;13:1-3.
- 26 Harrison MB, Graham ID, van den Hoek J, Dogherty EJ, Carley ME, Angus V. Guideline adaptation and implementation planning: a prospective observational study. *Implementation science*. 2013 Dec;8:1-4.
- 27 Hogston R, Marjoram B. *Foundations of nursing practice: themes, concepts and frameworks*. Bloomsbury Publishing; 2011 Apr 1.
- 28 OUG nr. 144/2008, ordonanța de urgență privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România – Art. 8.
- 29 Levett-Jones T, Hoffman K, Dempsey J, Jeong SY, Noble D, Norton CA, Roche J, Hickey N. The 'five rights' of clinical reasoning: an educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk' patients. *Nurse Educ Today*. 2010 Aug;30(6):515-20. doi: 10.1016/j.nedt.2009.10.020. Epub 2009 Nov 30. PMID: 19948370.
- 30 Holman H. Chronic disease—the need for a new clinical education. *Jama*. 2004 Sep 1;292(9):1057-9.

- 31 Zuriguel Perez E, Lluch Canut MT, Falco Pegueroles A, Puig Llobet M, Moreno Arroyo C, Roldan Merino J. Critical thinking in nursing: Scoping review of the literature. *International journal of nursing practice*. 2015 Dec;21(6):820-30.
- 32 Wiss, D. (2022, May 29). The integrated biopsychosocial model of health and disease. *Wise Mind Nutrition*. <https://wisemindnutrition.com/blog/the-biopsychosocial-model-of-health-and-disease>
- 33 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36.
- 34 Toney-Butler et al, 2022. *Nursing Admission Assessment and Examination*.
- 35 Campbell, 2016. The fifth vital sign revisited. *PAIN*: January 2016 - Volume 157 - Issue 1 - p 3-4
- 36 Saranto et al, 2009. Evaluating nursing documentation—research designs and methods: systematic review
- 37 SELVI, S. Documentation in nursing practice. *International Journal of Nursing Education*, 2017, 9.4: 121-123.
- 38 Leape, LL, and Berwick, DM: Five years after to err is human: What have we learned? *JAMA* 293(19):2384–2390, 2005.
- 39 Nguyen C, McElroy LM, Abecassis MM, Holl JL, Ladner DP. The use of technology for urgent clinician to clinician communications: asystematic review of the literature. *Int J Med Inform*. 2015 Feb;84(2):101-10. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2014.11.003. Epub 2014 Nov 15. PMID: 25444594; PMCID: PMC4272907.
- 40 Vera, M. (2024, April 29). Ultimate guide & list of care plans. *Nurseslabs*. Retrieved from <https://nurseslabs.com/nursing-care-plans/>
- 41 Brooker, D. (2004). What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3), 215-222.
- 42 Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Open University Press.
- 43 Brooker, D. (2007). The VIPS Framework for Person-Centred Care. *Dementia Care Matters*.
- 44 Brooker, D., & Latham, I. (2015). *Person-Centred Dementia Care: Making Services Better with the VIPS Framework*. Jessica Kingsley Publishers.
- 45 LEGEA nr.46 din 21 ianuarie 2003 drepturilor pacientului
- 46 Engle RL, Mohr DC, Holmes SK, Seibert MN, Afable M, Leyson J, Meterko M. Evidence-based practice and patient-centered care: Doing both well. *Health Care Manage Rev*. 2021 Jul-Sep 01;46(3):174-184. doi: 10.1097/HMR.0000000000000254. Epub 2019 Jun 24. PMID: 31233424; PMCID: PMC8162222.
- 47 Oldland E, Botti M, Hutchinson AM, Redley B. A framework of nurses' responsibilities for quality healthcare—Exploration of content validity. *Collegian*. 2020 Apr 1;27(2):150-63.

- 48 Berntsen G, Chetty M, Ako-Egbe L, Yaron S, Phan P, Curran C, Lachman P. Person-centred care systems: from theory to practice. A White paper for ISQUA. 2022.
- 49 Perell KL et al, 2001. Fall risk assessment measures: an analytic review
- 50 Turner-Stokes L, Turner-Stokes T. The use of standardized outcome measures in rehabilitation centres in the UK. *Clin Rehabil.* 1997 Nov;11(4):306-13. doi: 10.1177/026921559701100407. PMID: 9408671.
- 51 Benner P. Educating nurses: a call for radical transformation—how far have we come?. *Journal of Nursing Education.* 2012 Apr 1;51(4):183-4.
- 52 Kim HS. *The essence of nursing practice: Philosophy and perspective.* Springer Publishing Company; 2015 Apr 10.
- 53 Connor J, Flenady T, Massey D, Dwyer T. Clinical judgement in nursing—An evolutionary concept analysis. *Journal of Clinical Nursing.* 2023 Jul;32(13-14):3328-40.
- 54 Heather T, Kamitsuru S, Lopes C. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2024-2016.* Wiley-Blackwell; 2024.
- 55 Herdman, TH, Kamitsuru S, Lopes CT. *NANDA-I International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2024-2026,* 2024.
- 56 Shih CY, Huang CY, Huang ML, Chen CM, Lin CC, Tang FI. The association of sociodemographic factors and needs of haemodialysis patients according to Maslow's hierarchy of needs. *J Clin Nurs.* 2019 Jan;28(1-2):270-278.
- 57 Maslow K, Mezey M. Recognition of dementia in hospitalized older adults. *Am J Nurs.* 2008 Jan;108(1):40-9; quiz, 50.
- 58 Alfaro-LeFevre, R. A. (2014). *Applying the nursing process: The foundation for clinical reasoning (8th ed.).* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- 59 Chiru, F., Chiru, G., & Morariu, L. (n.d.). *Îngrijirea omului bolnav și a omului sănătos.* Editura CISON, p. 21.
- 60 Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. (2013). *Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care.* Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- 61 Ackley BJ, Ladwig GB, Flynn Makic MB, Martinez-Kratz M, Zanotti M. *Nursing Diagnosis Handbook E-Book: Nursing Diagnosis Handbook E-Book.* Elsevier Health Sciences, 2019.
- 62 Chiru, F., Chiru, G., & Morariu, L. (n.d.). *Îngrijirea omului bolnav și a omului sănătos.* Editura CISON, p. 22
- 63 Forward, C. (2012). Measuring the effectiveness of school nursing interventions: A review of outcomes. *British Journal of School Nursing,* 7(10), 490–500.
- 64 Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2013). *Nursing outcomes classification (NOC) (5th ed.).* St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

- 65 Wilkinson, J. M. (2012). *Nursing process & critical thinking* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health.
- 66 Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2013). *Nursing outcomes classification (NOC)* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- 67 Gulanick M, Myers JL. *Nursing care plans: Diagnoses, interventions, and outcomes*. Elsevier Health Sciences, 2011.
- 68 Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. C., & Wagner, C. M. (Eds.). (2013). *Nursing interventions classification (NIC)* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier
- 69 Blazeck, A., Klem, M. L., & Miller, T. (2011). Building evidence-based practice into the foundations of practice. *Nurse Educator*, 36(3), 124–127.
- 70 Cappelletti, A., Engel, J. E., & Prentice, D. (2014). Systematic review of clinical judgment and reasoning in nursing. *Journal of Nursing Education*, 53(8), 453–458.
- 71 Marcean, C. (Coord.). (2001). *Tratat de îngrijiri medicale pentru asistentul medical generalist* (Vol. I). Editura Universitară „Carol Davila”, București, pp. 203–207
- 72 Mykkänen M et al, 2016. Standardized nursing documentation supports evidence-based nursing management
- 73 Keenan GM et al, 2008. Documentation and the nurse care planning process. *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*
- 74 Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family: Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2539–2546
- 75 Shepperd, S., McClaran, J., Phillips, C. O., et al. (2010). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(1), CD000313.
- 76 Sapra A, Malik A, Bhandari P. Vital Sign Assessment. 2023 May 1. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. PMID: 31985994.
- 77 Field L. *Nursing Care: An Essential Guide*. Harlow, Essex: Pearson Prentice Hall. 2008.
- 78 Dougherty L, Lister S, editors. *The Royal Marsden Manual of Clinical Nursing Procedures*. Ninth Edition. John Wiley & Sons; 2015.
- 79 Marieb EN, Hoehn K. *Human Anatomy & Physiology*, 10th edn. San Francisco: Pearson Benjamin Cummings. 2010.
- 80 NICE. Hypertension: Clinical Management of Primary Hypertension in Adults, CG127. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2011; <http://publications.nice.org.uk/hypertension-cg127>
- 81 Marieb EN, Hoehn K. *Human Anatomy & Physiology*, 10th edn. San Francisco: Pearson Benjamin Cummings. 2010.

- 82 Charlton K. Evidence Summary: Vital Signs: Clinician Information. Joanna Briggs Institute. 2012.
- 83 Rolfe S. The importance of respiratory rate monitoring. *British Journal of Nursing*. 2019 Apr 25;28(8):504-8.
- 84 Chourpiliadis C, Bhardwaj A. Physiology, Respiratory Rate. 2022 Sep 12. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. PMID: 30725991.
- 85 Cretikos MA, Bellomo R, Hillman K, Chen J, Finfer S, Flabouris A. Respiratory rate: the neglected vital sign. *Medical Journal of Australia*. 2008 Jun;188(11):657-9.
- 86 Higginson R, Jones B. Respiratory assessment in critically ill patients: airway and breathing. *Br J Nurs* 2009; 18(8): 456-61.
- 87 Marieb EN, Hoehn K. *Human Anatomy & Physiology*, 10th edn. San Francisco: Pearson Benjamin Cummings. 2010.
- 88 Voiculescu, M. (1975). *Medicina în familie*. Editura Medicală.
- 89 Braithwaite SA, Wessel AL. Dyspnea. In: Walls RM, ed. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2023:chap 21.
- 90 Fajardo E, Davis JL. History and physical examination. In: Broaddus VC, Ernst JD, King TE, et al, eds. *Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2022:chap 18
- 91 Merriam-Webster. (n.d.). Apnea. In Merriam-Webster.com dictionary. Retrieved October 4, 2024, from <https://www.merriam-webster.com/dictionary/apnea>
- 92 Santana JM, Jaja O, Duan Q, et al. Comparison of patient-reported outcomes between alternative care provider-led and physician-led care for severe sleep disordered breathing: secondary analysis of an RCT. *J Patient Rep Outcomes*. 2024;8(1):107. doi:10.1186/s41687-024-00747-3.
- 93 “Bradypnea.” Merriam-Webster.com Medical Dictionary, Merriam-Webster, <https://www.merriam-webster.com/medical/bradypnea>. Accessed 4 Oct. 2024
- 94 Easter JS. Pediatric resuscitation. In: Walls RM, ed. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2023:chap 158.
- 95 Haas NL, Kurz MC. Adult resuscitation. In: Walls RM, ed. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2023:chap 5
- 96 Hartman ME, Cheifetz IM. Pediatric emergencies and resuscitation. In: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 81.
- 97 Gracia-Tabuenca J, Seppä VP, Jauhiainen M, Kotaniemi-Syrjänen A, Malmström K, Pelkonen A, Mäkelä M, Viik J, Malmberg LP. Tidal breathing flow volume profiles during sleep in wheezing infants measured by impedance pneumography. *J Appl Physiol (1985)*. 2019 May 01;126(5):1409-1418.

- 98 McGee, S. (2018). Auscultation of the lungs. In S. McGee (Ed.), Evidence-based physical diagnosis (4th ed., pp. 261-274.e4). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-39276-1.00030-5>
- 99 Encyclopaedia Britannica. (n.d.). Vocal cords. Encyclopaedia Britannica. Retrieved October 4, 2024, from <https://www.britannica.com/topic/speech-language/Vocal-cords#ref583817>
- 100 Stachler RJ, Francis DO, Schwartz SR, et al. Clinical Practice Guideline: Hoarseness (Dysphonia) (Update). Otolaryngol Head Neck Surg. 2018;158(1_suppl):S1-S42. doi:10.1177/0194599817751030.
- 101 Voelker CH. LI Rhinophonia Macrostaphyla. Annals of Otology, Rhinology & Laryngology. 1938;47(3):659-665.
- 102 Snider HL. Cyanosis. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3rd edition. Boston: Butterworths; 1990. Chapter 45.
- 103 Bhutta BS, Alghoula F, Berim I. Hypoxia. [Updated 2024 Mar 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan
- 104 Boujaoude ZC, Pratter MR. Clinical approach to acute cough. Lung. 2010 Jan;188 Suppl 1(Suppl 1):S41-6. doi: 10.1007/s00408-009-9170-6. Epub 2009 Aug 22
- 105 Hung TH, Chen VC, Chuang YC, Hsu YH, Wu WC, Tsai YH, McIntyre RS, Weng JC. Investigating the effect of hypertension on vascular cognitive impairment by using the resting-state functional connectome. Sci Rep. 2024 Feb 25;14(1):4580. doi: 10.1038/s41598-024-54996-9.
- 106 Sharma S, Hashmi MF, Bhattacharya PT. Hypotension. [Updated 2023 Feb 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-.
- 107 Gopinathannair R, Olshansky B. Management of tachycardia. F1000Prime Rep. 2015 May 12;7:60. doi: 10.12703/P7-60.
- 108 Hafeez Y, Grossman SA. Sinus Bradycardia. [Updated 2023 Aug 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-.
- 109 Goyal A, Robinson KJ, Katta S, et al. Palpitation. [Updated 2023 Apr 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan
- 110 Desai DS, Hajouli S. Arrhythmias. [Updated 2023 Jun 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan
- 111 Grossman SA, Badireddy M. Syncope. [Updated 2023 Jun 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan
- 112 Schwarzenberger K, Callen JP. Dermatologic manifestations in patients with systemic disease. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, eds. Dermatology. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 53.
- 113 Eyre AJ. Weakness. In: Walls RM, ed. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2023:chap 9

- 114 Duong H, Patel G. Hypothermia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Updated January 19, 2024.
- 115 Wasserman DD, Creech JA, Healy M. Cooling Techniques for Hyperthermia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Updated October 17, 2022
- 116 Wasserman DD, Creech JA, Healy M. Cooling Techniques for Hyperthermia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Updated October 17, 2022
- 117 Dall L, Stanford JF. Fever, Chills, and Night Sweats. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3rd edition. Boston: Butterworths; 1990. Chapter 211
- 118 Dall L, Stanford JF. Fever, Chills, and Night Sweats. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3rd edition. Boston: Butterworths; 1990. Chapter 211
- 119 Roigk P. Nutrition and Hydration. 2018 Jun 16. In: Hertz K, Santy-Tomlinson J, editors. Fragility Fracture Nursing: Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient [Internet]. Cham (CH): Springer; 2018. Chapter 8. PMID: 31314479
- 120 Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7),724-731
- 121 Academy of Eating Disorders (AED), (2011). Eating Disorders: Critical Points For Early Recognition And Medical Risk Management In The Care Of Individuals With Eating Disorders. AED Report.
- 122 Zoghbi WA, et al. Aortic Regurgitation: Review of the Diagnostic Criteria and the Management. *Curr Cardiol Rep*. 2023;25(6):546-555. doi:10.1007/s11886-023-01955-x
- 123 Katzka DA, Kahrilas PJ. Advances in the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *BMJ*. 2020;371:m3786. doi:10.1136/bmj.m3786.
- 124 Bredenoord AJ, Smout AJPM. AGA Clinical Practice Update on Evaluation and Management of Belching Disorders: Expert Review. *Gastroenterology*. 2023;S0016-5085(23)00823-5. doi:10.1053/j.gastro.2023.08.023.
- 125 Bailey J, Carter NJ, Neher JO. Effective management of flatulence. *Am Fam Physician*. 2009;79(12):1098-1100.
- 126 Camilleri M. Early Satiety: Etiology, Diagnostic Approach, and Management. *Gastroenterology*. 2015;148(6):1239-1245. doi:10.1053/j.gastro.2015.02.043.
- 127 Lee YY, Erdogan A, Rao SS. Management of Chronic Abdominal Distension and Bloating. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020;18(11):2398-2407.e3. doi:10.1016/j.cgh.2020.02.021.
- 128 Hersh E. Polyphagia: Symptoms, Causes, and Treatment. Healthline. Published January 25, 2024. Accessed [Date]. <https://www.healthline.com/health/polyphagia>

- 129 Kotagiri R, Sridharan GK. Primary Polydipsia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562251/>.
- 130 Groher ME, Crary MA. Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management. *Otolaryngol Clin North Am.* 2013;46(6):989-1008. doi:10.1016/j.otc.2012.10.013.
- 131 Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, et al. Night Eating Syndrome: A Review of the Literature. *Appetite.* 2010;55(3):310-323. doi:10.1016/j.appet.2010.07.007.
- 132 Kong HH, Richards JE. Dysgeusia: A Review. *Am Fam Physician.* 2006;73(11):1673-1678
- 133 Yule MS, Brown LR, Waller R, Wigmore SJ. Cancer cachexia. *BMJ.* 2024;387:e080040. doi:10.1136/bmj-2024-080040.
- 134 Inoue Y, Qin B, Poti J, Sokol R, Gordon-Larsen P. Epidemiology of Obesity in Adults: Latest Trends. *Curr Epidemiol Rep.* 2018;5(1):29-41. doi:10.1007/s40471-018-0155-1.
- 135 Lundholm L, Schersten B, Eden L, Lundgren S. Origins of emaciation in cancer patients. *Med Oncol Tumor Pharmacother.* 1985;2(3-4):143-147. doi:10.1007/BF02934546.
- 136 Vivanti AP. Dehydration in Older Adults. *Nutr Rev.* 2012;70(3):137-149. doi:10.1111/j.1753-4887.2011.00461.x.
- 137 Robertson GL. Differential diagnosis of polyuria. *Annu Rev Med.* 1988;39:425-42. doi:10.1146/annurev.me.39.020188.002233.PMID: 3285784
- 138 Osman NI, Chapple CR, Wein AJ. Nocturia: current concepts and future perspectives. *Acta Physiol (Oxf).* 2013 Jan;207(1):53-65. doi: 10.1111/apha.12013. Epub 2012 Oct 15. PMID: 23033860.
- 139 Vincent, J. L., Ferguson, A., Pickkers, P., Jakob, S. M., Jaschinski, U., Almekhlafi, G. A., Leone, M., Mokhtari, M., Fontes, L. E., Bauer, P.R., & Sakr, Y. (2020). The clinical relevance of oliguria in the critically ill patient: Analysis of a large observational database. *Critical Care*, 24(1), 171.
- 140 Hooton, T. M., & Gupta, K. (2011). Evaluation of dysuria in adults. *The New England Journal of Medicine*, 365(18), 1801–1809.
- 141 Simerville, J. A., Maxted, W. C., & Pahira, J. J. (2011). Sterile pyuria: A practical approach to diagnosis and management. *American Family Physician*, 84(5), 561–566.
- 142 Schrier, R. W., & Wang, W. (2004). Anuria: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Journal of the American Society of Nephrology*, 15(1), 125–137.
- 143 Grossfeld, G. D., Litwin, M. S., Wolf, J. S., Hricak, H., Shuler, C. L., Agerter, D. C., & Carroll, P. R. (2002). Hematuria: An algorithmic approach to finding the cause. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 69(11), 870–884.
- 144 Nevés, T., & Thibodeau, B. (2010). Nocturnal enuresis: A guide to evaluation and treatment. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(6), 552–560.
- 145 Sharma, A., & Rao, S. S. (2016). Management of chronic constipation in adults: A review. *JAMA*, 315(18), 1859–1867

- 146 Shane, A. L., Mody, R. K., Crump, J. A., et al. (2017). 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. *Clinical Infectious Diseases*, 65(12), e45–e80.
- 147 Paquette, I. M., Varma, M. G., Kaiser, A. M., Steele, S. R., & Rafferty, J. F. (2015). Clinical practice guideline for the treatment of fecal incontinence. *Diseases of the Colon & Rectum*, 58(7), 623–636.
- 148 Gkolfakis, P., Tziatzios, G., Papanikolaou, I. S., et al. (2023). Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: ESGE guideline. *Endoscopy*, 55(3), 202–232.
- 149 Mueller, K., Karimuddin, A. A., Metcalf, C., & Woo, A. (2019). Management of malignant rectal pain and tenesmus: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 23(7), 964–971
- 150 Murtaza, M., & Silberstein, S. D. (2024). Evaluation and treatment of nausea and vomiting in adults. *American Family Physician*, 109(5), 457–465.
- 151 Laine, L., Barkun, A. N., Saltzman, J. R., Martel, M., & Leontiadis, G. I. (2021). Management of patients with ulcer bleeding. *The American Journal of Gastroenterology*, 116(5), 899–917
- 152 Walling, H. W. (2020). Hyperhidrosis and excessive sweating: A systematic review. *Dermatologic Clinics*, 38(4), 431–439.
- 153 Zheng, Z., Yang, K., Liu, N., Fu, X., He, H., Chen, H., Xu, P., Wang, J., Liu, M., Tang, Y., Zhao, F., Xu, S., Yu, X., Han, J., Yuan, B., Jia, B., Pang, G., Shi, Y., Kuang, M., Shao, H., Xiong, H., He, J., Pan, Y., & Chen, R. (2023). Evaluation of safety and efficacy of inhaled ambroxol in hospitalized adult patients with mucopurulent sputum and expectoration difficulty. *Frontiers in Medicine*.
- 154 Jean-Baptiste, E. (2020). Management of life-threatening hemoptysis. *Journal of Intensive Care*, 8(1), 23
- 155 Smith, J. A., & Brown, L. M. (2022). Vomica: Clinical features and management. *Journal of Pulmonary Medicine*, 12(3), 145–152.
- 156 Li, R., Li, Y., & McArdle, B. (2024). Approach to the watery eye. *Australian Journal of General Practice*, 53(11 Suppl).
- 157 Hinton, A. E., & Buckley, G. (2013). Management of patients presenting with otorrhoea: diagnostic and treatment considerations. *British Journal of General Practice*, 63(607), e168–e170
- 158 Santos Junior, L. C., Santos, J. R., Reis, A., Faria-e-Silva, A. L., & Leal, P. C. (2023). Effectiveness of the pharmacological treatments for sialorrhea in patients with Parkinson’s disease: a systematic review and network meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*, 27, 2449–2463.
- 159 Tunkel, D. E., Anne, S., Payne, S. C., Ishman, S. L., Rosenfeld, R. M., Abramson, P. J., ... & Corrigan, M. D. (2020). Clinical practice guideline: Nosebleed (epistaxis). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 162(1_suppl), S1–S38.
- 160 Hawkins, S. M., & Matzuk, M. M. (2008). The menstrual cycle: basic biology. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1135, 10–18

- 161 Sundström Poromaa, I., & Gemzell-Danielsson, K. (2017). Menstrual cycle influence on endocrine disorders. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 31(4), 357–375.
- 162 Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2008). Current evaluation of amenorrhea. *Fertility and Sterility*, 90(5 Suppl), S219–S225.
- 163 Fraser, I. S., & Critchley, H. O. D. (2007). Menstrual bleeding. In J. S. Berek (Ed.), *Berek & Novak's Gynecology* (14th ed., pp. 449–486). Lippincott Williams & Wilkins.
- 164 Osayande, A. S., & Mehulic, S. (2014). Diagnosis and initial management of dysmenorrhea. *American Family Physician*, 89(5), 341–346.
- 165 Fraser, I. S., & Critchley, H. O. D. (2007). Menstrual bleeding. In J. S. Berek (Ed.), *Berek & Novak's Gynecology* (14th ed., pp. 449–486). Lippincott Williams & Wilkins.
- 166 Sobel, J. D. (1997). Vaginitis. *New England Journal of Medicine*, 337(26), 1896–1903.
- 167 Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., & de Villiers, T. J. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause*, 19(4), 387–395
- 168 Agren MS, Stromberg HE. Topical treatment of pressure ulcers. A randomized comparative trial of Varidase and zinc oxide. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*. 1985;19(1):97–100
- 169 Dowsett, C., Bain, K., Hoffmann, C., Brennan, M. R., Greco, A., Karlsmark, T., Keast, D., de Moura, M. R. L., Lázaro-Martínez, J. L., Münter, K. C., Swanson, T., Vuagnat, H., & Bain, M. (2014). The Wound Care Pathway – an evidence-based and step-by-step approach towards wound healing. *Wounds International*, 5(3), 78–84
- 170 National Wound Care Strategy Programme. (2021). Recommendations for Surgical Wounds. <https://www.nationalwoundcarestrategy.net/wp-content/uploads/2021/05/Surgical-Wound-Recommendations-WEB-25Feb21-1.pdf>
- 171 Beverly, M. A., & Roy, A. (2018). Management of tracheostomy patients in the ICU: A review of best practices. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 30(3), 423-430.
- 172 Blumenstein, I., & Levin, G. (2020). Percutaneous endoscopic jejunostomy: Indications, techniques, and complications. *World Journal of Gastroenterology*, 26(13), 1537-1545.
- 173 McCaffery M, Wolff M. Pain relief using cutaneous modalities, positioning, and movement. *Hosp J*. 1992;8(1-2):121-53. doi:10.1080/0742-969x.1992.11882722. PMID: 1286847.
- 174 Voermans, N. C., et al. (2019). Muscle cramps and contractures: causes and treatment. *Practical Neurology*, 19(1), 23–31.
- 175 Bushby, K., Finkel, R., Birnkrant, D. J., et al. (2010). Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 1: diagnosis, and pharmacological management. *The Lancet Neurology*, 9(1), 77-93

- 176 Bodine, S. C., & Baehr, L. M. (2014). Skeletal muscle atrophy and the E3 ubiquitin ligases that regulate protein degradation. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 17(6), 443–450
- 177 Tankisi H, Versace V, Kuppuswamy A, Cole J. The role of clinical neurophysiology in the definition and assessment of fatigue and fatigability. *Clin Neurophysiol Pract*. 2023 Dec 18;9:39-50. doi: 10.1016/j.cnp.2023.12.004. PMID: 38274859; PMCID: PMC10808861.
- 178 Merriam-Webster. (n.d.). Atony. In Merriam-Webster.com dictionary. Retrieved December 17, 2024
- 179 Chen, A. M. H., Yehle, K. S., Albert, N. M., Ferraro, K. F., & Mason, H. L. (2014). Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(2), 378–386.
- 180 Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, et al. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo (update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;156(3_suppl):S1-S47. PMID: 28248609
- 181 Ashizawa T, Xia G. Ataxia. *Continuum (Minneap Minn)*. 2016 Aug;22(4 Movement Disorders):1208-26. doi: 10.1212/CON.0000000000000362. PMID: 27495205; PMCID: PMC5567218.
- 182 Ramakrishnan S, De Jesus O. Akinesia. 2023 Aug 28. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. PMID: 32965848.
- 183 Deuschl, G., Bain, P., & Brin, M. (1998). Consensus statement of the Movement Disorder Society on Tremor. *Movement Disorders*, 13(S3), 2–23.
- 184 Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., et al. (2014). ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4), 475–482.
- 185 Minetto, M. A., Holobar, A., Botter, A., & Farina, D. (2013). Mechanisms of cramp contractions: peripheral or central generation? *Journal of Physiology*, 591(23), 5755–5768.
- 186 American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 187 Michels TC, Duffy MT, Rogers DJ. Hearing Loss in Adults: Differential Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2019 Jul 15;100(2):98-108. PMID: 31305044.
- 188 Kertesz, A. (2007). *The Western Aphasia Battery—Revised*. New York: Grune & Stratton.
- 189 Bourne, R. R. A., Flaxman, S. R., Braithwaite, T., et al. (2017). Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(9), e888–e897.
- 190 Young, G. B. (2009). Clinical practice: The diagnosis of stupor and coma. *New England Journal of Medicine*, 361(15), 1429–1438.
- 191 Kyle SD, Morgan K, Espie CA. Insomnia and health-related quality of life. *Sleep Med Rev*. 2010 Feb;14(1):69–82.

- 192 Rosenthal TC, Majeroni BA, Pretorius R, Malik K. Fatigue: an overview. *Am Fam Physician*. 2008 Nov 15;78(10):1173-9. PMID: 19035066.
- 193 Pagel JF. Excessive daytime sleepiness. *Am Fam Physician*. 2009 Mar 1;79(5):391-6. PMID: 19275068
- 194 American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International Classification of Sleep Disorders (3rd ed.)*. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- 195 Zergham AS, Chauhan Z. Somnambulism. [Updated 2023 Jan 9]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-.
- 196 Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Can J Psychiatry*. 2014 Nov;59(11):576-85
- 197 Nguyen DT, Wright EP, Dedding C, Pham TT, Bunders J. Low Self-Esteem and Its Association With Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation in Vietnamese Secondary School Students: A Cross-Sectional Study. *Front Psychiatry*. 2019 Sep 27;10:698. doi: 10.3389/fpsy.2019.00698.
- 198 Mullins-Sweatt SN, DeShong HL, Lengel GJ, Helle AC, Krueger RF. Disinhibition as a unifying construct in understanding how personality dispositions undergird psychopathology. *J Res Pers*. 2019 Jun;80:55-61.
- 199 Marcantonio ER. In the Clinic: Delirium. *Ann Intern Med*. 2011;154:ITC6-1. ITC6-16.
- 200 Chaudhury S. Hallucinations: Clinical aspects and management. *Ind Psychiatry J*. 2010 Jan;19(1):5-12. doi: 10.4103/0972-6748.77625. PMID: 21694785; PMCID: PMC3105559
- 201 Fawcett E, O'Reilly G. Hospital presenting suicidal ideation: A systematic review. *Clin Psychol Psychother*. 2022 Sep;29(5):1530-1541. doi: 10.1002/cpp.2761. Epub 2022 Jul 14. PMID: 35716391; PMCID: PMC9796242.
- 202 Creemers DH, Scholte RH, Engels RC, Prinstein MJ, Wiers RW. Damaged Self-Esteem is Associated with Internalizing Problems. *Front Psychol*. 2013 Apr 2;4:152. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00152
- 203 LINDEMAN, CAROL A. "Patient Education." *Annual Review of Nursing Research* 6, no. 1 (September 1988): 29–60
- 204 Young, G. B., & Ropper, A. H. (2011). Confusion and delirium in the intensive care unit. *The Lancet*, 377(9777), 442–452.
- 205 VanderWeele TJ, Balboni TA, Koh HK. Invited Commentary: Religious Service Attendance and Implications for Clinical Care, Community Participation, and Public Health. *Am J Epidemiol*. 2022 Jan 1;191(1):31-35. doi: 10.1093/aje/kwab134. PMID: 33977296; PMCID: PMC8751781
- 206 Martins H, Silva RS, Bragança J, Romeiro J, Caldeira S. Spiritual Distress, Hopelessness, and Depression in Palliative Care: Simultaneous Concept Analysis. *Healthcare (Basel)*. 2024 May 7;12(10):960. doi: 10.3390/healthcare12100960.
- 207 Hurley R. Fear of imminent death. *BMJ*. 2003 Jul 26;327(7408):200. PMCID: PMC1126574

- 208 American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 209 Szuhany KL, Simon NM. Anxiety Disorders: A Review. JAMA. 2022 Dec 27;328(24):2431-2445. doi: 10.1001/jama.2022.22744. PMID: 36573969.
- 210 Pignone M, Gaynes B, Rushton J, et al. Screening for depression: A systematic review. Agency for Healthcare Research and Quality. 2002
- 211 Dubayova T, van Dijk JP, Nagyova I, Rosenberger J, Havlikova E, Gdovinova Z, Middel B, Groothoff JW. The impact of the intensity of fear on patient's delay regarding health care seeking behavior: a systematic review. Int J Public Health. 2010 Oct;55(5):459-68.
- 212 Nurseslabs. (n.d.). Focus charting (F-DAR): How to do it? Retrieved February 2, 2025, from <https://nurseslabs.com/focus-charting-f-dar-how-to/>
- 213 World Health Organization (WHO). Falls Fact Sheet. April 26, 2021. Retrieved from <https://www.who.int>
- 214 Nurseslabs. (n.d.). Pressure Ulcer Nursing Care Plans. Retrieved from <https://nurseslabs.com/pressure-ulcer-nursing-care-plans/>
- 215 World Health Organization. Obesity: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1
- 216 World Health Organization. Fact sheets: Malnutrition: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- 217 Kobylińska M, Antosik K, Decyk A, Kurowska K. Malnutrition in Obesity: Is It Possible? Obes Facts. 2022;15(1):19-25. doi: 10.1159/000519503. Epub 2021 Nov 8. PMID: 34749356; PMCID: PMC8820192.

Stadiul actual al implementării Planului de îngrijire la nivel național – Studiu de cercetare științifică OAMGMAMR

Obiectivele cercetării: Această cercetare își propune să evalueze nivelul de implementare a Planului de îngrijire în spitalele din România, incluzând unități medicale publice și private, de îngrijire a pacienților cu afecțiuni acute și cronice, pacienților pediatrici, maternități, și unități de îngrijire paliativă. Studiul a fost desfășurat pe un eșantion reprezentativ din diverse regiuni ale țării.

Metodologia cercetării: Instrumentul de cercetare utilizat a fost un **Chestionar** structurat pe următoarele șase secțiuni:

- Date despre spital
- Evaluarea pacientului
- Planul de îngrijire
- Formularul de administrare a medicamentelor
- Educația pacientului
- Reglementări legislative.

Perioada de completare a chestionarului a fost 1 – 31 martie 2024. Au participat 172 de respondenți: directori de îngrijire (47,8%) și asistenți medicali generalişti șefi (52,2%), din județe precum București, Bihor, Buzău, Covasna, Gorj, Iași, Olt, Maramureș, Teleorman, Tulcea și Vrancea.

Rezultate și discuții: Studiul a inclus spitale cu pacienți acuti (41,3%), cronici (12,2%), pediatrici (7,6%), obstetrică-ginecologie (1,2%) și 37,8% spitale de altă categorii (spitale de urgență, municipale, de monospecialitate, spitale orașenești și institute). Majoritatea unităților medicale (92,4%) au fost spitale publice.

- **Planul de îngrijire este reglementat și implementat** în 96,5% din spitale, în timp ce 2,9% dintre spitale utilizează doar o formulare destinate înregistrărilor îngrijirilor. În 0,6% din spitale, Planul de îngrijire nu este implementat. Majoritatea unităților medicale au un Plan de îngrijire implementat de peste 5 ani (35,3%), în timp ce 16,5% îl utilizează de 5 ani, iar restul îl implementează de 4 ani (15,3%), 2 ani (11,2%) sau 1 an (8,2%).
- **Evaluarea inițială, continuă și finală a pacientului** este efectuată în 71,4% dintre spitale, în timp ce 7,2% realizează doar evaluări inițiale și continue, iar 10,1% doar evaluări continue. În 0,6% dintre spitale evaluarea pacientului nu este realizată. Metodele de evaluare inițială includ:

- ✓ Checklist (99,4%),

- ✓ Instrument de evaluare a riscului de cădere (99,4%),
- ✓ Instrument de evaluare a riscului de escare (98,8%),
- ✓ Stabilirea gradului de dependență (98,8%),
- ✓ Monitorizarea funcțiilor vitale (99,4%),
- ✓ Instrument de evaluare a durerii (95,7%).

Modelele conceptuale utilizate pentru evaluare includ:

- Modelul Virginia Henderson (97,66%),
- Modelul holistic „din cap până în picioare” (8,8%),
- Modelul Marjory Gordon (1,8%).

Evaluarea inițială a pacientului reprezintă un pas fundamental în îngrijirea medicală, asigurând colectarea informațiilor necesare pentru planificarea intervențiilor personalizate. În spitalele din România metodele utilizate pentru această etapă sunt variate:

- Checklist-uri standardizate utilizate în 99,4% spitale;
- Instrumente de evaluare a riscului de cădere implementate tot în 99,4% spitale;
- Instrumente de evaluare a riscului de leziuni de presiune aplicate în 98,8% spitale;
- Stabilirea gradului de dependență utilizată în 98,8% dintre spitale;
- Identificarea vulnerabilităților de îngrijire ale pacientului, realizată în 86,2% spitale;
- Monitorizarea funcțiilor vitale, prezentă în 99,4% dintre spitale, asigurând o supraveghere continuă a stării fiziologice a pacientului;
- Instrumente de evaluare a durerii în 95,7% spitale.

Documentarea evaluării pacientului se face în:

- Format letric și asumat (64,5%),
- Format letric, electronic și asumat (14,8%),
- Format letric, neasumat (21,9%).

Administrarea medicamentelor respectă principiile corecte în peste 97% dintre spitale (pacient corect, medicament corect, doza, frecvența și calea de administrare corecte). Totuși, documentarea corectă este realizată doar în 94,1% dintre spitale, iar monitorizarea pacientului post-administrare în 85,9%. Modalitatea de documentare variază astfel:

- Imediat după administrare (42,4%),
- Prin bifare (55,9%),
- La sfârșitul turei (12,4%),
- Atunci când asistentul medical are timp (29,4%),
- Nu este prevăzut momentul documentării în reglementare (12,9% din spitale),
- Asumat, prin parafă/semnătură (75,9%).

Planul de îngrijire **include următoarele componente:**

- Evaluarea inițială (98,8%),
- Diagnostice de îngrijire (83,5%),
- Obiective de îngrijire (89,4%),
- Intervenții de îngrijire (100%),
- Evaluarea continuă (97,1%),
- Educația pacientului (94,7%)
- Evaluare finală (98,2%).

Completarea Planului de îngrijire **se efectuează în:**

- Format letric și asumat (73,5%),
- Format letric și electronic (11,2%),
- Format letric neasumat (14,1%).

În 0,6% din spitale, Planul de îngrijire nu este documentat.

În spitale există **planuri de îngrijire predefinite** pentru:

- Riscul de cădere (82,4%),
- Riscul de leziuni de presiune (85,3%),
- Riscul de flebită (65,9%),
- Alte riscuri (48,2%), cum ar fi durerea, infecțiile sau eficacitatea alăptării.

Diagnosticele de îngrijire reprezintă o componentă esențială a Planului de îngrijire și sunt documentate în moduri variate:

- Prin bifare, în 56,14% dintre spitale;
- Prin completarea formularelor de către asistenții medicali generaliști, în 47,36% dintre spitale;
- Cu menționarea datei la care diagnosticul a fost identificat, în 57,89% dintre spitale;
- Cu menționarea orei exacte, în doar 28,07% dintre spitale;
- Cu menționarea unui interval orar, în 14,61% dintre spitale.

Totuși, în 9,94% dintre spitale, diagnosticele de îngrijire nu sunt documentate, ceea ce evidențiază o lipsă de consecvență și standardizare în unitățile medicale.

Obiectivele de îngrijire stabilite pentru a ghida procesul terapeutic sunt documentate în diferite moduri:

- Prin bifare, în 72,51% spitale;
- Prin completare de către asistenții medicali generaliști, în 37,42% spitale;
- Cu menționarea datei stabilirii obiectivului, în 59,64% spitale;
- Cu menționarea orei la care obiectivul a fost formulat, în 29,23% spitale;
- Cu menționarea unui interval orar pentru atingerea obiectivului, în 18,12% spitale.

În 8,18% dintre spitale, însă, obiectivele de îngrijire nu sunt documentate, ceea ce poate duce la discontinuitate în îngrijirea pacientului.

Intervențiile de îngrijire sunt documentate cu scopul de a asigura transparența și eficiența intervențiilor de îngrijire. Modalitățile de documentare includ:

- Prin bifare, în 75,43% dintre spitale;
- Prin completare detaliată de către asistenții medicali generaliști, în 44,44% dintre spitale;
- Cu menționarea datei intervenției, în 70,76% dintre spitale;
- Cu menționarea orei reale la care s-au realizat intervențiile, în 37,42% dintre spitale;
- Cu menționarea unui interval orar în care au fost realizate, în 22,80% dintre spitale.

Acest grad de variabilitate în documentare subliniază nevoia de standardizare a procesului, pentru a garanta trasabilitatea și acuratețea îngrijirilor.

Evaluarea rezultatelor îngrijirii post-intervenție este documentată variat:

- Prin bifare, în 64,91% dintre spitale;
- Prin completare detaliată de către asistenții medicali generaliști, în 48,53% dintre spitale;
- Cu menționarea datei la care evaluarea a fost realizată, în 65,49% dintre spitale;
- Cu menționarea orei exacte a evaluării, în 32,16% dintre spitale;
- Cu menționarea unui interval orar în care s-a efectuat evaluarea, în 21,05% dintre spitale.

În 3,5% dintre spitale, evaluarea post-îngrijire a pacientului nu este documentată, ceea ce poate afecta capacitatea personalului medical de a monitoriza și evalua eficiența intervențiilor.

Educația pacientului reprezintă o componentă centrală a Planului de îngrijire, având ca scop sprijinirea pacienților în înțelegerea stării lor de sănătate și în gestionarea corespunzătoare a tratamentului. Analiza realizată a evidențiat faptul că educația pacientului este documentată în majoritatea spitalelor participante și include următoarele etape esențiale:

- Identificarea nevoilor educaționale la momentul internării, realizată în 86,54% dintre spitale, pentru a înțelege prioritățile și lipsurile de cunoștințe ale pacientului;
- Evaluarea periodică a nevoilor educaționale, efectuată pe parcursul internării în 72,51% dintre spitale, pentru a ajusta intervențiile educaționale la progresul pacientului;
- Stabilirea obiectivelor educaționale de comun acord cu pacientul, practică întâlnită în 90,05% dintre spitale, subliniind importanța unei colaborări active între pacient și echipa medicală;
- Rezultatele obținute de pacient postintervenții educaționale (62,7%).

Educația pacientului este realizată în baza nevoilor educaționale identificate la internare în 84,7% dintre spitale, ceea ce demonstrează o focalizare consistentă pe personalizarea intervențiilor educaționale. Cu toate acestea, există și deficiențe notabile:

- În 8,8% dintre spitale, educația pacientului nu este efectuată deloc, ceea ce poate afecta negativ capacitatea pacienților de a participa activ la procesul de îngrijire și recuperare;

- În 45,3% dintre spitale, educația este susținută prin distribuirea de broșuri către pacienți, o practică utilă, dar care poate fi insuficientă în lipsa unui dialog structurat între pacient și personalul medical.

Documentarea educației pacientului reprezintă un element esențial pentru asigurarea continuității și trasabilității intervențiilor educaționale realizate în timpul spitalizării. Studiul efectuat relevă faptul că majoritatea spitalelor includ această practică, dar metodele utilizate și gradul de asumare variază semnificativ:

- Documentarea în format letric, electronic și asumat este prezentă doar în 9,4% dintre spitale, indicând un nivel redus de digitalizare și integrare a proceselor educaționale;
- Documentarea în format letric și asumat este predominantă, fiind utilizată în 66,5% dintre spitale, ceea ce demonstrează o practică bazată pe responsabilitate individuală, dar care încă depinde în mare parte de suportul fizic;
- Documentarea în format letric, dar neasumat este întâlnită în 14,1% dintre spitale, subliniind o practică deficitară, lipsită de trasabilitate și responsabilitate formală.

Legislația utilizată pentru reglementarea Planului de îngrijire. Implementarea Planului de îngrijire în spitale este reglementată printr-un cadru legislativ bine definit, care oferă direcții pentru standardizarea și aplicarea acestui instrument esențial în îngrijirea pacienților. Cele mai frecvent utilizate acte normative includ:

- Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 144/2008 privind exercitarea profesiei, cu modificările și completările ulterioare, este utilizată de 77,8% dintre spitale;
- Ghidul de implementare a Planului de Îngrijiri elaborat de OAMGMAMR în 2018 este adoptat de 85% dintre spitale. Reprezintă un document esențial pentru elaborarea și implementarea Planului de îngrijire;
- Ordinul nr. 1142/2013 privind aprobarea procedurilor de practică ale asistenților medicali generaliști este considerat în 76% dintre spitale;
- Ordinul nr. 446/2017 de aprobare a Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor ANMCS este utilizat în 85,6% dintre spitale;
- Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacienților, un pilon important al îngrijirii centrate pe pacient, este adoptat în 82% dintre spitale.

Rezultatele implementării Planului de îngrijire. Implementarea Planului de îngrijire a generat rezultate variate în spitalele participante, evidențiind impactul acestuia asupra calității serviciilor și siguranței pacienților:

- Reducerea evenimentelor adverse asociate actului medical (EAAAM) în 60,6% dintre spitale;
- Reducerea evenimentelor adverse asociate administrării medicamentelor, raportată în 50% dintre spitale;
- Creșterea gradului de satisfacție a pacienților observată în 64,7% dintre spitale, demonstrând o mai bună implicare a echipelor medicale în îngrijirea holistică a pacienților;

- Scăderea duratei de spitalizare raportată în 17,1% dintre spitale, ceea ce indică o eficiență mai mare a îngrijirilor oferite;
- Eficientizarea activității de îngrijire și creșterea gradului de implicare a asistenților medicali generaliști în îngrijiri autonome în doar 0,6% dintre spitale, semnalând că aceste aspecte necesită îmbunătățiri suplimentare.

Cu toate acestea, în 20% dintre spitale, implementarea Planului de îngrijire nu a condus la îmbunătățiri semnificative, ceea ce **indică o nevoie de reevaluare a modului în care acest instrument este utilizat în practică.**

Rezultatele studiului evidențiază un consens larg în rândul asistenților medicali generaliști cu privire la **importanța implementării unui Plan de îngrijire standardizat la nivel național.** Astfel, 91,8% dintre respondenți consideră esențială existența unui astfel de plan, ceea ce subliniază necesitatea uniformizării și standardizării proceselor de îngrijire medicală în toate unitățile spitalicești din România. De asemenea, 98,2% dintre **asistenții medicali generaliști recunosc nevoia de instruire continuă privind utilizarea Planului de îngrijire.** Aceasta reflectă o conștientizare ridicată a importanței pregătirii profesionale în vederea aplicării corecte și eficiente a acestui instrument, dar și o deschidere spre formarea continuă pentru îmbunătățirea calității serviciilor de îngrijire.

Concluziile cercetării privind stadiul de realizare a implementării Planului de îngrijire

Planul de îngrijire este susținut de echipele manageriale în majoritatea spitalelor, dar implementarea susținută a standardizării și digitalizării proceselor este esențială pentru îmbunătățirea calității îngrijirilor medicale.

Studiul evidențiază progrese evidente în implementarea Planului de îngrijire în spitalele din România. Cu toate acestea, există variații în ceea ce privește completarea și documentarea acestuia, de la diagnostice și obiective, până la intervenții și evaluări post-îngrijire. Lacunele identificate în documentarea îngrijirilor medicale indică o nevoie urgentă de standardizare a procesului de îngrijire. Procentul semnificativ al spitalelor care nu documentează corect sau complet anumite secțiuni ale Planului de îngrijire, poate avea un impact negativ asupra continuității îngrijirilor medicale și monitorizării progresului pacientului. Deși majoritatea spitalelor integrează educația pacientului în Planul de îngrijire, există încă unități medicale unde aceasta nu este implementată. Identificarea nevoilor educaționale la internare și evaluarea periodică sunt practici curențe, însă trebuie extinse și îmbunătățite.

Recomandări

Este necesar ca aceste deficiențe să fie corectate prin actualizarea reglementărilor, introducerea terminologiei standardizate în îngrijirile medicale, instruirea personalului și digitalizarea proceselor, pentru a asigura o practică uniformă și eficientă în toate unitățile medicale.

Dezvoltarea de instrumente educaționale personalizate adaptate nevoilor fiecărui pacient, standardizarea documentării educației pacientului, distribuirea de broșuri sugestive, facil de înțeles și parcurs, precum și monitorizarea constantă a rezultatelor intervențiilor educaționale, ar putea fi recomandări importante care să contribuie la îmbunătățirea și menținerea nivelului de independență a pacientului în gestionarea stării de sănătate.

Educația pacientului sprijină recuperarea și prevenirea complicațiilor, dar și crește gradul de implicare al pacientului în propria îngrijire (self management), contribuind astfel la o experiență medicală mai eficientă și personalizată.

Standardizarea națională a Planului de îngrijire este o cerință unanim recunoscută, iar elaborarea unui ghid național complet și aplicabil în toate categoriile de unități medicale ar contribui semnificativ la uniformizarea îngrijirilor și la reducerea discrepanțelor dintre spitale.

Organizarea de programe de instruire dedicate asistenților medicali generaliști este esențială pentru a asigura o implementare adecvată a Planului de îngrijire. Aceste programe ar trebui să includă atât aspecte teoretice, cât și exerciții practice, adaptate nevoilor specifice din diferite unități medicale.

Monitorizarea implementării și integrarea feedback-ului oferit de asistenții medicali generaliști ar putea contribui la o aplicare eficientă și la identificarea adecvată a provocărilor întâmpinate în utilizarea Planului de îngrijire.

În concluzie, Standardizarea terminologiei în îngrijirile medicale și Planul de îngrijire sunt priorități esențiale pentru creșterea calității actului medical, însă succesul implementării acestora depinde de: aplicarea consecventă, sprijinul acordat de echipele manageriale și de un cadru legislativ adecvat.

FIȘA 1				
DATE GENERALE DESPRE PACIENT				
Nume Prenume:		CNP		Gen <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N-B
Vârsta: ani	Naționalitate:		Limba vorbită:	
Diagnostic medical la internare:				
Data internării: ZZ LL AAAA	Ora internării:	Nr. FOCG:	Secție:	Salon/pat:
Data externării: ZZ LL AAAA	Ora externării:	Greutate:kg	Înălțime: m	Grup sg: Rh: Se va completa după determinare în unitatea sanitară
Indice de masă corporală: G (kg) / Î (m)² IMC = <input type="checkbox"/> Subponderal (sub 18,49) <input type="checkbox"/> Greutate normală (18,50 - 24,99) <input type="checkbox"/> Supraponderal (25,00 - 29,99) <input type="checkbox"/> Obezitate gradul I (30,00 si 34,99) <input type="checkbox"/> Obezitate gradul II (35,00 - 39,99) <input type="checkbox"/> Obezitate morbidă (peste 40,00)				
Istoric medical:				
Boli cronice: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (menționi) :				
Dizabilități:				

Boli infecțioase / infecto-contagioase la internare: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (menționi):	
Medicație proprie: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da :	
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.
Alergii medicamentoase: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (menționi):	
Alergii alimentare: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (menționi):	
<input type="checkbox"/> Nefumător <input type="checkbox"/> Fumător activ: țigări/zi <input type="checkbox"/> Fumător pasiv	
Consumator de alcool: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ocazional (menționi):	Consumator de substanțe interzise: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ocazional (menționi):
Deficit de auz: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (menționi): Are proteză auditivă: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da	Deficit de vedere: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (menționi): Poartă ochelari: <input type="checkbox"/> Pentru distanță <input type="checkbox"/> Pentru citit
Deficit de vorbire: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (menționi):	Poartă proteze (tip): <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (menționi):
ACORDUL PACIENTULUI / APARTINĂTOR / REPREZENTANT LEGAL CU PRIVIRE LA IMPLICAREA ÎN PROCESUL DE ÎNGRIJIRE	
Nume prenume pacient..... / semnătura	
Nume prenume aparținător / reprezentant legal:/ semnătura.....	
Nume prenume asistent medical: / semnătura	
DATE GENERALE DESPRE APARTINĂTOR	
Nume prenume aparținător:	
Grad de rudenie: Număr de telefon: Semnătură:	

I. ASPECTE FIZIOLOGICE ȘI PATOLOGICE	
FIȘA DE EVALUARE INIȚIALĂ A PACIENTULUI	
EVALUARE FUNCȚII VITALE	
T.A. mm Hg P/ min R/min Sp O ₂% T:°C	
EVALUARE STARE GENERALĂ	
Stare generală:	
Orientare temporo-spațială: <input type="checkbox"/> Orientat <input type="checkbox"/> Deorientat / Confuz <input type="checkbox"/> Comă	
Comportament <input type="checkbox"/> Liniștit <input type="checkbox"/> Anxios <input type="checkbox"/> Agitat <input type="checkbox"/> Retras	
EVALUARE DURERE	
Prezentă: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Intensitate (scala de evaluare numerică):..... <input type="checkbox"/> Acută <input type="checkbox"/> Cronică	
localizare: iradiere:	
debut: durerea se intensifica la:	
Caracter: <input type="checkbox"/> Pulsatil <input type="checkbox"/> Colicativ <input type="checkbox"/> Junghi <input type="checkbox"/> Crampă <input type="checkbox"/> Arsură <input type="checkbox"/> Presiune <input type="checkbox"/> Altul:	
Însoțită de: <input type="checkbox"/> Greață <input type="checkbox"/> Vărsături <input type="checkbox"/> Alte manifestări:	
Facies: <input type="checkbox"/> Relaxat <input type="checkbox"/> Tensionat	<p style="text-align: center;">Scala de evaluare numerică a durerii</p>
<input type="checkbox"/> Suspină <input type="checkbox"/> Geme <input type="checkbox"/> Plânge	
<input type="checkbox"/> Indică/protejează zona dureroasă	
<input type="checkbox"/> Adopta poziție antalgică	
<input type="checkbox"/> Contractură musculară în zona dureroasă	
Regim alimentar/Preferințe alimentare : <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (menționi):	

1. RESPIRAȚIE			
<input type="checkbox"/> Respirație fiziologică <input type="checkbox"/> Hiperventilație <input type="checkbox"/> Hipoventilație <input type="checkbox"/> Ortopnee <input type="checkbox"/> Ortopnee paroxistică nocturnă <input type="checkbox"/> Apnee <input type="checkbox"/> Bradipnee	<input type="checkbox"/> Tahipnee <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Obstrucția căilor respiratorii <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Dispnee <input type="checkbox"/> Disfonie <input type="checkbox"/> Afonie <input type="checkbox"/> Voce nazonată	<input type="checkbox"/> Cianoza periorală <input type="checkbox"/> Cianoza extremităților <input type="checkbox"/> Hipoxemie <input type="checkbox"/> Tuse productivă <input type="checkbox"/> Tuse neproductivă <input type="checkbox"/> Tuse cronică <input type="checkbox"/> Deformari ale nasului	<input type="checkbox"/> Respirație Cheyne-Stokes <input type="checkbox"/> Respirație Biot <input type="checkbox"/> Respirație Kussmaul <input type="checkbox"/> Tiraj <input type="checkbox"/> Cornaj <input type="checkbox"/> Hipocratism digital <input type="checkbox"/> Retracție intercostală <input type="checkbox"/> Asimetrie toracica
Observații:			
2. CIRCULAȚIE			
<input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> hTA <input type="checkbox"/> Tahicardie <input type="checkbox"/> Bradicardie <input type="checkbox"/> Palpitații	<input type="checkbox"/> Puls aritmic <input type="checkbox"/> Puls filiform <input type="checkbox"/> Sincopă <input type="checkbox"/> Edeme palpebrale <input type="checkbox"/> Edeme gambiene	<input type="checkbox"/> Cordon eritematos dureros și indurat pe traiect venos <input type="checkbox"/> Varice <input type="checkbox"/> Paliditate <input type="checkbox"/> Ulcerații membre inferioare	<input type="checkbox"/> Extremități cianotice <input type="checkbox"/> Claudicații intermitente <input type="checkbox"/> Oboșală <input type="checkbox"/> Slăbiciune <input type="checkbox"/> Cianoză
Observații:			
2. TERMOREGLARE/TEMPERATURĂ			
<input type="checkbox"/> Temperatură fiziologică <input type="checkbox"/> Hipotermie <input type="checkbox"/> Hipertermie	<input type="checkbox"/> Subfebrilitate <input type="checkbox"/> Febra ridicată <input type="checkbox"/> Febra moderată	<input type="checkbox"/> Hiperpirexie <input type="checkbox"/> Frison	Observații:
Observații:			
4. ALIMENTARE ȘI HIDRATARE			
<input type="checkbox"/> Alimentare / hidratare activă <input type="checkbox"/> Alimentare / hidratare pasivă <input type="checkbox"/> Alimentare / hidratare artificială <input type="checkbox"/> Leziuni bucale <input type="checkbox"/> Xerostomie <input type="checkbox"/> Masticăție dificilă <input type="checkbox"/> Dentiție incompletă	<input type="checkbox"/> Refuzul alimentației <input type="checkbox"/> Apetit păstrat <input type="checkbox"/> Greață <input type="checkbox"/> Inapetență <input type="checkbox"/> Anorexie <input type="checkbox"/> Bulimie <input type="checkbox"/> Regurgitație <input type="checkbox"/> Pirozis <input type="checkbox"/> Eructații	<input type="checkbox"/> Flatulență <input type="checkbox"/> Senzație de plenitudine precoce <input type="checkbox"/> Meteorism abdominal <input type="checkbox"/> Polifagie <input type="checkbox"/> Polidipsie <input type="checkbox"/> Disfagie <input type="checkbox"/> Hiperfagie nocturnă	<input type="checkbox"/> Disgeuzie <input type="checkbox"/> Ageuzie <input type="checkbox"/> Cașexie <input type="checkbox"/> Obezitate <input type="checkbox"/> Emaciere <input type="checkbox"/> Deshidratare
Observații:			

5. ELIMINARE			
<input type="checkbox"/> Mictiune fiziologică <input type="checkbox"/> Incontinență urinară <input type="checkbox"/> Sondă urinară <input type="checkbox"/> Cateter suprapubian <input type="checkbox"/> Glob vezical <input type="checkbox"/> Poliurie <input type="checkbox"/> Polakiurie <input type="checkbox"/> Nicturie <input type="checkbox"/> Oligurie <input type="checkbox"/> Disurie <input type="checkbox"/> Piurie <input type="checkbox"/> Anurie <input type="checkbox"/> Hematurie	<input type="checkbox"/> Enurezis nocturn <input type="checkbox"/> Scaun fiziologic <input type="checkbox"/> Constipatie <input type="checkbox"/> Diaree <input type="checkbox"/> Incontinență de materii fecale <input type="checkbox"/> Rectoragie <input type="checkbox"/> Melenă <input type="checkbox"/> Tenesme <input type="checkbox"/> Vărsături <input type="checkbox"/> Hematemeză <input type="checkbox"/> Transpirații reci <input type="checkbox"/> Diaforeză	<input type="checkbox"/> Expectorație mucopurulentă <input type="checkbox"/> Secretii nazale abundente <input type="checkbox"/> Secreție bronșică <input type="checkbox"/> Hemoptizie <input type="checkbox"/> Vomică <input type="checkbox"/> Lăcrimare excesivă (epiforă) <input type="checkbox"/> Otoree <input type="checkbox"/> Otoragie <input type="checkbox"/> Sialoree <input type="checkbox"/> Epistaxis	<input type="checkbox"/> Menstruație fiziologică <input type="checkbox"/> Secreție vaginală fiziologică <input type="checkbox"/> Amenoree <input type="checkbox"/> Hipermenoree <input type="checkbox"/> Hipomenoree <input type="checkbox"/> Dismenoree <input type="checkbox"/> Metroragie <input type="checkbox"/> Menoragie <input type="checkbox"/> Leucoree patologică <input type="checkbox"/> Menopauză fiziologică
Observații:			
6. MOBILITATE / ÎNGRIJIRE PERSONALĂ		7. ADAPTARE LA MEDIU / PERCEPTIE	
<input type="checkbox"/> Leziuni de presiune <input type="checkbox"/> Leziuni <input type="checkbox"/> Hematoame <input type="checkbox"/> Ulcerații <input type="checkbox"/> Plăgi <input type="checkbox"/> Plaga chirurgicală <input type="checkbox"/> Traheostomă <input type="checkbox"/> Jejunostomă <input type="checkbox"/> Nefrostomă <input type="checkbox"/> Gastrostomă <input type="checkbox"/> Colostomă <input type="checkbox"/> Poziție antalgică <input type="checkbox"/> Contractură musculară <input type="checkbox"/> Distrofie musculară <input type="checkbox"/> Atrofie musculară	<input type="checkbox"/> Pareză <input type="checkbox"/> Paralizie <input type="checkbox"/> Atonie <input type="checkbox"/> Lipsă de implicare în propria îngrijire <input type="checkbox"/> Deficit de autoîngrijire <input type="checkbox"/> Independență <input type="checkbox"/> Dependență minoră <input type="checkbox"/> Dependență majoră <input type="checkbox"/> Dependență totală <input type="checkbox"/> Mobilizare cu baston <input type="checkbox"/> Mobilizare cu cadru <input type="checkbox"/> Mobilizare cu carucior <input type="checkbox"/> Mobilitate redusă <input type="checkbox"/> Deficiență de mers	<input type="checkbox"/> Dezorientare temporo – spatia. <input type="checkbox"/> Vertij <input type="checkbox"/> Tulburari de echilibru <input type="checkbox"/> Ataxie <input type="checkbox"/> Akinezie <input type="checkbox"/> Tremurături <input type="checkbox"/> Convulsii <input type="checkbox"/> Spasme	<input type="checkbox"/> Ticuri <input type="checkbox"/> Manii <input type="checkbox"/> Obsesii <input type="checkbox"/> Hipoacuzie <input type="checkbox"/> Dizlalie <input type="checkbox"/> Afazie <input type="checkbox"/> Surditate <input type="checkbox"/> Cecitate <input type="checkbox"/> Anosmie <input type="checkbox"/> Obnubilare <input type="checkbox"/> Senzație de moarte iminentă
Observații:		Observații:	
8. SEXUALITATE, REPRODUCERE		9. ODIHNĂ ȘI SOMN	
<input type="checkbox"/> Menarha la ani <input type="checkbox"/> Ciclul menstrual la zile <input type="checkbox"/> Nr. sarcini Nr. nașteri: <input type="checkbox"/> Data ultimei menstruații <input type="checkbox"/> Menopauză / Andropauză la ani. <input type="checkbox"/> Manifestări: <input type="checkbox"/> Metode contraceptive <input type="checkbox"/> Disfuncție sexuală <input type="checkbox"/> Probleme legate de reproducere Observații:		<input type="checkbox"/> Somn fiziologic fara medicatie <input type="checkbox"/> Insomnie <input type="checkbox"/> Letargie <input type="checkbox"/> Somnolență diurnă <input type="checkbox"/> Coșmaruri <input type="checkbox"/> Somnambulism <input type="checkbox"/> Inversarea ritmului somn – veghe <input type="checkbox"/> Somn indus cu medicatie <input type="checkbox"/> Utilizator de CPAP Observații:	

II. ASPECTE PSIHLOGICE DE COMUNICARE ȘI DE ÎNVĂȚARE			
10. ASPECTE PSIHLOGICE SI DE COMUNICARE		11. EDUCATIE PENTRU SĂNĂTATE	
<input type="checkbox"/> Auto-mutilare <input type="checkbox"/> Stimă de sine scazută <input type="checkbox"/> Dezinhibiție <input type="checkbox"/> Euforie <input type="checkbox"/> Delir <input type="checkbox"/> Halucinații <input type="checkbox"/> Idei suicidare <input type="checkbox"/> Imagine de sine afectată Observații:	<input type="checkbox"/> Comunicare adecvată <input type="checkbox"/> Interes pentru a comunica <input type="checkbox"/> Somnolență <input type="checkbox"/> Confuzie <input type="checkbox"/> Comunicare deficitara <input type="checkbox"/> Comunicare dificilă cu familia <input type="checkbox"/> Vorbire incoerentă <input type="checkbox"/> Dizartrie <input type="checkbox"/> Memorie afectată Observații:	<input type="checkbox"/> Nivel de educație: minim / mediu / superior <input type="checkbox"/> Dispus să primească informații medicale si de ingrijire <input type="checkbox"/> Refuză să primească informații medicale si de ingrijire <input type="checkbox"/> Deține notiuni despre afecțiunea / afecțiunile de care suferă Observații:	
III. ASPECTE SOCIALE, SPIRITUALE ȘI MORALE			
12. CREDINȚE ȘI VALORI		13. ADAPTARE SOCIALA SI TOLERANȚĂ LA STRES	
<input type="checkbox"/> Asistență religioasă <input type="checkbox"/> Religie, culte, confesiune <input type="checkbox"/> Stare de suferință spirituală <input type="checkbox"/> Teamă de moarte <input type="checkbox"/> Lipsa speranței, dejnădejde Observații:	<input type="checkbox"/> Status socio – familial <input type="checkbox"/> Apartenență la comunitate / grupuri de socializare /suport <input type="checkbox"/> Vulnerabilități	<input type="checkbox"/> Iritabilitate <input type="checkbox"/> Agresivitate <input type="checkbox"/> Anxietate <input type="checkbox"/> Depresie <input type="checkbox"/> Persoană defensivă <input type="checkbox"/> Persoană reactivă <input type="checkbox"/> Teamă	<input type="checkbox"/> Stresat <input type="checkbox"/> Pudoare <input type="checkbox"/> Inhibiție Observații:

EVALUAREA INIȚIALĂ DE URGENȚĂ ABCDE		
Itemii evaluați	Criterii de evaluare	Intervenții
A – Airways Căi respiratorii	Voce Sunete respiratorii	Înclinarea capului Oxygen (15 l/min) Aspirație traheo-bronșică
B – Breathing Respirația	Rata respiratorie (12-20/min) Expansiune toracică Percuție toracică Auscultare pulmonară Puls oximetrie (97% -100%)	Poziție confortabilă Respirații de salvare Medicație inhalatorie Ventilație pe mască Decompresează pneumotoraxul de tensiune
C – Circulation Circulația	Culoarea tegumentului, transpirația Timpul de reumplere capilară (mai mic de 2 s) Frecvența pulsului periferic (60-100/min) Auscultația cardiacă Tensiunea arterială (sistolică 100-140 mmHg) Monitorizarea electrocardiografică	Oprți sângerarea Ridicați picioarele Acces intravenos Administrați iv soluție salină
D – Disability Dizabilitate fizică sau psihică	Nivel de conștientă – AVPU: <ul style="list-style-type: none"> • Alertă (pacientul este complet treaz, deși nu este neapărat orientat) • Conectivitate vocală („Ești OK?” Pacientul deschide ochii) • Durere la stimuli nociceptivi • Nu răspunde (pacientul nu dă nici un răspuns – ochi, voce, motor) Mișcările membrelor Reflexe luminoase pupilare Nivelul Glucemiei	Rezolvarea problemelor căilor respiratorii, respirației și circulației Poziție de siguranță Administrație de Glucoza dacă este cazul (hipoglicemie)
E – Exposure Expunere	Nivel de expunere tegumentară (traume, sângerări, reacții cutanate, etc.) Temperatura corpului	Tratarea cauzelor suspecte

Data și ora evaluării:		
Rezultatul evaluării:		
Asistent medical care a efectuat evaluarea Nume și Prenume:		
Semnătura:		

Sursă: Thim T, Krarup NHV, Grove EL, Rohde C V, Løfgren B. Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. International journal of general medicine, 5, 117.20

INDICE BARTHEL AL ACTIVITĂȚILOR DE BAZĂ

INTERPRETAREA REZULTATELOR:

- Dependență totală = 0 p**
- Dependență majoră = 1 - 10 p**
- Dependență minoră = 11 - 19 p**
- Independență totală = 20 p**

Item	Descriere	Scor	Item	Descriere	Scor
Scaun	Incontinent/necesitate de efectuare a unei clisme	0	Transfer	Nu este capabil - nu are echilibru când stă în șezut	0
	Eliminare accidentală ocazională (o dată/săptămână)	1		Ajutor major fizic (1-2 oameni), poate sta în șezut	1
	Continent	2		Ajutor minor (verbal sau fizic)	2
		Independent		3	
Urină	Incontinent/sondat	0	Mobilitate	Imobil	0
	Eliminare accidentală ocazională (max. o dată/24 de ore)	1		Se deplasează în mod independent cu scaunul cu roțile, inclusiv în zona colțurilor, etc.	1
	Continent (pentru >7 zile)	2		Merge cu ajutorul (verbal sau fizic) al unei persoane	2
		Independent (dar poate folosi orice tip de ajutor, de ex. baston)		3	
Îngrijire personală (îngrijirea feței/părului/dinților; bărbierit)	Are nevoie de ajutor	0	Îmbrăcare/Dezbrăcare	Dependent	0
	Independent	1		Încălțare/Descălțare	Are nevoie de ajutor, dar poate face aproape jumătate din sarcină fără ajutor
			Independent (inclusiv nasturi, fermoare, șireturi, etc.)		2
Utilizarea toaletei (se așează, se ridică, se șterge, se îmbracă)	Dependent	0	Scări	Nu este capabil	0
	Are nevoie de ajutor, dar se poate descurca singur în anumite privințe	1		Are nevoie de ajutor (verbal, fizic, dispozitiv ajutător)	1
	Independent	2		Independent la urcare și coborâre	2

Alimentație	Nu este capabil	0	Îmbăiere (cadă sau duș)	Dependent	0
	Are nevoie de ajutor la tăierea pâinii, întinsul untului pe pâine, etc.	1		Independent	1
	Independent - cu condiția ca mâncarea să fie la îndemână	2			
SCOR TOTAL:					
Data/Ora evaluării:					
Asistent medical generalist care a făcut evaluarea Nume și Prenume:					
Semnătură:					

Surse: Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud.* 1988;10(2):61-63; Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J.* 1965;14:61-65; Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *Int Disabil Stud.* 1988;10(2):64-67.

EVALUAREA CONTINUĂ A PACIENTULUI			
Rezultatul așteptat (se va transpune obiectivul în rezultat)	Data Ziua 1 Ora:_____	Data Ziua 2 Ora:_____	Data Ziua 3 Ora:_____
Pacientul prezintă ameliorarea	DA____ NU____	DA____ NU____	DA____ NU____
Pacientul afirmă	DA____ NU____	DA____ NU____	DA____ NU____
Pacientul nu a suferit căderi.....	DA____ NU____	DA____ NU____	DA____ NU____
Pacientul nu a dezvoltat escare.....	DA____ NU____	DA____ NU____	DA____ NU____
Pacientul.....	DA____ NU____	DA____ NU____	DA____ NU____
Pacientul.....	DA____ NU____	DA____ NU____	DA____ NU____
Altele:.....			
Altele:.....			
Parafa și Semnătura asistentului medical			

DIAGRAMA DE FOCALIZARE - Fișa DAR		
Data/ora	Focus	Note de progres (format DAR)
		Date Acțiune: Răspuns:
		Date: Acțiune: Răspuns:

Fișa de intervenții de îngrijire frecvente																				
Data/Tura/Ora		Data																		
Manevra de îngrijire		Cod	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
▶	Recoltări																			
1	Rec. alte produse patologice (sputa, aspirat traheal, secreții plagă)																			
2	Rec. sânge																			
3	Rec. urină/urocultură																			
▶	Pregătire explorări funcționale																			
	EKG																			
	Cateterism vezical																			
	Suprimare sondă urinară																			
	Clisma evacuatorie																			
▶	Glucotest																			
▶	Oxigenoterapie																			
▶	Pansamente																			
4.	Manevra de îngrijire																			
▶	Măs. T.A. manual																			
▶	Masurare puls																			
▶	Termometrizare																			
▶	Supraveghere eliminare																			
▶	Alimentație/ Hidratare																			
▶	Mobilizare/mișcare /pozitionare																			
▶	Transport pacient – targa, pat, fotoliu rulant																			
▶	Schimbarea lenjeriei																			
▶	Toaleta																			
SEMNĂTURĂ ASISTENT MEDICAL GENERALIST/ PARAFĂ																				
<p>1. Eliminări: scaun (S), urină (D), menstra (M), vărsături (V), expectorații (E) 2. Alimentație: activă (A), pasivă (P) ■ 3. Hidratare: cantitate ■ 4. Mobilizare: activă (A), pasivă (P) 5. Transport: pat (P), targă (T), fotoliu rulant (F) ■ 6. Schimbarea lenjeriei: de pat (P), de corp (C) ■ 7. Toaleta: generală (G), parțial (P)</p>																				

FORMULAR ADMINISTRARE MEDICAMENTE (FAM)

Medicament Nou Introdus	Denumire, doză medicament <i>(la antibiotic și, după caz, se vor trece și orele de administrare)</i>	Calea	Frecvența	Data _____				Data _____				Data _____				
				ora	ora	ora	ora	ora	ora	ora	ora	ora	ora	ora	ora	
Evaluare pacient postadministrare – se va trece RA în caz de reacție adversă postadministrare																
Parafa și semnătura asistentului																

FIȘA DE PLANIFICARE A EXTERNĂRI / TRANSFERULUI	
EVALUAREA STĂRII PACIENTULUI LA MOMENTUL EXTERNĂRI / TRANSFERULUI	
EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE	
RECOMANDĂRI PENTRU CONTINUAREA ÎNGRIJIRILOR LA DOMICILIU /COMUNITATE	
SEMNATURA ASISTENT MEDICAL GENERALIST/ PARAFĂ	

SCALA HENDRICH II PENTRU EVALUAREA RISCULUI DE CĂDERI

INTERPRETAREA REZULTATELOR: Un scor de 5 sau mai mare de 5 reprezintă RISC CRESCUT.

Factor de risc	Scor posibil	Scor obținut Data:	Scor obținut Data:	Scor obținut Data:
Confuzie/Dezorientare/Impulsivitate	4			
Depresie simptomatică	2			
Eliminare alterată	1			
Amețeală / Vertij	1			
Genul masculin	1			
Orice medicație antiepileptică (antiepileptică) administrată (Carbamazepină, Gabapentine, Fenobarbital, Phenytoin, Primidone, Topiramate, Trimethadione, Acid Valproic, Divalproex Sodium, Ethotoin, Ethosuximide, Felbamate, etc.)	2			
Orice medicație de tip Benzodiazepină administrată (Alprazolam, Clonazepam, Clorazepam, Diazepam, Lorazepam, Midazolam, Oxazepam, Triazolam, etc.)	1			
Testul „RIDICĂ-TE ȘI MERGI”				
Abilitatea de a se ridica de pe scaun dintr-o singură mișcare – Fără pierderea echilibrului la pașire	0			
Se ridică de pe scaun dintr-o singură încercare	1			
Se ridică de pe scaun din mai multe încercări (cu succes)	3			
Nu este capabil să se ridice fără asistare în timpul testului	4			
SCOR TOTAL:				
Data/Ora evaluării:				
Asistent medical care a efectuat evaluarea Nume și Prenume:				
Semnătura:				

Sursa: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, Rory Meyers College of Nursing

SCALA BRADEN DE EVALUARE A RISCULUI DE APARȚIE A LEZIUNILOR DE PRESIUNE

INTERPRETAREA REZULTATELOR:

la risc = 15 - 18 risc crescut = 10 - 12 risc moderat = 13 - 14 risc foarte foarte crescut ≤ 9

A: Percepție senzorială	Scor	B: Umiditate	Scor	C: Activitate	Scor
Complet limitată	1	Umiditate permanentă	1	Imobilizat la pat	1
Foarte limitată	2	Umiditate frecventă	2	Imobilizat în scaun	2
Ușor limitată	3	Umiditate ocazională	3	Merge ocazional	3
Fără afectare	4	Umiditate rară	4	Merge frecvent	4
D: Mobilitate	Scor	E: Nutriție		F: Fricțiune și forfecare	
Imobilitate completă	1	Foarte săracă	1	Problemă	1
Foarte limitată	2	Probabil inadecvată	2	Problemă potențială	2
Ușor limitată	3	Adecvată	3	Fără problemă aparentă	3
Nelimitată	4	Excelentă	4		
SCOR TOTAL:					
Data și ora evaluării:					
Asistent medical care a efectuat evaluarea					
Nume și Prenume:					
Semnătura:					

Sursă: Bergstrom N. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. Nurs res. 1987 Jul 1;36(4):205-10.

SCALA DE EVALUARE A FLEBITEI - SCORUL VISUAL INFUSION PHLEBITIS (VIP)

Semne	Scor	Stadiu Flebită	Intervenție de îngrijire
Locul de inserție pare sănătos	0	Nu sunt semne de flebită	Se observă cateterul venos periferic CVP*
UNUL din următoarele semne este evident: • Durere ușoară la locul de inserție sau eritem ușor la locul de inserție	1	Posibil semne incipiente de flebită	Se observă CVP
DOUĂ din următoarele semne sunt evidente: • durere la locul de inserție • eritem • tumefiere	2	Stadiu incipient de flebită	Se îndepărtează CVP
TOATE următoarele semne sunt evidente: • durere pe traseul CVP • eritem • indurație	3	Stadiu mediu de flebită	Se îndepărtează CVP Se ia în considerare tratamentul
TOATE următoarele semne sunt evidente și extinse: • durere pe traseul CVP • eritem • indurație • cordon venos palpabil	4	Stadiu avansat de flebită sau stadiu incipient de tromboflebită	Se îndepărtează CVP Se ia în considerare tratamentul
TOATE următoarele semne sunt evidente și extinse: • durere pe traseul CVP • eritem • indurație • cordon venos palpabil • febră	5	Stadiu avansat de tromboflebită	Se inițiază tratamentul Se îndepărtează CVP

Data / ora evaluării	Scor	Intervenție aplicată (DA/NU)	Nume prenume asistent medical	Semnătură as. med.

Sursa: Jackson, A. (1998) *Infection control – a battle in vein: infusion phlebitis*. *Nursing Times*, 94 (4), 68, 71

INSTRUMENT DE EVALUARE INDIVIDUALĂ A PACIENTULUI PRIVIND RISCUL DE APARIȚIE A INFECȚIILOR

Toți pacienții trebuie să aibă o evaluare a riscului de infecții completată la internare, transfer (în altă secție sau spital) sau dacă există o modificare a factorilor de risc ai pacientului, de ex. cateter inserat / îndepărtat, dezvoltarea unei plăgi sau febră etc. Dacă există orice risc de infecție identificat, planurile de îngrijire a pacienților trebuie să cuprindă metode de prevenire și de control a infecțiilor.

Utilizând scorurile indicate, introduceți scorul în fiecare secțiune, de ex.

Istoric de MRSA = 8, pacient care lucrează în domeniul sănătății = 1 etc.; dacă nu există risc = scorul este 0

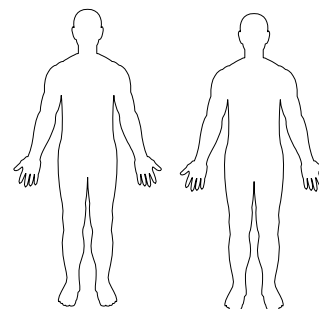
INTERPRETAREA REZULTATELOR:

Scor 5 sau mai mic = RISC SCĂZUT Nu necesită îngrijire în izolare sau evaluare	Scor 6-7 = RISC MEDIU Evaluare pentru MRSA și contactare SPIAAM pentru recomandări	Scor 8 sau mai mare = RISC CRESCUT Evaluare pentru MRSA, Izolare și contactare SPIAAM pentru recomandări		
Factori de risc			Scor posibil	Scor
Pacientul are în istoric o infecție cu ORICARE dintre organismele multi-rezistente: Ex: Meticillin-resistant Staphylococcus Aureus (MRSA), Panton-Valentine Leukocidin (PVL), Carbapenemase-resistant Organisms (CRO), Acinetobacter, Extended-Spectrum Beta-Lactamases (ESBL), Vancomycin-resistant Enterococcus (VRE), Glycopeptide-resistant Enterococci (GRE), etc sau <i>Clostridium difficile</i> ?			8	
Pacientul are o tuse productivă care durează de 3 săptămâni sau mai mult sau orice istoric de TBC, contact recent cu TBC sau simptome de TBC (ex. tuse, pierdere în greutate, transpirații nocturne, etc.) ?			8	
Pacientul prezintă o plagă deschisă care nu se vindecă sau o arsură?			2	
Pacientul lucrează în sistemul de sănătate?			1	
Pacientul are în istoric diaree / vărsături sau infecție cu Norovirus în ultimele 48 de ore?			8	
Pacientul trimește tratament cu antibiotice sau a primit antibiotice în ultimele 4 săptămâni?			1	
Pacientul a intrat în contact cu orice tip de boală infecțioasă înainte de internare (în ultimele 7 zile)?			6	
Pacientul este purtătorul unui dispozitiv medical intern, de ex. cateter urinar, dispozitiv IV sau sondă de alimentație?			7	
Pacientul a fost transferat din alt spital?			8	
Pacientul a fost transferat de la un centru de îngrijire/ azil?			6	
Pacientul a fost internat în acest spital sau în alt spital sau în alt sistem de îngrijire în ultimele 12 luni?			8	
Pacientul are orice alte semne de infecție care nu au fost menționate mai sus? de ex. temperatura de 38°C sau mai mult, erupție cutanată, sepsis, celulită?			8	
Pacientul a călătorit în străinătate în ultimele 3 luni?			8	
SCOR TOTAL:				
Data/Ora evaluării:				
Asistent medical care a efectuat evaluarea Nume și Prenume:				
Semnătura:				

INSTRUMENTUL BATES-JENSEN PENTRU EVALUAREA PLĂGILOR

Localizare: Zona anatomică. Identificați partea dreaptă (R) sau partea stângă (L) și folosiți „X” pentru a marca locul.

- Sacru & coccis Glezna laterală
 Trohanter Glezna mediană
 Tuberozitatea ischiatică Călcâi Altă zonă

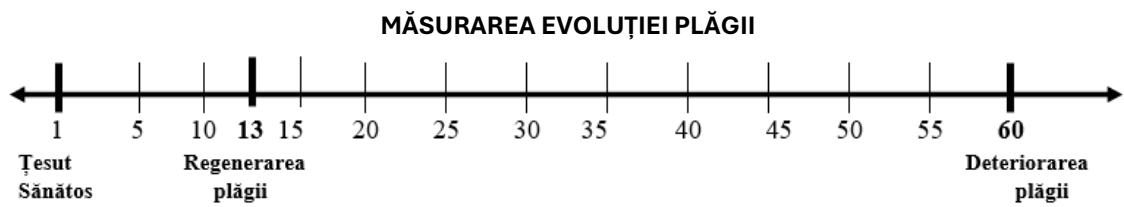


Formă: Observați perimetrul și adâncimea plăgii.

- Neregulată Liniară sau alungită
 Rotundă/ovală Sferică
 Pătrată / dreptunghi Fluture Altă formă _____

Element	Evaluare					
1. Dimensiunea	1 = Lungime x lățime < 4 cm ² 2 = Lungime x lățime 4--< 16 cm ² 3 = Lungime x lățime 16.1--< 36 cm ² 4 = Lungime x lățime 36.1--< 80 cm ² 5 = Lungime x lățime > 80 cm ²					
2. Adâncimea	1 = Eritem care nu se albește pe piele intactă 2 = Pierderea parțială a pielii cu implicarea epidermei și/sau dermului 3 = Pierderea totală a pielii care implică deteriorarea sau necroza țesutului subcutanat; se poate extinde până la fascia subiacentă, dar nu și prin aceasta; și/sau grosimea parțială și totală și/sau straturile de țesut acoperite de țesutul de granulare 4 = Obturată de necroză 5 = Pierderea completă a grosimii pielii cu distrugere extinsă, necroză tisulară sau deteriorarea mușchiului, a oaselor sau a structurilor suport					
3. Marginile	1 = Neclară, difuză, fără vizibilitate definită 2 = Diferențiată, conturată clar vizibil, atașată, chiar și cu baza plăgii 3 = Bine definită, neatașată la baza plăgii 4 = Bine definită, neatașată la bază, rotunjită în interior, îngroșată 5 = Bine definită, fibrotică, cicatrizată sau hiperkeratozică					
4. Leziunea subcutanată	1 = Nici una 2 = Afectare subcutanată < 2 cm în orice zonă 3 = Afectare subcutanată 2-4 cm implică < 50% din marginile plăgii 4 = Afectare subcutanată 2-4 cm implică > 50% din marginile plăgii 5 = Afectare subcutanată > 4 cm sau tunele în orice zonă					
5. Tipul de țesut necrotic	1 = Nu este vizibil 2 = Țesut neviabil alb/gri și/sau sfaceluri neaderente galbene 3 = Sfacel liber aderent galben 4 = Crustă aderentă, moale, neagră 5 = Crustă fermă, aderentă, neagră					

6. Cantitatea de țesut necrotic	1 = Nu este vizibil 2 = < 25% din suprafața plăgii 3 = 25-50% din suprafața plăgii 4 = > 50% și < 75% din suprafața plăgii 5 = 75-100% din suprafața plăgii					
7. Tipul de exudat	1 = Fără exudat 2 = Sangvinolent 3 = Sero-sangvinolent: subțire, apos, roșu/roz deschis 4 = Seros: subțire, apos, clar 5 = Purulent: subțire sau gros, opac, cafeniu/galben, cu sau fără miros					
8. Cantitatea de exudat	1 = Fără, plagă uscată 2 = Limitat, plagă umedă dar fără exudat vizibil 3 = Redus 4 = Moderat 5 = Abundent					
9. Culoarea pielii în jurul plăgii	1 = Roz sau normal pentru grupurile etnice 2 = Roz deschis și/sau albă la apăsare 3 = Alb sau gri deschis sau hipopigmentată 4 = Roșu închis sau purpuriu și/sau care nu se albește 5 = Negru sau hiperpigmentată					
10. Edemul țesutului periferic	1 = Fără inflamație sau edem 2 = Edem fără godeu extins la < 4 cm în jurul plăgii 3 = Edem fără godeu extins la ≥ 4 cm în jurul plăgii 4 = Edem cu godeu extins la < 4 cm în jurul plăgii 5 = Crepitație și/sau edem cu godeu extins la ≥ 4 cm în jurul plăgii					
11. Indurația țesutului periferic	1 = Nu este prezentă 2 = Indurația < 2 cm în jurul plăgii 3 = Indurația 2-4 cm extinderea < 50% în jurul plăgii 4 = Indurația 2-4 cm extinderea $\geq 50\%$ în jurul plăgii 5 = Indurația > 4 cm în orice zonă în jurul plăgii					
12. Țesutul de granulație	1 = Piele intactă sau pe grosimea parțială a plăgii 2 = Roșu intens, luminos; 75-100% din suprafața plăgii și/sau țesut hipergranulat 3 = Roșu intens, luminos; < 75% și > 25% din suprafața plăgii 4 = Roz și/sau roșu închis mat și/sau acoperire $\leq 25\%$ din plagă 5 = Nu există țesut de granulație					
13. Epitelizarea	1 = Plagă acoperită 100%, suprafață intactă 2 = Plagă acoperită 75% - < 100% și/sau țesut epitelial extins > 0.5 cm în patul plăgii 3 = Plagă acoperită 50% - < 75% și/sau țesut epitelial extins < 0.5 cm în patul plăgii 4 = Plagă acoperită 25% - < 50% 5 = Plagă acoperită < 25%					
SCOR TOTAL:						
Data și ora evaluării:						
Asistent medical care a efectuat evaluarea Nume și Prenume:						
Semnătura:						



Scrieți scorul total pe scala de evoluție continuă a plăgii prin plasarea unui "X" pe linie. Înregistrați mai multe scoruri pentru a putea observa regenerarea sau degenerarea plăgii. Sursa: *Barbara Bates-Jensen, 2001*; <https://www.ppno.ca/wp-content/uploads/2022/04/Wound-Protocol.pdf>

INSTRUMENTUL TINETTI DE EVALUARE A RISCULUI DE CĂDERE

INTERPRETARE SCOR TOTAL ECHILIBRU ȘI MERS:

 < 19 risc ridicat de cădere

 19-24 risc de cădere

 25-28 fără risc de cădere

1. EVALUAREA ECHILIBRULUI

Instrucțiuni: Subiectul este așezat pe un scaun tare, fără brațe. Sunt testate următoarele manevre.

SARCINI	DESCRIERE	Scor posibil
1. Echilibru în șezut	Se înclină sau alunecă în scaun	0
	Este stabil, sigur	1
2. Ridicare de pe scaun	Nu este capabil fără ajutor	0
	Este capabil, folosește brațele pentru a se ajuta când se ridică	1
	Este capabil fără să utilizeze brațele	2
3. Încercări de ridicare din scaun	Nu este capabil fără ajutor	0
	Capabil, necesită mai mult de o încercare	1
	Capabil să se ridice dintr-o singură încercare	2
4. Echilibru imediat după ridicarea în picioare (primele 5 secunde)	Instabil (mișcă picioarele, trunchiul se leagănă)	0
	Stabil, dar utilizează un cadru de mers sau alt tip de suport	1
	Stabil fără cadru de mers sau alt tip de suport de sprijin	2
5. Echilibru în picioare	Instabil	0
	Stabil, dar cu picioarele depărtate (câlcâiele la 10 cm) și necesită un baston sau alt tip de suport de sprijin	1
	Poziție stabilă fără suport	2
6. Stabilitate (pacientul stă cu picioarele cât se poate de apropiate, iar examinatorul îl împinge ușor cu palma în zona sternului de trei ori)	Începe să cadă	0
	Se clatină, încercă să se echilibreze apucându-se cu mâinile pentru sprijin	1
	Stabil	2
7. Echilibru în picioare cu ochii închiși (în poziția descrisă la pct. 6)	Instabil	0
	Stabil	1
8. Echilibru după o întoarcere completă de 360°	Pași discontinui	0
	Pași continui	1
	Instabil (se agață, se clatină)	0
	Stabil	1
9. Echilibru la așezare	Nesigur (distanță apreciată greșit, cade în scaun)	0
	Utilizează brațele sau nu are o mișcare lină	1
	Sigur, mișcare ușoară	2
SCOR TOTAL ECHILIBRU		

2. EVALUAREA MERSULUI

Instrucțiuni: Subiectul se află cu examinatorul, merge pe hol sau prin cameră, mai întâi în ritm "obișnuit", apoi într-un ritm "rapid, dar sigur". Folosește dispozitivul uzual pentru ajutor la mers.

SARCINI	DESCRIERE	Scor posibil
10. Mersul inițial (imediat după ce i-ați spus să meargă)	Multe ezitări sau multiple încercări de a merge	0
	Fără ezitare	1
11. Lungimea și înălțimea pasului	DREPTUL nu depășește piciorul stâng de sprijin	0
	DREPTUL depășește piciorul stâng de sprijin	1
	DREPTUL nu se desprinde complet de sol	0
	DREPTUL se desprinde complet de sol	1
	STÂNGUL nu depășește piciorul drept de sprijin	0
	STÂNGUL depășește piciorul drept de sprijin	1
	STÂNGUL nu se desprinde complet de sol	0
	STÂNGUL se desprinde complet de sol	1
12. Simetria pașilor	DREPTUL ȘI STÂNGUL – lungimea estimată a pașilor nu este egală	0
	DREPTUL ȘI STÂNGUL – pașii par egali	1
13. Continuitatea pașilor	Oprire sau discontinuitate	0
	Pașii par a fi continui	1
14. Traectoria mersului (estimată în relație cu plăcile de pardoseală cu diametrul de 30 cm. Observați traseul unui picior în decursul a 10 pași)	Deviație marcată	0
	Deviație ușoară/moderată sau folosește dispozitive ajutătoare pentru mers	1
	Merge drept fără dispozitive ajutătoare de mers	2
15. Trunchiul	Balans accentuat sau utilizează dispozitive ajutătoare de mers	0
	Fără balans - dar cu flexia genunchilor sau a spatelui, sau cu mișcare dezordonată a brațelor în timpul mersului	1
	Fără balans, fără flexia genunchilor, fără folosirea brațelor și fără utilizarea mijloacelor ajutătoare de mers	2
16. Poziția de mers	Călcâie depărtate	0
	Călcâie care aproape se ating în timpul mersului	1
SCOR TOTAL MERS		

SCOR TOTAL:			
Data și ora evaluării:			
Asistent medical care a efectuat evaluarea Nume și Prenume:			
Semnătura:			

SCOR TOTAL ECHILIBRU ȘI MERS =

Surse: Lewis C. Balance, Gait Test Proves Simple Yet Useful. *P.T. Bulletin*, 1993; 2/10:9 & 40; Tinetti ME. Performance-oriented Assessment of Mobility Problems in Elderly Patients. *JAGS* 1986; 34:119-126

SCALA WATERLOW DE EVALUARE A RISCULUI DE APARIȚIE A LEZIUNILOR DE PRESIUNE

INTERPRETAREA REZULTATELOR: La risc 10-14 Risc crescut 15-19 Risc foarte crescut \geq 20

A: Gen / Vârstă (ani)	Scor	C: Continență	Scor
Masculin	1	Completă/cateter/sondă	0
Feminin	2	Incontinență urinară	1
14-49	1	Incontinență materii fecale	2
50-64	2	Dublă incontinență (urină și materii fecale)	3
65-74	3	D: Tip de tegument	Scor
75-80	4	Sănătos	0
> 81	5	Subțire/fragil (ca hârtia)	1
B: Constituție/ IMC*	Scor	Uscat (descuamat)	1
Medie/20 - 24.9	0	Edemațiat (pufos)	1
Peste medie/25 - 29.9	1	Umed (lipicios)/febril	1
Obezitate/>30	2	Vânătăi/pete	2
Sub medie/< 20	3	Cu leziuni (leziune de presiune diagnosticată)	3
E: Mobilitate	Scor	G: Medicație	Scor
Complet mobil	0	Citotoxice, antiinflamatorii, steroizi administrați pe termen lung sau în doză mare	1 - 2 - 4
Nelinistit/agitat	1	H: Element nutrițional	Scor
Apatic (sedat/refractor)	2	IMC: >20 = 0 (0p); 18,5-20 = 1 (1p); < 18.5 = 2 (2p).	0 - 1 - 2
Restricționat (durere/boală)	3	Scădere neplanificată în greutate în ultimele 3-6 luni: < 5% = 0 (0p); 5-10% = 1 (1p); >10% = 2 (2p).	0 - 1 - 2
Imobilizat la pat	4	Pacient cu boală acută sau fără aport nutrițional >5 zile.	2
Imobilizat în scaun	5	I: Deficit neurologic	Scor
F: Malnutriție de țesut	Scor	Diabet (4p)/SM*/AVC*/DM*/DS* (5p)/paraplegie (6p)	4 - 5 - 6
DMO*/cașexie terminală	8	J: Chirurgie / traume	Scor
Disfuncția unui singur organ	5	Durata operației > 6 ore	8
Boală vasculară periferică	5	Intervenții ortopedice/în jumătatea inferioară a corpului/spinale > 2 ore (până la 48 h postoperator)	5
Anemie Hb < 8	2	Durata operației > 2 ore (până la 48 h postoperator)	5
Fumat	1		
SCOR TOTAL:			
Data și ora evaluării:			
Asistent medical care a efectuat evaluarea			
Nume și Prenume:			
Semnătura:			

*IMC – indice de masa corporală (greutate în kg / înălțime² în m); DMO – disfuncție multiplă de organe;
SM – scleroza multiplă; AVC – accident vascular cerebral; DM – deficit motor; DS – deficit senzorial
Sursă: Waterlow J. Pressure sores: a risk assessment card. Nursing times. 1985;81(48):49-55.

SCALA RASS PENTRU EVALUAREA STĂRII DE CONȘTIENȚĂ

INTERPRETAREA REZULTATELOR:

Dacă RASS este -4 sau -5, pacientul este inconștient. Recomandare: REEVALUAȚI MAI TÂRZIU!

Caracteristici	Descriere	Metoda de evaluare	Scor
RECALCITRANT	Combativ, violent, reprezintă un pericol iminent pentru personalul de îngrijire	Observare	+4
FOARTE AGITAT	Își smulge tuburile de dren și cateterele; agresiv	Observare	+3
AGITAT	Mișcări frecvente inutile; se luptă cu ventilatorul	Observare	+2
NELINIȘTIT	Anxios, receptiv, mișcări neagresive	Observare	+1
ALERT ȘI CALM	Spontan; acordă atenție persoanei care îl îngrijește	Observare	0
SOMNOLENT	Nu foarte atent, dar este menținut treaz de voce (deschide ochii și menține contactul mai mult de 10 sec.)	Interviu	-1
SEDARE UȘOARĂ	Treziri scurte la auzul vocii (deschide ochii și menține contactul mai puțin de 10 sec.)	Interviu	-2
SEDARE MODERATĂ	Mișcări ale corpului sau deschideri ale pleoapelor la auzirea vocii (fără contact vizual)	Interviu	-3
SEDARE PROFUNDĂ	Fără răspuns la întrebări, dar apar mișcări și deschideri ale ochilor la stimularea fizică	Interviu Examinare fizică - Stimulare tegumentară	-4
INCONȘTIENT	Nu răspunde la întrebări sau la stimuli fizici	Interviu Examinare fizică - Stimulare tegumentară	-5
SCOR TOTAL:			
Data și ora evaluării:			
Asistent medical care a efectuat evaluarea Nume și Prenume:			
Semnătura:			

Sursă: Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, Tesoro EP, Elswick RK. The Richmond Agitation–Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2002 Nov 15;166(10):1338-44.

SCALA DE COMA GLASGOW (GCS)

Scala de Comă Glasgow (GCS) este un instrument clinic utilizat pe scară largă pentru evaluarea obiectivă a nivelului de conștiență la pacienții cu leziuni cerebrale acute sau alte afecțiuni neurologice. A fost dezvoltată în 1974 de profesorii Graham Teasdale și Bryan Jennett la Universitatea din Glasgow pentru a oferi un mod standardizat de evaluare a afectării neurologice și pentru a monitoriza evoluția pacientului. GCS este folosit pe scară largă în medicina de urgență, terapie intensivă și neurologie pentru a ghida deciziile terapeutice și a monitoriza starea pacienților la pacienții cu leziuni cerebrale acute sau alte afecțiuni neurologice.

Componentele Scalei de Comă Glasgow

Scala de Comă Glasgow evaluează trei aspecte principale ale funcției neurologice:

- Deschiderea ochilor (E)
- Răspunsul verbal (V)
- Răspunsul motor (M)

Fiecare componentă are propriul sistem de punctaj, iar suma acestor punctaje oferă scorul total GCS, care variază între 3 și 15 puncte.

Tabelul Scalei de Comă Glasgow

Tabelul de mai jos oferă un ghid detaliat pentru evaluarea GCS, preluat direct din ghidul oficial NHS Greater Glasgow and Clyde.

Criteria	Observat	Evaluare	Scor
Deschiderea Ochilor			
Deschidere înainte de aplicarea stimulului	✓	Spontan	4 puncte
După tonul normal sau ridicat	✓	La ordin verbal	3 puncte
După aplicarea stimulului pe vârful degetului	✓	La stimuli de presiune/durere	2 puncte
Nu deschide ochii deloc, fără factori interferenți	✓	Absența răspunsului	1 punct
Ochi închiși de factori locali	✓	Nu este posibilă testarea	NT
Răspuns Verbal			
Răspuns corect pentru nume, locație și dată	✓	Orientat	5 puncte
Dezorientat, dar comunicare	✓	Confuz	4 puncte

Criteria	Observed	Evaluation	Score
coerentă			
Cuvinte sporadice, inteligibile	✓	Cuvinte	3 puncte
Cuvinte fără înțeles, vaitat	✓	Sunete	2 puncte
Fără răspuns verbal, în absența factorilor ce interferează cu comunicarea	✓	Absența răspunsului	1 punct
Factori ce interferează cu comunicarea	✓	Nu este posibilă testarea	NT
Răspuns Motor Maxim			
Efectuează o comandă în două părți	✓	Răspunde la comandă verbală	6 puncte
Ridică mâna la nivelul claviculei după aplicarea stimulului la nivelul capului sau gâtului	✓	Localizează durerea	5 puncte
Îndoiește coatele rapid în mod normal	✓	Flexie normală/coordonată	4 puncte
Îndoiește coatele dar nu în mod normal	✓	Flexie anormală/necoordonată	3 puncte
Întinde coatele	✓	Extensie	2 puncte
Nicio mișcare a membrilor, fără factori care interferează cu mișcarea		Niciun răspuns motor	1 punct
Paralizat sau alți factori limitanți		Nu este posibilă testarea	NT

Sursa: ghidul oficial NHS Greater Glasgow and Clyde <https://www.glasgowcomascale.org/>

Interpretarea Scorului GCS

- 13-15 puncte → Leziune cerebrală ușoară
- 9-12 puncte → Leziune cerebrală moderată
- 3-8 puncte → Leziune cerebrală severă (comă)

Limitări și Considerații

Deși GCS este un instrument valoros, are anumite limitări:

- Intubație sau traheostomie: Pacienții intubați nu pot oferi un răspuns verbal adecvat, ceea ce poate afecta scorul total. În astfel de cazuri, se poate nota componenta verbală ca "NT" (netestabilă) și se poate omite din scorul total.

- Leziuni faciale sau oculare: Leziunile care afectează ochii sau fața pot influența evaluarea deschiderii ochilor sau a răspunsului verbal.
- Paralizie sau alte afecțiuni motorii: Condițiile care afectează mișcarea pot influența evaluarea răspunsului motor.

Exemple Clinice

- Pacient cu GCS 5: Nu deschide ochii (E1), emite sunete neînțelese (V2), prezintă flexie anormală la stimul dureros (M2). Acest caz sugerează o afectare severă, posibilă afectare a trunchiului cerebral sau un prognostic rezervat.**
- Pacient cu GCS 14: Deschide ochii spontan (E4), răspunde confuz (V4), execută comenzi motorii (M6). Poate fi un pacient cu o comoție ușoară.
- Pacient cu GCS 8: Deschide ochii doar la stimul dureros (E2), emite sunete neinteligibile (V2), se retrage la durere (M4). Indică un status neurologic grav.

Concluzie

Scala de Comă Glasgow rămâne un instrument esențial în evaluarea inițială și monitorizarea continuă a pacienților cu leziuni cerebrale sau alte afecțiuni care afectează nivelul de conștientă. Utilizarea sa corectă și conștientizarea limitărilor sale contribuie la o îngrijire optimă a pacientului și la o comunicare eficientă între profesioniștii din domeniul sănătății.

SCALA DE EVALUARE A GRADULUI DE DEPRESIE (GDS FORMA SCURTĂ)

Răspunsurile bolduite, colorate cu albastru indică depresie. Acordați 1 punct pentru fiecare răspuns bolduit și marcat în albastru.

INTERPRETAREA REZULTATELOR:

- > 5 - posibilă depresie și justifică o evaluare specializată
- ≥ 10 - reprezintă un indicator al depresiei

Alegeți cel mai bun răspuns pentru modul în care v-ați simțit în ultima săptămână:

Item	Descriere			Numărul evaluării			
				1	2	3	4
1	Sunteți mulțumit pe deplin de viața dvs?	DA	NU				
2	Ați renunțat la multe dintre activitățile și preocupările dvs?	DA	NU				
3	Simțiți că viața dvs este goală?	DA	NU				
4	Vă simțiți adesea plictisit?	DA	NU				
5	Vă simțiți bine dispus în majoritatea timpului?	DA	NU				
6	Vă este teamă că vi se va întâmpla ceva rău?	DA	NU				
7	Vă simțiți fericit în majoritatea timpului?	DA	NU				
8	Vă simțiți deseori neajutorat?	DA	NU				
9	Preferăți să stați acasă, în loc să ieșiți și să faceți lucruri noi?	DA	NU				
10	Credeți că aveți mai multe probleme cu memoria decât majoritatea?	DA	NU				
11	Credeți că este minunat să fiți în viață acum?	DA	NU				
12	Vă simțiți destul de lipsit de valoare așa cum sunteți acum?	DA	NU				
13	Vă simțiți plin de energie?	DA	NU				
14	Simțiți că situați dvs este fără speranță?	DA	NU				
15	Credeți că cei mai mulți oameni sunt mai bine decât sunteți dvs?	DA	NU				

SCOR TOTAL:				
Data și ora evaluării:				
Asistent medical care a efectuat evaluarea				
Nume și Prenume:				
Semnătura:				

Sursa: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, Rory Meyers College of Nursing

SCALA EDINBURGH DE EVALUARE A DEPRESIEI POSTNATALĂ (EPDS)

Întrucât sunteți gravidă sau ați avut recent un copil, dorim să știm cum vă simțiți. Vă rugăm să bifați răspunsul care este cel mai apropiat de modul în care v-ați simțit ÎN ULTIMELE 7 ZILE, nu doar de modul cum vă simțiți astăzi.

NOTĂ: Acordați atenție întrebării 10 (gânduri suicidale). INTERPRETAREA REZULTATELOR: ≥ 10 posibilă depresie.

Nr item	În ultimele 7 zile:	Scor posibil	Scor pacient	Nr item	În ultimele 7 zile:	Scor posibil	Scor pacient
1	Am reușit să râd și să văd partea amuzantă a lucrurilor			6	Lucrurile m-au depășit:		
	La fel de mult ca întotdeauna	0			Da, <u>majoritatea timpului</u> nu am fost capabilă să depășesc problemele	3	
	Nu prea mult acum	1			Da, <u>uneori</u> nu m-am descurcat așa de bine ca înainte	2	
	Cu siguranță nu atât de mult acum	2			Nu, majoritatea timpului m-am descurcat destul de bine	1	
	Deloc	3			Nu, am fost capabilă să depășesc problemele	0	
2	Am căutat să mă bucur de toate lucrurile			7	Am fost așa de nefericită încât am avut probleme cu somnul		
	La fel de mult ca altădată	0			Da, majoritatea timpului	3	
	Nu chiar așa de mult ca altădată	1			Da, uneori	2	
	Evident mai puțin ca altădată	2			Nu foarte des	1	
	Deloc	3			Nu, deloc		
3	M-am învinovățit inutil când lucrurile au mers prost			8	M-am simțit tristă, supărată și nefericită	0	
	Da, în majoritatea timpului	3			Da, majoritatea timpului	3	
	Da, câteodată	2			Da, uneori	2	
	Nu foarte des	1			Nu foarte des	1	
	Niciodată	0			Nu, deloc	0	
4	Am fost anxioasă și îngrijorată fără motive întemeiate			9	Am fost așa de nefericită încât am plâns		
	Nu, deloc	0			Da, majoritatea timpului	3	
	Aproape niciodată	1			Da, destul de des	2	
	Da, uneori	2			Doar ocazional	1	
	Da, foarte des	3			Nu, niciodată	0	
5	M-am simțit speriată și panicată pentru lucruri neimportante			10	Mi s-a întâmplat să mă gândesc că vreau să îmi fac rău		
	Da, destul de mult	3			Da, destul de des	3	
	Da, uneori	2			Uneori	2	
	Nu, rar	1			Foarte rar	1	
	Nu, deloc	0			Niciodată	0	
SCOR TOTAL POSIBIL: 30							
SCOR TOTAL:							
Data și ora evaluării:							
Asistent medical care a efectuat evaluarea							
Nume și Prenume:							
Semnătura:							

Sursa: Cox JL et al. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6; Wisner KL et al. N Engl J Med. 2002;347(3):194-9.

SCALA PENTRU EVALUAREA DEPRESIEI ȘI ANXIETĂȚII ÎN SPITAL (HADS)

Bifați caseta de lângă răspunsul cel mai apropiat de modul în care v-ați simțit în ultima săptămână. Nu vă gândiți prea mult la răspunsurile dvs.: răspunsul dat imediat este cel mai bun.

INTERPRETAREA REZULTATELOR: 0-7 = Normal; 8-10 = La limita anormalului; 11-21 = Anormal

D	A		D	A	
Mă simt încordată sau nervos:			Am impresia că fac totul mai încet:		
0	3	Majoritatea timpului	3	0	Aproape tot timpul
0	2	O bună parte din timp	2	0	Foarte des
0	1	Din când în când, ocazional	1	0	Câteodată
0	0	Deloc	0	0	Deloc
Mă bucur încă de lucrurile care mă bucurau și înainte:			Am un fel de senzație de teamă de parcă aş avea fluturi în stomac:		
0	0	La fel de mult	0	0	Deloc
1	0	Nu la fel de mult	0	1	Ocazional
2	0	Doar puțin	0	2	Destul de des
3	0	Aproape deloc	0	3	Foarte des
Am o senzație de teamă ca și cum ar urma să se întâmple ceva foarte rău:			Mi-am pierdut interesul pentru cum arăt:		
0	3	Da, întradevar și destul de rău	3	0	Categoric
0	2	Da, dar nu așa de rău	2	0	Nu mai dau importanță înfățișării atât cât ar trebui
0	1	Puțin, dar nu mă îngrijorează	1	0	Poate că nu mai dau chiar atâta importanță înfățișării
0	0	Deloc	0	0	Dau la fel de multă atenție înfățișării ca înainte
Pot să râd și să văd partea bună a lucrurilor:			Simt nevoia să mă mișc ca și cum nu aş putea să stau locului:		
0	0	La fel de mult ca înainte	0	3	Foarte mult
1	0	Nu atât de mult ca înainte	0	2	Destul de mult
2	0	Mult mai puțin ca înainte	0	1	Nu așa de mult
3	0	Deloc	0	0	Deloc
Îmi trec prin minte gânduri îngrozitoare:			Aștept cu bucurie să fac anumite lucruri:		
0	3	O mare parte din timp	0	0	La fel de mult ca înainte
0	2	Destul de des	1	0	Mai puțin ca înainte
0	1	Din când în când, dar nu prea des	2	0	Mult mai puțin ca înainte
0	0	Doar ocazional	3	0	Aproape deloc
Mă simt bine dispus:			Simt dintr-o dată că mă cuprinde panica:		
3	0	Niciodată	0	3	Foarte des
2	0	Nu așa de des	0	2	Destul de des
1	0	Uneori	0	1	Nu așa de des
0	0	Majoritatea timpului	0	0	Deloc
Pot să stau liniștit și să mă simt relaxat:			Îmi face plăcere să citesc o carte bună, să mă uit la o emisiune TV sau să ascult un program de radio:		
0	0	Categoric	0	0	Adesea
0	1	De obicei	1	0	Uneori
0	2	Nu așa de des	2	0	Nu așa de des
0	3	Deloc	3	0	Foarte rar
D	A		D	A	
SCOR TOTAL DEPRESIE (D)					
SCOR TOTAL ANXIETATE (A)					
Data și ora evaluării:					
Asistent medical care a efectuat evaluarea					
Nume și Prenume:					
Semnătura:					

Sursă: Snaith, R.P. *The Hospital Anxiety And Depression Scale. Health Qual Life Outcomes* 1, 29 (2003).

<https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>

SCALA DE EVALUARE A DURERII ÎN DEMENȚA ÎN STADII AVANSATE (PAINAD)

Observați pacientul timp de 5 minute înainte de a puncta comportamentele acestuia.

Pacientul poate fi observat în situații diferite (de ex. în repaus, în timpul unei activități plăcute, în timpul îngrijirilor, după administrarea medicației pentru durere.)

Interpretarea rezultatelor: 1-3 = durere ușoară; 4-6 = durere moderată; 7-10 = durere severă

Comportament	0	1	2	DATA ȘI ORA EVALUĂRII			
Respirație	Normală	Respirație dificilă ocazională Scurtă perioadă de hiperventilație	Respirație dificilă zgomotoasă Perioadă lungă de hiperventilație Respirații Cheyne-Stokes				
Verbalizare feedback negativ	Nici una	Geamăt sau suspin ocazional Glas scăzut cu caracter de negație și dezaprobare	Strigăte îngrijorate repetate Gemete sau suspine puternice Plâns zgomotos				
Expresie facială	Zâmbitoare sau neexpresivă	Tristețe Înfrișoare Încruntare	Grimase faciale				
Limbajul corpului	Relaxat	Încordat Agitat	Rigid Pumni încleștați Genunchi strânși Îndoire și extensie Izbire/lovire				
Grad de consolare	Nu este nevoie de consolare	Distras sau liniștit la atingere / voce	Imposibil de consolat, distras sau liniștit				
SCOR TOTAL:							
Nume și Prenume Asistent medical care a efectuat evaluarea:							
Semnătura:							

Sursa: Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* 2003;4(1):9-15.

EVALUAREA DURERII ÎN ABSENȚA COMUNICĂRII
INSTRUMENT DE OBSERVARE A DURERII LA PACIENȚII CRITICI
CRITICAL CARE PAIN OBSERVATION TOOL (CPOT)

CPOT poate fi utilizat pentru a evalua durerea pacienților intubați sau sedați pe baza expresiilor faciale, a tensiunii musculare și a mișcării, precum și a conformității cu respirațiile ventilate pentru pacienții intubați sau durerea vocalizată pentru pacienții neintubați. Instrumentul de observare a durerii la pacienții critici (CPOT) a fost conceput pentru a evalua durerea pacienților în stare critică care nu sunt capabili să-și raporteze durerea.

INTERPRETARE:

- Scor CPOT ≤ 2: Probabil că există o durere minimă sau deloc prezentă, pacientul va fi reevaluat mai târziu.
- Scor CPOT >2: Există un nivel inacceptabil de durere. Luați în considerare analgezie și sedare suplimentare sau alternative.

Data și ora evaluării				
INTUBAT →	NU / DA	NU / DA	NU / DA	NU / DA
1) Expresie facială				
Relaxată, neutră	0 p	0 p	0 p	0 p
Suspină, geme / expresie facială tensionată	1 p	1 p	1 p	1 p
Plânge, prezintă grimase specifice pentru durere / expresie facială foarte tensionată	2 p	2 p	2 p	2 p
2) Mișcări ale corpului				
Absența mișcărilor	0 p	0 p	0 p	0 p
Mișcări de protecție	1 p	1 p	1 p	1 p
Neliniște	2 p	2 p	2 p	2 p
3) Tensiune musculară				
Musculatură relaxată / Tolează ventilația mecanică	0 p	0 p	0 p	0 p
Musculatură încordată, rigidă / Poate tuși sau încorda, alarmele ventilatorului se opresc spontan	1 p	1 p	1 p	1 p
Musculatură foarte încordată, foarte rigidă / Blocarea ventilației, nu tolerează ventilația mecanică	2 p	2 p	2 p	2 p
SCOR TOTAL:				
Nume și Prenume Asistent medical care a efectuat evaluarea:				
Semnătura:				

Sursă: Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M: Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *Am J Crit Care* 2006, 15:420–427.

SCALA GUSS PENTRU EVALUAREA DEGLUTIȚIEI

1. Evaluare Inițială / Testul indirect de deglutiție

	DA	NU
STAREA DE ATENȚIE <i>(Pacientul trebuie să fie treaz, alert timp de cel puțin 15 minute)</i>	1	0
TUSE ȘI / SAU CURĂȚAREA GÂTULUI <i>(Tuse voluntară! Pacientul trebuie să tusească sau să-și curețe gâtul de două ori)</i>	1	0
ÎNGHIȚIREA SALIVEI		
• ÎNGHIȚIREA NORMALĂ A SALIVEI	1	0
• SALIVARE	0	1
• SCHIMBAREA VOCII <i>(răgușire, gălgăire, înecare cu propria salivă)</i>	0	1
SCOR TOTAL OBȚINUT		
INTERPRETAREA REZULTATELOR: 1 - 4 = Alte investigații viitoare 5 = Continuă cu „Testul direct de deglutiție”		
SCOR TOTAL:		
Data și ora evaluării:		
Asistent medical care a efectuat evaluarea Nume și Prenume:		
Semnătura:		

2. Testul Direct de deglutiție.

Materiale necesare: Apă, linguriță, alimente pasate, pâine

<i>Păstrați următoarea ordine:</i>	1. SEMISOLID*	2. LICHID**	3. SOLID***
DEGLUTIȚIA:			
Înghițirea nu este posibilă	0	0	0
Înghițirea este întârziată > 2 sec.; <i>alimente solide > 10 sec.)</i>	1	1	1
Înghițirea este reușită	2	2	2
TUSEA involuntară <i>(înainte, în timpul sau după înghițire – până la 3 minute mai târziu)</i>			
Da	0	0	0
Nu	1	1	1
SALIVAȚIA:			
Da	0	0	0
Nu	1	1	1
SCHIMBAREA VOCII <i>(ascultați vocea pacientului înainte și după înghițire - pacientul ar trebui să spună „Oh”)</i>			
Da	0	0	0
Nu	1	1	1

INTERPRETAREA SCORULUI TOTAL	1-4= Alte investigații viitoare 5 = Continuă cu LICHID	1-4= Alte investigații viitoare 5 = Continuă cu SOLID	1 - 4 = Alte investigații viitoare 5 = DEGLUTIȚIE NORMALĂ
SCOR TOTAL:			
Data și ora evaluării:			
Asistent medical care a efectuat evaluarea Nume și Prenume:			
Semnătura:			

Instrucțiuni pentru Testul direct de deglutiție	
*	<i>Mai întâi administrați 1/3 - 1/2 linguriță apă distilată cu agent de îngroșare a alimentelor (consistență de budincă). Dacă nu există simptome, aplicați 3-5 lingurițe. Evaluați după a 5-a lingură.</i>
**	<i>3, 5, 10, 20 ml apă - dacă nu există simptome, continuați cu 50 ml apă distilată. Evaluați și opriți investigația atunci când unul din criterii este observat.</i>
***	<i>Clinic: Pâine uscată; FEES: Pâine uscată, care este înmuiată în lichid colorat Folosiți o investigație funcțională, cum ar fi Evaluarea Videofluoroscopică a Înghițiturilor (VFES), Evaluarea endoscopică cu fibră optică a înghițiturilor (FEES)</i>

REZUMAT	
Total „Testul indirect de deglutiție”	5
Total „Testul direct de deglutiție”	15
Total general	20

REZULTATE		CODUL DE SEVERITATE	RECOMANDĂRI
SCOR 20	Deglutiție adecvată pentru semisolide/ lichide și solide	Ușoară/ Fără disfagie, risc minim de aspirație	Dietă normală Lichide normale Prima administrare se va realiza sub supravegherea personalului medical instruit
SCOR 15-19	Deglutiție adecvată pentru semisolide și lichide Nu poate înghiți solide	Ușoară disfagie cu risc scăzut de aspirație	Dieta pentru disfagie (piure și alimente cu consistență moale) Lichide administrate foarte încet (câte o înghițitură pe rând) Evaluare prin videofluoroscopie (VFES) sau evaluare fibroendoscopică (FEES) Evaluare de către logoped
SCOR 10-14	Deglutiție adecvată pentru semisolide Nu poate înghiți lichide	Disfagie moderată cu risc de aspirație	Dietă pentru disfagie, începând cu: Textură semisolidă, cum ar fi mâncarea de bebeluși + hrană adițională parenterală Toate lichidele trebuie îngroșate! Pastilele trebuie sfărâmate și amestecate cu lichid îngroșat Fără medicație lichidă !! Evaluare suplimentară FEES, VFES

			Evaluare de către logoped <i>Suplimentare pe SNG sau parenteral</i>
SCOR 0-9	Investigarea preliminară eșuează sau nu poate înghiți semisolide	Disfagie severă cu risc crescut de aspirație	NPO (non per os = fără alimentație orală) Evaluare suplimentară FEES, VFES Evaluare de către logoped <i>Suplimentare pe SNG sau parenteral</i>

Sursa: Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, Brainin M. 2007. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), 2948-2952.

MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL (MUST)

INTERPRETAREA REZULTATELOR:

Scor 0= risc scăzut; Scor 1= risc mediu ; Scor ≥2= risc crescut

1	Valoarea Indicelui de masă corporală, IMC*	Scor
	IMC > 20	0
	IMC = 18,5 - 20	1
	IMC < 18,5	2
2	Pierdere în greutate neintenționată în ultimele 3 – 6 luni	
	<5%	0
	5% - 10%	1
	>10%	2
2	Aport nutrițional	
	Obișnuit	0
	Fără aport nutrițional mai mult de 5 zile**	2
SCOR TOTAL:		
Data și ora evaluării:		
Asistent medical Nume și Prenume:		
Semnătura:		

*IMC = G (kg) x h (m)². De ex: adult 70 kg și o înălțime de 1,75 m, va avea BMI=22,9.

**de exemplu, postAVC, traumatisme cranio-cerebrale, intervenții chirurgicale gastrointestinale, etc.

MĂSURI DE PREVENIRE A RISCULUI DE MALNUTRIȚIE:

Scor 0 RISC SCĂZUT	Îngrijire clinică de rutină. <ul style="list-style-type: none"> • Repetați screeningul: Săptămânal – la pacienții internați în spital Lunar – la pacienții din unitățile medicale de cronici Anual – la pacienții din mediul comunitar • Grup de risc – vârsta > 75 ani
Scor 1 RISC MEDIU	Monitorizare - Rămâne în observație. <ul style="list-style-type: none"> • Aportul alimentar timp de 3 zile – documentați alimentele ingerate. • Dacă este adecvat - repetați screening-ul, astfel: Săptămânal – la pacienții internați în spital Cel puțin lunar – la pacienții din unitățile medicale de cronici Cel puțin o dată la 2-3 luni – la pacienții din mediul comunitar • Dacă este inadecvat – stabiliți obiective, îmbunătățiți și creșteți aportul nutrițional general, monitorizați și revizuiți periodic planul de îngrijire
Scor ≥2 RISC CRESCUT	Se tratează. <ul style="list-style-type: none"> • Consultați dieteticianul/Echipa de suport nutrițional • Stabiliți obiective, îmbunătățiți și creșteți aportul nutrițional general • Monitorizați și revizuiți planul de îngrijire: Săptămânal – la pacienții internați în spital Lunar – la pacienții din unitățile medicale de cronici Lunar – la pacienții din mediul comunitar

MĂSURĂTORI ALTERNATIVE

În cazul în care, nu se poate măsura înălțimea pacientului, estimarea înălțimii poate fi efectuată măsurând partea stângă a antebrațului (ulna) între olecran și stiloid.

Lungimea ulnei (cm)	32,0	31,5	31,0	30,5	30,0	29,5	29,0	28,5	28,0	27,5	27,0	26,5	26,0	25,5
Înălțimea (m) Bărbați (<65 ani)	1,94	1,93	1,91	1,89	1,87	1,85	1,84	1,82	1,80	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71
Înălțimea (m) Bărbați (≥65 ani)	1,87	1,86	1,84	1,82	1,81	1,79	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71	1,70	1,68	1,67
Înălțimea (m) Femei (<65 ani)	1,84	1,83	1,81	1,80	1,79	1,77	1,76	1,75	1,73	1,72	1,70	1,69	1,68	1,66
Înălțimea (m) Femei (≥65 ani)	1,84	1,83	1,81	1,79	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71	1,70	1,68	1,66	1,65	1,63
Lungimea ulnei (cm)	25,0	24,5	24,0	23,5	23,0	22,5	22,0	21,5	21,0	20,5	20,0	19,5	19,0	18,5
Înălțimea (m) Bărbați (<65 ani)	1,69	1,67	1,66	1,64	1,62	1,60	1,58	1,57	1,55	1,53	1,51	1,49	1,48	1,46
Înălțimea (m) Bărbați (≥65 ani)	1,65	1,63	1,62	1,60	1,59	1,57	1,56	1,54	1,52	1,51	1,49	1,48	1,46	1,45
Înălțimea (m) Femei (<65 ani)	1,65	1,63	1,62	1,61	1,59	1,58	1,56	1,55	1,54	1,52	1,51	1,50	1,48	1,47
Înălțimea (m) Femei (≥65 ani)	1,61	1,60	1,58	1,56	1,55	1,53	1,52	1,50	1,48	1,47	1,45	1,44	1,42	1,40

Pentru estimarea IMC, poate fi utilizată circumferința brațului drept, la jumătatea distanței dintre acromion și olecran).

- Dacă circumferința brațului este $< 23,5$ cm, $IMC < 20$ kg/m²
- Dacă circumferința brațului este $> 32,0$ cm, $IMC > 30$ kg/m²

Interpretarea valorilor IMC: IMC < 18,5: Subponderal; IMC=18,5–24,9: Greutate normală; IMC=25,0–29,9: Supraponderal; IMC=30,0–34,9: Obezitate I; IMC=35,0–39,9: Obezitate II; IMC>40: Obezitate III (morbidă)

Surse: WHO recommendations, 2010. A healthy lifestyle - <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>

The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). 2003, revizuit 2011.
https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf; https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf

**INSTRUMENT PENTRU EVALUAREA TEGUMENTULUI DIN ZONA PERINEALĂ
ÎN INCONTINENȚA ASOCIATĂ DERMATITELOR (IAD)**

INTENSITATEA FACTORILOR IRITANȚI (Tipul și consistența factorilor iritanți)		STAREA TEGUMENTULUI DIN ZONA PERINEALĂ	
Scaun format și/sau urină	0	Curată și intactă	0
Scaun moale cu sau fără urină	1	Eritem / dermatită cu / fără candidoză	1
Scaun lichid cu sau fără urină	2	Tegument cu leziuni/erodat (cu lipsă de țesut) cu sau fără dermatită	2
DURATA DE ACȚIUNE A IRITANTULUI (Durata de timp în care tegumentul este în contact direct cu factorii iritanți)		FACTORI FAVORIZANȚI (albuminemie scăzută, antibioticoterapie, alimentație pe sondă, <i>Clostridium difficile</i>)	
Este necesar ca lenjeria să fie schimbată cel puțin la fiecare 8 ore sau mai des	0	nici un / 1 factor favorizant	0
Este necesar ca lenjeria să fie schimbată cel puțin la fiecare 4 ore sau mai des	1	2 factori favorizanți	1
Este necesar ca lenjeria să fie schimbată cel puțin la fiecare 2 ore sau mai des	2	3 sau mai mulți factori favorizanți	2
SCOR TOTAL:			
Data/Ora evaluării:			
Asistent medical Nume și Prenume:			
Semnătura:			

Sursă: Nix DH. Validity and reliability of the Perineal Assessment Tool. *Ostomy Wound Manag.* 2002;48(2):43-46, 48-49.

SCORUL NAȚIONAL DE AVERTIZARE TIMPURIE, NEWS2

Parametri fiziologici	Scor						
	3	2	1	0	1	2	3
Frecvența respiratorie (R/min)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO ₂ (%) Scala 1*	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO ₂ (%) Scala 2**	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 cu aer	93–94 cu oxigen	95–96 cu oxigen	≥97 cu oxigen
Aer sau oxigen?		Oxigen		Aer			
Tensiunea arterială sistolică (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Pulsul (P/ min.)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Starea de conștiență				Alert			CVPU
Temperatura (°C)	≤35,0		35,1– 36,0	36,1–38,0	38,1– 39,0	≥39,1	

*Scala 1 este scara obișnuită pentru pacienții cu un interval țintă normal de saturație în oxigen între 94 – 98%.

**Scala 2 este pentru pacienții cu insuficiență respiratorie hipercapnică cronică cu o saturație țintă recomandată de oxigen între 88 – 92%.

Interpretarea rezultatelor:

- Scor 0-4: Risc scăzut – Monitorizare de rutină.
- Scor 5-6: Risc moderat – Monitorizare mai frecventă, pot fi necesare intervenții medicale.
- Scor ≥7: Risc crescut – Indicativ pentru deteriorare severă; necesită intervenție urgentă.

Avantaje ale utilizării NEWS2:

- permite o evaluare rapidă și obiectivă a stării pacientului
- ajută la luarea deciziilor clinice, cum ar fi escaladarea îngrijirii sau inițierea tratamentelor
- standardizează monitorizarea în toate nivelele de îngrijire, promovând identificarea precoce a problemelor medicale.

Sursă bibliografică: Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: RCP, 2017.

Experți grup de lucru din cadrul proiectului

"Schimb de bune practici: elaborarea și completarea planului de îngrijiri"

Diana Loreta Păun

Profesor universitar la Disciplina Endocrinologie a Universității de Medicină și Farmacie "Carol Davila" și medic primar endocrinolog. A lucrat în cadrul Institutului Național de Endocrinologie "C.I.Parhon" ca medic, cercetător, cadru didactic, iar în perioada 2006-2015 ca Manager.

Deține un atestat de studii complementare în Managementul Serviciilor de Sănătate și a absolvit programul de master „Management al Sănătății Publice și al Serviciilor de Sănătate”. De asemenea, a urmat mai multe programe de perfecționare în management, de auditor în domeniul calității, de formator și expert în achiziții publice.

Este membru în asociații profesionale naționale (Asociația de Endocrinologie Clinică din România, Societatea Română de Endocrinologie) și internaționale (Societatea Germană de Endocrinologie, Societatea Europeană de Endocrinologie (ESE), membru al Chapterului din România al AACE (American Association of Clinical Endocrinologists) și președinte al acestuia în intervalul 2011-2012 și 2017-2019.

A ocupat poziția de Consilier de Stat începând cu data de 1 iunie 2015, iar la data de 23 decembrie 2019 a fost numită în funcția de Consilier Prezidențial. A activat în această funcție până la data de 12 februarie 2025.

A publicat studii și lucrări științifice în reviste de specialitate recunoscute național și internațional, precum și lucrări în domeniul managementului sanitar.

A participat ca director sau membru al echipei, în proiecte de cercetare științifică naționale și internaționale precum și în proiecte educaționale și de formare continuă.

Doina Carmen Mazilu

Vicepreședinte al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România și Președinte al Filialei București;

Șef de lucrări la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Facultatea de Moașe și Asistență Medicală;

Director al Centrului Român de Cercetare în Îngrijiri de Sănătate: Centru de Excelență JBI și este Train the Trainers pentru Programul Comprehensive Systematic Review JBI (2009) și Train the Trainer Evidence Implementation Program JBI (2023).

Deține un Master în Management și Sănătate Publică (2009) și unul în Drept medical (2016) precum și Doctorat în Medicină (2020).

A absolvit Programul de Leadership al Global Nursing Leadership Institute (GNLI, 2020-2021). Are peste 24 de ani de experiență în Terapie Intensivă și Anestezie și

peste 15 ani în funcții de management și leadership organizațional, dezvoltare de programe de educație și educație continuă. Domeniile sale de interes includ: cercetare în domeniul îngrijirilor de sănătate, implementarea celor mai bune practici, dezvoltarea profesională a asistenților medicali și moașelor și leadership.

Crin Marcean

Director general al Școlii Postliceale Sanitare Fundeni, având o carieră de peste 35 de ani dedicată formării asistentului medical generalist.

Șef de lucrări în cadrul UMF Carol Davila la disciplina Nursing general, Președinte al Comisiei Naționale de Specialitate pentru domeniul sănătate, coordonator al echipei de elaborare al Standardului și Curriculumului de formare al asistentului medical generalist, începând din 1990 și până în prezent Autor a numeroase cărți de specialitate, a fost preocupat permanent de creșterea nivelului de formare al asistentului medical la cele mai înalte standarde. Prin dăruirea și munca depusă în calitate de Director al Școlii Postliceale Sanitare Fundeni a reușit, alături de colegi, să dezvolte școala, devenind etalon în formarea asistentului medical, cea mai mare școală de stat din țară, cunoscută și în plan internațional prin participanții la conferințele din domeniu.

Având, de-a lungul timpului o frumoasă colaborare cu OAMGMAMR, fiind implicat în programele și proiectele adresate asistenților medicali, în prezent Președinte al Comisiei de Recunoaștere a Calificărilor Profesionale, și dorește să își aducă contribuția, prin expertiza pe care o deține, și în proiectul “Elaborarea și implementarea Planului de îngrijire”, document care reflectă autonomia și profesionalismul asistentului medical generalist.

Viorica Totorean

Vicepreședinte al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România și Președinte al Filialei Maramureș; experiență profesională ca asistent medical de peste 40 de ani în funcții de execuție și de conducere, informațiile acumulate în vizitele din spitalele din Europa, au dus la conștientizarea necesității de elaborare a unui plan de îngrijire prin care să fie cuantificat nivelul de îngrijire acordat de asistenții medicali - asigurând un nivel crescut de calitate.

În 2016, la ședința ANMCS când s-a impus Planul de îngrijire ca indicator de calitate, referința 2, a decis să se preocupe de acesta.

În 2017 a format un grup de lucru în filiala Maramureș, activitate care în 10 luni s-a concretizat în dezvoltarea unui ghid de elaborare a Planului de îngrijire.

Acest plan a fost implementat în 2 spitale din Baia Mare și a fost îmbunătățit continuu, ținând cont de propunerile asistenților medicali care îl utilizează.

În anul 2018, Grupul de lucru pentru Cercetare și Dezvoltarea Practicii de Asistență Medicală al OAMGMAMR Filiala București s-a alăturat grupului de lucru OAMGMAMR Filiala Maramureș.

Obiectivul principal al grupului de lucru Plan de îngrijire Maramureș – București a fost dezvoltarea unei abordări unitare, flexibile în vederea standardizării procesului de îngrijire pentru activitatea asistentului medical generalist, moașei și asistentului medical în unitățile medicale, conform celor mai bune practici bazate pe dovezi.

În mai 2019 – în cadrul conferinței ”Zilele Clujene ale Asistenților Medicali”, a prezentat lucrarea ”Planul de îngrijire – beneficii pentru profesioniști și pacienți”.

În august 2019 – a primit, din partea doamnei Diana Perju, editor academic internațional GlobeEdit, propunerea de a publica lucrarea sub formă de carte, considerând că rezultatul muncii noastre ar putea fi de interes pentru un public mai larg, interes dovedit prin numărul foarte mare de asistenți medicali care au accesat/descărcat lucrarea de pe site-ul Academia.edu.ro.

În 2020 – a prezentat materialul sub formă de curs și a fost încărcat pe platforma națională de cursuri EMC, apreciat de un număr mare de asistenți medicali.

A acceptat cu entuziasm invitația de participare în cadrul grupului de experți pentru elaborarea planului de îngrijire, considerând că expertiza și experiența sa în domeniu va contribui la elaborarea ghidului.

Este onorată de concretizarea, în prezent, a proiectului transfrontalier ”Schimb de bune practici: elaborarea și completarea planului de îngrijiri”, într-o formă mult mai complexă și detaliată, care va aduce beneficii profesiei și va facilita accesul asistenților medicali la materiale necesare pentru a acorda o mai bună calitate a îngrijirii pacienților .

Ramona Gîdea

Asistent medical șef la Secția Clinică Chirurgie Generală I a Spitalului Clinic Municipal de Urgență Timișoara; Director de îngrijiri medicale al Spitalului Clinic Municipal de Urgență Timișoara, în perioada 2016-2024. Asistent medical generalist licențiat cu peste 20 de ani de profesie, este și student doctorand al UMF "Victor Babeș" Timișoara. Pe parcursul anilor, în urma cursurilor de perfecționare a dobândit competențe de formator, comunicator în limba oficială, manager de proiect, etc. Continuă să fie implicată în formarea viitorilor asistenți medicali, în calitate de maestru instruire practică la Școala Postliceală Sanitară "Ana Aslan" Timișoara și în educația medicală continuă a asistenților medicali în calitate de formator.

De-a lungul carierei sale profesionale s-a preocupat de îmbunătățirea activității de îngrijire, atât la nivelul secției cât și al spitalului, prin elaborarea de proceduri operaționale și de sistem, implementarea unei Documentații de Îngrijiri și ulterior, a unui model de Plan de Îngrijire atât pentru spitalizarea continuă cât și pentru spitalizarea de zi, adaptate specificului secțiilor unității sanitare. A participat la conferințe, simpozioane și diverse întruniri pe tema Planului de Îngrijire.

De asemenea, continuă să facă parte din echipele de implementare a unor proiecte

din fonduri europene derulate în cadrul Spitalului Clinic Municipal de Urgență Timișoara în calitate de responsabil comunicare, responsabil cu dotările medicale și manager de proiect (4 proiecte: 2 finalizate și 2 în implementare).

Florina Izabela Barbu

Profesor și Director adjunct al Școlii Postliceale Sanitare Fundeni - cea mai mare Școala PL Sanitară din România; cu o experiență de peste 25 de ani de activitate, s-a preocupat permanent de atingerea atât a performanței didactice cât și a performanței manageriale în formarea viitorilor asistenți medicali. Întreaga expertiză a dăruit-o atât formării cât și perfecționării prin Educație Medicală Continuă a profesioniștilor din domeniu, scriind numeroase cărți de specialitate, având o preocupare permanentă de creștere a performanței profesionale a asistenților medicali.

S-a implicat în Proiectul "Elaborarea și implementarea Planului de îngrijire" din dorința de a contribui cu experiența personală și cu rezultatele cercetării științifice referitoare la impactul Planului de îngrijire asupra creșterii calității actului medical, respectiv lucrarea "Performanța profesională a asistentului medical generalist în sistemul sanitar. Instrumente, factori de influență, tendințe și contribuții la creșterea calității actului medical", pentru care a obținut titlul de Doctor în Management.

Consideră că existența documentului standardizat "Plan de îngrijire al pacientului" valorizează profesia de asistent medical și reflectă dovada activităților de îngrijire, în special autonome ale acestuia, contribuind astfel la creșterea calității documentării procesului de îngrijire și a actului medical în ansamblu.

Ioana Irinca

Director Îngrijiri la Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca. Vicepreședinte OAMGMAMR filiala Cluj.

Primul contact cu Planul de îngrijire a fost în anul 2001 când a avut o bursă la "School of Nursing" din cadrul Georgetown University, Washington DC. Prima Fișă de îngrijire a pacientului a dezvoltat-o în anul 2003, la nivelul Spitalului Clinic Județean de Urgență Cluj.

În cadrul OAMGMAMR filiala Cluj a participat într-un grup de lucru la dezvoltarea Dosarului/Planului de îngrijiri în anul 2010, apoi în anul 2018.

În perioada 2017-2019 a lucrat în Serviciul de Calitate din Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca – în cadrul căruia a transpus în practică indicatorii ANMCS privind planul de îngrijire. Din 2019 de când ocupă funcția de Director de Îngrijiri la același spital, coordonează și implementarea dosarului/planului de îngrijiri în spital. În acest sens, se documentează permanent din literatura de specialitate din străinătate.

Cerasela Mariana Neagu

Director de îngrijiri la Spitalul de Urgență „Prof. Dr. Dimitrie Gerota” din București;
Asistent medical generalist din anul 1994 și licențiată în asistență medicală generală în anul 2011. Din anul 2005 ocupă funcția de Asistent medical coordonator, și ulterior, în anul 2021 funcția de Director de îngrijiri.

Și-a conturat experiența profesională, de 31 de ani, în cadrul specialităților de anestezie și terapie intensivă, de cardiologie și de terapie intensivă coronariană, lucrând în spitale universitare și de urgență.

Este o persoană ambițioasă, minuțioasă, devotată, sinceră și cu o dorință continuă de perfecționare pe plan profesional și personal. Analizează critic și obiectiv, în raport cu balanța risc-beneficiu și ghidurile medicale actualizate, personalizând astfel, în detaliu, activitățile de îngrijiri furnizate fiecărui pacient înțelegând rolul imperativ pe care comunicarea promptă și interdisciplinaritatea îl au într-o echipă medicală.

A contribuit, începând cu anul 2021, la optimizarea implementării dosarului de îngrijiri în cadrul Spitalului de Urgență „Prof. Dr. Dimitrie Gerota” într-un proiect pilot dezvoltat în parteneriat cu OAMGMAMR Filiala București, având ca obiectiv îmbunătățirea atât a calității serviciilor medicale oferite pacienților, cât și recuperarea acestora mai rapidă și mai armonioasă, asigurând o îngrijire medicală eficientă și de calitate la nivel instituțional.

Dana Nicoleta Mihai

Director de îngrijiri la Spitalul Clinic de Recuperare Iași;

Profesor nursing, gradul II Școala Postliceală “Grigore Ghica Vodă Iași” (discipline predate: Nursing, Chirurgie, Medicină Internă);

Asistent universitar drd la Universitatea Apollonia Iași (pentru disciplinele clinice);

Colaborator UMF “Gr. T. Popa” Iași - disciplinele “Orientare asupra profesiei” și “Nursing clinic II”;

Este, de asemenea, coordonator al departamentului științific în cadrul OAMGMAMR Iași.

Membru al echipei de lucru care a propus modelul de plan de îngrijire, înaintea ciclului 2 de acreditare AMNCS, pentru Iași. A participat activ la realizarea modelului, pornind de la cunoștințele teoretice pe care și le-a dezvoltat studiind materiale de specialitate (pentru activitatea de predare, unde era prevăzut în curriculum) și l-a implementat activ în Spitalului Clinic de Recuperare Iași, încă din 2017, model utilizat și la acest moment.

Experiența didactică și profesională în utilizarea Planului de îngrijire a recomandat-o ca și expert în cadrul acestui proiect.

