



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

**SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI**

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: secretariat@spitalcfiasi.ro

Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitalcfiasi.ro

# UTILIZAREA PLANULUI DE ÎNGRIJIRE

## PO-NUR-01

### NOTĂ:

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.

Reproducerea integrală sau parțială a acestui document este permisă numai cu acordul prealabil scris și înregistrat al managerului spitalului.

Constituie abatere disciplinara necunoașterea și/sau neaplicarea întocmai a cerințelor prezentului document.

Aceasta abatere va fi sancționată conform art. 247, 248 și art. 250-252 din Codul Muncii, actualizat.

### Revizie

Revizia acestui document se face ținând cont de rezultatele implementării indicatorilor de monitorizare de structura, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.

Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile sus menționate.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## UTILIZAREA PLANULUI DE ÎNGRIJIRE

Cod: PO-NUR-01

Ed.: II Rev.: 0

Pag.: 1 / 6

### Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii

Nr crt	Ediția/ revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
1	I/0	integral	elaborare inițială	08.08.2022
2	II/0	integral	—	17.07.2023

### Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii

Nr crt.	Elaborat / verificat / avizat / aprobat	Nume și prenume	Funcția	Semnătura	Data
1	Elaborat	Băhnăreanu Andreea	Ref. CMCSS/RMC		29.06.2023
		Irina Gațu	As. med. coordonator spital		29.06.2023
2	Verificat	Dr. Emilia Solomon	Director medical/ Președinte Comisia de monitorizare		30.06.2023
3	Avizat juridic	Rotaru Alexandra- Florentina	Consilier juridic		07.07.2023
4	Aprobat	Dr. Elena Cristina Mitrofan	Manager		11.07.2023

Exemplar nr: Intranet





SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

# UTILIZAREA PLANULUI DE ÎNGRIJIRE

Cod: PO-NUR-01

Ed.: II Rev.: 0

Pag.: 2 / 6

## CUPRINS

1. SCOP
2. DOMENIU DE APLICARE
3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI
  - 3.1. Definiții ale termenilor
  - 3.2. Abrevieri ale termenilor
4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ
5. DESCRIEREA PROCEDURII
  - 5.1. Generalități privind planul de îngrijire
  - 5.2. Utilizarea planului de îngrijire la nivelul secțiilor spitalului
6. RESPONSABILITĂȚI
7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI
8. ANEXE
9. DIFUZARE
10. INDICATORI DE MONITORIZARE



## 1. SCOP

Procedura are ca scop asigurarea condițiilor pentru o îngrijire completă și personalizată a pacientului prin utilizarea planului de îngrijire ca instrument de standardizare a procesului de îngrijire.

## 2. DOMENIU DE APLICARE

- 2.1. Procedura se aplică tuturor secțiilor Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.
- 2.2. Procedura se aplică pentru pacienții internați în regim de spitalizare continuă.
- 2.3. Procedura se aplică de către asistentul medical.

## 3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

### 3.1. Definiții:

- 3.1.1. **Activitatea de îngrijire de sănătate** – responsabilitatea asistentului medical reglementată prin norme legislative. (OAMGMAMR, 2018)
- 3.1.2. **Cădere (OMS)** – consecința oricărui eveniment care precipită (aruncă) individul către sol (podea) împotriva voinței sale. (OAMGMAMR, 2018)
- 3.1.3. **Dependența** – este incapacitatea persoanei de a îndeplini singur, fără ajutorul altei persoane, acțiuni care să-i permită un nivel acceptabil în satisfacerea nevoilor, astfel încât să fie independent. (OAMGMAMR, Iași)
- 3.1.4. **Evaluarea pacientului** – proces sistematic, dinamic și continuu de colectare, organizare, documentare, verificare și comunicare a informațiilor cu privire la bunăstarea fizică, psihică și fizică a pacientului în vederea identificării nevoilor de îngrijire actualizare sau potențiale și luarea deciziilor. (OAMGMAMR, 2018)
- 3.1.5. **Evaluarea riscului** – proces de identificare al pacienților cu risc crescut care pot necesita o evaluare specifică în vederea elaborării unui plan de acțiune specific. (OAMGMAMR, 2018)
- 3.1.6. **Instrumentele de evaluare a riscului pacientului** – scale, grile ori alte formulare care se aplică pacientului pentru o evaluare sistematică. Aceste instrumente furnizează informații obiective (cifre, date). (OAMGMAMR, 2018)
- 3.1.7. **Independența** – este un status care presupune funcționarea plenară a ființei umane. O persoană independentă este o persoană care își poate satisface autonom toate nevoile sale. (OAMGMAMR, Iași)
- 3.1.8. **Plan de îngrijire** – formular pentru înregistrarea scrisă a procesului de planificare a îngrijirii. (OAMGMAMR, 2018)
- 3.1.9. **Planificarea îngrijirii** – identificarea problemelor pacienților și selectarea intervențiilor adecvate în vederea rezolvării sau minimizării acestor probleme. (OAMGMAMR, 2018)
- 3.1.10. **Proces de îngrijire** – metoda științifică utilizată de asistentul medical pentru a asigura calitatea îngrijirii pacienților ce cuprinde patru etape: evaluarea pacientului, planificarea îngrijirilor, aplicarea intervențiilor, evaluarea rezultatelor îngrijirii. (OAMGMAMR, 2018)
- 3.1.11. **Risc de cădere** – asociere de factori intrinseci și extrinseci care favorizează producerea căderii pacienților internați. (OAMGMAMR, 2018)
- 3.1.12. **Scor de dependență** – Punctaj obținut în urma evaluării nevoilor fundamentale deficitare, în scopul determinării gradului de dependență al pacientului.

### 3.2. Abrevieri:

- 3.2.1. FOCG – Foaie de observație clinică generală
- 3.2.2. OAMGMAMR – Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România

## 4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

- 4.1. **SR EN ISO 9000:2015** - Sisteme de Management al Calității. Principii fundamentale și vocabular
- 4.2. **SR EN ISO 9001:2015** - Sisteme de management al calității. Cerințe
- 4.3. **Legea nr. 46/2003** - Legea drepturilor pacientului, cu modificările și completările ulterioare
- 4.4. **Legea nr. 190/2018** - Legea privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)



- 4.5. **Legea nr. 95/2006, republicată în 2015** – Lege privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.
- 4.6. **OMS nr. 1.410/2016** - Ordin al ministrului sănătății privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, cu modificările și completările ulterioare
- 4.7. **O.U.G. nr. 144/2008** – Ordonanță de Urgență a Guvernului 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, cu modificările și completările ulterioare
- 4.8. **OMS nr. 1.142 /2013** – Ordin al ministrului sănătății privind aprobarea procedurilor de practică pentru asistenți medicali generaliști
- 4.9. **OMS nr. 446/2017** - Ordinul ministrului sănătății privind aprobarea Standardelor, procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor
- 4.10. **Ordin Președinte A.N.M.C.S. nr. 35/2018** - Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate pentru modificarea Ordinului Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor
- 4.11. **OSGG nr. 600/2018** - Ordinul secretarului general al Guvernului privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice
- 4.12. **Regulamentul (UE) nr. 679/2016** al Parlamentului European și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)
- 4.13. **Ghid pentru evaluatorii de spitale, Ciclul II de acreditare, Revizia I, ANMCS, 2020**
- 4.14. **Manualul standardelor de acreditare a unităților sanitare cu paturi, Ciclul II de acreditare, ANMCS, 2020**
- 4.15. **Glosar de termeni utilizați în cadrul procesului de evaluare și acreditare, A.N.M.C.S., 2019**
- 4.16. **Manual de management al calității serviciilor spitalicești**, Proiectul POCA „Îmbunătățirea Calității și Performanței Serviciilor Spitalicești prin Evaluarea Costurilor și Standardizare” (CaPeSSCoSt), 2023
- 4.17. *Organizarea și documentarea procesului de îngrijire. Ghid de elaborare și dezvoltare a planului de îngrijire.* OAMGMAMR, 2018, <https://www.oamgmamr-vrancea.ro/ghid-de-elaborare-a-planului-de-ingrijire/>
- 4.18. *Ghid de elaborare a planului de îngrijire în unitățile medicale*, OAMGMAMR, Iași

## 5. DESCRIEREA PROCEDURII

### 5.1. Generalități privind planul de îngrijire

5.1.1. Implementarea planului de îngrijire contribuie la creșterea calității serviciilor de îngrijire, principalii beneficiari fiind pacienții, prin evaluarea individualizată, documentată și sistematizată bazată pe dovezi a stării de sănătate și asigurarea continuității îngrijirilor.

5.1.2. Planul de îngrijire este reprezentat de un formular de înregistrare scrisă a procesului de planificare a îngrijirii. Este un instrument medico-legal de promovare a îngrijirii holistice care descrie în baza celor mai bune practici următoarele aspecte:

- Diagnosticul de îngrijire
- Obiective de îngrijire
- Intervenții de îngrijire
- Evaluarea activității de îngrijire
- Educație pentru sănătate

5.1.3. Reguli de bune practici pentru dezvoltarea unui plan de îngrijire:

- a) să fie scris clar și exact;
- b) să permită asistentului medical să descrie și să definească îngrijirile pe care le-a furnizat;
- c) să ofere îngrijiri bazate pe dovezi;
- d) să fie un bun instrument de comunicare cu membrii echipei medicale;



- e) să fie dovada medico-legală a unei practici de îngrijire corecte, în baza celor mai bune dovezi de practică medicală;
- f) să ofere îngrijire personalizată, centrată pe pacient;
- g) să ofere oportunitate pacientului de a participa la propria îngrijire și să stimuleze alegerile pacientului (deciziile se iau împreună cu pacientul/familia acestuia);
- h) să promoveze bunele practici de îngrijire;
- i) să promoveze starea de sănătate din perspectiva pacientului;
- j) să fie adaptat continuu la nevoile reale sau potențiale ale pacientului.

### 5.2. Utilizarea planului de îngrijire la nivelul secțiilor spitalului

5.2.1. Planul de îngrijire este un document medical completat de către asistentul medical și se alătură FOCG.

5.2.2. Planul de îngrijire se utilizează doar pentru spitalizarea continuă.

5.2.3. Structura planului de îngrijire conține un set minim de elemente obligatorii, după cum urmează:

- a) datele de identificare ale pacientului;
- b) datele de identificare ale asistentului medical care realizează evaluarea primară;
- c) consimțământul pacientului;
- d) evaluarea riscurilor;
- e) evaluarea nevoilor fundamentale și scorul de dependență (planul de îngrijire conține mențiuni referitoare la nevoile spirituale, religioase și culturale ale pacientului);
- f) evoluția pacientului prin evaluarea periodică a nevoilor fundamentale;
- g) manifestări de dependență, surse de dificultate, diagnostic de îngrijire, obiective de îngrijire;
- h) intervenții autonome și intervenții delegate;
- i) educația pentru sănătate;
- j) foaia de medicație;
- k) probleme neprevăzute pe perioada spitalizării;
- l) situația îngrijirilor la externare.

5.2.4. Secțiile spitalului utilizează planurile de îngrijire prevăzute în anexele la prezenta procedură.

5.2.5. Asistentul medical completează planul de îngrijire respectând instrucțiunile din anexe (**PO-NUR-01/Ed.II/A1 – Instrucțiuni de completare Plan de îngrijire secții; PO-NUR-01/Ed.II/A2 – Instrucțiuni de completare Plan de îngrijire Secția ATI**).

5.2.6. Pacientul primește la externare un exemplar din „Situația îngrijirilor la externare”.

## 6. RESPONSABILITĂȚI

### 6.1. Asistent medical șef/coordonator spital

- ▶ monitorizează modul de utilizare a planului de îngrijire

### 6.2. Asistent șef

- ▶ contrasemnează planurile de îngrijire în secțiunea „Situația îngrijirilor la externare”
- ▶ monitorizează modul de utilizare a planului de îngrijire

### 6.3. Asistent medical

- ▶ completează planul de îngrijire cu respectarea instrucțiunilor
- ▶ obține consimțământul pacientului în vederea întocmirii planului de îngrijire

## 7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI

7.1. FOCG

7.2. Plan de îngrijire

## 8. ANEXE

8.1. PO-NUR-01/Ed.II/A1 – Instrucțiuni de completare Plan de îngrijire secții

8.2. PO-NUR-01/Ed.II/A2 – Instrucțiuni de completare Plan de îngrijire Secția ATI

8.3. PO-NUR-01/Ed.II/F1 – Plan de îngrijire Secția Clinică Chirurgie Generală

8.4. PO-NUR-01/Ed.II/F2 – Plan de îngrijire Secția Clinică Oftalmologie

8.5. PO-NUR-01/Ed.II/F3 – Plan de îngrijire Secția Clinică ORL



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## UTILIZAREA PLANULUI DE ÎNGRIJIRE

Cod: PO-NUR-01

Ed.: II      Rev.: 0

Pag.: 6 / 6

- 8.6. PO-NUR-01/Ed.II/F4 – Plan de îngrijire Secția Clinică Medicină Internă
- 8.7. PO-NUR-01/Ed.II/F5 – Plan de îngrijire Secția Clinică Recuperare, Medicină Internă și Balneologie
- 8.8. PO-NUR-01/Ed.II/F6 – Plan de îngrijire Secția Clinică Dermatovenerologie
- 8.9. PO-NUR-01/Ed.II/F7 – Plan de îngrijire Secția Neurologie
- 8.10. PO-NUR-01/Ed.II/F8 – Plan de îngrijire Secția ATI

### 9. DIFUZARE

Procedura se difuzează pe baza Listei de difuzare, cod PS 01/F3 sau în format electronic.

Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/SCIM implementat.

### 10. INDICATORI DE MONITORIZARE

- 10.1. Nr. documente de referință în vigoare, actuale/ Nr. total documente de referință
- 10.2. Nr. planuri de îngrijire completate fără consimțământul pacientului/nr. total FOCCG analizate
- 10.3. Nr. planuri de îngrijire completate parțial conform instrucțiunilor (checklist instrucțiuni)/nr. total FOCCG analizate



## INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE PLAN DE ÎNGRIJIRE SECȚII

1. Prezentele instrucțiuni de completare a planului de îngrijire se aplică tuturor secțiilor, cu excepția Secției ATI.
2. Planul de îngrijire este un document medical completat de către asistentul medical și se alătură FOCG.
3. Se utilizează doar pentru **spitalizarea continuă**.
4. **Toate secțiile vor completa obligatoriu următoarele secțiuni:**
  - I. Pacient
  - II. Evaluare primară
  - III. Consimțământ
  - IV. Parametrii la internare/transfer
  - V. Evaluarea riscului de cădere
  - VI. Grila Norton de evaluare a escarelor de decubit
  - IX. Fișă de evaluare a durerii
  - XI. Evoluția pacientului – nevoile fundamentale, diagnosticul de îngrijire, manifestările de dependență, sursele de dificultate, obiectivele de îngrijire (inclusiv evaluarea îndeplinirii obiectivelor de îngrijire)
  - XII. Intervenții delegate
  - XIII. Intervenții autonome
  - XIV. Educație pentru sănătate
  - XV. Foaia de medicație
  - XVII. Fișă consum materiale sanitareSituația îngrijirilor la externare
5. **În funcție de specificul secției, precum și de situația fiecărui pacient, a particularităților îngrijirilor,** se completează restul secțiunilor din planul de îngrijire.
6. La transferul pacientului în altă secție din spital, se deschide un nou plan de îngrijire.

### I. PACIENT

➤ **Asistentul medical care efectuează evaluarea primară completează datele de identificare ale pacientului.**

Secțiunea se completează cu următoarele **date de identificare ale pacientului:**

- număr Foaie de Observație Clinică Generală
- nume și prenume pacient
- vârsta pacientului
- salonul unde este internat pacientul
- naționalitate
- limba vorbită
- religie – se bifează una din cele patru opțiuni: „ortodoxă (Biserica Ortodoxă Română)”, „romano-catolică”, „nu declară”, „altele”; pentru „Altele” asistentul medical va oferi detalii în acest sens
- numele, prenumele și numărul de telefon al aparținătorului sau al reprezentantului legal
- modul de internare, după cum urmează: în urgență, cu bilet de trimitere sau prin transfer (transfer din altă secție/compartiment/altă unitate sanitară). Se bifează una din cele trei opțiuni.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE PLAN DE ÎNGRIJIRE SECȚII

Cod: PO-NUR-01/A1

Ed.: II

Rev.: 0

Pag.: 2/9

### II. EVALUARE PRIMARĂ

Evaluarea primară se face la internarea pacientului în secția inițială sau în cazul transferului în altă secție din cadrul spitalului.

Data/ora	Data și ora la care se face evaluarea primară.
Asistent medical/Semnătura	Numele, prenumele, semnătura asistentului medical care face evaluarea primară.
Tratament antocoagulant/antiagregant	Se bifează cu DA sau NU.
Alergii cunoscute	Se bifează cu DA sau NU. În cazul în care pacientul este cunoscut cu alergii, acestea vor fi detaliate. <u>Asistentul medical care efectuează evaluarea primară, scrie cu ROȘU alergiile cunoscute ale pacientului.</u>
Regim alimentar	Se bifează una din cele 5 opțiuni (comun, hepatic, gastric, diabet, desodat) sau se oferă detalii despre un alt regim alimentar.

### III. CONSIMȚĂMÂNT

**Consimțământul pacientului este obținut de către asistentul medical care efectuează evaluarea primară.**

După completarea datelor de identificare ale pacientului se va obține consimțământul informat în vederea întocmirii planului de îngrijire:

- semnătura pacientului este obligatorie
- în cazul minorilor sau a pacientului major lipsit de discernământ, se consemnează obligatoriu numele, prenumele, semnătura reprezentantului legal

### IV. PARAMETRII LA INTERNARE /TRANSFER

Se completează cu valorile funcțiilor vitale măsurate la internare și în cazul transferului în altă secție/compartiment: temperatura, puls, tensiune arterială (T.A.), respirație, greutate/înălțime.

*Pentru exemplificare:* Temperatura 37,8°C, T.A. 180/110 mmHg, puls 96 bătăi/min, respirație 23 resp./min, greutate 115kg, înălțime 1,68 m.

Se bifează una dintre cele trei variante pentru starea generală: bună, alterată, gravă

### V. EVALUARE RISC CĂDERE (J.H. DOWNTON)

**Cădere (OMS)** – consecința oricărui eveniment care precipită (aruncă) individul către sol (podea) împotriva voinței sale.

**Risc de cădere** – asociere de factori intrinseci și extrinseci care favorizează producerea căderii pacienților internați.

Orice pacient internat este susceptibil de a suferi căderi de la același nivel sau nivele diferite, din diverse cauze, personale sau ambientale (factori intrinseci și extrinseci), cu diferite consecințe, de diferite tipuri și gravități, cu repercursiuni imediate și/sau în timp asupra stării sale de sănătate.

Documentarea riscului de cădere în planul de îngrijire este foarte importantă, atât pentru identificarea riscurilor de cădere la care este expus pacientul, cât și pentru aplicarea corectă și fundamentată a acțiunilor de îngrijire.

Evaluarea riscului de cădere se face utilizând **Scala J.H. Downton**.

**Scala riscurilor de cădere Downton** vizează factori de risc bine documentați pentru căderi și poate fi ușor de administrat. În urma evaluării, se notează cu un punct elementele care favorizează căderea pacienților și cu 0 puncte pe cele care nu predispon la cădere. Asistentul medical va încercui cifra (punctajul) ce corespunde profilului pacientului.



Astfel se va urmări dacă pacientul:

- a suferit sau nu căderi anterioare
- dacă urmează tratamente tranchilizante, diuretice, hipotensoare (nediuretice), antiparkinsoniene, antidepressive
- dacă suferă de tulburări de vedere și/ sau de auz
- dacă a prezentat episoade de pierdere a cunoștinței (ictus)
- dacă este orientat sau confuz
- dacă se poate deplasa normal, singur cu ajutor, nesigur cu sau fără ajutor sau nu se poate deplasa deloc

✗ Este obligatorie consemnarea scorului total. Se consideră risc mare, când suma punctelor obținute în urma evaluării riscurilor este mai mare de 2.

## VI. GRILA NORTON DE EVALUARE A ESCARELOR DE DECUBIT

✗ Toți pacienții trebuie evaluați cu privire la riscul de apariție a escarelor.

✗ Evaluarea se bazează pe observarea stării de sănătate a pacientului cu ajutorul **Scalei/Grilei Norton**.

✗ Evaluarea riscului de apariție a escarelor cu ajutorul Grilei Norton **se face la internare și la orice modificare a stării de sănătate a pacientului**.

✗ Pentru fiecare evaluare a riscului de apariție a escarelor, **este obligatorie consemnarea scorului total, semnătura asistentului medical care a efectuat evaluarea și data la care s-a efectuat evaluarea**.

**Grila Norton** este un instrument de evaluare a factorului de risc pe care îl prezintă o persoană față de apariția și dezvoltarea escarelor de decubit (ulcere de presiune). Pacientul este evaluat utilizând următoarele cinci criterii: stare fizică, stare mentală, mobilitate, activitatea și incontinență. Pacientul este evaluat de la 1 la 4 pentru toate cele cinci criterii.

Însumarea acestor puncte generează un grad de risc la care este expus pacientul privind apariția escarelor:

- < 12 indică un risc foarte înalt
- între 14 – 12 indică un risc înalt
- între 14 – 16 indică un risc scăzut

## VII. SCHIMBAREA POZIȚIEI ÎN PAT

✗ Această secțiune este strâns legată de evaluarea escarelor de decubit.

✗ Se bifează/completează: intervalul la care se procedează la schimbarea poziției (1-2 ore, 2-3 ore, 3-4 ore sau se precizează alt interval), alternarea pozițiilor – DA sau NU (DD – decubit dorsal, DLD – decubit lateral drept, DLS – decubit lateral stâng sau alte poziții), alte instrucțiuni privind utilizarea saltelei antiescară, tapotament, aplicare de unguente/creme.

✗ Se consemnează poziția (data, ora, DLD/DLS/DD, eventuale observații relevante ce țin de evoluția pacientului în acest sens) și semnătura persoanei care a efectuat-o.

## VIII. SCALA DE DURERE NON-VERBALĂ

✗ Scala de durere non-verbală va fi aplicată în cazul pacienților intubați, afazici.

✗ Este obligatorie consemnarea scorului total, semnătura asistentului medical care a realizat evaluarea și data la care s-a efectuat evaluarea.

✗ Pacientul este evaluat utilizând următoarele cinci criterii: facies, agitație, tonus muscular, vocalizare, consolabilitate. Pacientul este evaluat de la 0 la 2 pentru toate cele cinci criterii. Asistentul medical va încercui cifra (punctajul) ce corespunde profilului pacientului.



Însumarea acestor puncte generează trei situații în funcție de tipul durerii:

- DURERE UȘOARĂ → SCOR: 1 – 3 → Asistentul medical anunță medicul curant / de gardă – secție
- DURERE MODERATĂ → SCOR: 4 – 6 → Asistentul medical anunță medicul curant / de gardă – secție
- DURERE SEVERĂ → SCOR: 7 – 10 → Asistentul medical anunță medicul ATI

#### IX. FIȘĂ DE EVALUARE A DURERII

- ✓ La punctul **a** se marchează cu X intensitatea durerii (de la 1 la 10).
- ✓ Se completează și se bifează acolo unde este cazul, cu următoarele informații:
  - *Punctul b*: tipul durerii – acută sau cronică (inclusiv nr. de zile), detalii privind factori de declanșare/agravare
  - *Punctul c*: dacă se folosesc antialgice sau nu, cu informații detaliate în acest sens
  - *Punctul d*: reevaluarea durerii – data reevaluării, intensitate, măsuri, efect obținut

#### X. SCORUL DE DEPENDENȚĂ

✓ **Independența** este un status care presupune funcționarea pleneră a ființei umane. O persoană independentă este o persoană care își poate satisface autonom toate nevoile sale.

✓ **Dependența** este incapacitatea persoanei de a îndeplini singur, fără ajutorul altei persoane, acțiuni care să-i permită un nivel acceptabil în satisfacerea nevoilor, astfel încât să fie independent.

✓ **Nivelul de dependență al pacientului** se determină după evaluarea funcției de independență/dependență a fiecărei nevoi fundamentale, după cum urmează:

**Nivelul 1:** independență (autonomie) – notată cu 1 punct

**Nivelul 2:** dependență moderată – notată cu 2 puncte

**Nivelul 3:** dependență majoră – notată cu 3 puncte

**Nivelul 4:** dependență totală – notată cu 4 puncte

✓ Fiecare nevoie fundamentală poate fi încadrată într-una dintre cele patru categorii.

✓ Prin acordarea unui punctaj de la 1 la 4 (în funcție de gravitate) fiecărei nevoi și totalizând aceste puncte, se obține un total care poate varia între 14 și 56 de puncte. Totalul de puncte permite clasificarea pacienților în patru categorii de dependență prezentate la *Secțiunea X. Scorul de dependență*.

Niveluri de dependență	Scor de dependență	Categoriile de dependență	Pacient - status de dependență	Personal de îngrijire necesar pentru manevrele de îngrijire
Nivel 1	Până la 14	Pacient independent (autonom)	Complet activ – desfășoară toate activitățile singur.	Asistentul medical de salon (AM)
Nivel 2	De la 15 la 28	Pacient cu dependență moderată	Parțial capabil să se îngrijească singur; are nevoie de sprijin (ajutor parțial) pentru satisfacerea unor nevoi.	AM și infirmier
Nivel 3	De la 29 la 42	Pacient cu dependență majoră	Incapabil să se îngrijească singur; are nevoie de susținere (ajutor permanent) pentru satisfacerea unor nevoi.	AM suplimentat de încă un AM/infirmier + infirmier
Nivel 4	De la 43 la 56	Pacient cu dependență totală	Incapabil să se îngrijească singur, marea majoritate a nevoilor sunt substituite de personalul medical (suplinire totală); are nevoie de susținere pentru satisfacerea unor nevoi.	AM suplimentat de încă un AM și 2 infirmieri



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE PLAN DE ÎNGRIJIRE SECȚII

Cod: PO-NUR-01/A1

Ed.: II

Rev.: 0

Pag.: 5/9

### XI. EVOLUȚIA PACIENTULUI – NEVOI FUNDAMENTALE/DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE/MANIFESTĂRI DE DEPENDENȚĂ/SURSE DE DIFICULTATE/OBIECTIVE DE ÎNGRIJIRE

- În această secțiune sunt prezentate cele 14 nevoi fundamentale – simbol „✓”:
- pentru fiecare nevoie sunt predefinite *diagnostice de îngrijire (simbol „▶”)*, *surse de dificultate*, *obiective de îngrijire*
  - pentru fiecare diagnostic de îngrijire sunt identificate o serie de *manifestări de dependență* – în mare parte notate cu cifre – a, b, c ....
- **Stabilirea diagnosticului de îngrijire.** Este o activitate independentă a asistentului medical care implică recunoașterea și definirea unei probleme actuale sau posibile de sănătate. Diagnosticul de îngrijire reprezintă judecata clinică asupra răspunsului individual la probleme de sănătate actuale sau posibile reprezentată prin identificarea problemei/nevoii pacientului.
- Asistentul medical identifică problemele pacientului în urma evaluării și discuției cu acesta sau cu reprezentantul legal. Astfel, asistentul medical consemnează pentru fiecare nevoie:
- **manifestările de dependență (MD)** pe care le prezintă pacientul (în coloana aferentă datei la care se face evaluarea, se notează cu **a, b, c, d** etc. sau cu „X” acolo unde există o singură manifestare de dependență sau se completează spațiile punctate). În rubrica „**Alte MD**” pot fi completate alte manifestări identificate de către asistentul medical (inclusiv alte diagnostice de îngrijire). Scorul pentru fiecare nevoie se stabilește în funcție de manifestările de dependență identificate.
  - **sursele de dificultate (SD)** – în coloana aferentă datei la care se face evaluarea, se notează cu **a, b, c, d** etc. În rubrica „**Alte SD**” pot fi completate alte surse de dificultate identificate de către asistentul medical.
  - în funcție de manifestările de dependență și sursele de dificultate identificate, asistentul medical stabilește **obiectivele de îngrijire**. În coloana aferentă datei la care se face evaluarea, se notează cu **a, b, c, d** etc. sau se completează cu alte obiective în funcție de nevoile de îngrijire ale fiecărui pacient. La externare, nu se mai stabilesc obiective de îngrijire.
- Avantajele stabilirii obiectivelor de îngrijire sunt: facilitează îngrijirea standardizată bazată pe dovezi, înregistrează îngrijirea și măsoară îngrijirea furnizată. În cazul în care trebuie abordate mai multe diagnostice de îngrijire, asistentul medical atribuie fiecărui diagnostic câte un obiectiv /mai multe obiective pentru a lua decizia adecvată asupra intervențiilor de îngrijire.
- Pentru fiecare moment de evaluare (internare, externare, evaluare de etapă), se consemnează data și ora evaluării și la final semnătura asistentului medical care face evaluarea. În cazul în care apare situația transferului se bifează căsuța „ T”.
- **Evaluarea se face obligatoriu la internare (data int) și la externare (data ext)**, iar pe parcursul spitalizării în funcție de starea de sănătate a pacientului.
- **Rubrica evaluare obiectiv de îngrijire:**
- data evaluării obiectivelor de îngrijire stabilite („**Dată OB**”) – evaluarea se face la o dată ulterioară internării/evaluării de etapă, prin consemnarea stadiului manifestărilor de dependență identificate după aplicarea diferitelor manevre de îngrijire
  - pentru fiecare „Dată OB” – se notează cu „A”, „AB” sau „N” (ameliorat, absent, manifestări de dependență noi). **În cazul în care pacientul înregistrează o situație de stagnare, se va nota cu „S”.**



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE PLAN DE ÎNGRIJIRE SECȚII

Cod: PO-NUR-01/A1

Ed.: II

Rev.: 0

Pag.: 6/9

### XII. INTERVENȚII DELEGATE

- După stabilirea scorului de dependență, se consemnează îngrijirile specifice acordate pacientului, **în această secțiune cu referire la intervențiile delegate.**
- Intervențiile delegate sunt standardizate și specifice fiecărei secții.
- Asistentul medical de tură completează data și numărul în dreptul intervențiilor efectuate și se semnează. La rubrica „Total” se însușește intervențiile efectuate.
- Intervențiile delegate care nu se regăsesc în listă se completează la rubrica „Altele”.
- Se va consemna cu „R” refuzul pacientului pentru efectuarea manevrelor de îngrijire.

### XIII. INTERVENȚII AUTONOME

- După stabilirea scorului de dependență, se consemnează îngrijirile specifice acordate pacientului, **în această secțiune cu referire la intervențiile autonome.**

- Asistentul medical de tură completează în dreptul intervențiilor efectuate – data, precum și următoarele:

#### 1. Măsurare T.A. manual

#### 2. Monitorizare puls

#### 3. Alte evaluări fiziologice (temperatură, înălțime, greutate)

#### 4. Monitorizare eliminări: scaun (S), urină (D), menstra (M), vărsături (V), expectorații (E)

#### 5. Alimentație: activă (A), pasivă (P)

#### 6. Hidratare: cantitate

#### 7. Mobilizare/mișcare/poziție: activă (A), pasivă (P)

#### 8. Însoțire/Transport: pat (P), targă (T), fotoliu rulant (F) sau se consemnează orice însoțire a pacientului la investigații/consultații

#### 9. Prevenire complicații

#### 10. Schimbarea lenjeriei: de pat (P), de corp (C)

#### 11. Toaleta: generală (G), parțial (P)

#### 12. Educație pentru sănătate

- Acolo unde este cazul se folosesc prescurtările/notările de mai sus (menționate și în planul de îngrijire) sau se trece numărul intervențiilor. La rubrica „Total” se însușește intervențiile efectuate (în situația în care s-a trecut numărul).

- Asistentul medical semnează pentru fiecare intervenție efectuată.
- Intervențiile autonome care nu se regăsesc în listă se completează la rubrica „Altele”.
- Se va consemna cu „R” refuzul pacientului pentru efectuarea manevrelor de îngrijire.

### XIV. EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE

- Prin această secțiune, asistentul medical își îndeplinește rolul de a efectua educație pentru sănătate și de a promova un stil de viață sănătos pentru pacienți.
- Asistentul medical bifează tema abordată/temele abordate cu pacientul sau completează cu alte teme, în funcție de nevoile pacientului.
- Este obligatorie semnătura asistentului medical pentru fiecare temă abordată.

### XV. FOAIE DE MEDICAȚIE

- În această secțiune, se consemnează și alergiile pacientului (medicamentoase/alimentare/alte).
- Se consemnează cu „MP” – medicația personală a pacientului, precum și „LF” – dacă medicamentul lipsește din farmacia spitalului. De asemenea, se va consemna cu „R” orice refuz de medicație de către pacient.

Secțiunea conține trei părți:

- A. Testarea alergiei la antibiotice/medicamente** – se completează cu denumirea antibioticului/medicamentului, data și ora testării, rezultatul testării, semnătura persoanei care a efectuat testarea.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE PLAN DE ÎNGRIJIRE SECȚII

Cod: PO-NUR-01/A1

Ed.: II

Rev.: 0

Pag.: 7/9

**B. Medicație administrată conform prescripțiilor din FOCG**– se completează cu denumirea medicamentului prescris, doza și calea de administrare, ora recomandată de către medic, data la care se administrează medicamentul, semnătura asistentului medical care administrează medicamentul (asistentul medical de tură).

### C. Medicamente administrate în urgență (atunci când este cazul)

Se completează fiecare rubrică din tabel: data administrării medicamentului, denumirea medicamentului, doza și calea de administrare, medicul prescriptor, ora prescrierii și ora administrării medicamentului, semnătura asistentului medical care administrează medicamentul, reacții adverse – dacă acestea există.

### XVI. PROBLEME NEPREVĂZUTE PE PERIOADA SPITALIZĂRII

- Se consemnează acele probleme care nu pot fi incluse în celelalte secțiuni, probleme prezentate de pacient pe durata spitalizării.
- EAAAM (evenimentele adverse asociate asistenței medicale) se consemnează în această secțiune.
- De asemenea, se pot menționa și următoarele: refuzul medicației de către pacient, refuzul anumitor intervenții delegate sau autonome de către pacient etc.

### XVII. FIȘĂ CONSUM MATERIALE SANITARE

Se completează cu data și numărul de materiale sanitare utilizate în procesul de îngrijire a pacientului.

### SITUAȚIA ÎNGRIJIRILOR LA EXTERNARE

1. Se bifează nevoile fundamentale pentru care pacientul a prezentat probleme de îngrijire.
  2. Se bifează categoria de intervenții aplicate pe parcursul internării pentru reducerea dependenței.
  3. Se consemnează scorul de dependență la internare și externare.
- !!! Scorul de dependență consemnat în această secțiune trebuie să corespundă cu scorul de dependență consemnat la finalul Secțiunii XI – Evoluția pacientului.
4. Se bifează gradul de dependență al pacientului la externare: independent, dependență moderată, dependență majoră, dependență totală.
  5. Se bifează dacă pacientul prezintă la externare: CVP, tuburi de dren, fire sutură, sondă vezicală.
  6. Se bifează recomandările la externare sau se detaliază altele.
  7. Se consemnează numele și prenumele pacientului, data externării, numele, prenumele și semnătura asistentului medical, numele, prenumele și semnătura asistentului șef.

!!! Data externării trebuie să coincidă cu data înscrisă pentru ultima evaluare a pacientului, conform tabelului de la Secțiunea XI – Evoluția pacientului



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE PLAN DE ÎNGRIJIRE SECȚII

Cod: PO-NUR-01/A1

Ed.: II

Rev.: 0

Pag.: 8/9

### ABREVIERI PLAN DE ÎNGRIJIRE

Nr. crt.	Abreviere	Explicație
1	Ad. medicamente	Administrare medicamente
2	Alim. parenterală	Alimentație parenterală
3	Aplicare ag. termici (calzi)	Aplicare agenți termici (calzi)
4	ATPA	Vaccin antitetanos
5	CA	Cateter arterial
6	CVC	Cateter venos central
7	CVP	Cateter venos periferic
8	Data ext.	Data externării
9	Data int.	Data internării
10	DD	Decubit dorsal
11	DLD	Decubit lateral drept
12	DLS	Decubit lateral stâng
13	Ed.	Educație
14	Ev.	Evaluare
15	Evac.	Evacuare
16	FOCG	Foaie de observație clinică generală
17	Inj.	Injecție
18	Mănuși consult.	Mănuși consultație
19	Măs. T.A. manual	Măsurare tensiune arterială manual
20	NP	Nume și prenume
21	Preg. mat./pacient	Pregătire materiale și pacient
22	Rec.	Recoltare
23	SC	subcutanat
24	Schimbare pansam.	Schimbare pansamente
25	SNG	Sondă naso-gastrică
26	T.A.	Tensiune arterială
27	Teg.	Tegument
28	Temp.	Temperatură
29	Transfuzie C.E.	Transfuzie concentrat eritrocitar
30	Transfuzie PPC	Transfuzie plasmă proaspăt congelată
31	K. mușchi faciali, artic. temporomandib.	Kinetoterapie mușchi faciali, articulația temporomandibulară
32	K. artic. umărului	Kinetoterapia articulației umărului
33	K. mușchilor pieptului/abdom.	Kinetoterapia mușchilor pieptului sau abdominali
34	K. mușchilor spatelui/gâtului	Kinetoterapia mușchilor spatelui sau a gâtului
35	K. mușchilor brațelor	Kinetoterapia mușchilor brațelor
36	K. artic. cotului	Kinetoterapia articulației cotului
37	K. mușchilor mâinilor/artic. încheieturii mâinilor/degetelor	Kinetoterapia mușchilor mâinilor, articulațiilor încheieturii mâinilor și a degetelor
38	K. artic. șoldului	Kinetoterapia articulației șoldului
39	K. planșeului pelvian	Kinetoterapia planșeului pelvian
40	K. mușchilor membrului inf.	Kinetoterapia mușchilor membrului inferior
41	K. artic. genunchi	Kinetoterapia articulației genunchiului



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE PLAN DE ÎNGRIJIRE SECȚII

Cod: PO-NUR-01/A1

Ed.: II

Rev.: 0

Pag.: 9/9

42	K. mușchilor piciorului/ artic. gleznei/ piciorului	Kinetoterapia mușchilor piciorului, articulației gleznei și a piciorului
43	K. întregului corp	Kinetoterapia întregului corp
44	K. sist. respirator	Kinetoterapia sistemului respirator
45	K. sist. cardioresp./ cardiovascular	Kinetoterapia sistemului cardiorespirator/cardiovascular



## INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE PLAN DE ÎNGRIJIRE SECȚIA ATI

1. Planul de îngrijire este un document medical completat de către asistentul medical.
2. **În cadrul Secției ATI nu se fac internări.** Spitalizarea este continuă, prin transferuri ale pacienților internați în celelalte secții ale spitalului.
3. Planul de îngrijire întocmit în Secția ATI reprezintă o anexă la planul de îngrijire întocmit în secția unde pacientul este internat.

### I. INFORMAȚII PACIENT

Asistentul medical care efectuează evaluarea primară completează datele de identificare ale pacientului.

Secțiunea se completează cu următoarele **date de identificare ale pacientului**:

- secția de unde este transferat pacientul
- nume și prenume pacient
- nr. FOCG
- alergii cunoscute - Se bifează cu DA sau NU. În cazul în care pacientul este cunoscut cu alergii, acestea vor fi detaliate. **Asistentul medical care efectuează evaluarea primară, scrie cu ROȘU alergiile cunoscute ale pacientului.**

### II. PARAMETRII LA TRANSFER

Se completează cu data transferului și valorile funcțiilor vitale măsurate în momentul transferului: temperatura, puls, tensiune arterială (T.A.), respirație, greutate/înălțime.

*Pentru exemplificare:*

Temperatura 37,8°C, T.A. 180/110 mmHg, puls 96 bătăi/min, respirație 23 resp./min, greutate 115kg, înălțime 1,68 m.

Se bifează una dintre cele trei variante pentru starea generală: bună, alterată, gravă.

### V. EVALUARE RISC CĂDERE (J.H. DOWNTON)

**Cădere (OMS)** – consecința oricărui eveniment care precipită (aruncă) individul către sol (podea) împotriva voinței sale.

**Risc de cădere** – asociere de factori intrinseci și extrinseci care favorizează producerea căderii pacienților internați.

Orice pacient este susceptibil de a suferi căderi de la același nivel sau nivele diferite, din diverse cauze, personale sau ambientale (factori intrinseci și extrinseci), cu diferite consecințe, de diferite tipuri și gravități, cu repercursiuni imediate și/sau în timp asupra stării sale de sănătate.

Documentarea riscului de cădere în planul de îngrijire este foarte importantă, atât pentru identificarea riscurilor de cădere la care este expus pacientul, cât și pentru aplicarea corectă și fundamentată a acțiunilor de îngrijire.

Evaluarea riscului de cădere se face utilizând **Scala J.H. Downton**.

**Scala riscurilor de cădere Downton** vizează factori de risc bine documentați pentru căderi și poate fi ușor de administrat. În urma evaluării, se notează cu un punct elementele care favorizează căderea pacienților și cu 0 puncte pe cele care nu predispun la cădere. Asistentul medical va încercui cifra (punctajul) ce corespunde profilului pacientului.

Astfel se va urmări dacă pacientul:

- a suferit sau nu căderi anterioare
- dacă urmează tratamente tranchilizante, diuretice, hipotensoare (nediuretice), antiparkinsoniene, antidepresive
- dacă suferă de tulburări de vedere și/ sau de auz
- dacă a prezentat episoade de pierdere a cunoștinței (ictus)



- dacă este orientat sau confuz
- dacă se poate deplasa normal, singur cu ajutor, nesigur cu sau fără ajutor sau nu se poate deplasa deloc

✗ Este obligatorie consemnarea scorului total. Se consideră risc mare, când suma punctelor obținute în urma evaluării riscurilor este mai mare de 2.

#### IV. GRILA NORTON DE EVALUARE A ESCARELOR DE DECUBIT

- ✗ Toți pacienții transferați în Secția ATI trebuie evaluați cu privire la riscul de apariție a escarelor.
- ✗ Evaluarea se bazează pe observarea stării de sănătate a pacientului cu ajutorul Scalei/Grilei Norton.
- ✗ Evaluarea riscului de apariție a escarelor cu ajutorul Grilei Norton **se face la transfer și la orice modificare a stării de sănătate a pacientului.**
- ✗ Pentru fiecare evaluare a riscului de apariție a escarelor, **este obligatorie consemnarea scorului total, semnătura asistentului medical care a efectuat evaluarea și data la care s-a efectuat evaluarea.**

**Grila Norton** este un instrument de evaluare a factorului de risc pe care îl prezintă o persoană față de apariția și dezvoltarea escarelor de decubit (ulcere de presiune). Pacientul este evaluat utilizând următoarele cinci criterii: stare fizică, stare mentală, mobilitate, activitatea și incontinență. Pacientul este evaluat de la 1 la 4 pentru toate cele cinci criterii.

Însumarea acestor puncte generează un grad de risc la care este expus pacientul privind apariția escarelor:

- < 12 indică un risc foarte înalt
- între 14 – 12 indică un risc înalt
- între 14 – 16 indică un risc scăzut

#### V. SCHIMBAREA POZIȚIEI ÎN PAT

- ✗ Această secțiune este strâns legată de evaluarea escarelor de decubit.
- ✗ Se bifează/completează: intervalul la care se procedează la schimbarea poziției (1-2 ore, 2-3 ore, 3-4 ore sau se precizează alt interval), alternarea pozițiilor – DA sau NU (DD – decubit dorsal, DLD – decubit lateral drept, DLS – decubit lateral stâng sau alte poziții), alte instrucțiuni privind utilizarea saltei antiescară, tapotament, aplicare de unguente/creme.

#### VI.A. FIȘĂ DE EVALUARE A DURERII

- ✗ La punctul a se marchează cu X intensitatea durerii (de la 1 la 10).
- ✗ Se completează și se bifează acolo unde este cazul, cu următoarele informații:
  - *Punctul b:* tipul durerii – acută sau cronică (inclusiv nr. de zile), detalii privind factori de declanșare/agravare
  - *Punctul c:* dacă se folosesc analgetice sau nu, cu informații detaliate în acest sens
  - *Punctul d:* reevaluarea durerii – data reevaluării, intensitate, măsuri, efect obținut

#### VI.B. SCALA DE DURERE NON-VERBALĂ

- ✗ Scala de durere non-verbală va fi aplicată în cazul pacienților intubați, afazici.
- ✗ Este obligatorie consemnarea scorului total, semnătura asistentului medical care a realizat evaluarea și data la care s-a efectuat evaluarea.
- ✗ Pacientul este evaluat utilizând următoarele cinci criterii: facies, agitație, tonus muscular, vocalizare, consolabilitate. Pacientul este evaluat de la 0 la 2 pentru toate cele cinci criterii. Asistentul medical va încercui cifra (punctajul) ce corespunde profilului pacientului.

Însumarea acestor puncte generează trei situații în funcție de tipul durerii:

- DURERE UȘOARĂ → SCOR: 1 – 3 → Asistentul medical anunță medicul curant / de gardă – secție
- DURERE MODERATĂ → SCOR: 4 – 6 → Asistentul medical anunță medicul curant / de gardă – secție
- DURERE SEVERĂ → SCOR: 7 – 10 → Asistentul medical anunță medicul ATI



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE PLAN DE ÎNGRIJIRE SECȚIA ATI

Cod: PO-NUR-01/A2

Ed.: II

Rev.: 0

Pag.: 3/4

### VII. EVOLUȚIA PACIENTULUI – NEVOI FUNDAMENTALE, MANIFESTĂRI DE DEPENDENȚĂ, SCORUL DE DEPENDENȚĂ

➤ **Independența** este un status care presupune funcționarea pleneră a ființei umane. O persoană independentă este o persoană care își poate satisface autonom toate nevoile sale.

➤ **Dependența** este incapacitatea persoanei de a îndeplini singur, fără ajutorul altei persoane, acțiuni care să-i permită un nivel acceptabil în satisfacerea nevoilor, astfel încât să fie independent.

➤ **Nivelul de dependență al pacientului** se determină după evaluarea funcției de independență/dependență a fiecărei nevoi fundamentale, după cum urmează:

**Nivelul 1:** independență (autonomie) – notată cu 1 punct

**Nivelul 2:** dependență moderată – notată cu 2 puncte

**Nivelul 3:** dependență majoră – notată cu 3 puncte

**Nivelul 4:** dependență totală – notată cu 4 puncte

➤ Fiecare nevoie fundamentală poate fi încadrată într-una dintre cele patru categorii.

➤ Prin acordarea unui punctaj de la 1 la 4 (în funcție de gravitate) fiecărei nevoi și totalizând aceste puncte, se obține un total care poate varia între 14 și 56 de puncte. Totalul de puncte permite clasificarea pacienților în patru categorii de dependență.

Niveluri de dependență	Scor de dependență	Categorii de dependență	Pacient - status de dependență	Personal de îngrijire necesar pentru manevrele de îngrijire
Nivel 1	Până la 14	Pacient independent (autonom)	Complet activ – desfășoară toate activitățile singur.	Asistentul medical de salon (AM)
Nivel 2	De la 15 la 28	Pacient cu dependență moderată	Parțial capabil să se îngrijească singur; are nevoie de sprijin (ajutor parțial) pentru satisfacerea unor nevoi.	AM și infirmier
Nivel 3	De la 29 la 42	Pacient cu dependență majoră	Incapabil să se îngrijească singur; are nevoie de susținere (ajutor permanent) pentru satisfacerea unor nevoi.	AM suplimentat de încă un AM/infirmier + infirmier
Nivel 4	De la 43 la 56	Pacient cu dependență totală	Incapabil să se îngrijească singur, marea majoritate a nevoilor sunt substituite de personalul medical (suplinire totală); are nevoie de susținere pentru satisfacerea unor nevoi.	AM suplimentat de încă un AM și 2 infirmieri

➤ În această secțiune sunt prezentate cele 14 nevoi fundamentale, iar pentru fiecare nevoie sunt predefinite manifestările de dependență.

➤ În coloana aferentă datei la care se face evaluarea, asistentul medical notează cu „X” manifestarea de dependență identificată în urma evaluării pacientului și consemnează scorul aferent de la 1 la 4 (în chenarul cu marginile negre). Este obligatorie semnătura asistentului medical la finalizarea evaluării.

➤ Data primei evaluări trebuie să corespundă cu data transferului în Secția ATI.

➤ **Evaluarea se face obligatoriu la transferul pacientului**, iar pe parcursul spitalizării în funcție de starea de sănătate a pacientului.



### VIII. INTERVENȚII DELEGATE

- ☒ După stabilirea scorului de dependență, se consemnează îngrijirile specifice acordate pacientului, **în această secțiune cu referire la intervențiile delegate.**
- ☒ Intervențiile delegate sunt standardizate și specifice Secției ATI.
- ☒ Asistentul medical de tură completează data și numărul în dreptul intervențiilor efectuate și se semnează. La rubrica „Total” se însumează intervențiile efectuate.
- ☒ Intervențiile delegate care nu se regăsesc în listă se completează la rubrica „Altele”.
- ☒ Se va consemna cu „R” refuzul pacientului pentru efectuarea manevrelor de îngrijire.

### IX. INTERVENȚII AUTONOME

- ☒ După stabilirea scorului de dependență, se consemnează îngrijirile specifice acordate pacientului, **în această secțiune cu referire la intervențiile autonome.**
- ☒ Asistentul medical de tură completează data efectuării manevrelor de îngrijire.
- ☒ Acolo unde este cazul se folosesc prescurtările/notările menționate în planul de îngrijire sau se trece numărul intervențiilor. La rubrica „Total” se însumează intervențiile efectuate (în situația în care s-a trecut numărul).
- ☒ Asistentul medical semnează pentru fiecare intervenție efectuată.
- ☒ Intervențiile autonome care nu se regăsesc în listă se completează la rubrica „Altele”.
- ☒ Se va consemna cu „R” refuzul pacientului pentru efectuarea manevrelor de îngrijire.

### X. INTERVENȚII ÎN ANESTEZII DE CONDUCERE (RAHI, PERI) ȘI ANESTEZIA GENERALĂ

- ☒ Prin această secțiune se urmărește sporirea siguranței pacientului prin acțiuni de verificare și monitorizare efectuate de către asistentul medical – checklist (se bifează căsuțele pentru confirmare și se completează cu detalii acolo unde este cazul).
- ☒ De asemenea, se consemnează data, iar pentru fiecare episod din succesiunea manevrelor se consemnează ora.
- ☒ Este obligatorie semnătura asistentului medical pentru manevrele efectuate.

### XI. FIȘĂ CONSUM MATERIALE SANITARE

Se completează cu data și numărul de materiale sanitare utilizate în procesul de îngrijire a pacientului.

### XII. MEDICAȚIE BAREM ADMINISTRATĂ

- ☒ Acolo unde este cazul se consemnează cu „LF” – dacă medicamentul lipsește din farmacia spitalului și cu „R” orice refuz de medicație de către pacient.
- ☒ Se completează fiecare rubrică din tabel.

### XIII. PROBLEME NEPREVĂZUTE PE PERIOADA SPITALIZĂRII

- ☒ Se consemnează acele probleme care nu pot fi incluse în celelalte secțiuni, probleme prezentate de pacient pe durata spitalizării.
- ☒ EAAAM (evenimentele adverse asociate asistenței medicale) se consemnează în această secțiune.
- ☒ De asemenea, se pot menționa și următoarele: refuzul medicației de către pacient, refuzul anumitor intervenții delegate sau autonome de către pacient etc.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

# FORMULAR DE DIFUZARE

Cod: PS 01/F3

Rev: 0

Pag: 1/2

Titlul documentului : Utilizarea planului de îngrijire

Cod document / Indice revizie : PO-NUR-01/Ed.II/Rev.0

Nr. crt.	Nr. ex.	Destinatarul documentului			Difuzare				Data difuzării	Observații
		Funcția	Numele și prenumele	Semnătura	H	E	C	I		
1		Director Medical	Dr. Emilia Solomon			X	X			
2		As. șef Secția Clinică Chirurgie Generală	As. Maricela Chițac			X	X			
3		As. șef Secția Clinică ORL	As. Angelica-Liliana Marciuc			X	X			
4		As. șef Secția Clinică Oftalmologie	As. Mihaela Ciobanu			X	X			
5		As. șef Secția Neurologie	As. Cornelia Crețu			X	X			
6		As. șef Secția Clinică Medicină Internă	As. Mihaela Condurache			X	X			
7		As. șef Secția Clinică Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie	As. Petronela Hurdubae			X	X			
8		As. șef Secția Dermato venerologie	As. Elena Huțanu			X	X			
9		As. șef Secția A.T.I	As. Nicoleta Brănici			X	X			
10		As. med. coordonator spital	As. Irina Gațu			X	X			
11		Ref. CMCSS	Băhnăreanu Andreea			X	X			

Legenda: H = suport hirtie; E = suport electronic; C = difuzare controlată; I = difuzare informativă /necontrolată