

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.

Praha 5

Ošetrovatelský proces u pacienta s CMP

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE KŘESALOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Růžena Vitásková, PhD.

Praha 2013

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne: 20. 5. 2012

.....
Lucie Křesalová, DiS

ABSTRAKT

KŘESALOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelský proces u pacienta s CMP*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Růžena Vításková, PhD. Praha, 2012. 60 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je specifika onemocnění CMP a její léčba v akutní fázi v České republice a následné vypracování ošetrovatelského procesu u pacienta s diagnózou cévní mozková příhoda. Teoretická část práce popisuje rozdělení CMP podle příčiny, dělení dle časového průběhu a závažnosti, rizikové faktory, příznaky, změny motoriky po překonání akutního stádia nemoci, diagnostiku a léčbu. Dále se zabývá péčí o nemocné v akutní fázi cévní mozkové příhody v České republice a jejím sdružením. Nosnou částí práce je vypracování ošetrovatelského procesu a stanovení ošetrovatelských diagnóz dle kapesního průvodce zdravotní sestry. Cílem ošetrovatelského procesu bylo splnění všech bio-psycho-sociálních potřeb, návrat pacienta do běžného a plnohodnotného života a návrh doporučení pro praxi.

Klíčová slova:

Cévní mozková příhoda. Mapy ošetrovatelské péče. Ošetrovatelství. Ošetrovatelský proces. Klient. Specifika ošetrovatelské péče.

ABSTRAKT IN ENGLISH

Křesalová, Lucie. *Nursing process for patients with stroke*. College of Health, o.p.s. Degree qualifications: Bachelor (Bc). Supervisor: Mgr. Růžena Vitásková, PhD. Prague, 2012. 60 p.

The main theme of this work is specific CMP disease and its treatment in the acute phase in the Czech Republic and the subsequent development of the nursing process in a patient with a diagnosis of stroke. The theoretical part describes the division of stroke by cause, by dividing the timing and severity, risk factors, symptoms, changes in the motor after overcoming the acute stage of the disease, diagnosis and treatment. It also deals with the care of patients in the acute phase of stroke in the Czech Republic and its associations. The main part of the work is the development of the nursing process and the determination of nursing diagnoses by nurses pocket guide. The aim of the nursing process to meet all the bio-psycho-social needs, the patient's return to normal and full life, and recommendations for practice.

Keywords:

Stroke. Maps of nursing care. Nursing. Nursing process. Client. Specifics of nursing care.



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Křesalová Lucie
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 2. 9. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s CMP

Nursing Process for Patients with Stroke

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Růžena Vitásková, PhD.

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 1. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

OBSAH:

ABSTRAKT	3
ABSTRAKT IN ENGLISH.....	4
OBSAH	5
1 ÚVOD.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
2 TEORIE.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
2.1 DEFINICE	11
2.2 ETIOLOGIE A INCIDENCE.....	11
2.3 RIZIKOVÉ FAKTORY	12
2.4 ROZDĚLENÍ CMP	14
<i>Dle příčiny vzniku:.....</i>	<i>14</i>
<i>Podle vztahu k tepennému povodí:</i>	<i>15</i>
<i>Dle časového průběhu</i>	<i>15</i>
2.5 PREVENCE.....	16
2.6 PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČE CMP	16
2.7 PROJEVY A PŘÍZNAKY	17
2.8 DIAGNOSTIKA CMP	19
2.8.1 <i>DIAGNOSTICKÉ METODY PŘI VYŠETŘENÍ CMP</i>	<i>20</i>
2.9 LÉČBA.....	22
<i>Léčba ischemické cévní mozkové příhody</i>	<i>22</i>
2.10 IKTOVÁ CENTRA.....	24
2.10.1 <i>Iktové centrum FN Olomouc.....</i>	<i>24</i>
2.11 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	25
2.11.1 <i>Biologické potřeby.....</i>	<i>25</i>
2.12 REHABILITACE	29
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CMP.....	30
3.1 POSOUZENÍ STAVU POTŘEB PACIENTA DLE GORDONOVÉ.....	34
MEDICÍNSKÝ MANAGMENT	37
SITUAČNÍ ANALÝZA	41
ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	50
4 ZÁVĚR	51

SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ	52
SEZNAM INTERNETOVÝCH PRAMENŮ	54
SEZNAM PŘÍLOH.....	55

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
CT	počítačová tomografie
ECHO.....	Echokardiografie
HK	horní končetina
ICH	ischemická choroba
JIP	jednotka intenzivní péče
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MR	magnetická rezonance
NGS.....	nasogastrická sonda
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	periferní žilní kanylace
TIA	tranzitorní ischemická ataka
VAS	vizuální analogová škála
WHO	světová zdravotnická organizace

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Aneurysma.....	výdut' dutého orgánu
Ateroskléroza....	kornatění tepen
Afázie.....	porucha chápání, myšlení a nacházení slov
Dekubit.....	proleženina
Dysgrafie.....	porucha grafického projevu
Dyslexie.....	porucha čtení
Dysfázie.....	porucha postihující vývoj řeči
Embolie.....	vmetení, zaklínění vmetku v cévách
Fibrilace síní.....	porucha srdečního rytmu
Hemokoagulace.....	srážení krve
Hemoragie.....	krvácení
Hypertenze.....	vysoký krevní tlak
Iktus.....	mrtvice
Kóma.....	těžká forma ztráty vědomí
Paralýza.....	těžký stupeň ochrnutí, obrna
Ptóza.....	pokles víčka
Subarachnoideální krvácení.....	masivní krvácení z tepenného povodí
Trombolýza	rozpouštění krevní sraženiny

1 ÚVOD

Život s cévní mozkovou příhodou není zrovna lehký, ať už pro pacienta samotného tak i pro jeho okolí. Onemocnění se týká nejen pacienta, ale i rodiny, ve které doposud žil normální a spokojený život. Jeho další život je provázen následky tohoto onemocnění. V dnešní moderní době poskytovaná kvalitní ošetrovatelská péče zvyšuje šanci klientů k uzdravení a návratu do běžného života. Většinou je toto onemocnění chápáno jako těžké postižení a je spojováno s beznadějí.

Problematika cévních mozkových příhod je v současné době velmi aktuální. Již existují nové lékařské metody a postupy, které tyto následky dovedou co nejvíce snížit. Cévní mozkové příhody jsou druhou nejčastější příčinou smrti a hlavní příčinou postižení pacientů středního a vyššího věku. Onemocnění neustále více postihuje i osoby v produktivním věku.

Statistiky u cévní mozkové příhody, různě závažnou formu CMP má až 40.000 lidí v ČR ročně. Z toho 7% pacientů umírá, hlavně z důvodu pozdního příchodu do zdravotnického zařízení. Roční náklady na nemocniční péči o pacienty s CMP jsou 1,25 miliardy Kč (<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/poradna/medicina-pravo/cevni-mozkova-prihoda-cmp-statistiky-cr-a-prevence>)

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru všeobecné sestry a pracovním zařazením na neurologickém oddělení. Podklady pro práci jsem čerpala zejména z knižních pramenů, odborných časopisů, ale také z vydaných standardů, dokumentů na oddělení Neurologie - nemocnice Šternberk, a také z mých aktuálních poznatků.

2 TEORIE

Obecná část

2.1 Definice

Dle WHO je cévní mozková příhoda (CMP = mozková mrtvice = iktus = stroke = schlaganfall) definována jako rychle progredující porucha mozkové funkce s lokálními nebo celkovými příznaky více než 24 hodin, anebo končící smrtí pacienta bez jiné zjevné příčiny než cévního původu (Kalita, 2006)

2.2 Etiologie a incidence

CMP je ve vyspělých zemích spolu s onkologickým onemocněním a onemocněním srdce nejčastější příčinou úmrtí, tyto tři skupiny pak spolu tvoří ¾ všech úmrtí v zemích Evropské unie a Severní Ameriky. CMP je hlavní příčinou invalidity a druhou nejčastější příčinou demence. V nejméně 50 % má trvalé následky a u 20 % postižených jsou tyto následky tak vážné, že jsou odkázáni na pomoc druhých. V České republice je cévní mozkovou příhodou postiženo asi 70 000 lidí ročně a 20 000 lidí na její následky ročně zemře (Špinar, 2005)

Tabulka č. 1 Fakta o cévních mozkových příhodách (Kalita, 2006)

- více než 50 milionů žijících lidí na světě prodělalo CMP nebo TIA
- za rok umírá na světě na CMP více než 5 milionů lidí
- celosvětově je druhou nejčastější příčinou úmrtí
- 2 z 5 nemocných po CMP prodělají do 5 let další mozkovou příhodu

Incidence ischemických iktů je v ČR okolo 300 až 320 na 100 000 obyvatel (Kalita, 2006).

Projekt IKTA uvádí, že incidence ischemických iktů v České republice v roce 2001, je téměř dvojnásobná než v zemích západní a jižní Evropy.

V každé dekádě nad 55 let se riziko iktu zdvojnásobuje a dvě třetiny iktů jsou ve věkové skupině nad 65 let. Rovněž riziko recidivy po prodělaném iktu je významné. U tranzitorní ischemické ataky (TIA) se uvádí riziko časně recidivy (do 30 dnů) 4-8%, po prodělaném iktu 3-10%. Souhrnné riziko recidivy do 5 let je u TIA 22-31%, po iktu 20-40% .

(<http://www.ikta.cz/index.php?pg=home--cevni-mozkova-prihoda-iktus>).

2.3 Rizikové faktory

Riziko vzniku CMP se navyšuje s množstvím rizikových faktorů.

Věk – zvyšuje se od 40. roku

Pohlaví – v mladším věku jsou více ohroženi muži, kolem 60 ti let jak muži tak také ženy a ve vyšším věku více postihuje ženy.

Rodinná dispozice – jestliže se v rodině vyskytuje srdečně cévní onemocnění, pak je riziko vzniku CMP vyšší. Dále vrozená vada cév, která vede k aneurysmatu mozkových cév, aneurysma může být roky bez příznaků a při náhlém prasknutí dochází ke krvácení do CNS.

Vysoký krevní tlak. Lidem s hypertenzí hrozí onemocnění náhlou mozkovou příhodou 3-4 x častěji než lidem s normálním krevním tlakem. Nepříznivě také působí, když se k vysokému tlaku krve přidruží další rizikové faktory.

Srdeční choroby zvyšují riziko vzniku CMP 3-5 x.

Ohroženi jsou především lidé po srdečním infarktu a také pacienti s poruchami srdečního rytmu, které vedou k nedostatečnému prokrvení mozku. Při narušení výkonnosti srdce může dojít k uvolnění sraženiny na srdečních chlopních, která pak uzavře mozkovou cévu.

Diabetes mellitus. U nemocných s diabetem, s riziky faktoru CMP ,arterioskleróza a hypertenze vyskytují, dvakrát častěji než u zdravých lidí.

Zvýšená hladina cholesterolu. Ukládání cholesterolu na vnitřních stranách tepen ovlivňuje vznik arteriosklerózy.

Kouření cigaret. Kouření zvyšuje hodnoty tuků v krvi a zhoršuje transport kyslíku. Podle výzkumů je kuřák ohrožen onemocněním CMP častěji než nekuřák – kuřák ve věku 30 – 49 let pětkrát více, ve věku 50 – 62 roků třikrát více. Riziko se snižuje po silném omezení kouření.

Hormonální antikoncepce: pro ženy starší čtyřiceti let je v kombinaci s kouřením a nadváhou obzvláště nebezpečná, protože hrozí vznik hypertenze, poruch srdečního rytmu a krevních sraženin.

Alkohol. Už půllitr vína, 1 dcl tvrdého alkoholu nebo 1 litr piva denně zvyšuje riziko postižení CMP skoro čtyřikrát. Naopak při konzumaci 10 – 90 g alkoholu / týden (tj. asi 1 dcl vína denně) hovoříme o ochranných účincích alkoholu.

Nedostatek pohybu a nadváha. Nadváha přímo souvisí s dalšími rizikovými faktory. Častá je u nemocných s hypertenzí, diabetiků a osob s porušenou přeměnou tuků.

Stres. Může přispět ke vzniku arteriosklerózy zvýšením krevního tlaku. Může se projevit v náročných životních situacích, při změně životních podmínek, které vyžadují velkou míru přizpůsobivosti nebo při nepoměru mezi nároky a možnostmi jedince.

Správným životním stylem je možné další rizika snížit.

Sdružení CMP uvádí deset následujících doporučení jak chránit mozek:

- Kouříte – li, pokuste se přestat. Jestliže se vám to nedaří obraťte se na poradnu pro odvykání kouření.
- Najděte si pohybovou aktivitu, která je pro Vás vhodná a věnujte se jí alespoň 30 minut denně.
- Udržujte si přiměřenou váhu.
- Vylepšete svůj jídelníček – omezte sůl, tuky a cukry.
- Dodržujte pitný režim.
- Zajímejte se o svůj zdravotní stav, pravidelně si nechte zkontrolovat tlak, hodnoty krevního cukru a cholesterolu, a pokud jsou zvýšené nad normální hodnoty, pak je nutná snaha o jejich snížení – vždy v prvé řadě dietními opatřeními, dále léky, které Vám předepíše lékař.
- Vyhněte se pití nadměrného množství alkoholu, zejména destilátů.

- Snažte se vyvarovat stresovým situacím a máte-li pocit, že je nezvládáte, vyhledejte pomoc lékaře.

- Nemoci srdce a jiná dříve vzniklá onemocnění sice sami jistě neovlivníme, ale pravidelnými kontrolami u specialistů a dodržováním léčebného režimu můžete předejít cévním komplikacím.

- Věnujte se svým koníčkům, chod'te do společnosti, buďte optimisty.

Mezi silné faktory patří – hypertenze, nemoci srdce a aorty, angína pectoris, polycytemie, šelest na karotidě a v neposlední řadě TIA, RIND či CMP v anamnéze.

2.4 Rozdělení CMP

Akutní cévní mozkové příhody dělíme na dva typy. Prvním typem jsou častější ischemické cévní mozkové příhody (iCMP, ischemický iktus) vyskytující se zhruba v 80%. Hemoragické cévní mozkové příhody se dělí na intracerebrální hemoragii (ICH), která se vyskytuje v 15% a na subarachnoideální hemoragii (SAH) s výskytem okolo 5% (Kalita, 2006).

Dle příčiny vzniku:

- Ischemické cévní mozkové příhody – nejčastější typ cévní mozkové příhody. Vzniká na podkladě embolie nebo trombózy. Trombóza vzniká většinou na podkladě arteriosklerózy mozkových cév a karotid. Trombóza se vyvíjí pozvolna, postupně.
- Embolizace – embolus nejčastěji pochází z levého srdce, zpravidla se uvolní při fibrilaci komor.
- Hemoragické CMP – tepna může prasknout jen tehdy, když je chorobně změněná. Nejčastější příčinou cévních změn je ateroskleróza nebo vrozená či získaná anomálie cévy – aneurysma. (Slezáková, 2012)

Podle vztahu k tepennému povodí:

- Teritoriální - v povodí (teritóriu) některé mozkové tepny
- Interteritoriální - na rozhraní povodí jednotlivých tepen
- Lakunární - postižení malých perforujících artérií
- Supratentoriální
- Infratentoriální

Dle časového průběhu

- TIA (tranzitorní ischemická ataka) – mozková příhoda, jejíž příznaky zcela vymizí do 24 hodin od jejího vzniku,
- RIND (reverzibilní ischemický neurologický deficit) – je obdobou TIA s úpravou bez následků do jednoho týdne,
- PRIND (prolongovaný reverzibilní ischemický neurologický deficit) – příznaky trvají déle než 24 hodin a zcela odezní do 3 týdnů,
- PI (progredující iktus) - postupně narůstá klinická symptomatologie vlivem zhoršující se ložiskové mozkové hypoxie,
- DI (dokončený iktus) – neurologický deficit je stabilní a neměnný (Seidl, 2008;).

Ischemická CMP je akutně vzniklá porucha nervového systému, zpravidla ložiskového typu vznikající supratentoriálně ischemií v teritóriu mozkové tepny (a.cerebri media, anterior, posterior), nebo v hraničním pomezí teritorií mozkových tepen (syndrom hraničního pomezí mozkových tepen) či v povodí penetrujících neanastomozujících tepének (lakunární infarkt). Infratentoriálně vznikají ikty ve formě jednotlivé syndromy zadní jámy lební z poruchy cévního zásobení tepnami vertebrobaziliálního povodí. Podle průběhu se dělí na tranzitorní (TIA) s úpravou klinické symptomatiky do 24 hodin, nebo upravující se do týdne (PRIND), či regredující se zbytkovým menším neurologickým deficitem (minor stroke, MND), event. progredující - kompletní iktus (major stroke). Nejčastější příčina je tromboembolická v 80–90 %, z toho až ve 30 % se jedná o emboly z kardiálního zdroje.

Zbývajících 10–20 % je podmíněno hemodynamickými faktory ,zejména systémovou hypotenzí různé etiologie.

(<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=106>)

Hemoragická CMP – intracerebrální hemoragie je podmíněna výronem krve do mozkové tkáně nejčastěji do oblasti bazálních ganglií (65%), méně často subkortikálně (lobální hemoragie v 15 %), do mozečku (10 %) a mozkového kmene (10%). Nejčastější příčinou je hypertenze(Kalvach, 2010)

2.5 Prevence

Primární i sekundární prevence CMP vyžaduje celostní přístup k nemocnému. Primární prevence, která je zaměřena na snížení rizika vzniku iktu, úzce souvisí s ovlivnitelnými rizikovými faktory. Pro prevenci je nezbytná úprava životosprávy a optimální léčba nemocí, které zvyšují riziko vzniku cévní mozkové příhody. Sekundární prevence, která je zaměřena na snížení rizika recidivy iktu, se do určité míry překrývá s akutní terapií, jenž má být zahájena nejpozději do 24 hodin po vzniku CMP.

Je nutné zlepšit kompenzaci nemocí, které jsou léčitelnými rizikovými faktory cévní mozkové příhody. Dále prevence farmakologická, která je v indikovaných případech doplněna chirurgickými, eventuálně endovaskulárními výkony. Základem úspěchu prevence je komplexní ovlivnění rizikových faktorů (Kalina, 2008; Kalita, 2010;).

2.6 Přednemocniční péče CMP

Při podezření na cévní mozkovou příhodu se neodkladně volá zdravotní záchranná služba (ZZS) pro co nejrychlejší transport do příslušné nemocnice. Vhodná je konzultace týmu ZZS přímo s neurologem příslušného zdravotnického zařízení, které je určeno k péči o akutní CMP a individuální posouzení směřování pacienta na vhodné pracoviště. Kvalifikovaný lékař neurolog klinickým a dalším vyšetřením podezření na cévní mozkovou příhodu potvrdí nebo vyloučí. Vždy je lépe zavolat zdravotní záchrannou službu „zbytečně“ než promarnit dobu léčitelnosti iktu. Pokud je klient dopraven do nemocnice, která se specializuje na léčbu CMP (tzv.

iktové jednotky) včas tj. nejpozději do 4.5 hodiny od vzniku prvních příznaků, jde u nejčastějšího typu CMP (mozková ischémie) o stav dobře léčitelný a u třetiny klientů i vyléčitelný (Kalita, 2010; Ticháček, 2009).

2.7 Projevy a příznaky

U ischémii velmi variabilní - lehké až smrtelné stavy

- závisí na rozsahu, tíži a trvání ischémie

Lokalizace	Projevy a příznaky
arteria cerebri media	Afázie (kóktavost)
	Dysfázie (porucha postihující vývoj řeč)
	Dyslexie (porucha čtení)
	Dysgrafie (porucha grafického projevu)
	Výpadky ve zrakovém poli
	Hemiparéza na postižené straně, která bývá závažnější v obličeji a horní končetině
arteria carotis interna	Bolest hlavy
	Slabost
	Paralýza
	Necitlivost
	Smyslové změny
	Zrakové obtíže (rozmazané vidění na postižené straně)
	Porucha vědomí různého stupně a délky
	Šelesty nad karotidou
	Dysfagie
	Afázie
	Pokles víčka (ptóza)
	arteria cerebri anterior
Slabost	
Porucha čítí na postižené straně (zejména na horní končetině)	
Paralýza protilehlé dolní končetiny	
Inkontinence	

	Špatná koordinace
	Zhoršené motorické a smyslové funkce
	Změny chování (nesoustředěnost)
arteria vertebralis,basilaris	Porucha čítí úst a rtů
	Závrať
	Slabost na postižené straně
	Zrakové potíže-barvoslepost,dvojitě vidění
	Špatná koordinace
	Dysfagie
	Setřelí řeč
	Amnézie
	Ataxie
Arteria cerebri posterior	Výpadky ve zřakovém poli
	Smyslové poškozění
	Dyslexie
	Kóma
	Slepota způdobená ischemií v okcipitální oblasti

2.8 Diagnostika CMP

„Diagnostika obecně je poznávacím procesem, jehož cílem je co nejdokonalejší poznání daného předmětu či objektu našeho zájmu, a to všech jeho důležitých znaků a charakteristik a jejich vzájemných vztahů a souvislostí. Výsledkem tohoto poznání je diagnóza“ (Přinosilová, D., 2007, s. 10)

Musí být velmi rychlá, je nutné znát přesný čas vzniku obtíží. U pacientů indikovaných k trombolýze by neměl čas přesáhnout 60 minut a to i včetně základní diagnostiky.

Pro další léčebný postup je nezbytné iniciální odlišení hemoragické a iCMP a eventuální určení subtytu iktu..

Vstupním vyšetřením je CT mozku (dostupnost ihned) a klinické neurologické a interní vyšetření (včetně EKG), dále laboratorní vyšetření (KO, Hkt, FW, koagulační faktory, glykémie, fibrinogen, osmolalita, lipidový metabolismus a j.), ultrazvukové vyšetření extrakraniálních, případně i intrakraniálních tepen.(Kalita,2010)

MUDr. Kalita uvádí, že diagnostika nesmí výrazněji prodlužovat dobu pro zahájení specifické léčby; doporučuje se vyšetření nemocného bezprostředně po příjezdu do nemocnice (po klinickém zhodnocení) výpočetní tomografií mozku CT) před přijetím nemocného na cerebrovaskulární pracoviště. Nemocný v akutní fázi CMP má být přijat a léčen na JIP a výhledově má být léčen na specializovaném oddělení intenzivní péče (stroke unit) nebo cerebrovaskulárním týmem. Randomizovanými studiemi byl prokázán signifikantní význam této jednotky se snížením mortality u nemocných mladšího a středního věku, zlepšením výsledného klinického stavu a zkrácením doby pobytu na akutním lůžku, a tím i snížením ekonomických nákladů na toto závažné invalidizující onemocnění. Tato cerebrovaskulární centra se musí budovat jako integrální součást neurologických oddělení středních a velkých nemocnic s respektováním současného odhadu incidence, tj. 400 až 500 nových cévních mozkových příhod na 100 000 obyvatel/rok. Dle doporučení komise EFNS (1997) mají být neurologové hlavními aktéry v péči o iktu a v experimentálním a klinickém výzkumu léčby iktů.(Kalita, 2010)

Interní vyšetření

Tímto vyšetřením internista zjišťuje údaje o celkovém stavu pacienta a hledá další nemoci, které by mohly ovlivnit CMP nebo celkovou prognózu pacienta. Lékař provede vyšetření srdce, oběhového systému a měření krevního tlaku. Ke stanovení závěru musí ještě zhodnotit elektrokardiografický nálezn.(Přínosilová, 2007)

Laboratorní vyšetření

Tato laboratorní vyšetření se provádí běžně a pomohou zjistit metabolickou nebo krevní poruchu. Postačí k tomu pouze odběr krve či moči. (Přínosilová, 2007)

V laboratoři pak stanoví hladinu cukru v krvi a moči (test na cukrovku), hladinu močoviny, iontoqram, hladinu draslíku, sodíku a chlorinu (test na játra). Dále se vyšetřuje krvácivost, srážlivost krve, množství červených a bílých krvinek a hladina hemoglobinu (Káš, S., 1997; Országh, J., Káš, S., 1995).

2.8.1 DIAGNOSTICKÉ METODY PŘI VYŠETŘENÍ CMP

Počítačová tomografie mozku (dále jen CT)

Metoda CT umožňuje zobrazení vnitřních orgánů lidského těla bezbolestnou cestou. Přístroj pracuje na principu rentgenového snímání spolu s počítačovým systémem. Snímky, které jsou pořízeny, zobrazují řezy vrstev mozku a odhaluje všechny anomálie, které se zde nacházejí.

„Jednotlivé tkáně v mozku mají různou hustotu, a tím i různou průchodnost pro rentgenové paprsky“ (Országh, J., Káš, S., 1995)

Pokud u pacienta s podezřením na iCMP provede lékař toto vyšetření těsně po vzniku, je nález negativní. Změny mozkové tkáně se projevují až v průběhu několika hodin, nebo i dní. Pokud se postižené místo neobjeví hned po prvním vyšetření, používá se metoda CT angiografie, kdy je jedinci intravenózně podána kontrastní látka. Tato látka, které koluje krevním řečištěm dovede odhalit jisté anomálie, které se zde vyskytly (Bauer, J. [online]).

CT - angiografie (dále jen CTA)

Speciální typ CT. Metoda zobrazuje v detailním rozlišení cévní řečiště. Používá se pro diagnostiku aneurysma, arteriovenózní malformací, stenóz, posuny cév a trombóze. Toto vyšetření se provádí na základě podání kontrastní látky pacientovi buď přímo do karotické tepny na krku, nebo pomocí katétru (cévky), který je umístěn v třísle a vede největší tepnou přímo do mozku.

Lumbální punkce

Provádí se pouze v případech, pokud je nález na CT negativní, čili není dostupný.

Magnetická rezonance

Stejně tak jako CT bezbolestné, neinvazivní. MR na rozdíl od CT dovede zobrazit malé ischemie a to i velmi brzy vzniklé. Naopak MRI zaostává v zobrazování menších krvácení. Toto vyšetření se nemůže provádět, pokud má pacient v těle nějaký kov a to z důvodu, že přístroje využívají silného magnetického pole.

Angiografické vyšetření na základě MRI (dále jen MRA) velmi dobře a hlavně dneinvazivně zobrazí mozkové cévy i jejich malformace (Feigin, V., 2007; Tichý, J. a kol., 1998).

V centrech pro léčbu CMP musí být neurosonologické vyšetření dostupné do 24 hod.

V průběhu hospitalizace se ještě provádí:

- interní a radiologické vyšetření – ECHO, Holterovo monitorování
- speciální laboratorní a genetická vyšetření, včetně trombofilních stavů
- SPECT mozku
- CT, MR mozku(www.ikta.cz)

2.9 Léčba

Léčba ischemické cévní mozkové příhody

Je komplexní, je ji nutno zahájit v co nejkratší době od vzniku prvních příznaků. Důležitá je stabilizace základních životních funkcí. Základní léčebnou metodou je provedení systémové intravenózní trombolýzy (podání trombololytika i. v. – do žíly), která by měla být zahájena do 3 maximálně do 4,5 hodin od počátku příhody nebo intraarteriální trombolýza (podání trombololytika i. a. – do tepny), kterou lze provést do 6 hodin od vzniku příznaků. Během trombolýzy se provádí pravidelná kontrola krevního tlaku, stavu vědomí a neurologického stavu. Během trombololytické terapie nesmí být pacient katetrizován, nesmí se provádět intramuskulárně aplikaci (i. m. - do svalu). V prvních 24 hodinách jsou nutné pravidelné kontroly krevního obrazu, hemokoagulace, nesmí být zavedena NGS (nazogastrická) sonda. Poté následuje antiagregační a antikoagulační léčba. Indikace pro použití této metody má svá omezení. Pokud nemocný nesplňuje všechna kritéria, nemůže být intravenózní trombolýza provedena (Kalina, 2008; Bláhová, 2010; Šeblová, 2009;).

Kritéria k trombolýze:

Věk 18 a více

Akutní ischemická CMP spojená s významným neurologickým deficitem

Příznaky se objevily maximálně tři hodiny před začátkem léčby

Další možností léčby je provedení mechanické rekanalizace, při které je použita kontrastní látka v oblasti uzávěru, poté je zaveden balónkový katetr do místa zúžení a po jeho nafouknutí dojde k obnovení průtoku krve v příslušné oblasti. Podobnou metodou je provedení akutní revaskularizace, při které je pacientovi implantován neurostent (neurovýstuž) do místa cévního zúžení s následným obnovením krevního průtoku. V obou případech je po výkonu provedena kontrolní 3D angiografie pro zjištění správnosti provedení (Zrno, 2007).

U hemoragických CMP se provádí také neurochirurgické výkony, které slouží k odstranění nebo zmenšení hematomu.

Obecné postupy léčby, které uvádí společnost IKTA:

Monitorování vitálních a neurologických funkcí na iktové jednotce

Zajištění funkce plic a ochrany dýchacích cest s podáním kyslíku v případě poklesu saturace O₂ pod 95 %

Péče o kardiovaskulární systém, včetně léčby přidružených a nových srdečních onemocnění, zejména arytmií a srdečního selhání

Regulace krevního tlaku - opatrné snižování u pacientů s extrémně vysokým TK (> 220/120 mm Hg) zjištěným opakovaným měřením

Monitorování metabolismu glukózy, při hladině cukru v krvi nad 10 mmol/l doporučena léčba inzulínem, při hladině cukru v krvi pod 2,8 mmol/l doporučena intravenózní dextróza nebo infúze 10–20% glukózy

Monitorování tělesné teploty, při tělesné teplotě nad 37,5 °C antipyretika (paracetamol) nebo fyzikální antipyretika (paracetamol) nebo fyzikální chlazení.

Nutno pátrat po zdroji infekce a tuto léčit.

Zajištění nutrice s korekcí elektrolytů a tekutin, k náhradě tekutin v průběhu prvních 24 doporučen fyziologický roztok. (Ambler, 2006, Kalvach, 1997)

2.10 Iktová centra

V České republice je v současné době 33 Iktových center. Vyskytuje se 20 000 CMP ročně.

2.10.1 Iktové centrum FN Olomouc

Centrum pro diagnostiku a léčbu cévních onemocnění mozku (Iktové centrum) Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc (NK FNOL) bylo založeno v roce 1997 jako jedno z pěti prvních pracovišť svého druhu v České republice. V současnosti zajišťuje komplexní specializovanou péči pro pacienty s cévní mozkovou příhodou (CMP) pro spádovou oblast celého Olomouckého kraje. V Iktovém centru je (ve spolupráci se Záchranou službou a Oddělením urgentního příjmu FNOL) prováděna standardní systémová trombolýza akutního mozkového infarktu a ve spolupráci s Radiologickou klinikou FNOL (oddělení intervenční radiologie) v indikovaných případech také standardní selektivní intra-arteriální trombolýza uzavřené mozkové tepny. V Iktovém centru NK FNOL jsou také léčeni pacienti s dalšími typy cévních příhod, jako jsou intracerebrální nebo subarachnoidální krvácení.

Iktové centrum disponuje 5 lůžky na jednotce intenzivní péče (JIP), na kterých zajišťuje potřebnou intenzivní péči včetně možnosti umělé plicní ventilace pro pacienty v akutní fázi cévní mozkové příhody, ale také pro pacienty s dalšími neurologickými onemocněními vyžadujícími pobyt na JIP. Součástí oddělení je také 8 lůžek intermediární péče.

Ve spolupráci s Elektromyografickou laboratoří Neurologické kliniky je u indikovaných pacientů prováděna aplikace botulotoxinu k léčbě spasticity paretických končetin po CMP. (http://www.fnol.cz/centrum-pece-o-nemocne-s-cevnimi-mozkovymi-prihodami_52.html).

2.11 Ošetrovatelská péče

2.11.1 Biologické potřeby

2.11.1.1 Poloha a pohybový režim:

- Po přijetí musí být pacient, pokud je v bezvědomí, uložen tak, aby byly zajištěny volně průchodné dýchací cesty
- Zhodnot' stupeň soběstačnosti a podle toho proved' příslušná opatření jako je dopomoc při hygienické péči, obsluha lůžka.
- Zajisti bezpečnost pacienta na lůžku – lůžko opatři postranicemi
- Pečlivě uprav základ lůžka, prostěradlo, podložky musí být napjaté – u CMP mohou velmi rychle vzniknout dekubity
- Využij všechny dostupné polohovací pomůcky
- Zkontroluj signalizační zařízení
- Využij antidekubitární pomůcky.

2.11.1.2 Hygienická péče:

- Zhodnot' úroveň soběstačnosti v oblasti hygieny
- Dokud zdravotní stav nedovolí, zajisti hygienu klientovi na lůžku
- Kůži promažuj vhodným přípravkem, záda vhodně masíruj a mimořádnou péči věnuj predilekčním místům
- Pacient je vysoce ohrožen vznikem dekubitů – snaž se jim předejít všemi dostupnými prostředky
- Při výskytu defektu na kůži začni neprodleně s ošetřením místa a proved' zápis do ošetrovatelské dokumentace
- Pečuj o hygienu genitálií, okolí močového katexu
- Zajisti péči o dutinu ústní
- Nejméně 2x denně prováděj zvláštní péči o dutinu ústní
- Zajisti péči o oči, nos
- Pečuj o lůžko – udržuj ho v naprosté čistotě, prádlo vyměňuj podle potřeby.

2.11.1.3 Výživa

Parenterální výživa

-Nejvhodnější je její aplikace centrální venózní cestou a pomocí infuzní pumpy, aby byla dodržena doba aplikace a výsledný efekt podávaného přípravku

-Dle ordinace lékaře se aplikují roztoky glukózy, aminokyselin, tukové emulze, vitaminy, minerály, stopové prvky.

-Dodržuj zásady sterility při aplikaci parenterální výživy

-Pečuj o žilní vstupy

-Enterální výživa

-Pokud klient nemůže vůbec polykat, je vhodné zavést po poradě s lékařem nazogastrickou sondu (prevence aspirace potravy).

-Při krmení klienta sondou dodržují předepsaný postup, tím zabráníš vzniku např. žaludečního vředu

-Krmení do sondy prováděj Janetovou stříkačkou

-Asi 30 minut před krmením podej klientovi do sondy antiulcerózní přípravek – dle ordinace lékaře

-Dodržuj teplotu (strava spíše vlažná než horká)

-Pacienta uprav do přirozené polohy ke krmení, nejlépe do polosedu

-Janetovou stříkačkou zkus nasátím ze sondy, zda je žaludek připraven k přijetí porce

-Nasaj požadované množství stravy, odpoj kolík žaludeční sondy a pomalu aplikuj dávku

-Po ukončení aplikace porce podej popřípadě ordinované per os léky, které jsou nadrceny a rozpuštěny v malém množství čaje

-Propláchni na závěr sondu čajem

-Pokud se při nasátí objeví žaludeční obsah v množství nad 100 ml, do sondy nic nepodávej a porad se s lékařem

-Po odstranění sondy se z počátku podává mixovaná strava (bramborová kaše, vývary, omáčky)

-Postupně se přechází na stravu tužší konzistence

-Strava má být vkusně upravená, zajisti vodnou polohu, krm pomalu, pozor na aspiraci

-Podporuj soběstačnost pacienta v příjmu potravy.

2.11.1.4 Vyprazdňování:

- Pacient s poruchou vědomí je hodnocen jako zcela nesoběstačný ve vyprazdňování
- Za sterilních podmínek zaved' permanentní močový katetr
- Sleduj diurézu, hustotu moče a příměsi v moči
- Sleduj vyprazdňování stolice (bezezbytková strava, proto vyprázdnění v intervalu 7 – 10 dní)
- Sleduj střevní peristaltiku, odchod plynů
- Ved' záznam, změny hlas lékaři
- Využij všech dostupných pomůcek a přípravků pro inkontinenci nemocné (pleny, vložky pro inkontinenci)

2.11.1.5 Spánek a odpočinek:

- Zhodnot' úroveň spánku a aktivity
- Zajisti klid a příjemné prostředí k odpočinku
- Nekurtuj nemocného zbytečně k lůžku při jeho neklidu, často je lepší tvá přítomnost a slovo, uvázaný nemocný ztrácí pocit bezpečí a odpovídá agresí.
- Bezpečnost během pobytu na lůžku zajisti postranicemi.

2.11.1.6 Psychosociální potřeby:

- Chovej se ke každému klientovi s poruchou vědomí s úctou a neopomíjej s nimi komunikovat, nikdy nevíš, jaká je aktuální úroveň vědomí a možnost vnímání
- Věnuj pozornost i příbuzným, kteří často nevědí, jak se k nemocnému chovat, zažívají velký stres při pohledu na známou osobu, která je napojena na řadu přístrojů a je plně nemohoucí
- Počtvě seznamuj nemocného s každým výkonem, který u něj budeš provádět, chraň ho před zbytečnými manévry
- Klidné slovo, tiché prostředí, taktní přístup, pohlazení, stisk ruky může nemocnému pomoci najít pocit bezpečí a jistoty
- Jedním z nejlepších způsobů péče o psychiku je vedení nemocného k aktivní spolupráci při rehabilitaci.

2.11.1.7 Prevence dekubitů

- pacienta pravidelně polohuj a zaznamenávej do polohovací tabulky
- využívej všech dostupných polohovacích pomůcek
- pečuj o lůžko, správně natažené prostěradlo
- použij antidekubitární matraci
- pravidelně kontroluj predilekční místa
- pravidelně promazávej predilekční místa
- dbej na dostatečnou výživu u pacienta

2.11.1.8 Uspořádání pokoje pacienta s CMP

Většina pacientů po CMP má problém s vnímáním postižené poloviny těla. Stává se to hlavně při poruchách nedominantní hemisféry. Je to tzv. Neglekt syndrom, nemocný nereaguje na žádné sensorické podněty z postižené strany těla, ale ani z prostrou na postižené straně, popřípadě zcela ignoruje své postužení. Z tohoto důvodu musí mít správně uspořádaný pokoj. Pokoj by měl uspořádaný tak, aby všechny podněty přicházely z postižené strany. Předměty, které upoutávají pacientovu pozornost jako třeba okno nebo televize. Takové věci by měly být umístěny na straně parézy. Ošetřovatelský personál a návštěvy by také měli přistupovat z postižené strany. Noční stolek uložen také na straně parézy, hlavně z důvodu zlepšení sebeobsluhy.

(Slezáková, 2007)

2.12 Rehabilitace

Rehabilitace by se měla zahájit co nejdříve.

Léčebná rehabilitace by měla být prováděna již od akutního stádia nemoci. Měla by být zajišťována rehabilitačním týmem, jehož všichni členové se na programu se podílejí. Tím je dosaženo komplexnosti péče o pacienta. Členy týmu jsou především lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, psycholog, sociální pracovníce, případně protetický technik (Votava, 2001)

Klinický obraz při postižení CNS je vždy kombinovaným vyjádřením strukturálních a útlumových změn. Léčebná rehabilitace dokáže ovlivnit oblast útlumových změn. Cílem je tedy odstranění funkčního útlumu v okolí morfologického postižení a zabránit rozvoji sekundárních útlumových změn v souvisejících oblastech. Pomocí různých facilitačních postupů oslovujeme oblasti, které dosud nepracovaly na maximum a kde lze očekávat rezervy. Velmi důležitý je i časový faktor, čím dříve zahájíme rehabilitační program a čím intenzivněji zasáhneme do poškozených funkcí, tím větší je pravděpodobnost restituce či optimalizace funkce a zajištění co možná nejvyšší kvality života pacienta (Adamčová, 2003)

3 Ošetrovatelský proces u pacienta s CMP

Definice:

„ Hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu je ošetrovatelský proces. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů/klientů. Je to racionální metoda poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetrovatelství používají“. (Věstník MZ č. 9, 2004)

Tabulka č. 1 Anamnestické údaje

Jméno a příjmení: ČV	Pohlaví: ženské
Datum narození: 1952	Věk: 61let
Adresa bydliště a telefon: X	Číslo pojišťovny: X
Adresa příbuzných: X.Y.	Zaměstnání: důchodce
RČ: 52.....	Státní příslušnost: česká
Vzdělání: vyučená	Typ přijetí: akutní
Stav: vdova	Ošetřující lékař: X
Datum přijetí: 30.1.2013	
Oddělení: Neurologie	

Medicínská diagnóza hlavní:

Mozkový infarkt NS

Medicínské diagnózy vedlejší:

Esenciální (primární) hypertenze, Hyperurikemie bez známek zánětlivé artritidy a tofů, mozková ateroskleróza, obezita NS, infekce močového ústrojí neurčené lokalizace.

Tabulka č. 2 – Vitální funkce při přijetí

Tlak krve: 189/68	Výška: 165 cm
Tepová frekvence: 65/ minutu	Hmotnost: 110kg
Dechová frekvence: 18/ minutu	BMI: 34,80
Tělesná teplota: 36,6 °C	Pohyblivost: zhoršená
Stav vědomí: vigilní	Krevní skupina: B (negativní)

Nynější onemocnění:

Při přijetí udává dcera, že v sobotu se maminka nemohla probrat, od té doby má bolesti hlavy frontálně a tlak v hlavě. Nemůže mluvit a pohnout se. Neudrží hrnek s čajem. Neguje nauzeu či vomitus. Ležící, zavřené oči, na výzvu vyhoví.

Průběh a terapie:

Pacientka přijata z urgentního příjmu, kam přivezena RZP pro ischemickou cévní mozkovou příhodu vlevo, vznik anamnesticky 26. 1. 2013, dle CT mozku nativ bez čerstvých ischemických změn, bez známek uzávěru extrakraniálních úseků magistralních tepen dle UZ, bez průkazu uzávěru ACM, po přijetí regrese dx. hemiparézy, přechodně spavá. Mírně dezorientovaná. V průběhu hospitalizace přeléčen uroinfekt.

Informační zdroje:

Dokumentace pacientky

Rodina pacientky

Pacientka

Nemocniční informační systém

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

-matka +70 na CMP, měla IM, léčila se štítnou žlázou, otec 40let na IM, vnučka se léčí se štítnou žlázou

Osobní anamnéza:

dle parare HN,pers. Simplex, hyperurikemie

Operace:

stav po CHCE

Úrazy:

Žádné

Transfúze:

Nezjištěno

Léková anamnéza:

Vasocardin 50 mg tbl. 1 – 0 – 1 = antihypertenzivum, beta-blokátor

Lozap 100 mg tbl. 1 – 0 – 1 = hypotenziva

Milurit 100 mg tbl. 0 – 1 – 0 = antiuratum

Contoloc 20 mg tbl. 1 – 0 – 1 = antiulcerosum

Trombex 75 mg tbl. 1 – 0 – 1 = antikoagulancia

Apo – Amlo 5 mg tbl. 2 – 0 – 1 = vazodilatancia

Kcl tbl. 1 – 0 – 1 = infundabilium

Sortis 20 mg tbl. 0 – 0 – 1 = hypolipidemikum

Alergologická anamnéza:

neguje.

Abúzy:

alkohol: příležitostně

Kouření: nejuje

Káva: ano, jedou denně

Jiné drogy: nejuje

Gynekologická anamnéza:

Menarché: od roku 1989 nemá

Cyklus: 0

Trvání: 0

Intenzita bolesti: 0

Porody: 2

Antikoncepce: neužívá

Menopauza: proběhla

Potíže klimakteria: ne

Samovyšetřování prsou: neprovádí samovyšetření prsu

Poslední gynekologická prohlídka: před půl rokem

Sociální anamnéza:

Stav: vdova

Bytové podmínky: bydlí jen s dcerou na vesnici ve společném domě

Vztahy, role a interakce v rodině: Pacientku nejčastěji navštěvuje její dcera se kterou žije a o pacientku se zajímá, občas přijde na návštěvu i sousedka.

Záliby: Luštění křížovek, procházky, hlídání vnoučat.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: základní

Pracovní zařazení: nyní v důchodu, dříve uklízečka

Ekonomické podmínky: vyhovující

Spirituální anamnéza: Nevěřící.

3.1 Posouzení stavu potřeb pacienta dle Gordonové

Použila jsem koncepční model Majory Gordonové, model „dvanáct funkčních typů zdraví“, který obsahuje rámcový standart pro ošetřovatelské hodnocení pacienta. Hodnotí pacienta jako bio-psycho-sociální bytost se svými potřebami.

Vnímání zdraví

Pacientka nyní vnímá svůj zdravotní stav jako narušený. Má strach z toho co bude v budoucnu, má obavy jak zvládne situaci doma. Chce zvládat všechny činnosti jako dříve. Má doma slepice a chce se o ně nadále starat. Léčí se s vysokým tlakem. Pravidelně dochází na kontroly, léky užívá pravidelně. Velkou psychickou podporou je její dcera se kterou žije v rodinném domě.

Výživa – metabolismus

Pacientka byla doma zvyklá jíst 5 x denně, dietu žádnou nedodržovala. Neměla žádné obtíže při příjmu potravy, nejraději jedla v kuchyni u okna s výhledem na zahradu. Snažila se denně vypít 1,5 l, musí na ni dohlížet dcera aby hodně pila. Příležitostně si dala malé pivo, jiný alkohol nepije. Při přijetí kašovitá dieta z důvodu zhoršeného polykání, nemá v nemocnici chuť na jídlo. Nejlépe jí v přítomnosti dcery. Krmena lžící. Během hospitalizace vypije 2 l tekutin. Stav nehtů dobrý, sliznice dutiny ústní vlhká. Pacientka váží 78 kg, výška 165 cm. BMI je 24, 8.

Vylučování

Pacientka dle dcery neměla žádné potíže s vyprazdňováním. Pravidelně chodila na toaletu. Nyní má pacientka po dobu hospitalizace zaveden permanentní močový katétr, který odvádí žlutou moč, bez příměsí. Má potíže s vyprazdňováním na podložní mísu, stydí se. Vede bilanci tekutin. Potí se přiměřeně.

Aktivita, cvičení

V domácím prostředí pacientka soběstačná, strala se o dobytek, který mají společně s dcerou u rodinného domu. Chodila pravidelně se sousedkou na procházky do lesa.

Nyní je pohyb omezený, potřebuje dopomoc sestry v běžných deních aktivitách, hygieně, stravování, pohybu, pacientka při příjmu polohována. V lůžku se posadí, snaží se sama polohovat. Pacientka rehabilituje s rehabilitačním pracovníkem. Doufá, že se cvičení její zdravotní stav brzylepší. Zajištěna postranicemi z důvodu možného pádu a na přání pacientky, cítí se bezpečněji.

Spánek, odpočinek

Pacientka doma problémy s usínáním neměla, byla zvyklá usínat u televize. Spala 7-8 hodin, v noci se někdy probudila. Chodí spát mezi desátou a jedenáctou hodinou.

Nyní spánek narušený z důvodu hospitalizace, v noci se probouzí asi dvakrát. Udává, že to přes den dožene.

Vnímání

Pacientka nemá žádné problémy se sluchem. Na čtení používá brýle, hůře vidí na blízko. S pamětí má potíže, zapomíná. Zhoršená je krátkodobá paměť. Vnímání bolesti je zvýšené. Udává bolesti hlavy. Bolest je zmírněna analgetiky dle ordinace lékaře.

Sebepojetí

Pacientka se snaží být optimistka, je komunikativní, ale nyní pro fatickou poruchu nemůže říct vše co by chtěla. Vnímá svůj handicap omezení hybnosti a poruchu řeči. Hodně věří, že pomocí rehabilitace se tolepší. Nechce v budoucnu být závislá na své dceři se kterou bydlí.

Role – mezilidské vztahy

Bydlí společně s dcerou v rodiném domě v malé vesnici. O manžela přišla loni v létě, snad infarkt. U domu chovají dobytek a mají malou zeleninovou zahrádku. Pacientka se dříve setkávala se sousedkou, chodily na společné procházky do lesa. Nejraději si četla nebo luštila křížovku na zahradě na lavičce. Nyní se cítí slabá a je ráda, že za ní dcera každá den chodí na návštěvu. Dcera má o pacientku zájem, s personálem vychází dobře. Pacientka je v důchodu.

Sexualita

Pacientka má dvě zdravé dcery. Nyni sexuálně už nežije.

Zvládání zátěže, stresu

Pacientka hůře snáší svůj zdravotní stav. Velkou oporou v těchto dnech je jí dcera, která j pravidelně navštěvuje.

Víra

Pacientka bez vyznání.

Životní hodnoty řadí takto: zdraví, rodina, zahrádka, peníze

Bezpečnost, ochrana

Pacientka má zavedený PMK, má obavy z další infekce močových cest. Zdá se jí pohodlné, že nemusí chodit močit. Má obavy a nejistotu z budoucnosti, zda všechno zvládne jako dřív.

Informovanost

Zajímá se o svůj zdravotní stav, snaží se pokládat otázky vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Pacientka i její dcera jsou seznámeny s onemocněním, léčebných postupech, výživě, předběžné délce hospitalizace.

Komfort

U pacientky se projeví obavy zda bude opět soběstačná a zvládne všechny předchozí činnosti. Nechce být na nikom závislá.

Medicínský management

Na oddělení sledování FF, stabilizace oběhu, pohyblivosti pacientky, kontrolní CT, v případě zhoršení stavu pacientky CT ihned, kontrola krevních hodnot opakovaně.

Ordinované vyšetření při příjmu:

Při příjmu absolvovala pacientka RTG srdce + plíce, CT mozku, sono karotid, sono břicha, EKG, krevní obraz, koagulační screening, moč chemicky, biochemie (ALT, AST, GMT, CRP, urea, kreatinin, ionty), moč chemicky, ultrazvuk břicha. Monitorace pacientky na JIP.

Výsledky:

Při příjmu:

Krevní obraz: Leukocyty $10^9/l$ – 10,40, Hemoglobin celkový (g/l) – 119, Erytrocyty $10^{12}/l$ – 4,06, Hematokrit % – 0,360, Trombocyty $10^9/l$ – 308,

Koagulační screening: Protrombin (INR) – 1,12, APTT – ratio – 1,06,

Moč chemicky: Ph moč automat – 7,5, Krev chem auto 1, bílkovina – 1, Leukocyty $10^9/l$ – 21, Ery cytomer auto 69.

Biochemie: Na mmol/l – 137 K mmol/l – 3,6 Cl mmol/l – 95, Osmolalita – 287 – ALT $\mu\text{kat}/l$ 1,58 – AST $\mu\text{kat}/l$ – 0,89, GGT $\mu\text{kat}/l$ – 3,20, CRP mg/l – 89,33, urea mmol/l 5,4 – Kreatinin 48- Bilirubin – 10,7- Glukóza mmol/l 7,9

Při překlada na LDN:

Krevní obraz: Leukocyty $10^9/l$ – 8,8, Hemoglobin celkový (g/l) – 112, Erytrocyty $10^{12}/l$ – 3,84, Hematokrit % – 0,344, Trombocyty $10^9/l$ – 430,

Koagulační screening: Protrombin (INR) – 1,12, APTT – ratio – 1,06,

Moč chemicky: Ph moč automat – 5,9, Krev chem auto 0, bílkovina – 1, Leukocyty $10^9/l$ – 10, Ery cytomer auto 69.

Biochemie: Na mmol/l – 140 K mmol/l – 4,1 Cl mmol/l – 99, Osmolalita – 284 – ALT $\mu\text{kat}/l$ 1,22 – AST $\mu\text{kat}/l$ – 0,89, CRP mg/l – 34,58, urea mmol/l 6,9 – Kreatinin 51- Bilirubin – 10,7- Glukóza mmol/l 4,8

CT mozku nativ 27. 1. 2013

Postmalatické léze v pravé hemisféře mozečku. Postmalatická léze v oblasti capula int. a postmalatické léze v menšiangliach l. sin.

Atrofie mozku a mozečku.

T.č. bez čerstvého ložiska, bez známek krvácení.

CTAg 27.1.2013.:

be ACM naplněné po operkulární část v daném rozsahu bez uzávěru.

L. sin. úsek A1 ACA bez náplně - možný uzávěr, A2 u dobře sledová

homogennou náplní, zřejmě plněná přední komunikantou.

UZ MMT 27.1.2013.:

SONO karotid:

V B mode v oblasti bifurkácii ploché, semicirkulárne uložené pláty 9-15mm.

Při barevném mapování tok v zachycené části CCA, ICA a ECA zachovalý.

V Doppler. záznamek bez známek hemodyn. významné stenózy.

Známky arytmie.

Směr toku v AV obvyklý, průtokové parametry v normě

Rtg S+P 27.1.2013.:

S+P vleže:

Rozšíření srdečního stínu do leva, kde stín srdeční překrývá dolní, póly, levá bránice a frenocost. úhel nediferencovatelné. Aorta vinutá, ateromatoza oblouku aorty. Vlevo se hilus sumuje se stínem srdce, vpravo kresba parahilozne změněná. Transparencia pravého křídla dif. změněná.

UZ břicha 28.1.2013.:

USG dutiny břišní:

Játra jsou hodnotitelná v omezeném rozsahu, bez nápadnějšího ložiska, žlučové cesty nejsou dilatované.

Žlučník má norm. velikost, stěna je jemná, při zadní stěně je několik konkrementů velikosti kolem 15 mm.

Z pankreatu je vidět hlavu a tělo - bez nápadnější patologie, kauda je v sumaci.

Slezina nezvětšená.

Ledviny mají norm. velikost, hladký povrch, parenchym je redukovaný, KP struktury nejsou dilatované.

Moč. měchýř prázdný, je v něm pouze balonek katetru.

Volná tekutina v dutině břišní není přítomná.

Interna 27.1.2013.:

Akutní iCMP, permanentní FiSi

Susp. uroinfekt

Hepatopatie rovně □ v.s. parainfekční, UZ nález bez patologie

RHB konzilium 28.1.2013.:

RHB: CG, prevence TEN, DG, kondiční cvičení, cvičení na neurofyziologickém podkladě , vertikalizace do sedu v lůžku, nácvik stability v sedu. Výhledově stoj a chůze v chodítku.

.

.

Tabulka č. 4 Konzervativní léčba na JIP

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Amoksiklav	i.v	1,2 g	6-14-22	Antibiotikum
Losseprazol	tobolka	20 mg	0-1-1	Antacida
Anopyrin	tableta	100 mg	0-1-0	Antikoagulancia
Furon	tableta	40 mg	0-1-0	Diuretikum
Kalnormin	tableta	1 gm	1-0-1	Chlorid draselný
Sortis	tableta	20 mg	0-0-1	Antilipidemikum
Apo – amlo	tableta	5 mg	1-0-1	Antihypertenzivum
Vasocardin	tableta	50 mg	1-0-1	Antihypertenzivum
Lozap	tableta	100 mg	1-0-1	Antagonista angiotensinu II.
Milurit	tableta	100 mg	0-1-0	Antiuratum
Fraxiparin	injekce	0,6 ml	14.2	Antikoagulancia

Infuzní terapie:

FR 1000 ml + MgSO₄ 20% 1 amp.+ Celaskon 1 g 1 amp.

FR 500 ml + 2 amp. NaCl 10% + KCl 7,5% 1 amp.

Výživa: Per os.

Dieta: 27. 1. 2013. 1. - kašovitá

Pohybový režim: Klid na lůžku.

RHB: Při příjmu pasivní, po stabilizaci pacientky rehabilitace aktivní.

Jiné: Bandáže DKK, hlava ve zvýšené poloze 30 – 40 %

SITUAČNÍ ANALÝZA

Jednašedesátiletá pacientka přijata 27. 1. 2013 na naše oddělení z urgentního příjmu, kde přivezena RZP pro narůstající bolesti hlavy a tlak v hlavě, udává, že v sobotu ráno se nemohla probít. Přijíždí v doprovodu dcery. Na oddělení urgentního příjmu provedeno CT vyšetření, laboratorní vyšetření.

Pacientka je při vědomí, mírně dezorientovaná, dýchání spontánní.

Přijata 27. 1. 2013 na neurologickou JIP, zajištěna monitorace FF, TK 189/68, TF 65', TT 36,6 °C, SPO2 97%. Pacientka má zajištěn periferní žilní katétr v levé vena cubita median, funkční bez známek infekce. Dalším invazivním vstupem je permanentní močový katétr č. 18, který odvádí žlutou moč, bez příměsí, bez zápachu, vedena bilance tekutin, močový katétr nejeví známky infekce. U pacientky je zvýšené riziko dekubitů z důvodu zhoršené pohyblivosti, uložena na antidekubitární matraci, zajištěny polohovací pomůcky a veden polohovací záznam. Dopomoc v oblasti sebepěče. Přizpůsobit pokoj pacientce (kapitola uspořádání pokoje) Pohybový režim pacientky je klid na lůžku, signalizace dána k lůžku na dosah pacientky, Pacientka hůře komunikuje z důvodu fatické poruchy.

Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich uspořádání dle priorit stavu pacientky:

(Stanovení ošetrovatelských diagnóz dle Kapesního průvodce zdravotní sestry)

27. 1. 2013

- 1 Péče o sebe sama nedostatečná v souvislosti s omezenou pohyblivostí při CMP, projevující se potřebou pomoci jiné osoby při vykonávání hygienické péče, vyprazdňování, výživy a polohování.
- 2 Komunikace porušená v souvislosti s onemocněním CMP, projevující se zpomaleným a koktavým mluvením a občasnými chybami ve slovním vyjadřování.
- 3 Bolest akutní v souvislosti s diagnózou (CMP), projevující se verbalizací, výrazem v obličeji, podrážděností, vyhledáváním úlevové polohy a intenzitou na VAS škále (1–10) stupněm 5.
- 4 Pohyblivost porušená v souvislosti s diagnózou (CMP) projevující se zhoršenou pohyblivostí.

30. 1. 2013

- 1 Péče o sebe sama nedostatečná v souvislosti s CMP, projevující se potřebou pomoci jiné osoby při vykonávání hygienické péče, vyprazdňování, výživy a polohování.
- 2 Komunikace porušená v souvislosti s poruchou řeči, projevující se zpomaleným a koktavým mluvením a občasnými chybami ve slovním vyjadřování.
- 3 Pohyblivost porušená v souvislosti s diagnózou (CMP) projevující se zhoršenou pohyblivostí.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

27. 1. 2013

- 1 Riziko vzniku infekce v souvislosti zavedeného periferního žilního katétru, zavedeného permanentního močového katétru.
- 2 Kožní integrita, riziko porušení související s poruchou hybnosti.
- 3 Riziko aspirace v souvislosti s porušeným polykáním při CMP.
- 4 Riziko vzniku dekubitů z důvodu zhoršené pohyblivosti.

30. 1. 2013

- 1 Riziko vzniku infekce v souvislosti zavedeného periferního žilního katétru, zavedeného permanentního močového katétru.
- 2 Kožní integrita, riziko porušení související s poruchou hybnosti.
- 3 Riziko vzniku dekubitů z důvodu zhoršené pohyblivosti.

<p>Ošetrovatelské diagnózy:</p> <p>1. Péče o sebe sama nedostatečná v souvislosti s omezenou pohyblivostí, projevující se potřebou pomoci jiné osoby při vykonávání hygienické péče, vyprazdňování, výživy a polohování.</p>
<p>Cíl:</p> <p>Dlouhodobý: Pacientka bude do 2 týdnů soběstačná</p> <p>Krátkodobý: Pacientka se bude snažit do 24 hodin plně spolupracovat s ošetrovatelským týmem.</p> <p>Priorita: Střední</p>
<p>Výsledné kritéria:</p> <p>Pacientka se podílí na spolupráci s ošetrovatelským personálem do 24 hodin.</p> <p>Pacientka má zajištěné bio-psycho-sociální potřeby po dobu hospitalizace.</p> <p>Pacientka je informována o pomoci ošetrovatelského personálu s péčí, kterou sama nezvládne do 24 hodin.</p> <p>Pacientka je informována o umístění signalizace pro přivolání ošetrovatelského personálu do 2 hodin.</p> <p>Pacientka má umístěny všechny pomůcky na dosah ruky k dodržení základní hygieny a sebeděče do 24 hodin.</p> <p>U pacientky je zaznamenán stupeň její soběstačnosti do 1 hodiny od příjmu, pomocí Barthelova testu všedních činností.</p>
<p>Plán intervencí:</p> <p>Zajisti pacientce každodenní hygienickou péči, kdy se pacientka aktivně zapojí a pomůže sestře (sestra ve službě)</p> <p>Pomoc pacientce při vyprazdňování, hygieně o dutinu ústní (sestra ve službě)</p> <p>Podej pacientce potřebné pomůcky k vyprazdňování, podložní mísu. Toaletní potřeby. (primární sestra)</p> <p>Zaznamenej do Barthelova testu výsledek a stupeň její soběstačnosti. (sestra ve službě)</p> <p>Dopřej pacientce dostatek času pro vyjádření svých potřeb, zajisti veškeré potřebné pomůcky (sestra ve službě)</p> <p>Pacientku pravidelně polohuj, dle polohovací tabulky (sestra ve službě)</p>

Umožni pacientce pravidelnou hygienu rukou a genitálií po vykonání potřeby vyprazdňování. (sestra ve službě)

Zajisti pacientce vždy intimitu (primární sestra)

Ved' pacientku k soběstačnosti každý den (sestra ve službě)

Vysvětli pacientce význam a obsluhu signalizačního zařízení pro přivolání pomoci ošetřovatelského personálu (primární sestra)

Realizace:

27. 1. 2013

Pacientka byla přijata na oddělení v doprovodu dcery, ležící, špatně komunikovala, mírně dezorientovaná. Pacientka opocená, provedena hygienická péče, periferní žilní vstup zajištěn z rychlé záchranné služby, funkční, nejevící známky infekce. Zaveden permanentní močový katétr č. 18 pro inkontinenci a momentální nesoběstačnost. Po stabilizaci stavu provedena kontrola predilekčních míst a výsledek zaznamenán do ošetřovatelské dokumentace. Zaveden polohovací záznam a pacientka uložena na antidekubitární matraci a poloha zajištěna polohovacími pomůckami, polohována á 2 hodiny. Snaží se pomáhat. Sleduje se bilance tekutin. Pacientce bylo nutné tekutiny aktivně podávat. Vysvětlena signalizace a dána na dosah pacientky pro přivolání personálu.

30. 1. 2013

Po čtyřech dnech hospitalizace mírné zlepšení. Pacientka se snaží spolupracovat při hygienické péči, hygienu dutiny ústní zvládá s dopomocí, zavedena mletá strava, která ale pacientce stále podávána s dopomocí z parestezie HK. Polohována s dopomocí, pravidelně značeno do polohovací tabulky, kontrola predilekčních míst, která pravidelně promazány. PMK odvádí žlutou moč, bez zápachu a příměsí. Zajištěna nová PŽK, funkční, nejeví známky infekce. Snaží se spolupracovat, těší se na návštěvu dcery, která ji vždy zvedne náladu.

Hodnocení: Cíl byl splněn částečně, u pacientky bylo patrné zlepšení, v realizacích budeme pokračovat.

2. Bolest hlavy akutní v souvislosti s diagnózou (CMP), projevující se verbalizací, výrazem v obličeji, podrážděností, vyhledáváním úlevové polohy a intenzitou na VAS škále (1–10) stupněm 5.

Cíl:

Dlouhodobý: Pacientka má odstraněnou bolest do 2 hodin

Krátkodobý: Pacientka má sníženou bolest o 2 stupně na VAS škále do 2 hodin

Priorita: Střední

Výsledné kritéria:

Pacientka umí identifikovat bolest na VAS škále bolesti do 1 hodiny

Pacientka zná příčinu bolesti do 24 hodin

Pacientka verbalizuje snížení bolesti do 2 hodin

Pacientka zná úlevové polohy do 4 hodin

Plán intervencí:

Zajisti denně pacientce klid a pohodlí (primární sestra)

Sleduj bolesti na VAS škále (stupně 1–10) 3x denně a zaznamenej do formuláře
Hodnocení bolesti (sestra ve službě)

Edukuj pacientku o možnostech úlevové polohy každý den (primární sestra)

Edukuj pacientku o nutnosti oznámení sestře či lékaři o zhoršení bolesti každý den
(sestra ve službě)

Vysvětli pacientce metody pro zmírnění bolesti do 2 hodin

Podávej analgetika dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek, jejich vedlejší účinky a zapisuj vše do formuláře na Hodnocení bolesti denně dle ordinací (sestra ve službě)

Sleduj psychiku pacientky a její psychické změny, potřeby a zapisuj vše do ošetřovatelské dokumentace (sestra ve službě)

Dopomoz pacientce najít metodu, jak zvládnout bolest, odpoutání se od bolesti, vysvětli pacientce relaxační metody (primární sestra)

Pozoruj chování pacientky, její grimasy a verbalizaci (sestra ve službě)

Dopřej pacientce dostatek času k popsání bolesti, její intenzitu a lokalizaci a vše

zaznamenej do ošetřovatelské dokumentace Hodnocení bolesti.(sestra ve službě)

Realizace:

27. 1. 2013

Při příjmu pacientka udává bolesti hlavy, podána naordinovaná analgetika, záznam do dokumentace Hodnocení bolesti, kde sledován průběh a účinnost analgetik. Pacientka odpovídá kývnutím hlavy a škálu ukáže na stupnici. V pravidelných intervalech jsem se pacientky ptala na bolest a zapisovala jsem intenzitu bolesti do VAS škály bolesti, při příjmu udávala číslo 5. Pacientka informována o možnostech k úlevě bolesti a nutnosti hlášení všech změn intenzity bolesti. Uvádí zlepšení intenzity bolesti na VAS stupnici 3. Po podání analgetik se jí velice ulevilo.

30. 1. 2013

Cítí se mnohem lépe, bolest nyní hodnotí na VAS škále jako 2.

Došlo ke zlepšení orientace a bolest je lépe hodnotitelná. Snaží se po úlevě od bolesti sama cvičit a cvičí cviky na doporučení rehabilitační sestry s dopomocí dcery, která ji pravidelně navštěvuje.

Hodnocení: U pacientky došlo ke snížení intenzity bolesti, pacientka vše pochopila. V dokumentaci lze rozpoznat účinek analgetik. Cíl byl splněn.

3. Komunikace porušená v souvislosti s poruchou řeči, projevující se zpomaleným a koktavým mluvením a občasnými chybami ve slovním vyjadřování.

Cíl:

Dlouhodobý:

U pacientky dojde ke zlepšení komunikační schopnosti do 2 týdnů

Krátkodobý:

Pacientka bude umět odpovědět kývnutím hlavy – „ano, ne“ do 1 hodiny od přijetí

Priorita: Střední

Výsledné kritéria:

U pacientky bude zlepšení komunikace do 2 týdnů

Pacientka adekvátně reaguje při komunikaci do 1 týdne od přijetí na oddělení

Pacientka chápe použití signalizace do 2 hodin od přijetí na oddělení a umí ho použít

Pacientka umí na otázky ošetrovatelského personálu kývat hlavou „ano, ne“ do 1 hodiny od přijetí

Pacientka bude schopna sdělit své potřeby personálu a rodině do 6 hodin od přijetí

Plán intervencí:

Udržuj s pacientkou oční kontakt (sestra ve službě)

Použij vhodné pomůcky pro zefektivnění komunikace – tabulka s abecedou, psací potřeby, obrázky pro lepší pochopení slov a jiné (sestra ve službě)

Zajisti dostatek času a soukromí při komunikaci (primární sestra)

Eliminuj rušivé elementy z okolí (primární sestra)

Formuluj jasné a jednoduché fráze (sestra ve službě)

Mluv pomalu, nahlas a zřetelně, klidně, blízko u pacientky, aby mohla při mluveném slovu odezírat z úst (sestra ve službě)

Vysvětli pacientce z čeho je tato komunikační porucha (primární sestra)

Pacientku povzbuzuj a chval ji za každý viditelný úspěch (sestra ve službě)

Povzbuzuj dceru pacientky k častějším návštěvám pro stimulaci komunikace (primární sestra)

Vysvětli pacientce funkčnost signalizačního zařízení (primární sestra)

Realizace:**27. 1. 2013**

Při příjmu byla pacientka mírně dezorientovaná, téměř nekomunikovala, měla strach, hledala svoji dceru. Od příjmu jsem pravidelně pacientce opakovala určité názvy věcí a činností. Vysvětleno použití komunikačních prostředků, naučila se používat pomůcky, obrázky ji velmi pomohly při vyjádření svých potřeb hlavně oblasti bolesti hlavy. Pacientka pochopila do hodiny od příjmu po vysvětlení vyjádření kývnutím hlavy „ano, ne“. Reagovala na oslovení paní Č. Vysvětlena funkčnost signalizačního zařízení, které se naučila používat, nutno několikrát zopakovat, že slouží pro přivolání ošetrovatelského personálu. Při příjmu uložena na JIP, kde sestra je stále přítomna, takže měla pacientka stálý dohled. Při příjmu byla přítomna dcera, která pacientce poskytovala psychickou pohodu.

30. 1. 2013

U pacientky od příjmu došlo ke zlepšení v oblasti komunikace, spolupracuje. Pomáhá ji dcera pomocí obrázku a psacích potřeb. Vysvětleno, z jakého důvodu toto může být, pacientka vše chápe a říká, že se bude nadále snažit se v komunikaci zlepšit. Dcera k pacientce denně chodí a pravidelně se ji ptají na základní věci denních činností, procvičují mluvení. Pacientka používá komunikační pomůcky bez problému. Signalizaci používá účinně. Stále uložena na JIP. Sleduji veškerá zlepšení a vše zapisuji do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: U pacientky došlo k výraznému zlepšení komunikace. V dokumentaci je vidět každodenní zlepšení v oblasti komunikace. Cíl byl splněn.

Zhodnocení ošetrovatelské péče

V rámci lékařské terapie a ošetrovatelské péče se pacientka postupně vrátila do života, následná péče na LDN. Patrné výrazné pokroky v každém dni. Spolupracovala ve vybraných intervencích a velmi se snažila. Hodně jí dopomáhala dcera. Kontrolní CT mozku bez nových ischemií. Došlo k úpravě výsledků krve a uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb, ke zlepšení komunikace. Zapojení do celkové sebestarostlivosti a dosažení s postupem hospitalizace větší soběstačnosti ve všech oblastech. Zvládala chůzi s kompenzačními pomůckami. Pacientka i dcera je poučena o všech možných rizicích do budoucna, jsou poučeni o následující rekonvalescenci, nutnou kontrolou na neurologické ambulanci a následnou pokračující rehabilitací. Pacientka přeložena na LDN. Předány překladové zprávy.

Doporučení pro pacientku:

- pečovat o svou duševní i tělesnou kondici
- dodržovat bezpečné zásady při denních aktivitách
- dodržovat zásady správné výživy
- rehabilitovat
- při potížích ihned hlásit ošetřujícímu personálu
- navázat kontakt s lidmi se stejnou diagnózou
- snažit se a mít zájem o zlepšení svého zdravotního stavu
- dopřát si odpočinek, klidový režim a rekonvalescenci

Doporučení pro rodinu:

- poskytnout pacientce jistotu
- pravidelně navštěvovat pacientku na LDN
- motivovat a chválit, zařídit návrat do společnosti

4 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo sestavit ošetrovatelský proces u pacientky s CMP na neurologickém oddělení JIP a následně doporučit návrh ošetrovatelské péče do praxe za pomoci map péče specializované na pokoji zvýšené intenzivní péče.

Práci jsme rozdělili na část medicínskou a ošetrovatelskou, jak je uvedeno v úvodu.

Popisujeme, jak je důležité pečovat o komplexní potřeby pacienta z bio-psycho-sociálních stránek.

V naší práci lze sledovat pokroky pacientky a její postupné uzdravení. Velmi nás potěšilo vidět pacientku při závěru mého ošetrování odcházet plně soběstačnou a s úsměvem. Začala opět žít plnohodnotný život a jsme rádi, že jsme mohli z části přispět k tomuto úspěchu. Doufáme, že budeme moci být součástí dalších takových případů a dopomoci k uzdravení pacientů.

SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ

1. AMBLER, Z. Základy neurologie. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4.
2. EIGIN, V. Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu. 1. české vyd. Praha : Galén, 2007. 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.
3. HERZIG, R. Ischemické cévní mozkové příhody : průvodce ošetřujícího lékaře. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2008. 84 s. ISBN 978-80-7345-148-6.
4. JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením 1. vyd. Praha : Triton, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7.
5. KALINA, M. Cévní mozková příhoda v medicínské praxi. 1. vyd. Praha : Triton, 2008. 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9.
6. KALITA, Z. a kol. Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management. 1. vy. Praha : Maxdorf, 2006. s. 623 ISBN 80-85912-26-0.
7. KALITA, Z. Akutní cévní mozkové příhody: Příručka pro osoby ohrožené CMP, jejich rodinné příslušníky a známé. 1. vyd. Praha : Mladá fronta a. s., 2010. 39 s. ISBN 978-80-204-2093-0.
8. KALVACH, P. a kol. Mozkové ischemie a hemoragie. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 1997. 440 s. ISBN 80-7169-109-7.
9. KÁŠ, S. Neurologie v běžné lékařské praxi. 1. vyd. Praha : Grada, 1997. 338 s. ISBN 80-7169-339-1.
10. ORSZÁGH, J., KÁŠ, S. Cévní příhody mozkové. 3. přeprac. vyd. Praha : Brána, 1995. 142 s. ISBN 80-901783-8-3.
11. PŘINOSILOVÁ, D. Diagnostika ve speciální pedagogice. 2. vyd. Brno : Paido, 2007. 178 s. ISBN 978-80-7315-157-7.
12. EIDEL, Z., OBENBERGER, J. Neurologie pro studium a praxi. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 363 s. ISBN 80-247-0623-7.
13. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (WHO), Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: Průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 199 s. ISBN 80-247-0592-3.
14. TICHÝ, J. a kol. Neurologie. 2. dopl. vyd. Praha : Karolinum, 1998. 340 s. ISBN 80-7184-750-X.

15. TROJAN, S. a kol. Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. 2. přep. a rozš. vyd. Praha : Grada, 2001. 226 s. ISBN 80-2470-031-X.

16. ÚZIS ČR, Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 10. revize. 2. aktual. vyd. Praha : Bomton, 2008. 860 s. ISBN 978-80-904259-0-3.

16. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. Velký lékařský slovník. 9. aktualiz. vyd. Praha : Maxdorf, 2009. 1159 s. ISBN 978-80-7345-202-5.

17. SLEZÁKOVÁ, L. Interna pro zdravotnické asistenty, vyd. Praha : Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1775-3

SEZNAM INTERNETOVÝCH PRAMENŮ

Cévní mozková příhoda, komplexní článek [online] [cit. 3. 5. 2013] Dostupný na :
<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/poradna/medicina-pravo/cevni-mozkova-prihoda-cmp-statistiky-cr-a-prevence>

Cévní mozková příhoda, komplexní článek, [online] [cit.26.5.2013] Dostupné na:
<http://www.ikta.cz/index.php?pg=home--cevni-mozkova-prihoda-iktus>

SEZNAM PŘÍLOH

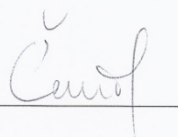
- Příloha A - Souhlas pacienta s nahlížením do dokumentace
- Příloha B – Souhlas nemocnice Šternberk s nahlížením do dokumentace
- Příloha C – Body mass index
- Příloha D – Vizuální analogová škála bolesti
- Příloha E – Bilance tekutin
- Příloha F – Barthelův test všedních činností
- Příloha G – Informační a edukační záznam pacienta
- Příloha H – Plán péče o dekubity a jiné kožní defekty
- Příloha I – Polohovací záznam
- Příloha J – Seznam iktových center

Příloha A - Souhlas pacienta s nahlížením do dokumentace

Souhlasím s nahlížením do mé dokumentace pro vypracování Bc. práce pro všeobecnou sestru Lucii Křesalovou DiS. na téma:
Ošetrovatelský proces u pacienta s CMP.

Dne 27.4. 2013
Ve Šternberku

Podpis pacienta: _____



Příloha B – Souhlas nemocnice Šternberk s nahlížením do dokumentace

Souhlas nemocnice Šternberk 20.4. 2013

Středomoravská nemocniční a. s.- odštěpný závod nemocnice Šternberk souhlasí s nahlížením do dokumentace k vypracování práce pro Lucii Křesalovou, DiS.



Příloha C – BMI (WILHELM, NOVÁKOVÁ, 2004)

Kategorie	Muži	Ženy
Podváha	< 20	< 19
Norma	20 – 24,9	19 – 23,9
Nadváha	25 – 29,9	24 – 28,9
Obezita	30 – 39,9	29 – 38,9
Těžká obezita	> 40	> 39


Příloha D – Hodnocení bolesti, dle VAS stupnice (nemocnice Šternberk)

Štěpěk se jménem pacienta



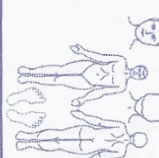


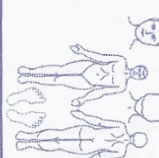


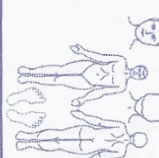
HODNOCENÍ BOLESTI

oddělení: _____

78 NEMOCNICE ŠTERNBERK
 006 Chirurgicko-traumatologické oddělení
 643
 Nemocnice Šternberk
 Nemocnice s.r.l.s.
 Nemocnice s.r.l.s.



Nemocnice Šternberk
 Nemocnice s.r.l.s.
 Nemocnice s.r.l.s.
 Nemocnice s.r.l.s.
 Nemocnice s.r.l.s.

DATUM →																																								
Poznámka:																																								
Hodina	7	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	7	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	7	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	
Stupně	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Lokalizace a charakter bolesti	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> lokalizovaná <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> sřravná <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavná </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> difúzní <input type="checkbox"/> palivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 25%; text-align: center;">  kde to boří </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> lokalizovaná <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> sřravná <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavná </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> difúzní <input type="checkbox"/> palivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 25%; text-align: center;">  kde to boří </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> lokalizovaná <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> sřravná <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavná </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> difúzní <input type="checkbox"/> palivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 25%; text-align: center;">  kde to boří </td> </tr> </table>																								<input type="checkbox"/> lokalizovaná <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> sřravná <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavná	<input type="checkbox"/> difúzní <input type="checkbox"/> palivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná <input type="checkbox"/>	 kde to boří	<input type="checkbox"/> lokalizovaná <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> sřravná <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavná	<input type="checkbox"/> difúzní <input type="checkbox"/> palivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná <input type="checkbox"/>	 kde to boří	<input type="checkbox"/> lokalizovaná <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> sřravná <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavná	<input type="checkbox"/> difúzní <input type="checkbox"/> palivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná <input type="checkbox"/>	 kde to boří							
<input type="checkbox"/> lokalizovaná <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> sřravná <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavná	<input type="checkbox"/> difúzní <input type="checkbox"/> palivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná <input type="checkbox"/>	 kde to boří	<input type="checkbox"/> lokalizovaná <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> sřravná <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavná	<input type="checkbox"/> difúzní <input type="checkbox"/> palivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná <input type="checkbox"/>	 kde to boří	<input type="checkbox"/> lokalizovaná <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> sřravná <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavná	<input type="checkbox"/> difúzní <input type="checkbox"/> palivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná <input type="checkbox"/>	 kde to boří																																
Hodnocení sestrou, řas zápisu, podpis pod zápis Podpis, ořsík Jméno vř lékařř																																								

ŠTBK řísřo 19/18 • oznaření podání analgetika v řřivře X - oznaření bodu stupně bolesti v řasě hodnocení

Příloha F – Barthelův test všedních činností

**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)**

Jméno pacienta:.....

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti: **

- ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

šifraček

INFORMAČNÍ ZÁZNAM Ď.

ODD: TRAUMATOLOGIE



KOMUNIKAČNÍ BARIÉRA

 smyslová jazyková psychická žádná jiná

1. ZP | 2. lékař | Nelze z důvodu:

INFORMAČNÍ PODAL

DATA	ČÍSLO KOD. INF. PODAL	ČEHO SE INFORMACE TYKÁ	JAK BYLA INFOR. PODÁNA	KOMU BYLA INFOR. PODÁNA	PODPIS - pacienta nebo kont.os. - <i>nevyžaduje se</i>	INFORMAČNÍ PODAL / podpis /
		<input type="checkbox"/> odpovědnost za své věci a cennosti / uzamykatelná skříň /	<input type="checkbox"/> ústně	<input type="checkbox"/> pacient		
		<input type="checkbox"/> možnost uschování cenností do trezoru na oddělení	<input type="checkbox"/> písemně	<input type="checkbox"/> kont. osoba		
		<input type="checkbox"/> příložení identifikačního náramku - důvod příložení	<input type="checkbox"/> ústně	<input type="checkbox"/> pacient		
		<input type="checkbox"/> seznámení s uspořádáním oddělení - pokoje, WC, sprcha aj...	<input type="checkbox"/> písemně	<input type="checkbox"/> kont. osoba		
		<input type="checkbox"/> signalizační zařízení - použití	<input type="checkbox"/> ústně	<input type="checkbox"/> pacient		
		<input type="checkbox"/> odevzdání inzulinového pera po dobu hospitalizace - důvod	<input type="checkbox"/> písemně	<input type="checkbox"/> kont. osoba		
		<input type="checkbox"/> vlastní vnesené léky - odevzdání, uložení, důvod.....	<input type="checkbox"/> ústně	<input type="checkbox"/> pacient		
		<input type="checkbox"/> zákaz kouření - důvod, kde jsou místa vyhrazená pro kouření,	<input type="checkbox"/> ústně	<input type="checkbox"/> pacient		
		<input type="checkbox"/> uchování vlastních potravin <input type="checkbox"/> dietní režim	<input type="checkbox"/> písemně	<input type="checkbox"/> kont. osoba		
		<input type="checkbox"/> pohybový režim <input type="checkbox"/> poloha <input type="checkbox"/> tržiko pádu - např. vhodná obuv	<input type="checkbox"/> ústně	<input type="checkbox"/> pacient		
		<input type="checkbox"/> riziko deklubitů - důvody	<input type="checkbox"/> písemně	<input type="checkbox"/> kont. osoba		
		<input type="checkbox"/> použití zábrani - jedné nebo dvou, důvod	<input type="checkbox"/> ústně	<input type="checkbox"/> pacient		
		<input type="checkbox"/> bandáž DKK - důvod	<input type="checkbox"/> písemně	<input type="checkbox"/> kont. osoba		
		<input type="checkbox"/> krvavé projevy - jaké jsou, proč sledovat	<input type="checkbox"/> ústně	<input type="checkbox"/> pacient		
		<input type="checkbox"/> zavedení permanentního močového katétru, důvod	<input type="checkbox"/> písemně	<input type="checkbox"/> kont. osoba		
		<input type="checkbox"/> invazivní vstupy - důvod zavedení, ošetřování	<input type="checkbox"/> ústně	<input type="checkbox"/> pacient		
		<input type="checkbox"/> lačnění před operačním výkonem - důvod ...	<input type="checkbox"/> písemně	<input type="checkbox"/> kont. osoba		
		<input type="checkbox"/> informační složka - "Co Vás čeká na operačním sále?"	<input type="checkbox"/> ústně	<input type="checkbox"/> pacient		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> písemně	<input type="checkbox"/> kont. osoba		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ústně	<input type="checkbox"/> pacient		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> písemně	<input type="checkbox"/> kont. osoba		
		<input type="checkbox"/> překlad - důvod překladu	<input type="checkbox"/> ústně	<input type="checkbox"/> pacient		
		<input type="checkbox"/> propuštění - jak postupovat v domácím prostředí	<input type="checkbox"/> písemně	<input type="checkbox"/> kont. osoba		

ŠTĚBK, číslo: 07 - TR / 1 zadní strana

Vysvětlivky: ZP - všeobecná sestra, porodní asistentka, zachránář, zdravotnický asistent, DKK - dolní končetiny

Příloha H – Plán péče o dekubity a jiné kožní defekty (nemocnice Šternberk)

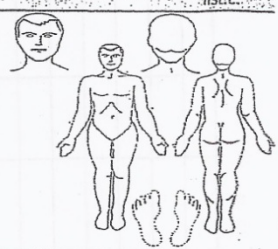
štítek

NEMOCNICE ŠTERNBERK
Nemocnice s ošetrovacím ústavem
Jiřího z Poděbrad
170 00 Šternberk
tel. 465 221 111
fax 465 221 112
www.nemocnice-sterneberk.cz

PLÁN PÉČE O KOŽNÍ DEFEKTY

list. č. _____

ODD: _____

KOŽNÍ DEFEKT <input type="checkbox"/> ulcus cruris <input type="checkbox"/> gangréna diabetica <input type="checkbox"/> operační rána hojící se per secundam <input type="checkbox"/> jiné kožní defekty	MÍSTO KOŽNÍHO DEFEKTU → značit arabskou číslicí (př. 1, 2, 3, 4 ...atd.) vstupní zakreslení →	
---	--	---

ANALÝZA KOŽNÍHO DEFEKTU

Datum	Defekt. č.	Povaha rány	Exudát	Zápach	Okolí rány	Okraje rány	Bolest
		<input type="checkbox"/> epitelizující	<input type="checkbox"/> bílý	<input type="checkbox"/> lehký	<input type="checkbox"/> otok	<input type="checkbox"/> ohraničené	<input type="checkbox"/> mírná
		<input type="checkbox"/> granulující	<input type="checkbox"/> žlutý	<input type="checkbox"/> ostrý	<input type="checkbox"/> zarudnutí	<input type="checkbox"/> neohraničené	<input type="checkbox"/> stření
		<input type="checkbox"/> nekrotizující	<input type="checkbox"/> zelený	<input type="checkbox"/> žádný	<input type="checkbox"/> ekzém		<input type="checkbox"/> silná
		<input type="checkbox"/> infikovaná	<input type="checkbox"/> krvavý	<input type="checkbox"/> jiný	<input type="checkbox"/> macerace		<input type="checkbox"/> žádná
			<input type="checkbox"/> žádný		<input type="checkbox"/> klidné		<input type="checkbox"/> nelze hodnotit

Podpis: _____

Datum	Defekt. č.	Povaha rány	Exudát	Zápach	Okolí rány	Okraje rány	Bolest
		<input type="checkbox"/> epitelizující	<input type="checkbox"/> bílý	<input type="checkbox"/> lehký	<input type="checkbox"/> otok	<input type="checkbox"/> ohraničené	<input type="checkbox"/> mírná
		<input type="checkbox"/> granulující	<input type="checkbox"/> žlutý	<input type="checkbox"/> ostrý	<input type="checkbox"/> zarudnutí	<input type="checkbox"/> neohraničené	<input type="checkbox"/> stření
		<input type="checkbox"/> nekrotizující	<input type="checkbox"/> zelený	<input type="checkbox"/> žádný	<input type="checkbox"/> ekzém		<input type="checkbox"/> silná
		<input type="checkbox"/> infikovaná	<input type="checkbox"/> krvavý	<input type="checkbox"/> jiný	<input type="checkbox"/> macerace		<input type="checkbox"/> žádná
			<input type="checkbox"/> žádný		<input type="checkbox"/> klidné		<input type="checkbox"/> nelze hodnotit

Podpis: _____

Datum	Defekt. č.	Povaha rány	Exudát	Zápach	Okolí rány	Okraje rány	Bolest
		<input type="checkbox"/> epitelizující	<input type="checkbox"/> bílý	<input type="checkbox"/> lehký	<input type="checkbox"/> otok	<input type="checkbox"/> ohraničené	<input type="checkbox"/> mírná
		<input type="checkbox"/> granulující	<input type="checkbox"/> žlutý	<input type="checkbox"/> ostrý	<input type="checkbox"/> zarudnutí	<input type="checkbox"/> neohraničené	<input type="checkbox"/> stření
		<input type="checkbox"/> nekrotizující	<input type="checkbox"/> zelený	<input type="checkbox"/> žádný	<input type="checkbox"/> ekzém		<input type="checkbox"/> silná
		<input type="checkbox"/> infikovaná	<input type="checkbox"/> krvavý	<input type="checkbox"/> jiný	<input type="checkbox"/> macerace		<input type="checkbox"/> žádná
			<input type="checkbox"/> žádný		<input type="checkbox"/> klidné		<input type="checkbox"/> nelze hodnotit

Podpis: _____

Datum	Defekt. č.	Povaha rány	Exudát	Zápach	Okolí rány	Okraje rány	Bolest
		<input type="checkbox"/> epitelizující	<input type="checkbox"/> bílý	<input type="checkbox"/> lehký	<input type="checkbox"/> otok	<input type="checkbox"/> ohraničené	<input type="checkbox"/> mírná
		<input type="checkbox"/> granulující	<input type="checkbox"/> žlutý	<input type="checkbox"/> ostrý	<input type="checkbox"/> zarudnutí	<input type="checkbox"/> neohraničené	<input type="checkbox"/> stření
		<input type="checkbox"/> nekrotizující	<input type="checkbox"/> zelený	<input type="checkbox"/> žádný	<input type="checkbox"/> ekzém		<input type="checkbox"/> silná
		<input type="checkbox"/> infikovaná	<input type="checkbox"/> krvavý	<input type="checkbox"/> jiný	<input type="checkbox"/> macerace		<input type="checkbox"/> žádná
			<input type="checkbox"/> žádný		<input type="checkbox"/> klidné		<input type="checkbox"/> nelze hodnotit

Podpis: _____

Datum	Defekt. č.	Povaha rány	Exudát	Zápach	Okolí rány	Okraje rány	Bolest
		<input type="checkbox"/> epitelizující	<input type="checkbox"/> bílý	<input type="checkbox"/> lehký	<input type="checkbox"/> otok	<input type="checkbox"/> ohraničené	<input type="checkbox"/> mírná
		<input type="checkbox"/> granulující	<input type="checkbox"/> žlutý	<input type="checkbox"/> ostrý	<input type="checkbox"/> zarudnutí	<input type="checkbox"/> neohraničené	<input type="checkbox"/> stření
		<input type="checkbox"/> nekrotizující	<input type="checkbox"/> zelený	<input type="checkbox"/> žádný	<input type="checkbox"/> ekzém		<input type="checkbox"/> silná
		<input type="checkbox"/> infikovaná	<input type="checkbox"/> krvavý	<input type="checkbox"/> jiný	<input type="checkbox"/> macerace		<input type="checkbox"/> žádná
			<input type="checkbox"/> žádný		<input type="checkbox"/> klidné		<input type="checkbox"/> nelze hodnotit

Podpis: _____

ŠTBK_číslo_ _____

Příloha I – Polohovací záznam (nemocnice Šternberk)

ŠTBK_číslo_30/1

Vysvětlivky: PB-pravý bok, LB - levý bok, Z - záda, K - kreslo, N - neptlomen

Poznámka_den:	Poznámka_noc:
datum:	datum:
6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6
LB	LB
PB	PB
Z	Z
K/N	K/N

Poznámka_den:	Poznámka_noc:
datum:	datum:
6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6
LB	LB
PB	PB
Z	Z
K/N	K/N

Poznámka_den:	Poznámka_noc:
datum:	datum:
6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6
LB	LB
PB	PB
Z	Z
K/N	K/N

Poznámka_den:	Poznámka_noc:
datum:	datum:
6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6
LB	LB
PB	PB
Z	Z
K/N	K/N

list č. 1

Nemocnice Šternberk
Středoevropská nemocnice
Člen skupiny ADEL

ODD:

POLOHOVACÍ TABULKA

štitok

Příloha J – Seznam iktových center

- Iktové centrum Fakultní nemocnice v Motole
 - Iktové centrum Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
- Iktové centrum Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a Thomayerovy nemocnice s poliklinikou, a to do doby realizace dostavby nového Iktového centra ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady
- Iktové centrum Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje
 - Iktové centrum Oblastní nemocnice Kolín, a.s., nemocnice Středočeského kraje
 - Iktové centrum Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
 - Iktové centrum Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje
- Iktové centrum Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace
- Iktové centrum Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace
 - Iktové centrum Nemocnice Písek, a.s.
 - Iktové centrum Krajské zdravotní a.s. – Nemocnice Chomutov, o.z.
 - Iktové centrum Krajské zdravotní a.s. – Nemocnice Teplice, o.z.
 - Iktové centrum Krajské zdravotní a.s. – Nemocnice Děčín, o.z.
 - Iktové centrum Městské nemocnice v Litoměřicích
 - Iktové centrum NEMOS SOKOLOV s.r.o.
 - Iktové centrum Karlovarské krajské nemocnice a.s. – Nemocnice v Karlových Varech
 - Iktové centrum Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s.
 - Iktové centrum Pardubické krajské nemocnice, a.s.
 - Iktové centrum Litomyšlské nemocnice, a.s.
 - Iktové centrum Oblastní nemocnice Trutnov a.s.
 - Iktové centrum Oblastní nemocnice Náchod a.s.
 - Iktové centrum Středomoravské nemocniční a.s. – odštěpný závod Nemocnice Prostějov
 - Iktové centrum Městské nemocnice Ostrava, příspěvková organizace
 - Iktové centrum Vítkovické nemocnice a.s.
 - Iktové centrum Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov, příspěvková organizace
 - Iktové centrum Karvinské hornické nemocnice a.s.
 - Iktové centrum Nemocnice Třinec, příspěvková organizace

- Iktové centrum Krajské nemocnice Tomáše Bati, a.s.
- Iktové centrum Uherskohradištské nemocnice a.s.
- Iktové centrum Nemocnice Břeclav, příspěvková organizace
- Iktové centrum Nemocnice Vyškov, příspěvková organizace
- Iktové centrum Nemocnice Znojmo, příspěvková organizace

(Věstník MZ ČR, 2012)

