

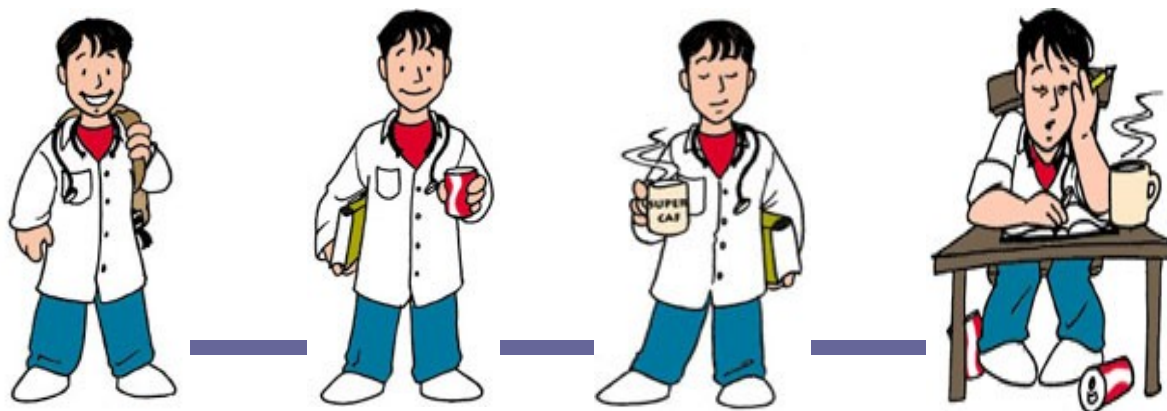
Základy ošetrovatelství

Mgr. Renata Živorová

(zivorova@med.muni.cz)

LFMU

Katedra ošetrovatelství, Kamenice



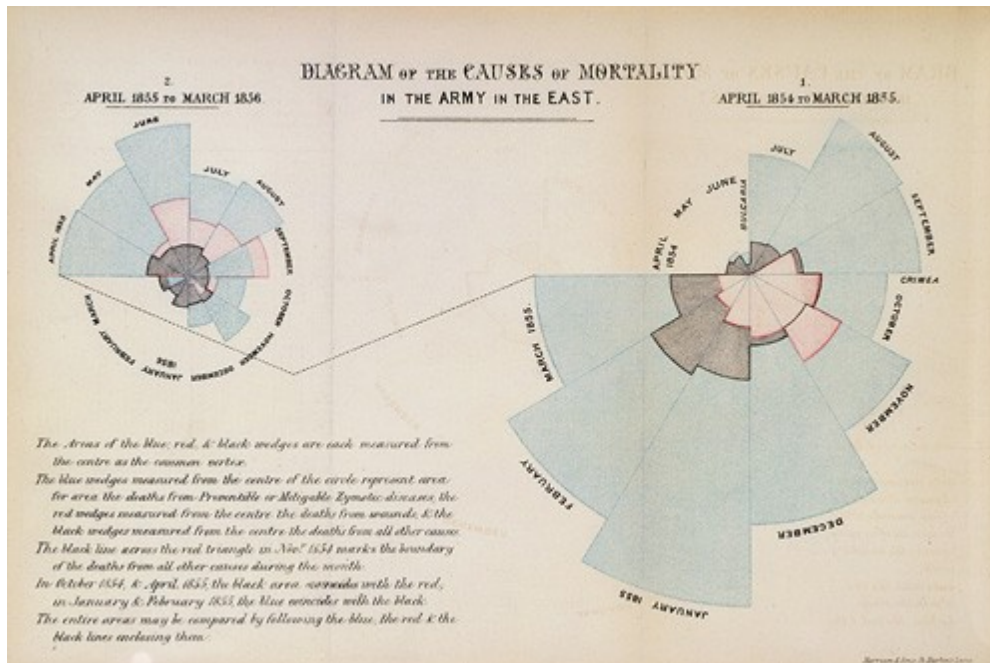
Skladba předmětu:

1. část - úvodní seminář (3 hodiny)
2. část - klinická stáž na ošetrovacích jednotkách (2 x 4 hodiny)
3. část - komunikace (4 hodiny)

Zápočet - absolvování předmětu

- vyplnění a odevzdání evaluačního dotazníku
- potvrzení o bezinfekčnosti a očkování proti HVB (při prezenci)
- poučení o povinnostech a mlčenlivosti
- zapíše PhDr. Macková Marie, Ph.D.

Florence Nightingale



12 May 1820 – 13 August 1910

Ošetřovatelství je zaměřeno

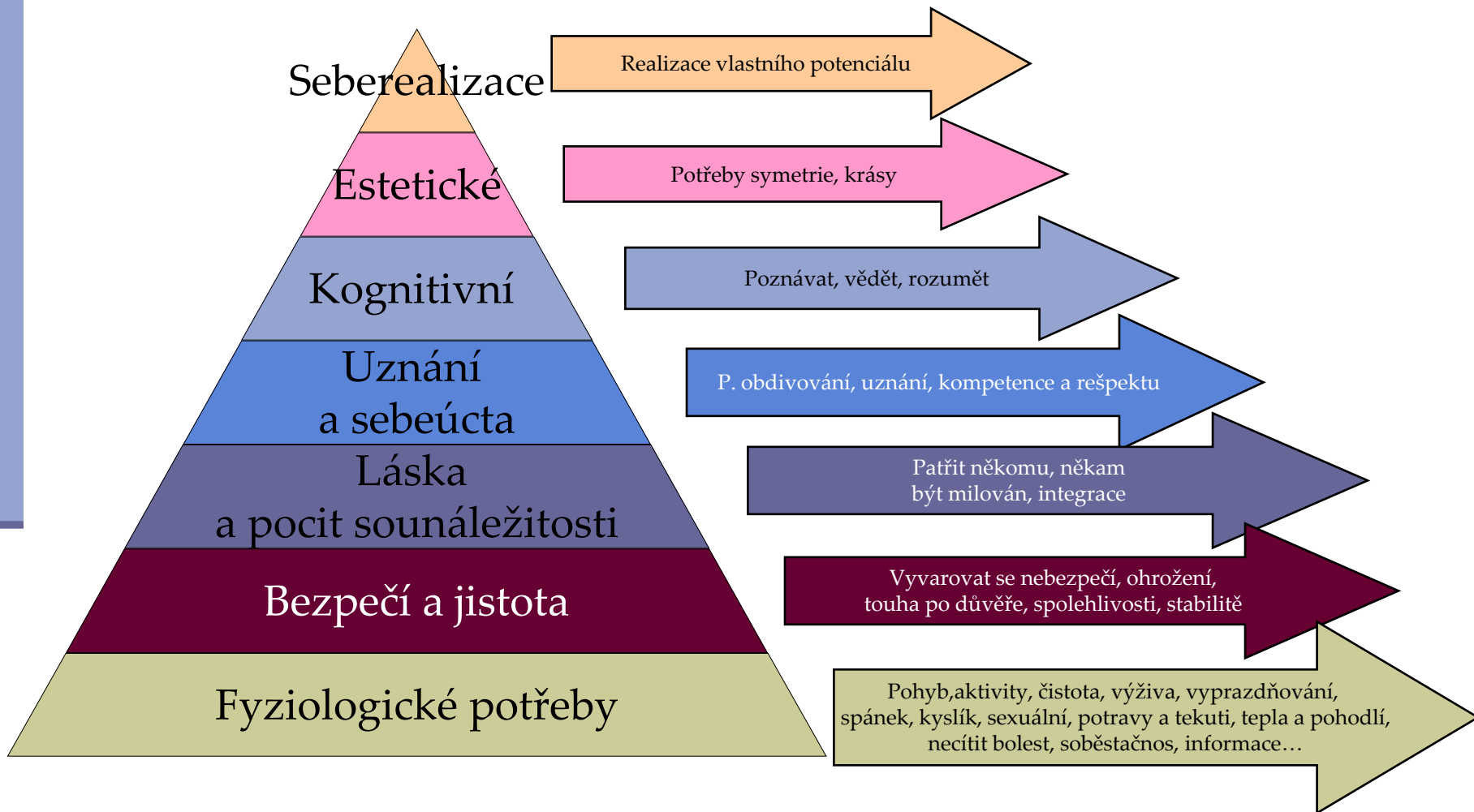


Ošetřovatelství

je samostatná vědná disciplína



Maslowova hierarchie potřeb

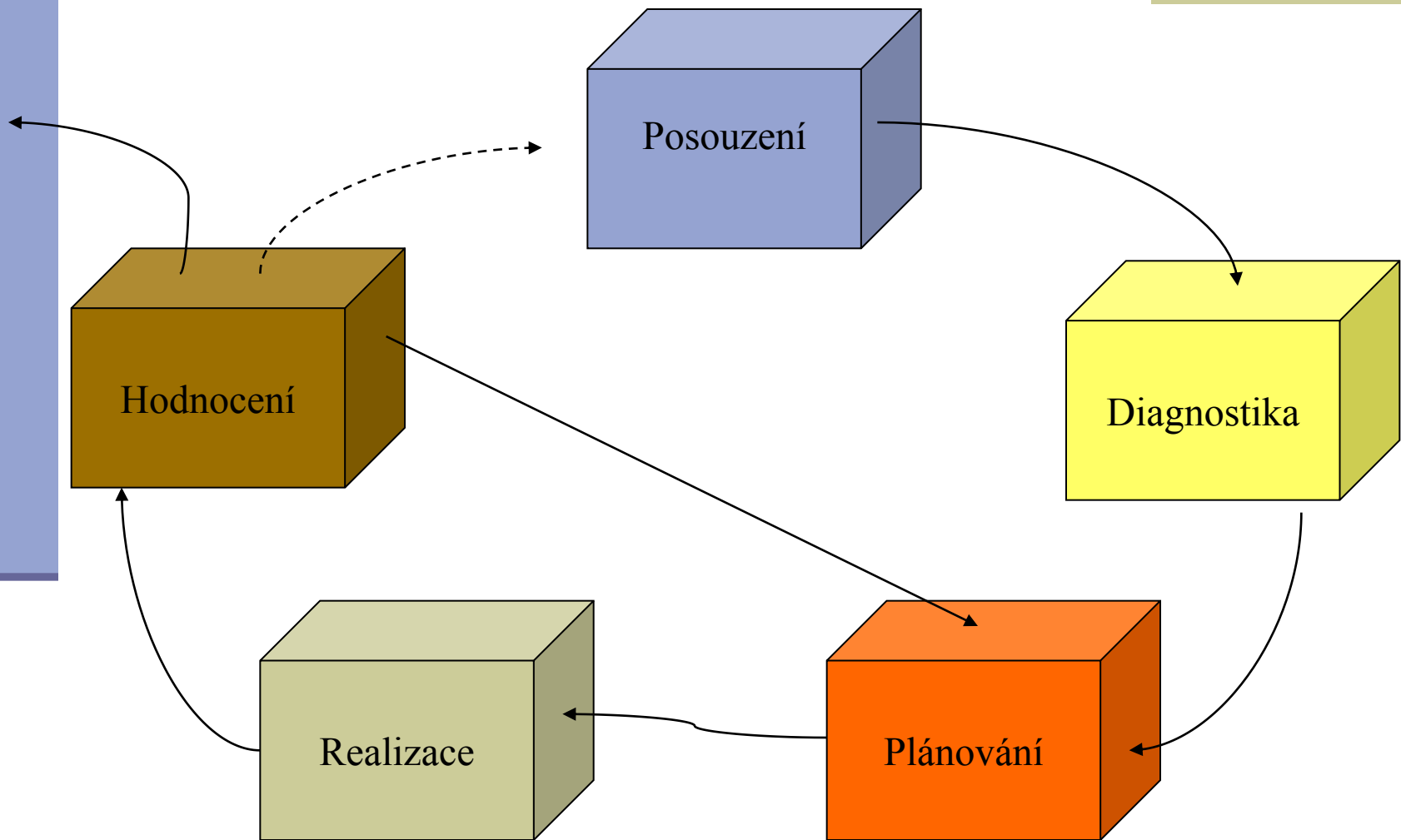


Charakteristika ošetrovateľskej péče

Vyhláška č. 424/2004 Sb.

- **Základní** ošetrovateľská péče
- **Specializovaná** ošetrovateľská péče
- **Vysoce specializovaná** ošetrovateľská péče
- **Specifická** ošetrovateľská péče

Ošetrovatelský proces



Bariérová ošetrovatelská péče

- je systém pracovních a organizačních opatření, které mají **zabránit vzniku a šíření** nozokomiálních nákaz.
- Nozokomiální nákazy jsou onemocnění, které **vznikly v souvislosti s pobytem osoby ve zdravotnickém zařízení** (skupiny: ranné, kožní, respirační, gastrointestinální, močové, sepse, virové – přenos krví).

Dělení nozokomiálních nákaz

- Nespecifické:
přineseny zvenku, vyvolány klasickými původci infekčních onemocnění
- Specifické:
charakteristická pro některá zdravotnická pracoviště, způsobují např. hnisání ran na CHO
- Endogenního původu:
infekční agens pochází z *těla pacienta*, z jeho mikroflóry zavléčením na jiné místo
- Exogenního původu:
zavléčen do organismu z *vnějšího prostředí*, zdroj jiný pacient, zdravotnický personál, návštěvy pacienta, jídlo atd...

Hygiena rukou

- nejlevnější a neúčinnější metoda přerušení řetězce přenosu infekce
- Metodické opatření č. 6/2005



Šperky - zvyšují riziko infekce a zranění, stejně jako mohou podporovat tvorbu „výklenků“, kde se mohou ukládat bakterie.



S pomocí **molekulárně biologických metod** je možné dokázat, že je možné **přenést jedny a ty samé bakterie skrze minimálně 5 kontaktů rukou.**

www.rabc-wfk.com/module1/hands.jpg

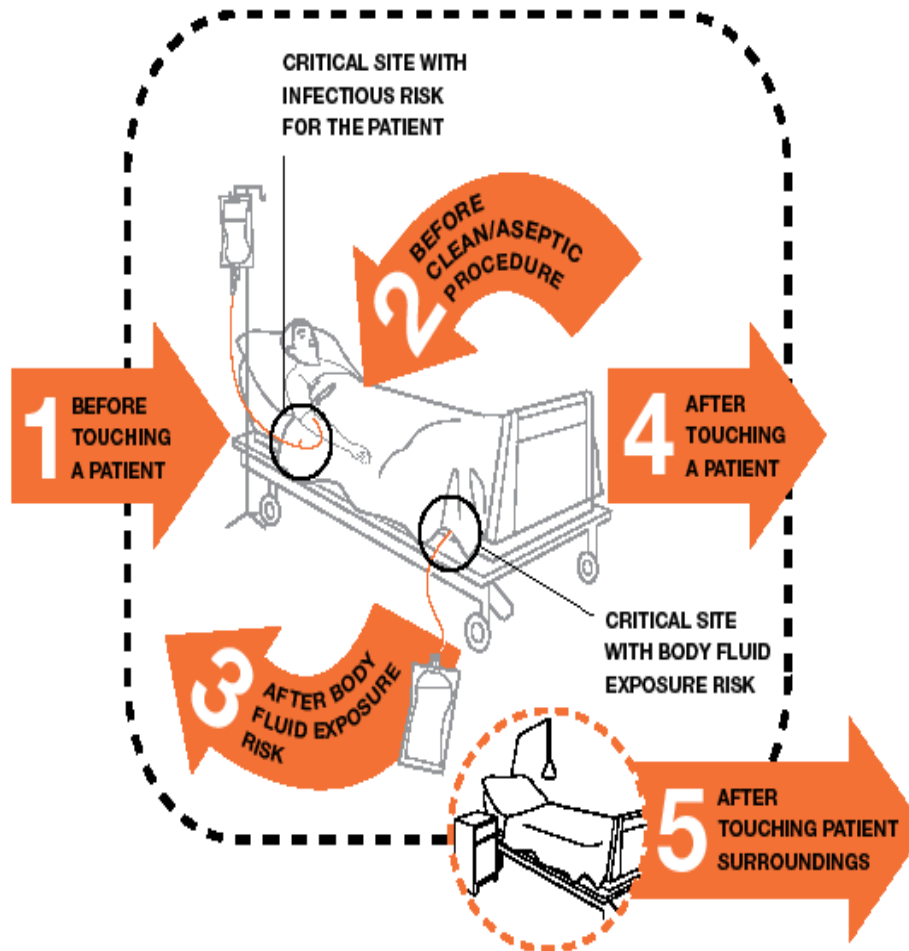
Hygiena rukou

■ Skládá se z:

- **MECHANICKÉ MYTÍ RUKOU (MMR)**
- **HYGIENICKÁ DEZINFEKCE RUKOU (HDR)**
- MECHANICKÉ MYTÍ RUKOU PŘED CHIRURGICKOU DEZINFEKČÍ
- CHIRURGICKÁ DEZINFEKCE RUKOU (CHDR)
- HYGIENICKÉ MYTÍ RUKOU (HMR)

WHEN?

YOUR 5 MOMENTS FOR HAND HYGIENE*



*NOTE: Hand hygiene must be performed in all indications described regardless of whether gloves are used or not.

Mechanické mytí rukou (MMR)

PROČ?

- mechanické odstranění nečistoty a částečně i přechodné mikroflóry z pokožky rukou

KDY?

- příchod na pracoviště
- před manipulací s jídlem
 - po použití toalety
- při podezření nebo přímém kontaktu s biologickým materiálem
 - odchod z pracoviště

JAK?

- ruce zvlhčit vodou,
- nanést mycí přípravek a dobře rozetřít po ruce,
- napěnit s malým množstvím vody,
 - vlastní mytí 30 vteřin
- dobře opláchnout tekoucí pitnou vodou,
- dosucha otřít ručníkem na jedno použití

Hygienická dezinfekce rukou (HDR)

PROČ?

- redukce množství přechodné mikroflóry z pokožky rukou s cílem přerušení cesty přenosu mikroorganismů

KDY?


- po mytí rukou při příchodu na pracoviště
- před a po každém kontaktu s pacientem
 - po sundání ochranných rukavic
 - před přípravou léků (všechny formy)
- před přípravou pomůcek k invazivnímu výkonu a samotným invazivním výkonem
- po mytí rukou v důsledku kontaminace biologickým materiálem
- po mytí rukou při odchodu z pracoviště

JAK?

- nanést **3 ml** dezinfekčního prostředku pro dezinfekci rukou
- dodržení správné techniky
 - vtírat do zaschnutí, minimálně však 30 – 60 vteřin

HOW TO HANDWASH?

WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED! OTHERWISE, USE HANDRUB

 Duration of the entire procedure: 40-60 seconds



Hand care


- Take care of your hands by regularly using a protective hand cream or lotion, at least daily.
- Do not routinely wash hands with soap and water immediately before or after using an alcohol-based handrub.
- Do not use hot water to rinse your hands.
- After handrubbing or handwashing, let your hands dry completely before putting on gloves.

Please remember

- Do not wear artificial fingernails or extenders when in direct contact with patients.
- Keep natural nails short.

HOW TO HANDRUB?

RUB HANDS FOR HAND HYGIENE! WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED

 Duration of the entire procedure: 20-30 seconds



Nejčastěji opomíjená místa při mytí rukou



Zelená barva – nejvíce vynechávaná místa při mytí ■

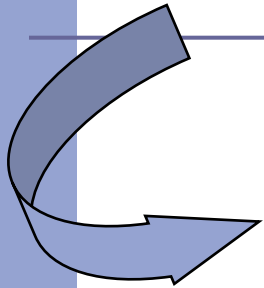
Žlutá barva – opomíjená místa ■

Růžová barva – pravidelně a nejlépe mytá místa ■

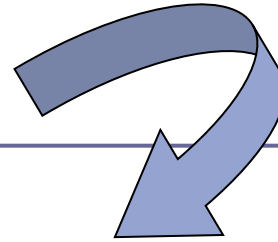
Další opatření bariérové péče

- Používání osobních ochranných prostředků
- oděv, obuv, obličejová maska, rukavice, plášť, zástěra
- Maximálně individualizovat pomůcky pro osobní hygienu a další –
příbor, podložní mísa, teploměry
- Dodržovat aseptické postupy (zachovávat sterilitu)
- Při odběru a manipulaci s biologickým materiálem používat ochranné
rukavice
- Provádět správnou likvidaci infekčního odpadu
- Správně zacházet se stravou, prádlem
- Podle předpisů provádět dezinfekci a sterilizaci

Péče o pomůcky



jednorázové



k opakovanému použití,
z různého materiálu
(kov, sklo, plast, textil)

- Tří etapový postup při dezinfekci a sterilizaci
 - naložení do dezinfekčního roztoku (zamezení infekčního aerosolu)
 - mechanické čištění
 - dezinfekce, sterilizace
- Legislativa – Vyhláška č. 195/2005

Dezinfekční přípravky:
Správná koncentrace,
Expoziční doba,
Střídání dle dezinfekčního
plánu oddělení

195

VYHLÁŠKA

ze dne 18. května 2005,

**kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření
infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz
zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče**

§ 7 Příjem a ošetřování fyzických osob ve zdravotnických zařízeních a ústavech sociální péče

- a) zdravotničtí pracovníci nosí **čisté osobní ochranné prostředky** vyčleněné pouze pro vlastní oddělení; při práci na jiném pracovišti používají jen ochranné prostředky tohoto pracoviště, přičemž pracovištěm se rozumí organizační útvar a oddělením užší či speciální část pracoviště; zdravotničtí pracovníci v operačních provozech a v lůžkových částech zdravotnických zařízení se musí **zdržet nošení šperků, hodinek a umělých nehtů na ruku;**
- b) **k vyšetřování a léčení** mohou zdravotničtí pracovníci přistupovat **až po umytí rukou;** dezinfekci rukou musí provést **vždy po zdravotnických výkonech u fyzických osob, po manipulaci s biologickým materiálem a použitým prádlem a vždy před každým parenterálním výkonem a vždy při uplatňování bariérového ošetřovacího režimu k zabránění vzniku nemocničních nákaz;** k utírání rukou se musí používat jednorázový materiál, který je uložen v krytých zásobnících;
- c) při ošetřování fyzických osob musí zdravotničtí pracovníci využívat bariérové ošetřovací techniky na všech pracovištích, zejména na pracovištích neodkladné a intenzivní péče; pacientům v lůžkových zdravotnických zařízeních musí být **individualizovány všechny pomůcky pro osobní hygienu a dále teploměry, mísy a další pomůcky, které musí být pro pacienta po celou dobu pobytu totožné;**

§ 7 Příjem a ošetřování fyzických osob ve zdravotnických zařízeních a ústavech sociální péče

- použité nástroje a pomůcky kontaminované biologickým materiálem **nesmí zdravotničtí pracovníci čistit bez předchozí dekontaminace dezinfekčními přípravky zaručujícími virucidní účinek**;
- **jednorázové stříkačky a jehly** se likvidují **bez ručního oddělování**; k oddělení jehly od stříkačky může sloužit speciální pomůcka nebo přístroj, který eliminuje riziko, pro které je zákaz ručního oddělování důvodný s výjimkou aplikační pistole, jejíž použití se řídí návodem výrobce.
- **Vracení krytů na použité jehly je nepřípustné**;

§ 9 Manipulace s prádlem

- Výměna lůžkovin se provádí **podle potřeby, nejméně jednou týdně, vždy po kontaminaci a po operačním výkonu, popřípadě převazu a po propuštění nebo přeložení pacienta.**
- Ve zdravotnických zařízeních se na **pokrytí vyšetřovacích stolů a lehátek**, kde dochází ke styku s obnaženou částí těla pacienta, používá **jednorázový materiál, který je měněn po každém pacientovi.**

Soběstačnost z ošetrovatelského hlediska

- V hygieně
- Ve výživě
- Ve stravování
- V oblékání



Příčiny nesoběstačnosti:

- Onemocnění pohybového aparátu
- Poruchy smyslových orgánů (vidění..)
- Poruchy vědomí (kvalitativní, kvantitativní S,S,SK,K)
- Imobilizační obvazy – sádky, korzet, extenze
- Pooperační stav
- Invazivní vstupy

Kategorie pacientů podle soběstačnosti

1 soběstačný – nezávislý na základní ošetrovatelské péči

2 částečně soběstačný – s dopomocí je schopen pohybu mimo lůžko, sám se obslouží

3 vyžadující zvýšený dohled – lucidní, neschopný pohybu mimo lůžko, vyžaduje téměř úplnou obsluhu

4 imobilní – lucidní, vyžaduje oše. pomoc při všech výkonech

5 v bezvědomí

Hodnocení soběstačnosti

- výchozí moment pro plánování péče,
- špatně stanovená soběstačnost může vést k rozvinutí imobilizačního syndromu
- Orientační hodnocení pohledem
- Hodnocení dle standardizovaných testů:
 - Barthelův test základních všedních činností (ADL, IADL)
 - test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga
 - mentální bodovací test

ČINNOSŤ	ZVLÁDNUTIE ČINNOSTI	BODOVÉ SKÓRE
JEDENIE, PITIE	<ul style="list-style-type: none"> ◆ samostatne, bez pomoci ◆ s pomocou ◆ nezvládne 	<ul style="list-style-type: none"> 10 5 0
OBLIEKANIE	<ul style="list-style-type: none"> ◆ samostatne, bez pomoci ◆ s pomocou ◆ nezvládne 	<ul style="list-style-type: none"> 10 5 0
KÚPEĽ	<ul style="list-style-type: none"> ◆ samostatne alebo s pomocou ◆ nezvládne 	<ul style="list-style-type: none"> 5 0
OSOBNÁ HYGIENA	<ul style="list-style-type: none"> ◆ samostatne alebo s pomocou ◆ nezvládne 	<ul style="list-style-type: none"> 5 0
KONTINENCIA MOČU	<ul style="list-style-type: none"> ◆ plne kontinentný ◆ občas inkontinentný ◆ inkontinentný 	<ul style="list-style-type: none"> 10 5 0
KONTINENCIA STOLICU	<ul style="list-style-type: none"> ◆ plne kontinentný ◆ občas inkontinentný ◆ inkontinentný 	<ul style="list-style-type: none"> 10 5 0
POUŽITIE WC	<ul style="list-style-type: none"> ◆ samostatne, bez pomoci ◆ s pomocou ◆ nezvládne 	<ul style="list-style-type: none"> 10 5 0
PRESUN Z LÔŽKA NA STOLIČKU	<ul style="list-style-type: none"> ◆ samostatne, bez pomoci ◆ s malou pomocou ◆ vydrží sedieť ◆ nezvládne 	<ul style="list-style-type: none"> 15 10 5 0
CHÔDZA PO ROVINE	<ul style="list-style-type: none"> ◆ samostatne nad 50 m ◆ s pomocou 50 m ◆ na vozíku 50 m ◆ nezvládne 	<ul style="list-style-type: none"> 15 10 5 0
CHÔDZA PO SCHODOCH	<ul style="list-style-type: none"> ◆ samostatne, bez pomoci ◆ s pomocou ◆ nezvládne 	<ul style="list-style-type: none"> 10 5 0

Barthelové test aktivít denného života

ADL

HODNOTENIE OD STUPŇA ZÁVISLOSTI:

- ◆ 0 - 40 bodov - vysoko závislý P/K
- ◆ 45 - 60 bodov - závislosť stredného stupňa
- ◆ 65 - 95 bodov - ľahká závislosť
- ◆ 100 bodov – nezávislosť

Imobilizační syndrom jako důsledek dlouhodobého upoutání na lůžku

- **Porucha krevního oběhu** – ortostatická hypotenze, TEN
- **Porucha dýchacího ústrojí** – stáza hlenů, hypostatická pneumonie
- **Porucha kostí** – osteoporóza, osteomalácie
- **Poruchy pohybového ústrojí** – snižování svalové síly, kloubní deformity
- **Poruchy trávicího traktu** – nechutenství, zácpa dehydratace
- **Poruchy kůže a podkoží** – dekubity, intertrigo
- **Poruchy psychiky** – změny nálady, deprese, ztráta orientace, zmatenost

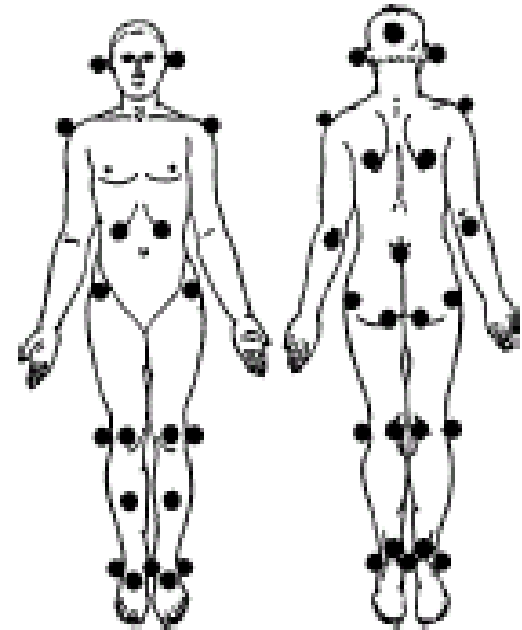
PREVENCE

- **Polohování, prevence proleženin**
- **Ochrana před infekcí**
- **Správná výživa**
- **Prevence poruch vyprazdňování**
- **Psychická stimulace**
- **Časné vstávání**
- **Trvalá systematická rehabilitace**

Dekubity jako následek dlouhodobého pobytu na lůžku

Rizikovými faktory:

- Dlouhodobý tlak – na predilekčních místech
- Tření – mikrotraumata,
- Vlhkost – pocení, inkontinence , sekrece z rány
- Hygiena
- Výživa
- Tělesná teplota
- Anémie
- Mobilita



I. stupeň

- mírný edém namáhané oblasti a jemné zarudnutí kůže,
- změny jsou zcela reverzibilní (vratná)



II. stupeň

- Postižená oblast je edematózní (oteklá), má likvidní zbarvení kůže.
- Po tlakové zkoušce se neobnoví oběh.
- Někdy se objeví puchýř, místy bývá obnažené korium (škára).
- Je primárně poškozeno podkoží i s částí cév pro kůži a ta proto může druhotně odumírat.
- Spontánní epitelizace je ve většině případů možná.



III. stupeň

- charakteristické poškození všech vrstev kůže, které může dosahovat až k fascii;
- tlakovou oblast dekubitu, kryje buď suchá, černá eschara (krusta), nebo rozbředlé nekrotické masy;
- po eliminaci odumřelých tkání vznikají vředy s široce podminovanými okraji, protože defekt podkoží je vždy větší než defekt kůže;
- je možné spontánní zhojení, ale trvá několik měsíců i let;
- po zhojení vzniká tenká atrofická jizva, těsně naléhající na kost, která se i při malém tlaku snadno rozpadá a vzniká tak chronický defekt.



IV. stupeň

- zevní vzhled tohoto typu dekubitu, může být stejný, jako u předešlých, ale kromě ostitid kostního podkladu je navíc doprovázen artritidami sousedních kloubů (kyčelní, sakroiliakální, kolenní, loketní apod.);
- někdy se také vyskytují komunikace s močovým měchýřem, dutinou břišní a rektum;
- spontánní zhojení není možné, proto se téměř vždy přistupuje k operačnímu řešení.



Dekubitus stupeň IV.



PREVENCE

1. polohování

- základní a neúčinnější prostředek proti vzniku dekubitů;
- systematické, přesnými pravidly se řídící, **časové změny polohy pacienta**;
- doba působení tlaku je zkracována tak, aby nevzniklo poškození tkáně.

2. blokování nepříznivých zevních mechanických vlivů

- základní podmínkou je **suché, dokonale upravené lůžko, s měkkou antidekubitní matrací a napnutým prostěradlem**;
- + polohovací pomůcky.

3. hygiena

- omezení nepříznivého vlivu stolice, potu, moči, vaginálního sekretu a infekce na kůži pánevní oblasti.

4. normalizace celkového stavu

- na základě provedených vyšetření získá lékař představu o stavu pacienta a naordinuje příslušnou terapii. Zde je nutné zdůraznit důležitý fakt a to, že **nezlepší –li se celkový stav pacienta, především výživa, veškerá ostatní preventivní opatření budou málo účinná a eventuální dekubity se nebudou hojit!**

5. rehabilitace

- **podporovat návrat hybnosti a obnovit soběstačnost**;
- **začít co nejdříve**;
- **způsob a intenzita** (rehabilitace fyzická i psychická) se musí individualizovat, aby nevhodným způsobem nedošlo k poškození pacienta.

Ošetrovatelské
techniky

Úloha
lékařská péče

Důležitá spolupráce celého týmu zdravotníků, kteří se o pacienta starají!

Pomůcky k prevenci a terapii dekubitů



Podkovovitá antidekubitní
podložka pod hlavu



Podložka antidekubitní – pod paty



Podložka antidekubitní –
podložní kruh



Antidekubitní matrace



Polštář antidekubitní pod záda



Hodnocení rizika dekubitů

- **Škála podle Nortonové** – fyzická kondice, duševní stav, aktivita, mobilita, inkontinence – skóre nižší než 14 = riziko
- **Škála dle Tradena** – senzorická deprivace, vlhkost, pomočování, aktivita, mobilita, výživa, tření kůže – skóre nižší než 16 = riziko

Norton scale

Body	Schopnosť spolupráce	Vek	Stav pokožky	Každé ďalšie ochorenie	Fyzický stav	Stav vedomia	Aktivita	Pohyb	Inkontinencia
4	plná	<10	normálna	žiadne	dobry	dobry	chodí	úplná	nie je
3	malá	<30	alergia	DM, Ca ↑ TT ↙ ↑ BMI anémia ASO	zhoršený	apatický	s doprovodom	častočne obmedzená	občas
2	častočná	<60	vlhká		zlý	zmätený	sedačka	veľmi obmedzená	prevažne moč
1	žiadna	>60	suchá		veľmi zlý	bezvedomie	leží	žiadna	moč + stolica

Sestra realizuje hodnotenie do 2 hod po prijíme pacienta na ošetrovaciu jednotku, potom následne podľa aktuálneho stavu pacienta. Škála sa používa na štandardných ošetrovacích jednotkách.

Hodnotenie :

- 15 - 12 b** – riziko vzniku dekubitu
- 11 - 8 b** – vysoké riziko vzniku dekubitu
- 7 a menej b** – veľmi vysoké riziko vzniku

Intertrigo



opruzenina v podbřišku



opruzenina pod prsy

Intertrigo

oprúzenina v podbrišku



oprúzenina v podpaží



oprúzenina pod bradou



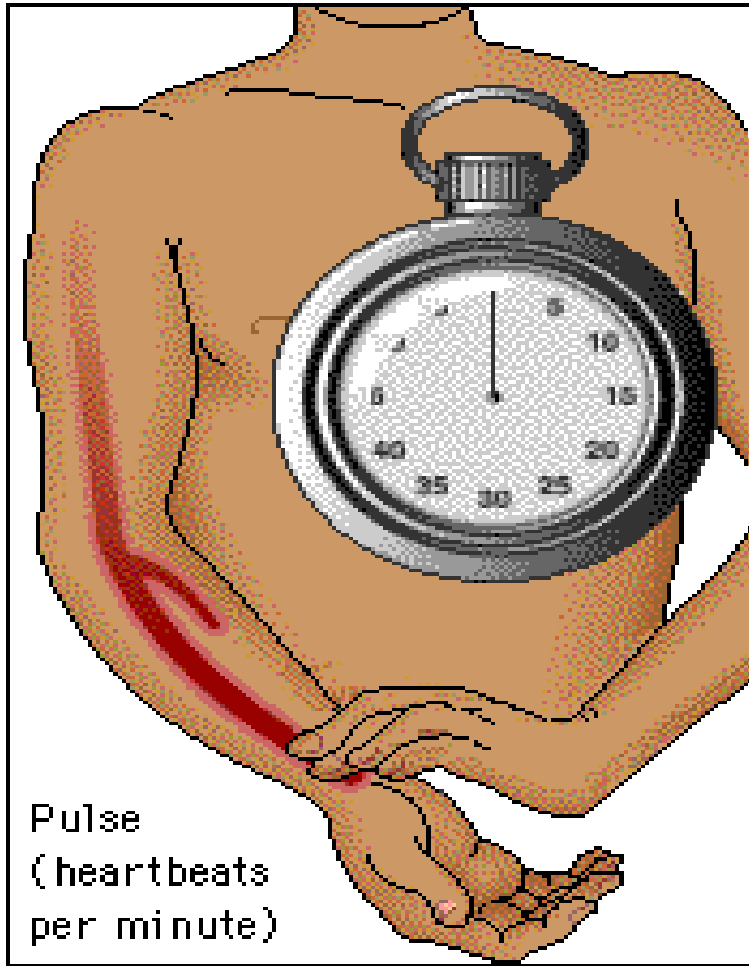
oprúzenina pod uchem

Sledování fyziologických funkcí

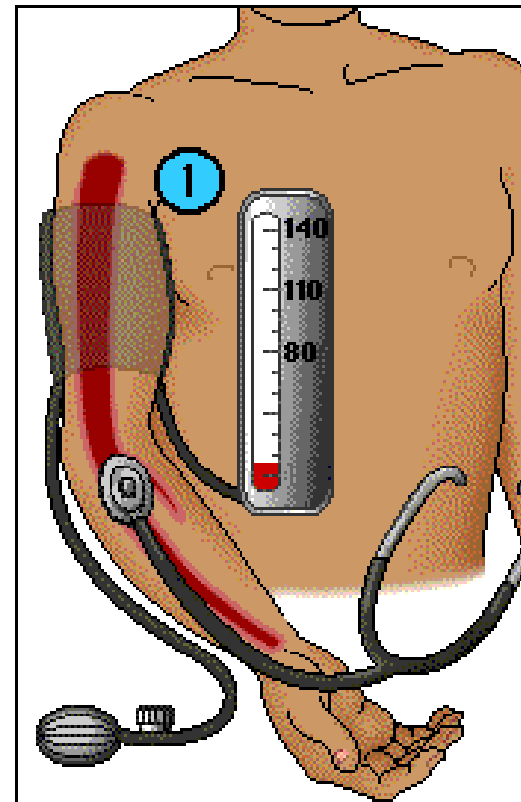
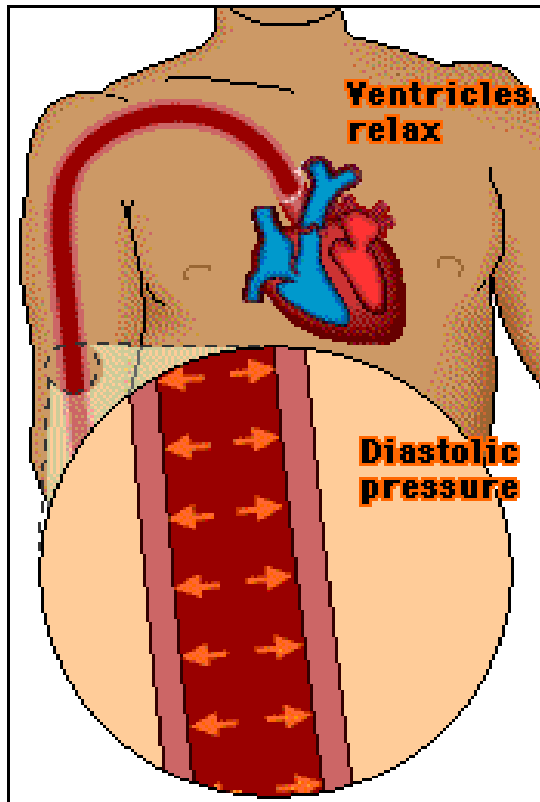
Sledování

- Tělesné teploty TT
- Tepu P
- Dechu D
- Krevního tlaku TK
- Moči a stolice
- Vědomí

Měření pulsu



Proces měření TK



Hodnocení vědomí

ZMĚNY:

- 1) KVALITATIVNÍ (dezorientace, halucinace...)**
- 2) KVANTITATIVNÍ (somnia, sopor, koma)**

Glasgow coma scale

(Teasdale G, Jennett B (1976): Assesment of coma and impaired consiouness. Acta Neurochir. (Wien) 34:45)

S T A V V Ě D O M Í	OTEVÍRÁNÍ OČÍ		čas
		4 spontánní	
		3 na výzvu	
		2 na bolest	
	1 není		
	VERBÁLNÍ ODPOVĚĎ	5 orientovaná	
		4 zmatená	
		3 nepřiměřená	
		2 nesrozumitelná	
		1 není	
	MOTORICKÁ ODPOVĚĎ	6 uposlechnutí příkazu	
		5 lokalizace bolesti	
		4 uhnutí	
		3 flexe na bolest	
		2 extenze na bolest	
1 není			
Celkový počet bodů			

maximální počet bodů: 15 (lucidní – plné vědomí); minimální počet bodů: 3 (úplné bezvědomí)

Podávání léků

- Uložení léků

- **Způsoby aplikace**

- per os, sublinguálně, do oka, ucha, nosu, kůži, do dýchacích cest
- per rectum
- parenterální – subkutánní s.c., intradermální i.d.,
intramuskulární i. m., intravenosní i. v.

Lokální aplikace – na sliznice např. do nosu, do trachey, na kůži

Instilace, irigace – do tělních otvorů (nos, uši, oči, m. měchýř, konečník, střevo)

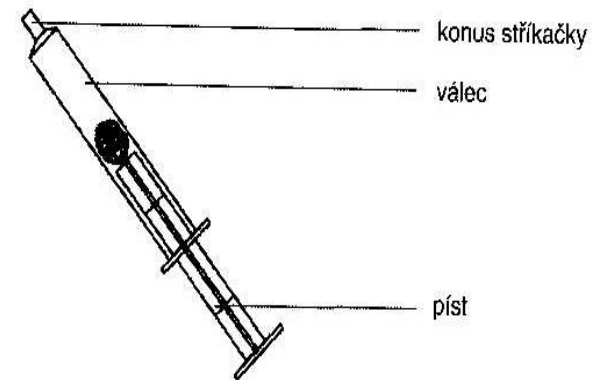
Inhalace do dýchacího ústrojí, oxygenoterapie

5 zásad správné aplikace

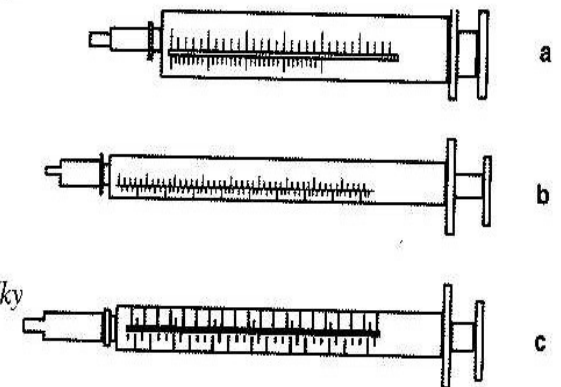
- správný lék
- správný klient
- správný čas
- správný způsob
- správná dávka

Stříkačky

- na jedno použití
- sterilně balené
- nejčastěji univerzální
2, 5, 10, 20 a 50 ml
- dále speciální:
tuberkulinové,
inzulinové, subkutánní



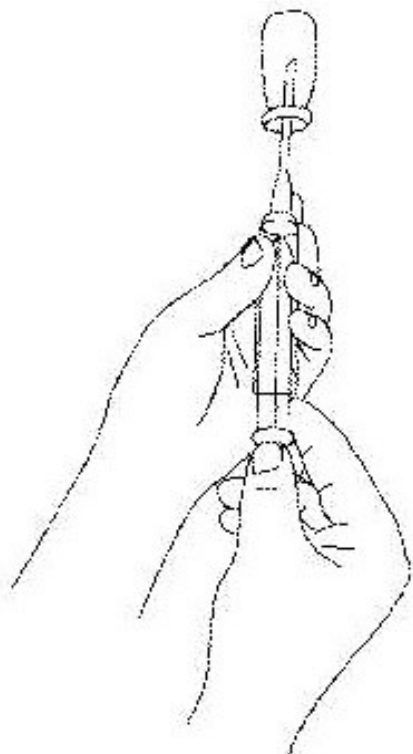
Obr. 8.1 Části injekční stříkačky



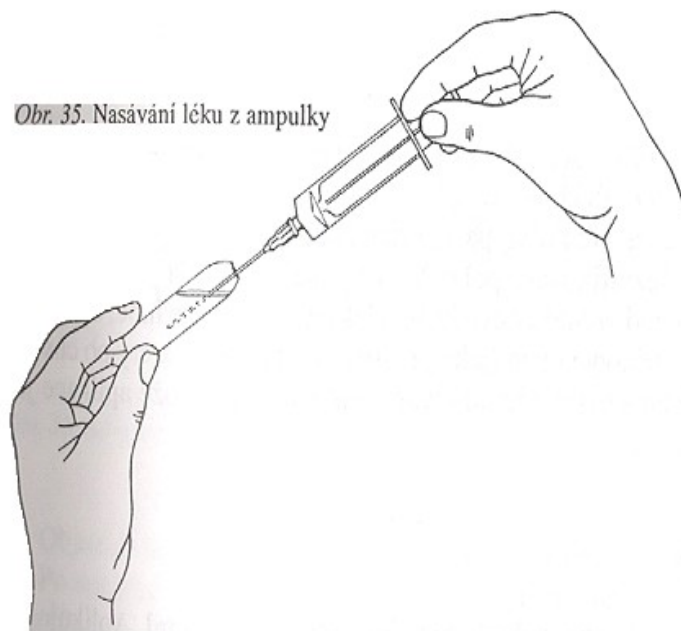
Obr. 8.2 Druhy injekční stříkačky

- subkutánní, b - inzulínová,
- tuberkulinová

Nasávání léku z lahvičky, ampulky



Obr. 8.3 *Nasávání léku z lahvičky*



Obr. 35. *Nasávání léku z ampulky*

i. d. injekce

základní místa pro aplikaci:

- kůže ramen v oblasti m. deltoideus
 - paže, předloktí
 - přední strana hrudníku (m. pectoralis maior)
 - záda v oblasti lopatek (nad m. trapezius)
 - stehna
-
- nejčastěji za dg. účelem (tuberkulinové nebo alergologické testy)
 - malé mn. léku (0,1 – 0,2 ml a méně)

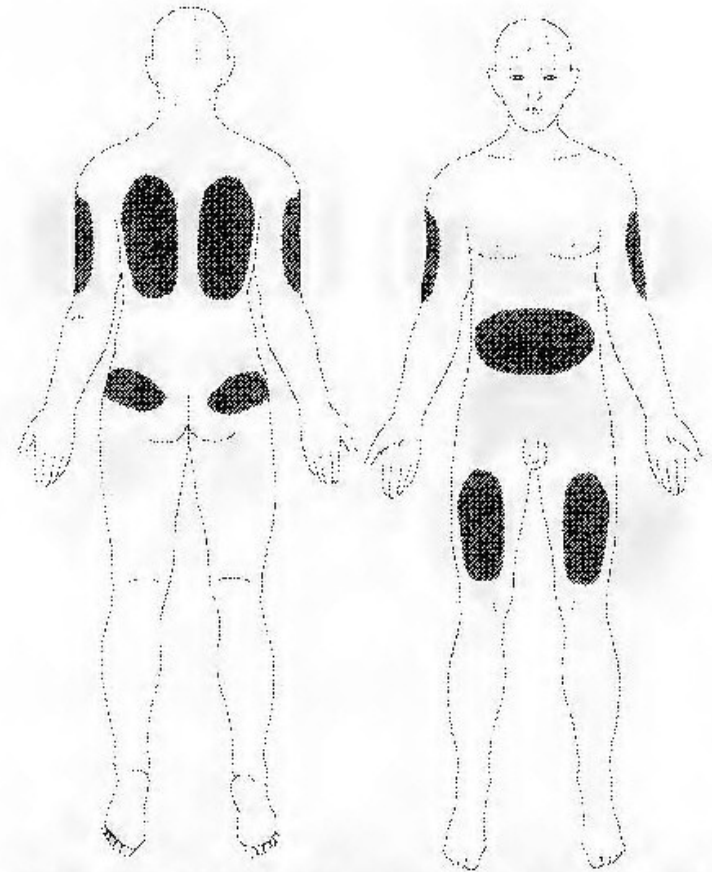


s. c. injekce

- aplikace malého množství (do 2 ml) vodných roztoků
- aplikace za účelem terapeutickým (pomalá resorpce 20 – 30 min)
- nejčastější léčiva - insulin, heparin, analgetika (morfin)

- základní místa pro aplikaci:

- paže (přední a zevní část)
- předloktí (přední č.) – naprosto nevhodné pro apl. Insulinu!!!
- břicho (ve vzdálenosti 5 cm okolo pupku)
- stehno



Obr. 8.4 Oblasti těla používané pro aplikaci subkutánních injekcí

Intramusculární injekce

- aplikace léků ve formě roztoku, suspenze, nebo emulze
- objem léku 1 – 20 ml
- nástup účinku 5 – 10 min.

výhody aplikace i.m.:

- rychlejší vstřebání než při s.c. aplikaci
- svalová tkáň může přijmout více tekutiny
- lze podat léky, které by dráždily podkoží

Místa vpichu:

- střední hýžd'ový sval (m. gluteus medius) – horní zevní kvadrant – nevhodné u dětí do 3 let
- zevní strana stehna – m. quadriceps femoris
- musculus deltoideus na paži

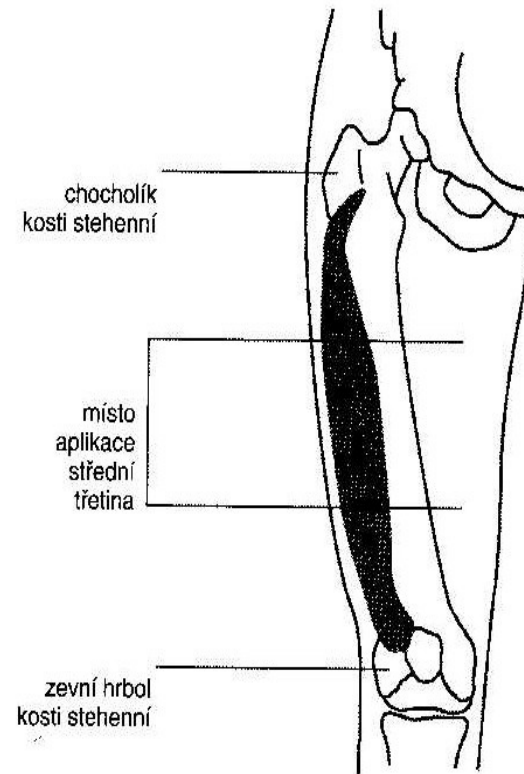
Místa vpichu i.m. injekce II.

■ střední hýžd'ový sval



Mediogluteální místo vpichu intramuskulárních injekcí

■ zevní strana stehna



Obr. 8.6 Místo vpichu pro aplikaci i. m. injekce do stehenního svalu

Chyby při aplikaci i.m. inj

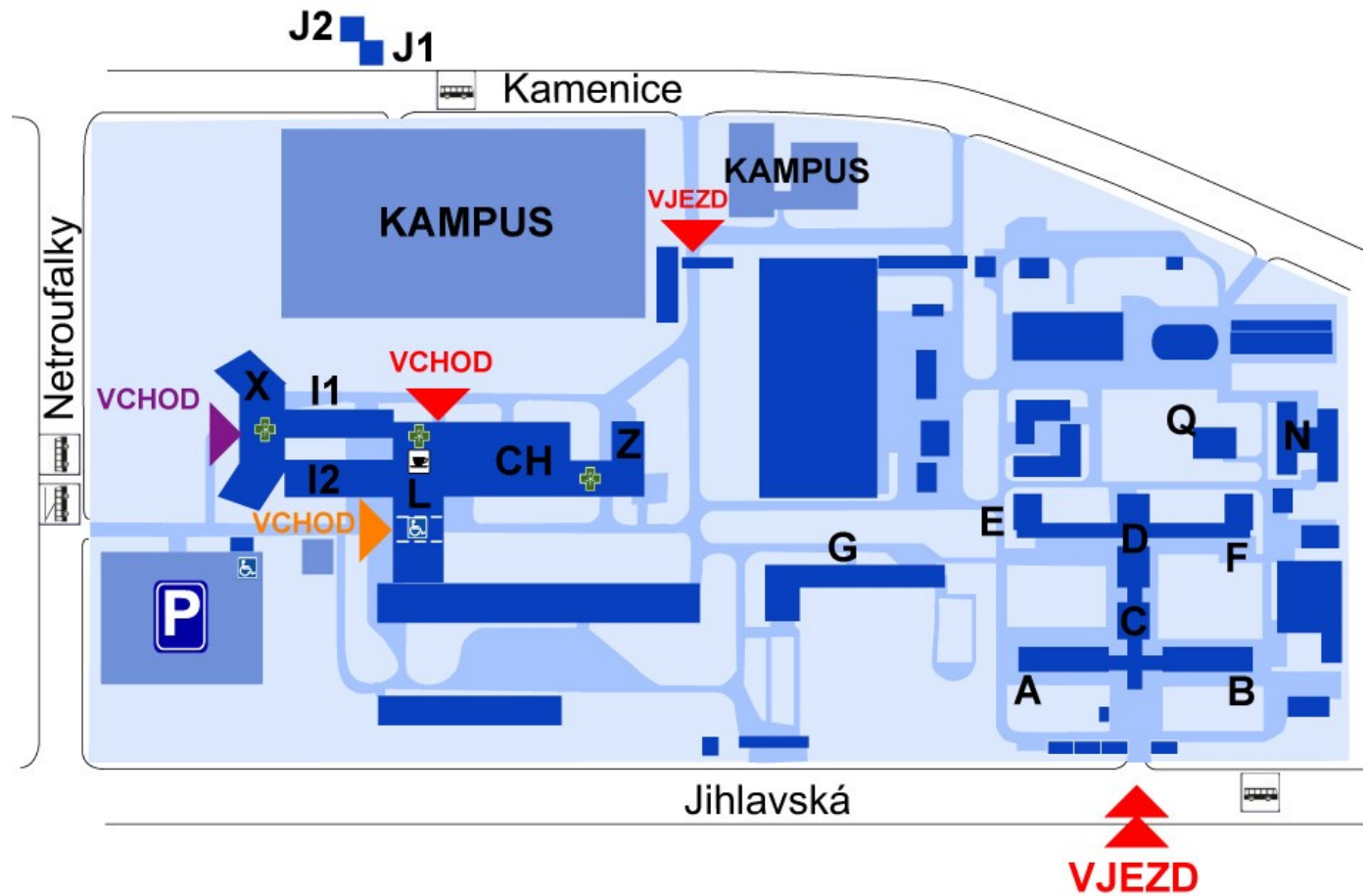
Nejčastější chyby	Prevence	Projevy
Nesprávná volba vpichu	Poškození nervu V nabodnutí cévy	Bolest Mravenčení Ochrnutí
Použití krátké jehly	Lék se nedostane do svalu, jenom do tukové vrstvy, kde se může opuzdřit a vznikne absces	Bolest Začervenání Zduření Edém Změny TT
Porušení sterility	Infikace, zánětlivého procesu	Bolesti Zvýšená TT
Nabodnutí kosti	Ohnutí, V zalomení jehly, poškození tkaniva při vytahování	bolest
Zanesení dezinfekčního roztoku	Zánětlivý proces	Bolest zarudnutí

Požadavky na praktickou výuku

- Ochranný oděv (bílé ponožky a obuv!!!)
- Jmenovka (studijní oddělení)
- Psací potřeby
- Zápisník
- 4 barevná propiska (nejméně modrá a červená)
- Hodinky s vteřinovkou
- Visací zámek
- Tekutiny
- Úprava studenta (vlasy, nehty, šperky)
- Odpočínutí

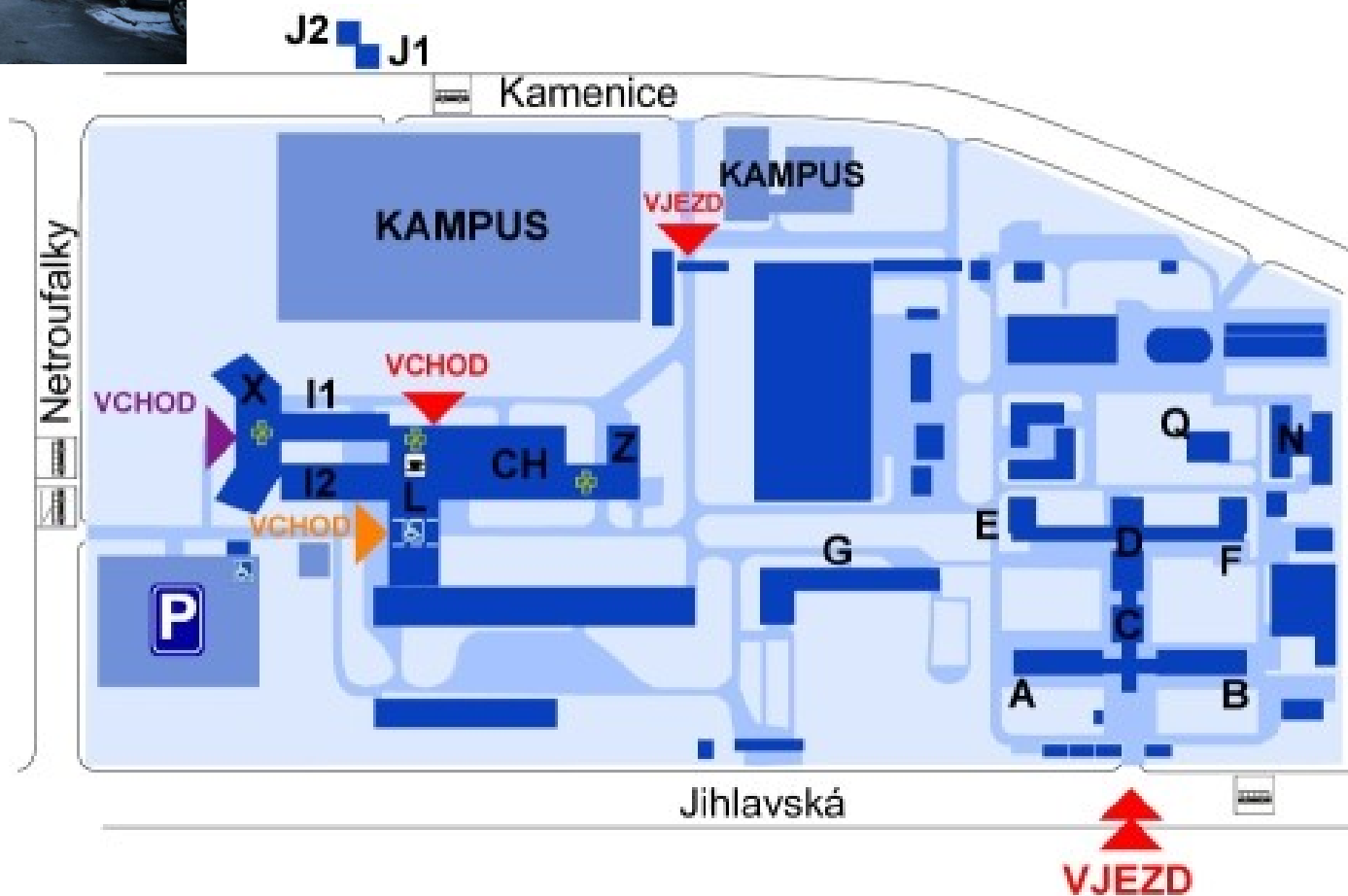


Klínika infekčních chorob (KlICH) se nachází ve staré zástavbě v pavilonech A,B a C hned za hlavní vřátnicí na ulici Jihlavská.

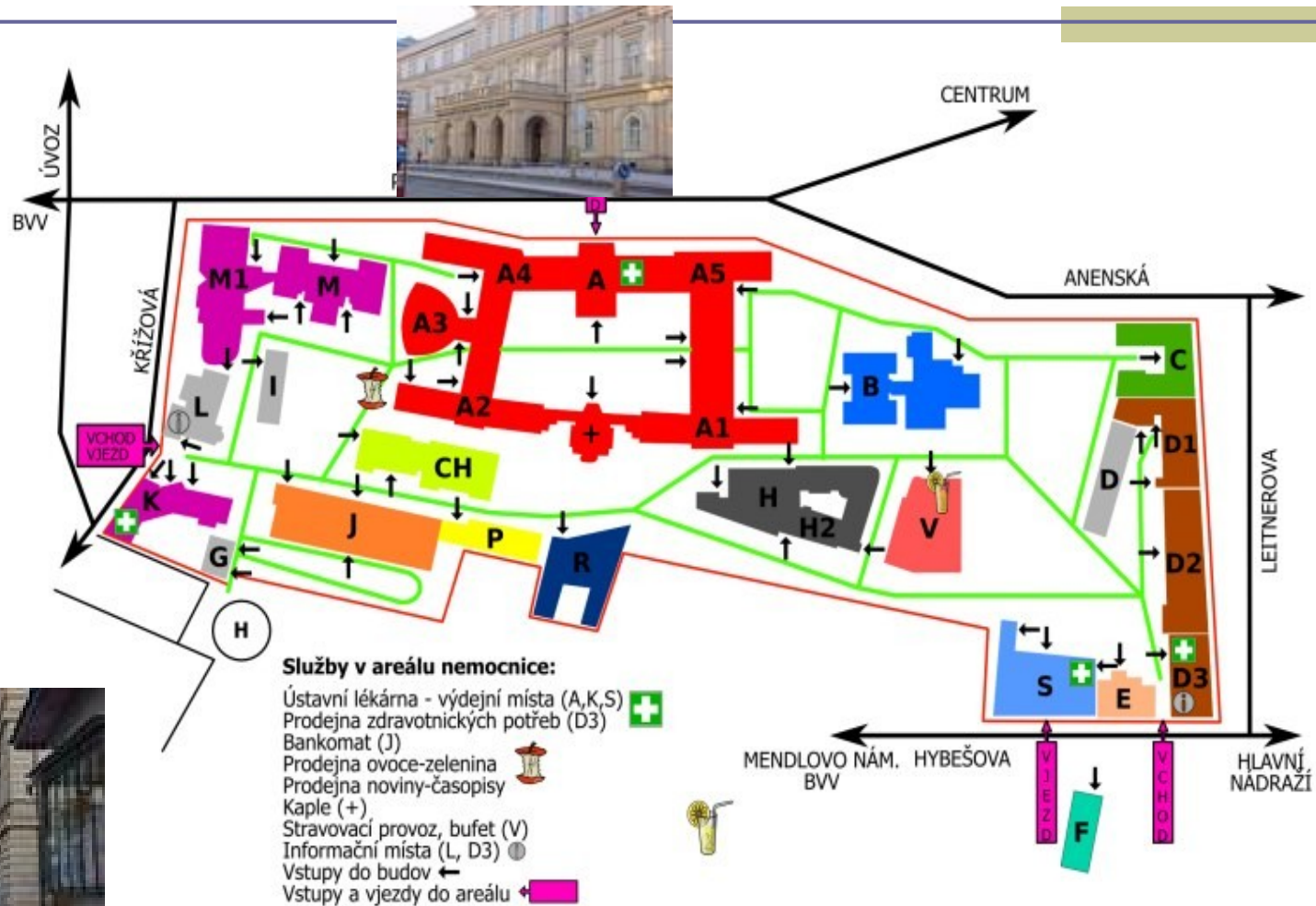




Chir. klinika Lůžková oddělení (ošetřovací stanice
A, B; JIP 1 a JIP 2):
7. patro lůžkového traktu (pavilon L)



FN U Sv. Anny



**Přeji Vám příjemnou praktickou
výuku**

