

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetřovatelství

Bakalářské studium ošetřovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Ošetřovatelská kazuistika dítěte po operaci tumoru v zadní jámě lebni
Children with brain cancer – nursing case after operation

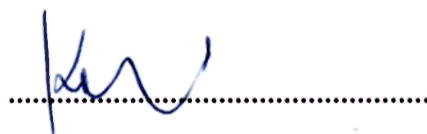
2007/2008

Vedoucí práce : PhDr. Pavla Pavlíková

Blanka Kotíková

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že předkládanou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně. Vycházela jsem přitom ze svých znalostí, odborných konzultací a literatury uvedené v seznamu.

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized letters, positioned above a horizontal dotted line.

Blanka Kotíková

V Praze 28.2.2008

Ráda bych poděkovala PhDr. Pavle Pavlíkové za odborné vedení a cenné připomínky při tvorbě mé bakalářské práce.

Také děkuji mamince Justýnky za pomoc při získávání informací k ošetrovatelské anamnéze a výbornou ošetrovatelskou péči, kterou Justýnce poskytovala.

Zvláštní poděkování patří mým rodičům za psychickou podporu během celého mého studia.

V Praze dne 28.2.2008

Blanka Kotíková

OBSAH

strana

A. ÚVOD	4
B. KLINICKÁ ČÁST	5
1. Mozkové nádory.....	5
1.1 Etiologie.....	5
1.2 Klinický obraz.....	5
1.3 Diagnostika.....	6
1.4 Infratentoriální nádory.....	6
1.5 Nádory kmene.....	8
1.6 Supratentoriální nádory.....	9
1.7 Nádory selární krajiny.....	10
1.8 Pineální nádory.....	10
1.9 Infraspinalní nádory a nádory míchy.....	11
1.10 Léčba nádorů CNS.....	12
1.11 Ošetrovatelská péče.....	13
2. Základní identifikační údaje.....	14
3. Lékařská anamnéza a diagnózy.....	15
3.1 Lékařská anamnéza.....	15
3.2 Lékařské diagnózy.....	17
4. Přehled vyšetřovacích metod.....	18
5. Přehled terapie.....	20
C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	26
1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu.....	26
2. Přehled ošetrovatelských diagnóz.....	31
3. Plán ošetrovatelské péče.....	32
4. Edukace.....	41
5. Prognóza.....	41
6. Závěr.....	42
D. POUŽITÁ LITERATURA	43
SEZNAM ZKRATEK	44
SEZNAM PŘÍLOH	45
PŘÍLOHY	

A. ÚVOD

Pro zpracování závěrečné bakalářské práce jsem si zvolila problematiku mozkových nádorů v dětském věku. Osm let jsem pracovala jako zdravotní sestra na Klinice dětské neurochirurgie ve Fakultní nemocnici v Praze Motole a s tímto závažným onemocněním se setkávám i nadále na mém současném pracovišti - anesteziologicko-resuscitační klinice pro děti v téže nemocnici.

Mozkové nádory v dětském věku jsou typickým příkladem benigních nádorů, které mohou mít klinický charakter nádorů maligních. Hierarchickým postavením mozku mezi ostatními orgány a existencí přirozených ochranných mechanismů jsou značně omezené léčebné možnosti. Chirurgická léčba je znesnadněna nebezpečím z poškozením vitálně nebo alespoň funkčně důležitých struktur. Nervové buňky jsou mezi všemi ostatními buňkami lidského organismu nejvíce radiorezistentní a hematoencefalická bariera brání dostatečnému průniku cytostatik do nádoru. Proto patří léčebné výsledky v dětské onkologii k těm nejhorším. (3)

Dětem i rodičům takto nemocných dětí se rázem změní život. Většina rodičů se s touto nemocí nikdy nesetkala a popisují, že vždy viděli děti s diagnózou onkologického onemocnění pouze v různých médiích. Najednou musí přijmout informaci, že jejich dítě je vážně nemocné a přichází boj za jeho záchranu. Jsou rodiny, které tato těžká životní situace zocelí, ale některé rodiny tento nápor nezvládnou a záhy se rozpadají. Velká část maminek odchází do nemocnice, aby v nemoci ulehčily dítěti strach a utrpení. Na tatínky pak přechází péče o zbývající rodinné příslušníky, spolu s finančním zajištěním rodiny. Děti se učí přijímat své onemocnění jako součást svého života. Onkologicky nemocné děti najednou přichází vlivem své nemoci o část dětství a stávají se dospělejšími.

Justýnku, kterou jsem si zvolila pro svoji závěrečnou bakalářskou práci, jsem ošetřovala na dětské neurochirurgii po první operaci v červnu roku 2005, když jsem ještě na této klinice pracovala. Při změně pracoviště jsem se o ni starala v každém pooperačním období na dětském resuscitačním oddělení. V období mezi operacemi byla hospitalizována na dětské onkologické klinice, kde postupně prodělávala chemoterapii a záření (radioterapii).

Justýnku, jsem ošetřovala na dětském resuscitačním oddělení ve dnech 17.5.-20.5.2007, po extirpaci rezidua ependynomu v zadní jámě lební. Maminka Justýnky byla informována a souhlasila s vypracováním této závěrečné bakalářské práce.

B. KLINICKÁ ČÁST

1. MOZKOVÉ NÁDORY

Mozkové nádory u dětí představují druhou nejčastější skupinu nádorových onemocnění v dětském věku (20%) a jsou po poraněních druhou nejčastější příčinou úmrtí.

Incidence : je udávána kolem 30 nově diagnostikovaných nádorů na 1 milion populace do 19 let. Nárůst počtu nádorů CNS je stabilně kolem 1% ročně, spíše se ale jedná o zlepšení zachytu díky moderní diagnostice. Ve srovnání s dospělou populací jsou patrné základní rozdíly. Nejčastější nádor dospělého věku meningeom se v dětství vyskytuje zcela výjimečně. Gliální nádory, zejména astrocytární řady, jsou u dětí převážně benigního charakteru. Důležitým rysem je vztah mezi mírou resekce a přežitím. Na rozdíl od dospělé populace radikalita resekce jak benigních, tak maligních nádorů, výrazně ovlivňuje délku přežití. Radikální operace většiny benigních nádorů je terapeuticky dostačující. Diagnostika nádorových procesů spočívá ve správném posouzení klinického nálezu. (6)

1.1. ETIOLOGIE

Vznik některých mozkových nádorů centrální nervové soustavy se dává do souvislosti s určitými syndromy (asociace s fakomatózami, neurofibromatóza, tuberozní skleróza). K zevním etiologickým faktorům patří ionizující záření. Také exogenní imunosuprese u jedinců s transplantovanými orgány. Nádory CNS se popisují častěji u dětí žijících v průmyslových aglomeracích, i když zprávy o této asociaci nejsou jednoznačné. Za rizikový se považuje i transplacentární přenos některých léků např. barbiturátů. (3)

1.2 KLINICKÝ OBRAZ

U dětí jsou často přítomny nespecifické či nevýrazné obtíže, které nevedou ke stanovení včasné diagnózy. Typické projevy nitrolební hypertenze se projevují v pokročilém stavu procesu, kdy se současně rozvíjí obstrukční hydrocefalus a ten teprve vede ke stanovení diagnózy.

U **supratentoriálních nádorů** jsou častými příznaky bolest hlavy, dvojitě vidění, závratě, změny chování, fokální epileptické záchvaty, ataxie, nauzea, zvracení a ložiskový neurologický nález.

U procesů v **selární krajině a v oblasti III. komory** mohou být přítomny poruchy zraku a endokrinologické potíže.

U **infratentoriálních nádorů** patří k příznakům ztuhlost šíje, nucené držení hlavy, bolest hlavy, zvracení, ataxie, diplopie, nystagmus, bulbární příznaky, postižení hlavových nervů, postranního smíšeného systému a postižení pyramidové dráhy. (6)

1.3 DIAGNOSTIKA

Z grafických metod je nejvýznamnějším řešením **magnetická rezonance** s podáváním kontrastní látky. **CT vyšetření** je v současné době nejdostupnější, ale některé nádory nezobrazí. **Ultrasonografie** u dětí s dosud zachovanou fontanelou prokáže hydrocefalus a někdy i expanzivní proces. **Angiografie** je významná u některých vysoce vaskularizovaných procesů, pro operační strategii je většinou dostačující MRI angiografie. MRI je zcela zásadní pro časnou pooperační kontrolu radikality výkonu.

Z pomocných vyšetřovacích metod je významné vyšetření **očního pozadí** s nálezem městnání či krvácení. U řady nemocných s výraznou nitrolební hypertenzí je však nález na očním pozadí negativní. (6)

1.4 INFRATENTORIÁLNÍ NÁDORY

NÁDORY MOZEČKU

Pilocystický astrocytom je nejčastějším nádorem, představuje 25 až 35 % nádorů zadní jámy u dětí. Jedná se o benigní nádor WHO grade I, vyskytuje se nejčastěji u dětí do 10 let. Nádor je dobře ohraničený, typickým nálezem na MRI je cystický nádor se solidním nádorovým uzlem ve stěně, může nahrazovat velkou část mozečkové hemisféry, někdy je polycystický.

Prognóza : ve více než 90 % případů je možná radikální resekce a vyléčení bez následné onkologické terapie.

Maligní gliomy mozečku jsou vzácné, anaplastické astrocytomy se vyskytují pouze ve 3-5% a glioblastomy v 1-2%. Onkologická léčba následuje i po makroskopicky radikálním odstranění, při reziduálním nádoru se průměrné přežití udává kolem 8 měsíců. (6)

Hemangioblastom mozečku - benigní nádor WHO grading I, nejasné histogeneze. Vyskytuje se jako sporadický nádor nebo v rámci vzácného autosomálně dominantního postižení s vysokou penetrací (kapilární hemangiom sítnice, cysty ledvin a pankreatu, feochromocytom, karcinom). Onemocnění se častěji diagnostikuje po 20. roce věku, ale je prokázáno, že riziko výskytu je u 50% dětí postižených pacientů. Proto je nutný podrobný screening postižených rodin. Operace má minimální riziko. (6)

Ependymom je nádor vznikající z ependymálních buněk ve stěně IV. komory, u dětí představuje 2/3 všech intrakraniálních ependymomů, maximum výskytu je u dětí do 4 let věku. Histologická klasifikace odpovídá podle WHO grade II. Ačkoliv se řadí histopatologicky mezi benigní nádory, patří mezi nejobtížnější léčitelná nádorová onemocnění. Snahu o radikální resekci nádoru často doprovází významná morbidita vzhledem k šíření nádoru. Nádor vyrůstá nejčastěji z obexu, odlitkově vyplňuje dilatovanou IV. komoru, šíří se do laterálních recesů, často prorůstá do mostomozečkového úhlu a obrůstá kraniální nervy.

Prognosticky nejvýznamnějším faktorem je radikalita operačního výkonu, nejnovější studie ukazují na význam cytogenetických nálezů. U dětí do třech let věku v prognosticky horší skupině se indikuje chemoterapie doplněná radioterapií po dosažení tří let. Pětiletý relaps se udává 36-50%, s nejpozdějším relapsem po 8 letech. Indikuje se pravidelné sledování magnetickou rezonancí, která umožní časný záchyt klinicky asymptomatické recidivy.

Anaplastický ependymom či maligní ependymom WHO grade III se vyskytuje pouze v 7% ependymomů. Jeho růst je nejrychlejší, histopatologický nález prokazuje zvýšenou buněčnost, cévní proliferaci a mitotickou aktivitu. (6)

Meduloblastom – WHO grade IV, je vysoce maligní, invazivní embryonální nádor v dětském věku, s maximálním výskytem kolem sedmi let. Je nejčastějším maligním solidním nádorem u dětí a představuje až 30 % expanzivních procesů v oblasti zadní jámy lebeční a až 10 % solidních nádorů CNS u dětí. Častěji se nachází u chlapců v poměru 2 : 1 a typický věk je od 5 do 8 let. Klinicky se většinou projeví příznaky obstrukčního hydrocefalu, který je přítomen

v 90 % případů. Anamnesticky se nedá odlišit od ostatních nádorů zadní jámy. Na MRI se výrazně sytí po podání kontrastní látky, vyplňuje odlitkově IV. komoru. Léčba spočívá v odstranění nádoru se snahou o maximální radikalitu, následné onkologické terapii s ozářením a chemoterapii podle příslušného protokolu. Pětileté přežití se udává podle rizikových skupin a typu nádoru v rozmezí 35 – 75 %. (6)

1.5 NÁDORY KMENE

Představují jednu z nejsložitějších oblastí neurochirurgie a dlouho se považovaly za inoperabilní. Z celkového počtu nádorů CNS u dětí se vyskytují v rozmezí 10 až 20 % a představují kolem 25 % infratentoriálních dětských nádorů. Podle MRI obrazu se rozdělují na difúzní, fokální, exofytické a cervikomedulární. (6)

Difúzní nádory kmene jsou nejčastější fibrilární astrocytomy šířící se v oblasti prodloužené míchy, pontu i kraniálně do diencefalu. Histopatologicky se jedná o skupinu nádorů WHO grade II až IV. Jsou prognosticky nejméně příznivou skupinou s krátkou délkou přežití, nejsou operabilní a biopsie je na některých pracovištích prováděna pouze z důvodů přesného záření do terapeutického protokolu. Výsledky srovnávacích studií hovoří proti operačním výkonům a u pacientů se indikuje pouze onkologická léčba a jako paliativní výkon zkratová operace pro hydrocefalus nebo endoskopická ventrikulostomie III. komory.

Fokální nádory se mohou vyskytovat v různých částech mozkového kmene, s neurologickými příznaky odpovídajícími lokalizaci nádorů. Histopatologicky se jedná o nádory od zcela benigních po maligní léze WHO klasifikace IV. Mohou být pouze solidní nebo s cystickou složkou. Operační přístup se volí cestou s nejmenším rizikem neurologického postižení.

Exofytické nádory kmene jsou většinou benigní expanze s pomalým růstem. Mohou penetrovat pouze pod ependym spodiny IV. komory, nebo zasahovat větší částí do kmene. Tyto typy nádorů se jsou indikovány k chirurgickému odstranění.

Cervikomedulární nádory jsou z celé skupiny kmenových nádorů prognosticky nejpriznivější a vhodné k neurochirurgickému řešení. Operace se indikuje před rozvojem ložiskových neurologických příznaků.

Operační řešení kmenových nádorů bylo možné až po zavedení mikroskopické operační techniky, zdokonalení anestézie a při cílené pooperační péči s ventilační podporou. Nutnou podmínkou pro operace v oblasti mozku je peroperační neurologické monitorování a peroperační stimulace kmenových struktur umožňující cílenou volbu operačního přístupu do nádoru a sledování kmenových funkcí při resekci. (6)

1.6 SUPRATENTORIÁLNÍ NÁDORY

HEMISFERÁLNÍ NÁDORY

Benigní gliální nádory představují 60 % supratentoriálních nádorů mozkových hemisfér u dětí. Názvy jsou odvozeny od histologického typu buněk, ze kterých vznikají. Jsou to především : astrocytální nádory, oligodendrogliální nádory, smíšené gliomy a jiné.

Maligní gliomy se dělí na anaplastické gliomy, anaplastické oligodendrogliomy a oligoastrocytomy a glioblastomy. Klasifikace a zařazení podle stupně malignity se provádí na základě biologické povahy nádoru.

Pilocystický astrocytom je nejčastější, dobře ohraničený, pomalu rostoucí nádor v 70 % cystický. Histopatologická klasifikace odpovídá WHO grade I.

Maligní gliální nádory jsou u dětí vzácné, klinicky se manifestují nitrolební hypertenzí a hemiparézou, u nejmenších dětí jsou ložiskové příznaky chudé. MRI vyšetření zobrazí objemnou expanzi, často postihující více než jeden mozkový lalok. Histopatologicky se jedná o anaplastický astrocytom WHO grade III a glioblastoma multiforme WHO grade IV. Maximální resekce nádoru se doplní radioterapií a chemoterapií. (6)

1.7 NÁDORY SELÁRNÍ KRAJINY

NÁDORY ZRAKOVÉ DRÁHY

Jedná se o **heterogenní skupinu gliomů**, které mohou postihovat zrakovou dráhu za očním bulbem (gliom optického nervu), dále chiasma (gliom chiasmatu) a optické trakty a hypothalamus. Představují 4-6 % nádorů CNS u dětí. Klinicky se projevují poruchou zraku a nystagmem, dále endokrinními příznaky a nitrolební hypertenzí při rozvoji hydrocefalu. Radikální operační řešení je proveditelné u gliomu optického nervu. U rozsáhlých nádorů postihující chiasma a hypothalamus je možná operace exofitické a cystické části nádoru, u rezidua nádoru doplněná chemoterapie a radioterapie. (6)

Kraniofaringeom je nejčastější non-gliální intrakraniální nádor u dětí, představuje 6-9 % nádorů CNS a asi 50 % nádorů chiasmatické a selární krajiny u dětí. Vyskytují se endokrinní příznaky a poruchy zraku jsou přítomny asi u poloviny nemocných. Kraniofaringeom je benigní epiteliální nádor, WHO grade I. Operace patří k nejobtížnějším výkonům v neurochirurgii. Radikální odstranění je často obtížně dosažitelné a provází je vysoká morbidita, především endokrinní deficity. Řada pracovišť proto doporučuje subtotalní odstranění, s minimalizací pooperačních komplikací, doplněné radioterapií. (6)

1.8 PINEÁLNÍ NÁDORY

Pineální žláza je neuroendokrinní orgán inervovaný sympatickými vlákny z horního cervikálního ganglia, je místem syntézy melatoninu, jeho uvolňování z pinealocytů má vliv na cirkardiální rytmus a psychické ladění organismu. Nachází se v zadní části III. komory. Z pineální žlázy vznikají **germinální nádory a pineální parenchymové nádory**. Klinické příznaky jsou způsobeny hydrocefalem při obstrukci mokovodu. Mohou být přítomny endokrinní změny a mozečkové poruchy. Kromě MRI je důležitá i laboratorní diagnostika s určením nádorových markerů. Operační řešení je obtížné. Řada nádorů je vysoce citlivá na ozáření a na chemoterapii, indikováno je ozáření gama nožem. Germinální nádory s negativním vyšetřením markerů mají velmi dobrou prognózu s přežitím v 80 až 100 %. (6)

1.9 INTRASPINÁLNÍ NÁDORY A NÁDORY MÍCHY

Intramedulární nádory představují přibližně 4 až 10 % celkového počtu nádorů CNS u dětí. Klinický obraz závisí na lokalizaci, velikosti a typu nádoru. Nejčastěji jsou pozorovány poruchy chůze, regrese motorického vývoje, lokální bolest, kyfoslóza, obtíže s močením. Nejčastěji se jedná o astrocytomy, gangliogliomy a ependymomy. Morbidita je relativně vysoká. Většina operací v páteřním kanále u dětí se provádí z osteoplastické laminektomie, na závěr se odstraněné oblouky fixují a rekonstruuje se interspinózní splav.

Extramedulární nádory z benigních nádorů se nejčastěji vyskytují meningeomy. Rozvoj příznaků je u obou nádorů pomalý, trvá měsíce až roky. Projevuje se bolestí lokální nebo s kořenovou iradiací a slabostí dolních končetin. Maligní nádory jsou nejčastější diseminace intrakraniálního maligního procesu. Metastázy mohou být u medulablastomu, maligního ependymomu, germinálních nádorů, primitivních neuroektodermálních nádorů. Ohraničené ložisko je indikací k operaci.

Extradurální nádory nejčastější jsou metastatickým ložiskem maligního procesu. Často jsou míšní komprese prvním příznakem maligního onemocnění, u 30 až 70 % vzniká náhle. Rozvoj příznaků bývá dramatický, paréza až plegie dolních končetin a poruchy sfinkterů se vyvinou za několik hodin až dnů. Nejčastěji metastazují neuroblastom, Ewingův sarkom, osteosarkom, leukémie, lymfomy a jiné. Cílem operace extradurálních nádorů je dekomprese a redukce nádoru, ne radikální odstranění. Řada nádorů je senzitivních na radioterapii a chemoterapii s dobrými výsledky. (6)



1.10 LÉČBA NÁDORŮ CNS

Vzhledem k problematice a složitosti mozkových nádorů jsem léčebné možnosti u jednotlivých typů nádorů včetně jejich prognóz uvedla v předchozím textu.

Mezi základní léčebné metody u mozkových nádorů dětského věku patří zejména chirurgická léčba, léčba zářením a chemoterapie.

Chirurgická léčba – rozsah a úspěšnost operace nádorů CNS je rozhodujícím prognostickým faktorem. Moderní metody jako je laser, mikroskopická technika a jiné, zvyšují možnost odstranit co největší množství nádorové tkáně. Rozsah operace je nutné objektivizovat pomocí zobrazovacích metod. Pokud není možné nádor odstranit, je potřeba se pokusit o bioptickou excizi.

Léčba zářením – radioterapie má v léčbě mozkových nádorů stále nezastupitelnou roli. Špatná propustnost hematoencefalické bariéry a obecná chemorezistence mozkových nádorů význam radioterapie zvyšují. Vzhledem k akutním a pozdním komplikacím, které ji provázejí, má radioterapie dětí své limity. Věková hranice je 36 měsíců.

Chemoterapie – účinnost chemoterapie závisí na propustnosti hematoencefalické bariéry pro cytostatika. Bariéra není uniformně intaktní, tedy nepropustná, ale mohou se v ní vyskytovat místa s relativně snadnější propustností. Malé nádory a periferní části nádoru mají relativně neprostupnější hematoencefalickou bariéru ve srovnání s centrálními částmi nádoru. Dalšími faktory, které ovlivňují účinnost chemoterapie, je vaskularizace a průtok krve tkání nádoru a liposolubilita cytostatika. Z chemoterapeutik se používají metotrexat ve vysokých dávkách, cisplatina, karboplatina, vepesit, cyklofosfamid a jiné. (3)

Velice důležitá je i léčba psychologická a sociální, na které se podílí mnoho dalších jedinců a institucí od členů rodiny, přes školu až po zájmové organizace. Dítě, rodiče versus lékař a zdravotnický pracovník, oboustranně by měla participovat vzájemná otevřenost a důvěra. Onkologické onemocnění vyžaduje dlouhodobý pobyt v nemocničním prostředí a má sociální dopad na celou rodinu. Zahnuje dlouhodobou dispenzarizaci, pobyt v lázeňském prostředí, péči o děti v pokročilém stádiu onemocnění a o děti umírající.

1.11 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetrovatelská péče u dětí s mozgovými nádory zahrnuje spolupráci různých klinických pracovišť, jsou to dětská neurochirurgie, dětská onkologie, dětská anesteziologicko-resuscitační klinika a dětská neurologie.

V pooperačním období je zde specifická péče o zevní komorovou drenáž eventuelně znalost možnosti vzniku komplikací při zavedeném ventrikulo-peritoneálním zkratu.

Ošetrovatelská péče je zaměřena především na:

- péči o invazivní vstupy (centrální žilní katetr, periferní žilní vstupy, arteriální vstupy, nasogastrickou sondu, perkutánní endoskopickou gastrostomii, permanentní močový katetr a endotracheální intubaci)
- sledování a monitorování léčby bolesti
- zajištění nutričních požadavků
- včasnou rehabilitaci
- dodržování epidemiologicko-hygienického režimu
- kontrolu laboratorních hodnot
- přípravu dítěte k zobrazovacím vyšetřením
- edukace rodinných příslušníků

Při vzniku komplikací v důsledku léčby je nutné zajistit specialisty v dané oblasti (poruchy krvetvorby, infekční komplikace, poškození trávicího traktu –nevolnost, zvracení, poškození sliznic dutiny ústní, průjem, zácpa, dále poškození močových cest, srdce, plicní a neurologické komplikace, poškození kůže a rozvrat vnitřního prostředí).

2. ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení : Ch. J. A.

Oslovení : Justýnko

Rok narození : 2003

Věk : 4 roky

Rodinný stav : dítě

Bydliště : Litvínov

Pojišťovna : VZP

Důvod přijetí : Operace rezidua tumoru v zadní jámě lební

Osoba, kterou lze kontaktovat : matka

Justýnku jsem ošetřovala po celou dobu hospitalizace na anesteziologicko – resuscitační klinice, vždy za směnného provozu. Plán ošetrovatelské péče jsem stanovila na první čtyři dny po operaci rezidua ependymomu v zadní jámě lební, od 17.05.2007 do 20.05.2007.

3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY

3.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Osobní anamnéza : dítě ze 4. fyziologické gravidity, spontánní porod v 38. týdnu těhotenství, záhlavím, porodní hmotnost 3500 g, délka 45 cm, Apgar score 10 bodů, porodní adaptace dobrá, psychomotorický vývoj v normě, očkování podle kalendáře, běžné dětské infekční onemocnění, úrazy žádné, alergie neudává, vážněji nestonala.

V **dubnu 2005** vyšetřována pro strabismus, oční vyšetření v normě, začátkem **května 2005** přeočkována proti poliomyelitis, zvracela, tři dny měla nechutenství, zácpu, nejistou chůzi, hospitalizována na dětském oddělení v nemocnici Teplice. Tam na očním vyšetření edém papil, provedeno MRI mozku s nálezem objemné středočárové expanze. Odeslána na neurochirurgickou kliniku FNM, kde **18.05.2005** provedeno téměř radikální odstranění tumoru (ependymom gr. II) zadní jámy lební. Sledována na dětských klinikách neurochirurgie, neurologie a onkologie FNM. Dispenzarizována v oční poradně pro strabismus. Od **16.05.2006** hospitalizována na dětské anesteziologicko-resuscitační klinice pro poruchu vědomí, křeče, zvracení. Na CT zjištěna recidiva tumoru s obstrukčním hydrocefalem, zavedena urgentně zevní komorová drenáž.

19.05.2006 – subtotální odstranění recidivy tumoru zadní jámy lební (histopatologicky ependymom gr. III)

21.05.2006 extubována, ale objevují se bulbární příznaky, nepolyká, současně známky postintubační laryngitidy, proto nutná reintubace, dále ventilována.

30.05.2006 další neúspěšný pokus o extubaci

02.06.2006 provedena tracheostomie, Justýnka **03.06.2006** odpojena od ventilátoru. Nadále trvající změny kmenové léze, nepolyká, pooperační mutismus.

08.06.2006 zrušena zevní komorová drenáž a Justýnka přijatá k další péči na jednotku intenzivní péče kliniky dětské hematologie FNM. V neurologickém nálezě bulbární syndrom, lehká pravostranná hemiparéza. Hybnost i aktivita se při intenzivní rehabilitaci postupně zlepšují, nasogastrická sonda netolerována.

20.06.2006 zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie k zajištění enterální výživy

10.07. – 22.08.2006 aktinoterapie na oblast zadní jámy lební

Po radioterapii zlepšení celkového stavu, možnost vertikalizace, ustoupil bulbární syndrom, zrušena tracheostomie (08/2006), polyká bez potíží, hybnost upravena, dobře artikuluje. Následně propuštění do domácí péče. Dále kontroly na dětských klinikách FNM.

29.11.2006 plánovaná **operace subtotální odstranění rezidua tumoru ve IV. komoře**, v pooperačním období na dětské anesteziologicko-resuscitační klinice FNM, kde pro hydrocefalus – **zavedena zevní komorová drenáž 30.11.2006, následně zavedení ventrikulo -peritoneálního zkratu 12.12.2006** (programovatelný, TK 12 cm H₂O sloupce)

22.03.2007 zaveden implantofix, cestou vena subclavia dextra, kontrolní MRI centrálního nervového systému

23.03.2007 – 1. série chemoterapie dle protokolu

14.04.2007 – 2. série chemoterapie dle protokolu

30.04.2007 propuštěna do domácí péče

04.05.2007 **kontrolní MRI centrálního nervového systému**

Zjištěna progresse velikosti rezidua tumoru v oblasti IV. komory. Vzhledem k progresi onemocnění, chemorezistenci onemocnění a dobrému celkovému stavu lékaři indikují pokus o radikální odstranění progredující porce nádoru.

16.05.2007 Justýnka přijata na kliniku dětské onkologie FNM k předoperačnímu vyšetření

Rodinná anamnéza : Rodiče jsou zdraví, sourozenci vážněji nemocní nebyli

Farmakologická anamnéza : Žádná

Sociální anamnéza : Justýnka žije v neúplné rodině s matkou a s třemi staršími sourozenci. Všichni bydlí v panelovém domě v Litvínově. Otec Justýnku navštěvuje hlavně v domácím prostředí. Babička ze strany matky je informována o zdravotním stavu Justýnky, ale rodinu nenavštěvuje. Matce pomáhají s rodinou v její nepřítomnosti kamarádky. Matka i přes velmi těžkou životní situaci pracuje a vzorně se stará o rodinu.

Nynější onemocnění : **Justýnka přijata k extirpaci rezidua tumoru zadní jámy lební.** Operace provedena subtotálně – téměř radikálně dne **17.05.2007**. K bezprostřední pooperační péči byla pacientka přijata na dětskou anesteziologicko-resuscitační kliniku FNM

3.2 LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY

Progrese velikosti rezidua tumoru (ependyomom gr. III) v zadní jámě lební - stav po operaci 17.05.2007

Obstrukční hydrocefalus - stav po zavedení zevní komorové drenáže 17.05.2007

Respirační insuficience - stav po zavedení endotracheální intubace a následně UPV

Stav při přijetí : 17. 05. 2007 v 17 hodin, cca 4- letá pacientka, 18 kg, farmakologický útlum po celkové anestézii. Zornice izokorické, miotické, reagují. Hlava v obvazech, bez známek krvácení, z operační rány zevní komorová drenáž (přepad 15 cm H₂O sloupce)-zatím odvádí minimum moku s příměsí krve. Ventilace arteficiální Oxylogem, intubována ústy ETR č. 5,5. Dýchání oboustranně sklípkové bez vedlejších fenoménů, symetrické. Saturace O₂- 100%. Oběhově stabilní, bez podpory. Periferie teplá, dostatečně prokrvená. Břicho v niveau, měkké, prohmatné, játra k oblouku, slezina 0, bez patologické rezistence, perkutánní gastostomie zanořená, peristaltika aktivní, genitál dívčí. Končetiny bez otoku a deformit.

4. PŘEHLED VYŠETŘOVACÍCH METOD

FYZIOLOGICKÉ FUNKCE

Výška – 105 cm

Váha – 18 kg

Tabulka č. 1 – Přehled fyziologických funkcí

<u>Datum</u> <u>Čas</u>	17.05.2007 17 : 00	17.05.2007 24 : 00	18.05.2007 08 : 00	19.05.2007 08 : 00	20.05.2007 08 : 00	<u>Normo- hodnoty</u>
Puls/lmin.	100	88	90	81	82	80-100
Dech/lmin.	20	17	15	16	15	15-25
Tlak	90 / 50	95 / 45	100 / 45	115 / 65	110 / 60	90-110/45-65
MAP torry	63	61	63	81	66	55-85
CVPcmH2O	5	8	8	8	8	8-12
TT °C	36,0	36,5	36,4	36,8	36,7	> 37
Sat. O2 %	100	100	97	96	96	90-100%
GCS body	3	15	15	15	15	15
Zornice	izokorické	izokorické	izokorické	izokorické	izokorické	izokorické
Reakce	reagují	reagují	reagují	reagují	reagují	reagují

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Tabulka č. 2 – Hematologická vyšetření

<u>Datum</u> <u>Čas</u>	17.05.2007 18 : 00	18.05.2007 05 : 00	19.05.2007 05 : 00	20.05.2007 05 : 00	<u>Fyziologické rozmezí</u>
Leukocyty	7,5	7,1	8,5	7,9	3,6-10,0x10 ⁹ /l
Erytrocyty	4,11	3,44	4,01	3,68	3,5-6,0x10 ¹² /l
Hemoglobin	12,5	10,6	11,8	10,7	12,0-18,0 g/ dl
Hematokrit	0,375	0,316	0,365	0,370	36,0- 54,0%
Trombocyty	206	196	209	211	150- 450x10 ⁹ /l

Tabulka č. 3 - Hemokoagulační vyšetření

Datum Čas	17.05.2007 18 : 00	18.05.2007 05 : 00	19.05.2007 05 : 00	20.05.2007 05 : 00	Fyziologické rozmezí
APTT/N	31,00/ 31,60	31,10/ 31,20	–	–	s
QUICK/%	13,40/ 82 %	13,50/ 96 %	–	–	s / %
Tč / N	12,70/13,00	11,90/ 13,20	–	–	N+-2s
Fibrinogen	2,51	3,13	–	–	1,80-4,00 g/l
AT III	95 %	100 %	–	–	75-125 %

Tabulka č.4 – Biochemická vyšetření

Datum Čas	17.05.2007 18 : 00	18.05.2007 05 : 00	19.05.2007 05 : 00	20.05.2007 05 : 00	Fyziologické rozmezí
Natrium	140	139	140	138	137-143 mmol/l
Kalium	5,1	3,5	4,4	3,6	3,6- 5,9 mmol/l
Chloridy	108	106	109	107	95-110 mmol/l
Calcium	2,21	2,13	2,21	2,20	2,05-2,5mmol/l
Osmolalita	294	291	292	293	285-295m/kg
AST	0,30	0,30	–	–	0,20-0,63 μ kat/l
ALT	0,25	0,30	–	–	0,25-0,60 μ kat/l
CK	1,56	2,01	–	–	0,19-2,27 μ kat/l
Amyláza	0,86	0,76	–	–	0,30-2,18 μ kat/l
Bilirubin	16,0	16,8	–	–	2,0-17,0 μ kat/l
KM	338	199	–	–	140-340 μ kat/l
Urea	4,9	3,5	2,3	2,7	2,0-8,3 mmol/l
Kreatinin	40	45	–	–	44-115 mol/l
Glykémie	5,7	2,9	6,0	5,8	3,9-5,7mmol/l
CB	53,9	54,9	57,7	58,0	58- 77 g/l
CRP	2,6	8,5	28,7	8,8	0-10 mg/l

Astrup (vyšetření krevních plynů) – pooperačně, v normě.

Mikrobiologické vyšetření

Likvor – 18.05.2007 – negativní

Operační protokol

Radikální odstranění recidivy tumoru z pravého mostomozečkového koutu, subtotální odstranění tumoru před kmenem mikroskopickou technikou.

Zobrazovací metody

Pooperační magnetická rezonance 18.05.2007

Stav po odstranění rezidua tumoru v pravém mozečkovém pedunklu. V terénu pooperačních změn nelze vyloučit drobné reziduum v lemu v dorzálním okraji pooperačního defektu. Ložisko obklopující arterii baziláris je beze změn. Pooperační změny. Supratentoriální hydrocefalus bez známek dekompenzace.

5. PŘEHLED TERAPIE

LÉKY PODÁVANÉ INTRAVENÓZNĚ

AUGMENTIN (amoxicilinum natrium)

Dávka: 3x denně 500 mg

Délka podávání: 4 dny

Indikační skupina : antibiotikum

Nežádoucí účinky : gastrointestinální obtíže, reakce přecitlivělosti (pruritus, makulopapulární exantém, bronchospasmus, anafylaktický šok)

AMIKIN (amikaciny disulfans)

Dávka: 2x denně 300 mg

Délka podávání: 4 dny

Indikační skupina : antibiotikum

Nežádoucí účinky : alergické projevy, gastrointestinální obtíže, kožní projevy, vzácně anafylaktická reakce

CERNEVIT i.v.

Dávka: 1x denně 1ml do 10 ml 0,9 % NaCl / 20 min.(ředění ampule – 4 ml 0,9%NaCl)

Délka podávání: 4 dny

Indikační skupina : vitaminy rozpustné ve vodě a v tucích odpovídající denní potřebě při parenterální výživě

Nežádoucí účinky : přípravek obsahuje B1, u alergických pacientů může vyvolat anafylaktickou reakci

KANAVIT (phytomenadionum)

Dávka: 1x denně 5 mg

Délka podávání: 4 dny

Indikační skupina : vitamin K

Nežádoucí účinky : kožní reakce

HELICID (omeprazolium natrium)

Dávka: 2x denně 10 mg do 10 ml 0,9 % NaCl / 20 min.

Délka podávání: 4 dny

Indikační skupina : antiulcerotikum, inhibitor protonové pumpy

Nežádoucí účinky : bolest hlavy, gastrointestinální poruchy

CALCIUM BIOTIKA (calcii glukonas monohydricus, calcii saccharas tetrahydricus)

Dávka: 3x denně 5 ml do 10 ml 0,9 % NaCl / 10 min.

Délka podávání: 4 dny

Indikační skupina : mineralium

Nežádoucí účinky : vazodilatace při rychlém i.v. podání – pocit šířícího tepla a palčivé křídové chuti v ústech

DEXAMED (dexamethasoni natrii phosphas)

Dávka: 4x denně 4 mg

Délka podávání: 4 dny

Indikační skupina : hormon, glukokortikoid

Nežádoucí účinky : systémové reakce, potlačení růstu v dětství, zvýšení tělesné hmotnosti, zvýšená chuť k jídlu, Cushingoidní obličej, osteoporóza, zadržování sodíku a vody, vzestup

krvniho tlaku, deprese, nespavost, psychická závislost, vzestup očního tlaku – edém papily, dyspepsie, peptický vřed, vomitus, modřiny, zhoršení hojení, leukocytóza, tromboembolie

DICYNONE (etamsylatum)

Dávka: 4x denně 0,5 ml

Délka podávání: 3 dny – 20.5.2007 vysazeno

Indikační skupina : antihemoragikum, hemostatikum

Nežádoucí účinky : pokles krvniho tlaku, alergické reakce, průjem, zvracení

MANITOL 20 % (mannitolum)

Dávka: 4x denně 30 ml na 20 min.

Délka podávání: 3 dny – 20.5.2007 vysazeno

Indikační skupina : infuzní hypertonický roztok

osmoterapeutikum – po i.v. podání vyvolá tato látka vzestup osmotického tlaku a tím dojde následně k přesunu vody do krvniho oběhu a následně po jeho přestupu do moče k osmotické diuréze

MIDAZOLAM (midazolamum)

Dávka: v intervalech 30-60 min. 5 mg (max. dávka 100 mg/ den)

Délka podávání: do extubace, potom vysazeno

Indikační skupina : hypnotikum, sedativum

Nežádoucí účinky : snížení tlaku, snížení srdečního výkonu, závažnější poruchy dýchání a respirační zástava, bolesti hlavy, závratě, škytání, gastrointestinální obtíže

Kontinuálně intravenózně podávané léky:

SUFENTA (sufentanili dihydrogenocitras)

Dávka: 250 µg v 50 ml 0,9 % NaCl – 17.5.2007 - 2 ml za h, 18.5.2007-1 ml za h, postupně dávka snižována, ve 12 h – vysazeno

Délka podávání: 1 den, 18.5.2007-12 h vysazeno

Indikační skupina : analgetikum, anodynum, opioidní anestetikum

Nežádoucí účinky : neobvykle pomalé a mělké dýchání, zpomalená srdeční činnost, nízký krvni tlak, svalová ztuhlost, závratě, nevolnost, zvracení, kožní vyrážka, ospalost, při dlouhodobém podávání abstinenční příznaky

MIDAZOLAM (midazolamum)

Dávka: 50 mg ve 24 ml 0,9 % NaCl – 17.5.2007 - 2 ml za h, 18.5.2007 – 1 ml za h, postupně dávka snižována, ve 12 h – vysazeno

Délka podávání: 1 den, 18.5.2007 – 12 h vysazeno

Indikační skupina : hypnotikum, sedativum

Nežádoucí účinky : viz Midazolam

Infuzní roztoky:

Plasmalyte 148

Dávka: 2x denně 750 ml/ 12 h

Délka podávání: 1 den, 18.5.2007 vysazeno

Charakteristika : prostředek určený k úpravě vodního a minerálového hospodářství, izotonický roztok – obsahuje nejdůležitější ionty v takové koncentraci, která odpovídá osmolalitě plazmy

HAES 10 %

Dávka: 200 ml na 1 h

Délka podávání: jednorázově (17.5.2007, od 18 do 19 h)

Charakteristika : přípravek, který se používá k náhradě krevní plazmy, plazmaexpander – jeho onkotický tlak je vyšší než onkotický tlak plazmy, to znamená, že objemový efekt je větší než odpovídá podanému množství

GLUKOZA 10 %

Dávka: 2x denně 250 ml/ 12 h

Délka podávání: 2 dny (18.5.- 19.5.2007)

Dávka: 1x denně 250 ml/ 24 h

Délka podávání: 1 den (20.5.2007)

Charakteristika : cukry – zdroj energie, doplňková enterální a perorální výživa

PRIMENE 10%

Dávka: 2x denně 100 ml/ 12 h

Délka podávání: 2 dny (18.5.- 19.5.2007)

Dávka: 1x denně 100 ml/ 24 h

Délka podávání: 1 den (20.5.2007)

Charakteristika : aminokyseliny - základní stavební složkou pro syntézu bílkovin, doplňková enterální a perorální výživa

LIPOFUNDIN 10%

Dávka: 2x denně 50 ml/ 12 h

Délka podávání: 2 dny (18.5.- 19.5.2007)

Dávka: 1x denně 50 ml/ 24 h

Délka podávání: 1 den (20.5.2007)

Charakteristika : lipidy – podáváme formou tukových emulzí, doplňková enterální a perorální výživa

LÉKY PODÁVANÉ REKTÁLNĚ:

Při tělesné teplotě nad 38,0 °C :

PARALEN (paracetamolium)

Dávka: 250 mg p.r., max. 1000 mg denně, další dávka nejdříve za 4 h

Délka podávání: 4 dny

Indikační skupina : analgetikum, antipyretikum

Nežádoucí účinky : alergické reakce, kožní vyrážky nebo podráždění konečníku, pálení, svědění

DIETOTERAPIE:

17.5.2007 – operační den (nultý den)

NGS – na spád

18.5.2007 – 1. pooperační den

NGS – zrušena

PEG – 6x denně 50-100 ml čaj, dle tolerance

PER OS – čaj, dle chuti

19. - 20.5.2007 – pooperační dny

PEG – 6x denně 50-100 ml tekutiny, dle tolerance

PER OS – 12 mletá (strava menších dětí)

OXYGENOTERAPIE:

17.5.2007 – operační den (nultý operační den)

Ventilace : P-SIMV, FiO₂ – 30%, PEEP – 3, řízené dechy – 16

P – SIMV – zástupová ventilace synchronizovaná s dechovou aktivitou pacienta, s tlakovou podporou na začátku inspira, indikace – převádění z řízeného režimu na spontánní dýchání.

PEEP – pozitivní tlak na konci výdechu

17.5.2007 – 20 h – Justýnka byla extubována, spontánní ventilace – studený zvlhčený O₂

18.5. – 20.5.2007– spontánní ventilace – teplé O₂ zvlhčení

REHABILITACE:

18. – 20.5.2007– 3x denně dechová a pohybová rehabilitace

Pod vedením fyzioterapeutky:

- dechová rehabilitace, poklepová masáž, polohování pacientky
- fyzická rehabilitace – reflexní stimulace, fyzická aktivizace, ergoterapie

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ NEMOCNÉHO

Informace k ošetřovatelské anamnéze a hodnocení děvčátka jsem získávala hlavně od matky dítěte a také od samotné Justýnky z předchozích hospitalizací, z lékařské překladové zprávy a od ošetřujícího personálu dětského anesteziologicko-resuscitačního oddělení.

Subjektivní náhled Justýnky na hospitalizaci je takový, že ji nevnímá jako nepřírozený stav, je totiž hospitalizována s menšími odstupy od dubna 2005, vždy dlouhodobě, s občasnými propustkami do domácí péče. Z domácího léčení jednou až dvakrát do týdne dojíždí s maminkou na kontrolu do dětské onkologické ambulance FNM.

Nyní při hospitalizaci malé pacientky každý den maminka na dětské resuscitační oddělení za Justýnkou dochází a aktivně se zapojuje do ošetřovatelské péče o malou pacientku. Večer se vrací opět do Litvínova za zbylými členy rodiny. Tento stav, kdy maminka je přes den v nemocnici s Justýnkou a večer v Litvínově, již trvá dva roky. Justýnka snáší odloučení rodiny dobře. Matka se stará doma ještě o tři syny, dva jsou již starší a nejmladšímu Adamovi je 13 let. Je na ně sama, proto situace v rodině spolu s onemocněním Justýnky je dost složitá. V péči o Adama ji vypomáhají kamarádky. Matka i přesto nadále pracuje, umožňuje jí to flexibilní zaměstnání.

BIOLOGICKÉ POTŘEBY

Bolest

Z překladové zprávy a z ústního sdělení matky vyplývá, že Justýnka si na dlouhodobou bolest nestěžuje. Někdy udává, že jí bolí hlava, ale po analgetických preparátech bolest ustupuje. Bolestivé jsou pro ni některé výkony, například odběr krve z periferní žíly a jiné. Někdy pláče, ale trpělivě nastavuje ruku k odběru. Rozumí informaci, že tyto nepříjemné výkony jsou pro ni důležité.

Justýnce po operaci doznívá celková anestézie a k tomu je jí kontinuálně podávána analgosedace. Hodnocení u farmakologického útlumu u ventilovaných dětí pomocí Comfort score : 15 bodů (viz příloha č.1)

Dýchání

Z lékařské překládové zprávy vyplývá, že Justýnka měla dříve tracheostomii (6/2006 – 8/2006) z důvodu bulbárního syndromu. Od té doby problémy s dýcháním a vykašláváním sekretu z dýchacích cest neměla.

17.05.2007 – v 17 hodin přebírám pacientku spolu s lékařem z neurochirurgického operačního sálu, okamžitě je nepojena na přenosný ventilátor Oxylog a monitor základních životních funkcí.

Na resuscitačním oddělení je dýchání zajištěno ventilátorem SERVO 300, kde je nastaven režim P-SIMV 30%, PEEP 3, řízených dechů 16. Na endotracheální trubici je napojen uzavřený systém Trachcare na odsávání sekretu z dolních cest dýchacích, tímto systémem se lavážují dýchací cesty. Z dýchacích cest je odsáváno malé množství bílého sekretu. Justýnka si nepřidechuje a saturace O₂ je v rozmezí 98 až 100%. Hodnoty krevních plynů jsou v normě.

V příštích hodinách plánují lékaři, převést Justýnku z umělé plicní ventilace na spontánní dechovou aktivitu.

Tělesná hygiena a stav kůže

Hygienickou péči zajišťuje matka. Justýnku se snaží zapojit, sebeobslužné činnosti ji baví. Je zvyklá se umývat večer před spaním. Vlasy jsou po chemoterapii zničené a má jich málo, vlivem aktinoterapie v týlní oblasti vůbec vlasy nemá, proto maminka užívá speciální přípravky na podporu vlasových váčků. Stav vlasů se po aplikaci léčivých prostředků zlepšil, i Justýnka to vnímá pozitivně. Zuby si čistí 2x denně.

Po příjezdu ze sálu je Justýnce provedena celková hygiena včetně chrupu. Justýnka je uložena na antidekubitní podložku, polohuje se na záda se zvýšenou polohou hlavy, hlava je fixována gelovým kolečkem a končetiny jsou vypořádány molitanovými pomůckami nebo plyšovými hračkami, pro tento účel určené.

Kůže má narušenou celistvost z důvodů operační rány na hlavě a invazí (zevní komorová drenáž, implantofix – v. subclavia dextra, katetr v arterii radialis dextra, perkutánní endoskopická gastrostomie). Hlava je krytá obvazy, které neprosakují. Celkově je kůže suchá, bledě růžové barvy, bez patologických efflorescencí, hematomů, opruzenin a dekubitů, promašťuje se dětským olejem.

Hodnocení rizika vzniku dekubitů pomocí Norton score : 9 bodů (viz příloha č. 3)

Výživa – příjem tekutin

Hydratace je u Justýnky vzhledem k lehčí pravostranné hemiparéze obtížná. Špatně se jí pije z hrnečku, raději přijímá tekutiny pomocí hrnečku s pítkem nebo brčkem. Denně vypije 1000 ml tekutin. Nejrady má čokoládové kakao.

Ztížený je také příjem potravy z důvodů pravostranné hemiparézy, špatně kouše, přesto lépe přijímá tuhou stravu. Dietu před operací měla číslo 13 (stravu menších dětí). Množství jídla, které zkonsumuje, je většinou dostatečné. Snaží se jíst sama, někdy jí maminka s obsluhou pomáhá. Některá jídla jí v nemocničním provedení nechutnají, proto maminka přináší vlastní stravu dle přání Justýnky.

Justýnka má od června 2006 dlouhodobě zavedenu PEG, proto při zhoršení zdravotního stavu, při nedostatečném příjmu tekutin, nebo také dle přání Justýnky, jsou strava nebo tekutiny podávány přes perkutánní endoskopickou gastrostomii. Maminka i Justýnka v této invazi vidí obrovskou výhodu, někdy prostě není nálada (ze strany Justýnky) ani chuť.

Justýnka nesmí v nultý operační den přijímat nic per os, má NGS na spád. Výživa a hydratace je plně hrazena parenterálně.

Močení

Z ošetřovatelské překladové zprávy vyplývá, že Justýnka problémy s močením nemá, maminka ji vysazuje na nočník a používá pleny. Močení je pravidelné, přiměřené k příjmu tekutin.

Po výkonu má zavedený permanentní močový katetr, sleduje se hodinová diuréza. Moč je čirá a přiměřeně koncentrovaná.

Stolice

Maminka uvádí, že Justýnka chodí na stolicí ob den v různou dobu. Stolice je většinou formovaná. Nepoužívají žádné podpůrné prostředky k defekaci. Poslední stolice 16.05.2007.

Lokomotorické funkce

Justýnka před současnou operací chodila. Má zhoršenou koordinaci pohybu a stabilitu těla v důsledku lokalizace nádoru a onkologického onemocnění. Každý den dochází za Justýnkou rehabilitační sestra. Maminka je proškolená od rehabilitačních sester a provádí některé cviky s Justýnkou sama.

Lokomotorické funkce nyní nelze hodnotit.

Smyslové funkce

Justýnka nemá problémy se zrakem.

Po výkonu je ve farmakologickém útlumu, aby bylo zamezeno vysychání rohovky, podává se každou hodinu do obou očí Lacrisyn gtt (tzv.umělé slzy). Na víčka jsou pokládány sterilní čtverce s Aquou. Sleduje se reakce a velikost zornic. Zornice reagují, jsou izokorické.

Justýnka nemá problémy se sluchem.

Smyslové funkce nyní nelze hodnotit.

Teplo a pohodlí

Justýnka netrpí zimou ani horkem, ale přesto má neustále studené končetiny, a proto jí maminka dává na nohy teplé ponožky. Je vybavena vlastní dekou s dětským motivem.

Justýnka má po operaci nižší tělesnou teplotu 36,0 °C, proto je zahřívána speciální přikrývkou. Každou hodinu je měřena tělesná teplota. Od maminky dostáváme plyšové hračky, které jsou uloženy do postýlky, aby Justýnce po probuzení částečně připomínaly domácí prostředí. Maminka si odchází domů odpočinout a jsou nám dány instrukce, jakým způsobem uklidnit Justýnku, až se probere k vědomí.

Odpočinek a spánek

Maminka uvádí, že Justýnka se spánkem problémy nemá. Noční spánek trvá 10 hodin a přes den spí 2 hodiny (po obědě). Nejlépe usíná při předčítání pohádek.

Justýnka je ve farmakologickém útlumu.

Fyzická a psychická aktivita

Justýnku a její maminku znám z předchozích hospitalizací a navštěvuji ji občas na dětské onkologii. Justýnka se projevuje jako mentálně starší než děti v jejím věku. Rozumí tomu, že je nemocná, bere to jako součást svého života. Chápe, že maminka odjíždí na noc z nemocnice domů, protože se musí starat o její starší sourozence. Rozumí tomu, že musí dostávat léky, aby se uzdravila. Justýnka patří mezi trpělivé děti. Komunikace je bez obtíží. Skládá básničky, telefonuje, maminka jí předčítá z dětských knížek, dívá se na televizi (má dvě oblíbené pohádky, a to Krtečka a Krakonoše), hraje si mluvící panenkou, vozí panenku v dětském kočárku, hraje si na paní doktorku, skládá kostičky a má ještě spoustu oblíbených plyšových hraček. I přesto, že se jí maminka neustále věnuje, je tady absence dětí v její věkové skupině, chybí dlouhodobější pobyt v domácím prostředí s rodinou, dále pobyt na čerstvém vzduchu. Fyzickými schopnostmi neodpovídá svému věku.

Pooperačně nelze hodnotit psychickou a fyzickou aktivitu.

PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

Justýnka potřebuje cítit pocit jistoty a bezpečí. Strach pociťuje nejčastěji před bolestivým zákrokem, se kterým má zkušenost. Pociťuje bezpečí v přítomnosti matky.

Maminka je plně informována o zdravotním stavu Justýnky. Závažnost onemocnění vnímá a informaci o zdravotním stavu rozumí. Otec Justýnky a sourozenci jsou o závažnosti onemocnění informováni částečně.

SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY

Rodina spirituální potřeby nevyžaduje.

2. PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Neschopnost udržet spontánní dýchání z důvodů přetrvávajícího pooperačního farmakologického útlumu a vlivu analgosedace
2. Narušená celistvost tkání v souvislosti s operační ránou a invazivními vstupy
3. Nevyvážený objem tělesných tekutin – z důvodů středně velkých ztrát tekutin z operační rány, zevní komorové drenáže, zvýšeného močení vlivem osmotické antiedematózní léčby
5. Hypotermie v souvislosti s dlouhotrvajícím operačním výkonem v celkové anestézii
6. Úzkost a strach v souvislosti s hospitalizací

Potenciální ošetrovatelské diagnózy:

1. Riziko vzniku zvýšeného nitrolebního tlaku z důvodů vzájemných změn objemu mozkomíšního moku, mozkové tkáně a cévního řečiště (dynamicky se ovlivňujících mechanismů).
2. Riziko vzniku bolesti vzhledem k operační ráně
3. Riziko vzniku infekce z důvodů operační rány a mnohočetných invazivních vstupů (zevní komorové drenáže, implantofixu v. sublavii, katetru v arterii radiális, perkutánní endoskopické gastostomie, nasogastrické sondy, permanentního močového katetru)

Pořadí ošetrovatelských diagnóz jsem stanovila dle mého uvážení, chronologicky jsem je seřadila podle závažnosti stavu a doby vzniku problému.

Ošetrovatelské diagnózy jsem konzultovala s ošetrovatelským týmem dítěte.

3. PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Neschopnost udržet spontánní dýchání z důvodů přetrvávajícího pooperačního farmakologického útlumu a vlivu analgosedace

Cíle :

- dítě bude dýchat samo bez podpory umělé plicní ventilace
- dítě má růžovou barvu kůže, nehtů a rtů
- dítě snadno vykašlává
- dítě má fyziologické funkce, krevní plyny a saturaci kyslíkem v normě

Plán :

- sledovat dýchání a dle potřeby odsávat z dýchacích cest
- podávat zvlhčený a ohřátý kyslík
- sledovat míru dechové asistence ventilátoru a spontánní dechovou aktivitu
- monitorovat saturaci krve kyslíkem
- sledovat hodnoty krevních plynů
- vysvětlit dítěti postup odpojování
- dítě psychicky podpořit
- zajistit dechovou rehabilitaci
- sledovat vitální funkce
- zajistit klidný spánek, omezit hluk a světlo

Realizace :

Justýnka byla po příjezdu z operačního sálu napojena na umělý plicní ventilátor SERVO 300, kde byl nastavený režim P-SIMV 30%, PEEP 3, řízených dechů 16. Farmakologický útlum odezníval a pacientka si začínala sama dýchat, proto jsme jí s lékařem vysvětlili postup při odpojování od umělé plicní ventilace a již za čtyři hodiny po operaci byla převedena na spontánní ventilaci. Byl jí podáván zvlhčený O₂. V dalších dnech bylo dýchání symetrické, auskultačně čisté a vezikulární. Justýnce, nedělalo potíže odkašlávat hleny z dýchacích cest. Dýchala frekvencí 15 až 20 dechů za minutu. Saturace krve O₂ byla 97 až 100%. Hodnoty krevních plynů byly v normě. Každý den byla prováděna dechová rehabilitace. Zajišťovala

jsem, aby měla klidné prostředí a mohla odpočívat. Kontinuálně jsem monitorovala a zapisovala vitální funkce.

Hodnocení :

Justýnka spontánně dýchala. Byla s auskultačně čistým nálezem, bez projevů cyanózy a s dobrým prokrvením periferie. Fyziologické funkce, hodnoty krevních plynů byly v normě.

Cíle byly splněny.

Narušená celistvost tkání v souvislosti s operační ránou a invazivními vstupy

Cíl :

- docílit zhojení rány a zabránit dalšímu porušení kožní integrity

Plán :

- realizovat převazy a toaletu rány za přísně aseptických podmínek
- posoudit stav hojení rány, při komplikacích přizvání specialisty
- podávat antibiotika dle ordinace lékaře
- měřit tělesnou teplotu v hodinových intervalech a zaznamenávat naměřené hodnoty
- zabezpečit odběr krve na vyšetření zánětlivých markerů, hladiny bílkovin, albuminu dle ordinace lékaře
- denně převazovat za aseptických podmínek invazivní vstupy

Realizace :

Denně jsem za aseptických podmínek převazovala v týlní oblasti na hlavě operační ránu, která je 12 cm dlouhá, dobře se hojící. Toaletu operační rány jsem prováděla dle standardu : Betadine roztok, sterilní krytí. Prováděla jsem denně převazy invazivních vstupů (zevní komorové drenáže, implantofixu, arterie radialis, PEG, PMK). Toaletu invazivních vstupů jsem prováděla dle standardu : H₂O₂, Betadine roztok, sterilní krytí. Tělesná teplota byla ve fyziologickém rozmezí. Odběry byly prováděny dle ordinace lékaře.

Hodnocení :

Operační rána byla klidná, bez známek zánětlivého procesu, sterilně krytá a fixovaná náplastí. Invazivní vstupy bez známek infekce. CRP a bílkoviny byly v normě. Pacientka byla afebrilní.

Vzhledem ke krátké době mého ošetřování není možné cíle dosáhnout.

Nevyvážený objem tělesných tekutin z důvodů středně velkých ztrát z operační rány, zevní komorové drenáže, zvýšeného močení vlivem antiedématozní léčby

Cíle :

- dítě má vyvážený příjem a výdej tekutin
- dítě má normální fyziologické funkce a tělesnou teplotu, žilní náplň
- dítě močí dostatečně vzhledem k věku a hmotnosti
- turgor kůže bude uspokojivý, sliznice vlhké, kůže růžová, pružná bez edému
- laboratorní hodnoty jsou v normě

Plán :

- sledovat bilanci tekutin
- sledovat fyziologické funkce a hodnoty CVP
- sledovat močení dítěte – množství, barvu
- počítat krevní ztráty při výkonu na operačním sále
- sledovat množství likvoru odvedeného zevní komorovou drenáží
- sledovat množství žaludečního obsahu odvedeného nasogastrickou sondou
- sledovat vliv antiedématozní léčby, osmotické diuretikum – Manitol 20%
- sledovat laboratorní hodnoty
- sledovat turgor, stav kůže a sliznic
- zajistit dodání tekutin per os nebo parenterálně ve správném množství na 24 hodin / kg hmotnosti

Realizace :

Justýnka měla pooperačně snížený systémový tlak a CVP, a proto lékař indikoval zavodňující infuzi, aby došlo k úpravě na fyziologické hodnoty. V nultý operační den byla pacientka na plné parenterální výživě. První pooperační den byla zrušena nasogastrická sonda

a zkoušela jsem jí podávat čaj, buď ústy nebo do perkutánní endoskopické gastrostomie. Čaj tolerovala dobře, a proto jí další dny již lékař ordinoval dietu č. 12 mletou. Justýnce některá jídla nechutnala, proto někdy maminka nahrazovala nemocniční stravu stravou vlastní. Každý den jsem bilancovala tekutiny, počítala jsem příjem parenterální a enterální výživy, množství podaných léků v ml a výdej tekutin – močení, výdej do nasogastrické sondy a výdej ze zevní komorové drenáže. Za celé čtyři dny byla malá pacientka denně bilančně pozitivní 200 až 300 ml. Odběry jsem odebírala dle ordinace lékaře a sledovala jsem jejich hodnoty.

Hodnocení :

Justýnka měla po celé čtyři dny bilance vyrovnané. Fyziologické a laboratorní hodnoty byly v normě. Turgor kůže byl dobrý, sliznice vlhké a kůže růžová. Močení bylo dostatečné vzhledem k hmotnosti a věku.

Cíle byly splněny.

Hypotermie v souvislosti s dlouhotrvajícím operačním výkonem v celkové anestézii

Cíl :

- tělesná teplota bude ve fyziologickém rozmezí

Plán :

- monitorovat tělesnou teplotu
- zahřívát dítě
- podávat infuzní roztoky zahřáté na pokojovou teplotu
- zajistit teplotu prostředí 25-26 °C a klid

Realizace :

Justýnka byla po příjezdu ze sálu mírně podchlazená, proto jsme ji zahřívali speciální příkrývkou. Přibližně po dvou hodinách byla tělesná teplota ve fyziologickém rozmezí a v dalších dnech se problémy s tělesnou teplotou již neobjevily. Teplota na resuscitačním oddělení se celé tři dny pohybovala kolem 25 až 26 °C, což bylo plně vyhovující.

Hodnocení :

Tělesná teplota byla ve fyziologickém rozmezí.

Cíl byl splněn.

Úzkost a strach v souvislosti s hospitalizací**Cíle :**

- minimalizovat strach
- dítě má pocit jistoty a bezpečí
- dítě je schopné pochopit a adekvátně reagovat na změněné situace

Plán :

- zjistit možné příčiny strachu a stupeň úzkosti, sledovat jeho projevy, zajistit rodinné zázemí dítěte
- aktivizovat dítě dle jeho možností
- zajistit základní potřeby dítěte
- jednat a mluvit s dítětem klidně, beze spěchu, používat krátké, jednoduché věty vzhledem k věkové kategorii
- poskytnout dítěti haptický kontakt (dotek, pohlazení, pomazlení)
- zlepšit prostředí dítěte a možnost mít u sebe oblíbené hračky

Realizace :

Justýnka se již dva roky potýkala s nemocničním prostředím, přesto se na každou změnu prostředí špatně adaptovala. Neměnilo se pouze prostředí, ale i zdravotnický personál. Na dětském resuscitačním oddělení se snažíme, aby děti měly delší dobu na směně stejný ošetřující personál. Justýnce to vyhovovalo, věděla, která sestra se o ni další den bude starat. Maminka neomezeně na oddělení docházela a plně se Justýnce věnovala. Justýnka někdy měla strach a obavy, když maminka dlouho nepřicházela. Rozumným vysvětlením a získáním zájmu o nějakou oblíbenou činnost jsme většinou zabránili separační úzkosti. Justýnka, vždy dobře reagovala na přítomnost sester, které ji třeba jenom hladily nebo držely za ruku. V postýlce jí vždy ležel plyšový Krteček a mluvící panenka, to jsou hračky, které měla nejraději a vždy za každých okolností (operační sál, radioterapie) cestovaly s ní.

Hodnocení :

Justýnka někdy úzkost a strach pocítovala. Myslím si, že je to způsobené zkušeností z dlouhodobého pobytu v nemocničním prostředí a vidím to jako naprosto přirozené. Pro Justýnku znamená přítomnost maminky pocit jistoty a bezpečí.

Cíle byly částečně splněny, záleželo však na mnoha okolnostech (zdravotní stav, nálada, přítomnost maminky, prostředí a jiných faktorech).

Riziko vzniku zvýšeného nitrolebního tlaku z důvodů vzájemných změn objemu mozkomíšního moku, mozkové tkáně a cévního řečiště**Cíle :**

- stabilizace nitrolebního tlaku
- objem mozkomíšního moku bude udržován pomocí drenážních systémů
- neurologické příznaky budou minimalizovány
- maminka dokáže rozeznat příznaky dráždění mozku, malfunkci drenážního systému, infekční komplikace

Plán :

- minimalizovat rušivé podněty
- zvednout horní polovinu těla o 15-45 stupňů, hlavičku fixovat ve středním postavení
- sledovat průchodnost drenážního systému a jeho okolí, asistovat při odsávání mozkomíšního moku, sledovat funkčnost systému
- přepad zevní komorové drenáže udržovat + 15 cm H₂O sloupce, v rovině s komorovým systémem
- monitorovat vitální funkce, informovat lékaře při systémové hypertenzi
- sledovat velikost a reakci zornic
- dodržovat sterilitu prostředí
- dle ordinace lékaře podávat léky ke korekci intrakraniální hypertenze
- sledovat chování dítěte, projevy bolesti, příjem potravy, nauzeu a zvracení
- sledovat neurologický stav dítěte
- poučit maminku, jak s dítětem manipulovat, jak ho brát do náručí a chovat
- při změně informovat lékaře, vše zaznamenávat

Realizace :

Justýnku po příjezdu z operačního sálu jsem uložila do drenážní polohy. Hlava byla krytá obvazy, které neprosakovaly. Zornice reagovaly a byly izokorické. Zevní komorovou drenáž jsem nastavovala s přepadem + 15 cm H₂O sloupce, v rovině s komorovým systémem mozku. Dle ordinace lékaře byla podávána antiedématozní terapie. Justýnka se probírala k plnému vědomí, a proto byla převedena na spontánní ventilaci. GCS (Glasgow Coma Scale) – 15 bodů. Na bolest si nestěžovala. Neurologicky přetrvávala lehká pravostranná hemiparéza. Systémovou hypertenzi neměla. V dalších dnech jsem asistovala lékaři při převazu rány na hlavě. Rána byla veliká 12 cm, dobře se hojící, zevní komorová drenáž byla průchodná a neprosakovala do okolí. Vše probíhalo za přísně aseptických podmínek. Sledovala jsem a zaznamenávala odpady do zevní komorové drenáže (barvu a množství). Třikrát týdně jsem odebírala likvor na mikrobiologické vyšetření. Maminku jsem edukovala, jak má polohovat Justýnku a o principech zevní komorové drenáže, o všem byla informována již z předchozích hospitalizací.

Hodnocení :

Justýnka byla při vědomí. Příznaky nitrolební hypertenze neměla. Rána na hlavě byla klidná. Třetí pooperační den byl mozkomíšní mok xantochromní barvy, množství za 24 hodin 200 ml.

Cíle byly splněny.

Riziko vzniku bolesti vzhledem k operační ráně**Cíle :**

- minimalizovat riziko vzniku bolesti
- bolest je tlumena

Plán :

- sledovat změny fyziologických funkcí (tachykardie, zvýšení nebo snížení dechové frekvence)
- sledovat vegetativní projevy (bledost, pocení, zarudnutí)
- monitorovat a zaznamenávat intenzitu, charakter a lokalizaci bolesti
- upozornit lékaře na projevy bolesti

- zajistit klidný spánek pacientky (tlumení hluku a světla na oddělení)
- podávat kontinuálně analgetika dle ordinace lékaře
- sledovat nežádoucí účinky analgetik
- zajistit dítěti pohodlí a komfort
- připravit dítě na bolestivý zákrok

Realizace :

Justýnce byla podávána kontinuálně analgezie, která se postupně snižovala. Znamky bolesti se ve fyziologických funkcích neprojevily, verbálně si pacientka nestěžovala. Justýnku jsem informovala na možnost nepříjemných či bolestivých situací při některých výkonech. Informaci rozuměla, ale i přesto měla strach. Zajišťovala jsem přítomnost maminky a klidné prostředí v rámci možností.

Hodnocení bolesti pomocí VAS : 0 bodů (viz příloha č. 2)

Hodnocení :

Justýnce byla aplikována kontinuálně intravenózně analgezie, která jí byla první pooperační den postupně snižována až nakonec vysazena. Justýnka si na bolest nestěžovala. Cíle byly splněny.

Riziko vzniku infekce z důvodů operační rány a mnohočetných invazivních vstupů (zevní komorové drenáže, implantofixu v. sublavii, katetru v arterii radialis, nasogastrické sondy, perkutánní endoskopické gastrostomie, permanentního močového katetru)

Cíle :

- minimalizovat riziko vzniku infekce, nedojde k projevům místní a celkové infekce
- laboratorní nálezy jsou v normě

Plán :

- dodržovat aseptické postupy při převazu operační rány
- sledovat laboratorní hodnoty
- denně ošetřovat invazivní vstupy dle standardních ošetřovatelských postupů
- informovat lékaře o místních, celkových projevech zánětu

- edukovat maminku o epidemiologicko-hygienickém režimu dětského resuscitačního oddělení

Realizace :

Denně jsem převazovala za aseptických podmínek všechny invazivní vstupy, dle standardu našeho pracoviště (H₂O₂, Betadine a sterilní krytí). Invazivní vstupy neprokazovaly známky zánětlivé reakce. Denně jsem převazovala operační ránu, dle standardu našeho pracoviště (Betadine a sterilní krytí). Rána byla klidná, bez známek zánětlivé reakce. Maminka byla seznámena s epidemiologicko-hygienickým režimem dětského resuscitačního oddělení.

Hodnocení :

Justýnka byla bez známek infekce. Laboratorní hodnoty byly v normě.
Cíle byly splněny.

4. EDUKACE

Justýnka se léčí ve FN Motol již dva roky, na anesteziologicko-resuscitační klinice je v pooperačním období hospitalizována již počtvrté, proto edukace maminky spočívá pouze v upřesnění informací. Maminka si ohledně Justýnky sama nebo s naší pomocí zajišťovala některé úkony, např. příjem potravy do perkutánní endoskopické gastrostomie, celkovou hygienu, polohování, přebalování. Dle lékařských ordinací a zkušeností maminky jsme se snažili najít co nejoptimálnější řešení, aby léčebný a ošetrovatelský efekt byl co nejvyšší. Justýnka plně mamince důvěřuje, proto spolupráce maminky s ošetřujícím personálem je velice důležitá.

Justýnka je dítě, které se minimálně verbálně projevuje. Z velké části je to ovlivněno celkovým zdravotním stavem, ale také strachem z okolí a zkušeností z nemocničního prostředí, proto jsem neustále Justýnku nabádala, že některé zvláště subjektivně sdělené pocity, jsou pro nás velmi cenné.

5. PROGNÓZA

Prognóza tohoto onkologického onemocnění je velice nejistá, vzhledem k typu mozkového nádoru (anaplastický ependyom grade III) a neustálým recidivám. Nádor je na radioterapii a chemoterapii málo senzitivní. Jediná možnost je operační řešení, to je však obtížné vzhledem k lokalizaci nádoru a operativě per sekundam, je zde vyšší riziko vzniku pooperačních komplikací. Onemocnění v různé míře ovlivňuje život malé pacientky a celé její rodiny. Snížená obranyschopnost jejího organismu může vyvolat řadu bakteriálních a virových infekcí, které mohou končit fatálně. Je proto velice důležité pravdivě rodinu Justýnky o onemocnění a jeho důsledcích informovat. Edukace Justýnky a její rodiny by měla být průběžně zaměřena na předcházení všem komplikacím, které dítě ohrožují.

6. ZÁVĚR

Pooperační hospitalizace na dětské anesteziologicko-resuscitační klinice byla bez závažnějších komplikací. Z neurochirurgického hlediska měla Justýnka vyvedenou zevní komorovou drenáž, která by se měla v brzké době řešit VP-zkratem. Justýnka si na bolest nestěžovala, analgésie byla úplně vysazena. Dýchání bylo auskultačně čisté, bez vedlejších fenoménů. Bilance tekutin měla vyrovnané. Příjem tekutin a potravy byl bez větších potíží. Močení bylo dostatečné. Byla bez známek zánětlivé reakce. Justýnka byla v dobré náladě a těšila se, že půjde na jiné oddělení. Maminka byla poučena o zdravotním stavu Justýnky a informacím rozuměla.

Z ošetrovatelského hlediska byla pro Justýnku důležitá prevence nozokomiálních nákaz, vzhledem k jejímu celkovému zdravotnímu stavu a vyvedené zevní komorové drenáži. Dále pak bylo důležité Justýnku, co nejdříve začít vertikalizovat a v rámci možností stimulovat dětské aktivity přiměřené jejímu věku.

Justýnka byla neobyčejné dítě. Každá operace jí vrátila z motorického hlediska o pár měsíců dozadu. Díky bulbárnímu syndromu měla zavedenou tracheostomii učila se znovu dýchat, a jak se má správně odkašlávat. Nepolykala stravu, strava jí zatékala do dýchacích cest, byl jí zavedena PEG. Mluvila špatně, často byla zahleněná a nutilo jí to ke kašli. Pravostranná hemiparéza a celkově oslabený zdravotní stav jí nedovoloval, aby seděla natož potom chodila. A přesto si Justýnka jednou při pobytu venku zrušila tracheostomii a už zůstala bez ní. Naučila se mluvit, i když paréza v lící části byla patrná. Během několika měsíců se také naučila znovu sedět, stát u lůžka, chodit s dopomocí a nakonec chodila sama. PEG byl její kamarád, se kterým usínala. Jíst později uměla i ústy, ale někdy si diktovala, že chce papat do „pegíčku“ zvláště, když jí nebylo dobře nebo neměla zrovna náladu.

Chtěla jsem zde zdůraznit její osobnost, protože Justýnka byla velice statečná. Pro mě i pro mé okolí bylo těžké vidět dítě, které se tolik pere se svým onemocněním a vědět, že jeho prognóza je velice nepříznivá.

D. POUŽITÁ LITERATURA

1. FENDRYCHOVÁ, J; VACUŠKOVÁ, M; ZOUHAROVÁ, A. *Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii*. 1. vydání Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. ISBN 80-7013-357-0
2. KOUTECKÝ, J; CHÁŇOVÁ, M. *Děti s nádorovým onemocněním I*. 1. vydání Praha: Triton, s.r.o 2003. ISBN 80-7254-332-6
3. KOUTECKÝ, J. *Nádorová onemocnění dětí a mladistvých*. 1. vydání Praha: Karolinum 1997. ISBN 80-7184-246-X
4. PACHL, J; ROUBÍK, K. *Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých i dětí*. 1. vydání Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum 2005. ISBN 80-246-0479-5
5. STAŇKOVÁ, M; *České ošetrovatelství 6, Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi – Praktická příručka pro sestry*. 1.vydání Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. ISBN 80-7013-323-6.
6. ŠNAJDAUF, J; ŠKÁBA, R. *Dětská chirurgie*. 1.vydání Praha: Galen, 2005. ISBN 80-7262-329-X3.
7. ŠVIHOVEC, J; NOVOTNÁ, H; KAŠPAROVÁ, L. *Pharmindex Breviř*. 13. vydání Praha: MediMedia Information, spol. s r. o 2003. ISBN 80-86336-05-0
8. VOKURKA, M; HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. 4. vydání Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-037-2
9. Standardy ošetrovatelské péče FNM, které jsou v realizaci plánu ošetrovatelské péči:
 - Prevence infekcí chirurgických ran 4/ 2004
 - Prevence infekcí invazivních vstupů 5/ 2005

SEZNAM ZKRATEK

i.v. – intravenózně

p.o. – per os podání

gtt – kapky

supp – čípky

FNM – Fakultní nemocnice Motol

VAS – Vizuální analogová škála

Comfort score – hodnocení farmakologického útlumu u ventilovaných dětí

Norton score – hodnocení rizika vzniku dekubitů

GCS – Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí

CNS – centrální nervový systém

ETR – endotracheální roura

ZKD – zevní komorová drenáž

VP zkrat – ventrikulo-peritoneální zkrat

GIT – gastrointestinální trakt

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

NGS – nasogastrická sonda

PMK – permanentní močový katetr

implantofix – dlouhodobý žilní katetr

UPV – umělý plicní ventilátor

gr, grade, grading – zhodnocení stupně malignity nádoru

WHO – Světová zdravotnická organizace

CVP – centrální venózní tlak

MAP – střední arteriální tlak

TT – tělesná teplota

Sat. O₂ – saturace kyslíkem

MRI – magnetická rezonance

CT – počítačová tomografie

RTG – rentgenové vyšetření

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Comfort skóre – hodnocení farmakologického útlumu u ventilovaných dětí

Příloha č. 2 VAS – vizuální analogová škála

Příloha č. 3 Plán péče o dekubity a kožní defekty

Příloha č. 4 Vstupní ošetřovatelský záznam

Příloha č. 5 Plán ošetřovatelské péče – je pouze v písemné podobě

Příloha č. 1 Comfort skóre – hodnocení farmakologického útlumu u ventilovaných dětí

Comfort skóre- hodnocení farmakologického útlumu u ventilovaných dětí									
	datum+ čas								
spánek	hluboký spánek	1							
	lehký spánek	2							
	bspánek	3							
	běžný a pozorný	4							
	zvýšeně pozorný	5							
útlid/naklid	klidný	1							
	lehce neklidný	2							
	neklidný	3							
	velmi neklidný	4							
	vyděšený	5							
dýchání	někdy spontánně nedýchá	1							
	dyché spontánně, nerušeně	2							
	občas zakáše, občas intenzivně	3							
	pravdělně kašle, dyché prot	4							
	pere se s ventilátorem, duel se	5							
pohyby	žádné pohyby	1							
	občasné lehké pohyby	2							
	časté lehké pohyby	3							
	důrazné pohyby končetinami	4							
	důrazné pohyby hlavou a trupem	5							
TK	pod normou	1							
	v normé stáži	2							
	občas se zvýší o 15% (1-3x/hod)	3							
	často se zvýší o 15% a více	4							
	stále zvýšený o více než 15%	5							
akce srd	pomalší než norma	1							
	v normé	2							
	občas se zvýší o 15% (1-3x/hod)	3							
	často se zvýší o 15% a více	4							
	stále zvýšené o více než 15%	5							
sva: tonus	relaxovaný, tonus žádný	1							
	snížený tonus	2							
	normální tonus	3							
	zvýšený tonus a flexe prstů	4							
	svalové rigidita a flexe prstů	5							
výraz tváři	zcela uvolněný	1							
	normální tonus	2							
	patrné napětí některých svalů	3							
	patrné napětí všech svalů	4							
	svaly v grimase, zkřivený obličej	5							
celkem									

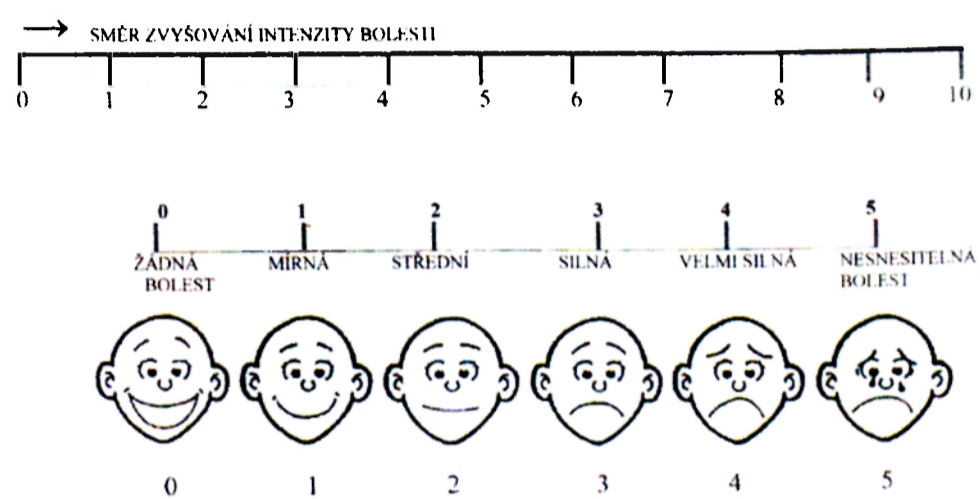
Celkové hodnota 16-27 bodů

PHN útlumený 14 a méně

Málo útlumený 26 a více

Příloha č. 2 VAS – analogová škála

VAS
VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA



Příloha č. 3 Plán péče o dekubity a kožní defekty



PLÁN PÉČE O DEKUBITY A KOŽNÍ DEFEKTY
FN MOUČ, V ÚVALU 54, PRAHA 5

Identifikační štítek

VSTUPNÍ CHARAKTERISTIKA RÁNY

Stupeň: I. zčervenání II. tvrdé puchýře III. poškození kůže, až nekrotizace IV. hluboké poškození (tissue, sval, kůže, kostice), nekrotizace	Lokalizace: 	Typ rány <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Úraz rána <input type="checkbox"/> Důch. rána <input type="checkbox"/> Jiny defekt	Průběh rány <input type="checkbox"/> Epitelizující <input type="checkbox"/> Granulující <input type="checkbox"/> Nekrotizující <input type="checkbox"/> Infekovaná	Etiozie <input type="checkbox"/> Záděň <input type="checkbox"/> Bily <input type="checkbox"/> Zary <input type="checkbox"/> Zelený <input type="checkbox"/> Kravny	Zápach <input type="checkbox"/> Záděň <input type="checkbox"/> Lehky <input type="checkbox"/> Dřevy <input type="checkbox"/> Jiny	Okolí rány <input type="checkbox"/> Kůže <input type="checkbox"/> Oko <input type="checkbox"/> Záděň <input type="checkbox"/> Ekzém <input type="checkbox"/> Macerace <input type="checkbox"/> Nekrotizace	Okraj rány <input type="checkbox"/> Ohraničená <input type="checkbox"/> Neohraničená	Bolest <input type="checkbox"/> Nebo <input type="checkbox"/> Stála <input type="checkbox"/> Dřevy <input type="checkbox"/> Při přev. an.	
		Stav rány: <input type="checkbox"/> Suchá rána <input type="checkbox"/> vlhká rána <input type="checkbox"/> suchá rána <input type="checkbox"/> suchá rána <input type="checkbox"/> suchá rána							
Velikost rány (ran): Řádka dla Nortonův měřítka Skóre 0-4 až 14 = vysoká riziko Skóre 1-5-18 = střední riziko Skóre větší než 18-20 = minimální riziko		SKALA NORTONOVY: Staré rány: 4 Akutní: 4 Riziko: 3 Spány: 2 Větší spány: 1		Stav rány: 4 Akutní: 4 Riziko: 3 Spány: 2 Větší spány: 1		Polohy: 4 Spány: 4 Ekzém: 3 Větší ekzém: 2 Jiny: 1		Intenzivní: 4 Neintenzivní: 3 Měk: 2 moč-stolice: 1	

PLÁN A REALIZACE

Datum/čas	Prevence	Velikost	Vzhled - rejm. změny Fáze rány	Isolována rána	Okolí rány	Do rány - sekundární krycí	Další převaz	Podpis sestry

FN MOUČ, V ÚVALU 54, PRAHA 5

VSTUPNÍ OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM

Jméno a příjmení: CH. J. A.
Oslovení: JUSTYNIKA Pojišťovna: VKJ - III
Rodné číslo: 1000 Povolání: DĚTE
Věk: 4 roky Vzdělání:
Vyznání: HIVĚD Národnost:
Adresa: HIVĚD
Osoba, kterou lze kontaktovat: MATKA

Datum přijetí: 17. 5. 2004
Hlavní důvod přijetí: PO OPEČENÍ KARDIA EPILEPSIEM

Lékařská diagnóza:
TUMOR KARDIA JAMY KERVU (EPILEPSIEM gr. II.)

Jak je nemocný informován o své diagnóze? JUSTYNIKA JE O SVĚTLE INFOVÁNA ÚSTĚNĚ (PŘÍMĚNĚ K JEJÍMU LÉKAŘI). MATKA JE PŘÍMĚNĚ INFOVÁNA, AŽ POKYDÍ PŘÍMĚNĚ POUŽÍVÁ

Osobní anamnéza: PACIENTKA JE KE 4 FYZIOLOGICKÉ (BRANŽITĚ, STOUT, TAVĚ) V 17 MĚSÍCÍCH PŘÍMĚNĚ TĚHOTĚLSTVÍ, POKYDÍ HMOTNOST 3500g, DÉLKA HS 41cm, APGAR 10 BODŮ, POKYDÍ ADAPTACE BYLA DOBRÁ, TYPICKÝ VĚK V NOHĚ, OČNÍ PODLE

Rodinná anamnéza: KALENDAŘE, KĚKŮE DĚTSKÉ NEMOCI, ÚČEKY - JALECIE - V DŮSRU 1005 - TUMOR KARDIA JAMY KERVU (EPILEPSIEM gr. II.)

Vyšetření: KODIČE JSOU KODIČI, SOWKREUČI VAKUČI NEMOCI UBYU

Terapie: TERAPIE BEKROSTŘEDNĚ PŘED OPEČENÍ UBYU KARDIA

Nemocný má u sebe tyto léky: _____

Je poučen, jak je má brát? _____

Obecná rizika:

nikotismus ne ano pokud ano, kolik denně:
 alkoholismus ne ano
 drogy ne ano pokud ano, jaké a jak dlouho:
 alergie jídlo ne ano pokud ano, které:
 léky ne ano pokud ano, které:
 jiné ne ano pokud ano, na co:

dekubity - w
 pneumonie - w

Důležité informace o stavu nemocného:

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

- Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? *DLE KSTINHO SDELENI MATKY - LIA NI HOJKU - KRIDUM TUMOU / KOMOU -> ITAHOJANA OPEKACE*
- Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *DITE*
- Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *NEMOL RASTATI (40) KOSTI (K) DAH JE I KDUK STOU JEJE CERE KADY TI NIHA JAKAK*
- Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? *JASTYUKA NIHA SE UNEMOUEH (JAK) KUNOUEH STAN, OPEKATA KE SE KETKAN*
- Jaké to pro vás je být v nemocnici? *STRAH, UROST*
- Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? *DITE*
- Máte dostatek informací a vašem léčebném režimu? *JASTYUKA BULA INFOUOVATA KETWSTEDUE (KE) OPEKATI, HANUKA JE INFOUOVATA*
- Máte dostatek informací o nemocničním režimu? *ANO*
- Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? Upřesněte:

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy):

DITE -> UENTELE LYKOUY (KEI) OPEKATI KATISTOJALA MATKA -> NIHA DO PEO, HUGIEUA A TINE NA AVESIEKI OBOLEW - KESUSITALENI KUNIRE PO TETI KATISTUJE KIA PERSOVAL

Komunikace:

- stav vědomí při vědomí somnolence kóma *-ALMAKONOBIEH*
- kontakt navázán rychle s obtížemi nenavázán *WIKUM*
- komunikace bez problémů bariéry nekomunikuje *WIKUM*
- spolupráce snaha spolupracovat nedůvěřivost odmítá spolupráci *THUMELG*

> OPEKATI -> JASTYUKA BULA PŮI VĚDOMÍ, KONTAKT A RELAXOVAE NIHAUOVATA KYRLE I KOMUNIKOVATA A SPOLUPRACOVALA BEK TOITĚI

HODNOCENÍ NEMOCNÉHO

1. Bolest a nepohodlí

- DLE ÚSTNÍHO SÍDELEK MAMINKY
- ✓ Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného?
 pokud ano, upřesněte: *ANO - VELIKY*
SÚSTYKA SI NA DLUHODOBOU BOLEST VE ŠTĚRČICE,
NEKDY SI KOLH HLAVA, NEPŘÍJEMNĚ JSOU SI NELEZE PRŮCHY
 - ✓ Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím do nemocnice?
 pokud ano, upřesněte: *ANO - VELIKY* *ne*
BOLEST HLAVY
 - ✓ Na čem je vaše bolest závislá? *NEPŘÍJEMNOSTI PŘI KAŠTI*
 - ✓ Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži)? *ANALGETIKA, OPELAGY PŘI KAŠTI*
 - ✓ Kde pociťujete bolest? *HLAVA*
 - ✓ Pokud budete mít u nás bolesti/obtíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? ...
KLIDIT PLÍCŮV KAŠTI: ANALGETIKÁ, OPELAGY,
KLIDIT KLIDNĚ PŘESČENÍ

Objektivní hodnocení sestry:

počet pohodlí (lůžko, teplota): *ÚSTYKA JE PO OPELAGY PŘI KAŠTI*
RAKLAVA ŠTĚRČICE PRŮCHY
 charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změře): *ÚSTYKA JE KONTINUÁLNĚ*
PODÁVAVA ANALGETIKÁ, OPELAGY PŘI KAŠTI -> SUFENÁ FOLIE
LOKALT ŠTĚRČICE -> 15 BOLE

2. Dýchání

- DLE ÚSTNÍHO SÍDELEK MAMINKY
- ✓ Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním?
 pokud ano, upřesněte: *ANO* *ne*
KURKACU SVIŠTĚNÍM - TRACHEOSTOMIE
 - ✓ Měl jste potíže před příchodem do nemocnice?
 pokud ano, upřesněte: *ANO* *ne*
JAK JSTE JE ZVLÁDAL?
 - ✓ Máte nyní potíže s dýcháním?
 pokud ano, co by vám pomohlo? *ANO* *ne*
FARMAKOLOGICKY ÚSTYKA
 - ✓ Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů?
 pokud ano, zvládnete to? *NEVÍM* *ano* *ne*
 - ✓ Kouříte?
 pokud ano, kolik? *ANO* *ne*

Objektivní hodnocení sestry:

dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.:
SÚSTYKA JE VE FARMAKOLOGICKY ÚSTYKA DÝCHÁNÍ
JE KATÉTEREM UNĚKŮ, PŘI KAŠTI VE ŠTĚRČICE
SI POUŽÍVAT HEVACI PLESESI K UNĚLE PŘI KAŠTI
KA ŠTĚRČICE DÝCHÁNÍ

3. Osobní péče

DLE ÚSTNÍHO SÍDELENÍ MAMIUKY

- ✓ Můžete si všechno udělat sám?
- ✓ Potřebujete pomoc při mytí?
- ✓ Potřebujete pomoc při čistění zubů?
- ✓ Potřebujete pomoc při koupání či sprchování?
- ✓ Kdy se obvykle koupete nebo sprchujete? AN DENNE ✓

ano (ne)
 ano ne
 ano ne
 ano ne

Objektivní hodnocení sestry:

soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.: NA DĚTÍM AUK -> RAJISUJE
 K-1 KAMOTNIKUM PERSONAL

4. Kůže

- ✓ Pozorujete změny na kůži? ano (ne)
- ✓ Máte obvyklou kůži? (suchou) mastnou normální
- ✓ Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? MAMIUKA JISTYKUM
 KWONASTUJE DETSKYM OJETEM
- ✓ Svědí vás kůže? ano (ne)

Objektivní hodnocení sestry:

celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy atd.: JISTYKUM MĀ KURĀI CUKROU
 (DETĀLY OJET) JIJEVA NA RUKOU PO OPEČARĀI IP KURĀM I DORĀE
 KAMOTJEVA, DT. KAVĀ NA HLĀE -> I ORĀREKĀ (NEPĀLUO)

5. Strava a dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? (dobrý) vadný
- Máte zubní protézu? dolní horní (žádnou)
 - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ano (ne)
 pokud ano, upřesněte
 - Máte rozbolavělá ústa? ano (ne)
 pokud ano, ruší vás to při jídle?
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu (o kolik) (přiměřenou) vyšší (o kolik) nižší
- c) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? (ano) ne
 pokud ano, o kolik kg jste zhubnul/přibral: KOUTWONIT -> KURĀI K JĀDU I KĀEMOTEGĀPIE
 ne u KURĀI K JĀDU
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
- Co obvykle jíte? MĀI HOSPĀTĀLĀRI - 18; PEG
 - Je něco co nejíte? Proč? MĀSTYKUM NEJĀE JĀDA I UEMORĀKĀM PROJETĀM
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano (ne) NEKURĀI JĀ!
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? R. DĀWĀDU
 pokud ano, upřesněte: PĀWOSTĀUWE HEMĀLEKĀI STĀTĀE KURĀE I
 co by mohlo problém vyřešit? PĀEPIO HETE PĀJĀMĀ TĀKOU STĀWĀ
 HĀNEKĀI OTĀREM, BĀW
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? PEG
 pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

Objektivní hodnocení sestry

stav výživy, enterální výživa, dieta, parenterální výživa, soběstačnost: JISTYKUM NE PO
 OPEČARĀI HĀKĀEVA VYKĀVA TĀWE PĀEUTĀLĀWE UGĀ NA STĀD

6. Příjem tekutin

- ✓ Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl?
(zvyšil) ^{snížil} nezměnil
- ✓ Co rád pijete? ČAJ, DOKA, KAKAO
- ✓ Co nepijete rád?
- ✓ Kolik tekutin denně vypijete? 1000 ml tekutin (včetně čaje)
- ✓ Máte k dispozici dostatek tekutin? (ano) ne

Objektivní hodnocení sestry:

projevy dehydratace: JUSTYNA JE PO OPELACI UYKNA A HYDRATACE
HLAVENA PNE PACEITELALIE, UZ NA STAD
UP JE UYKNA I I DILEKVA KLENIVY KUPA) - KEJAC DRINKUJE
Y. HODNUTI UYKNA.

7. Vyprazdňování stolice

- ✓ Jak často chodíte obvykle na stolicí? 1x DEU
- ✓ Máte obvykle (normální stolice)
zácpa
- ✓ Kdy se obvykle vyprazdňujete? 1x KTELOU - KOLIV I DENNÍ DOBU
průjem
- ✓ Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil? NE
- ✓ Berete si projímadlo? (nikdy) příležitostně často pravidelně
- ✓ Máte nyní problémy se stolicí? ano (ne)
pokud ano, jak by se daly vyřešit:

Objektivní hodnocení sestry:

konzistence, barva, frekvence, příměsi atd.: JUSTYNA MELA POSLEDNÍ STOLICI
16. 5. 2004

8. Vyprazdňování moči

- ✓ Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? ano (ne)
pokud ano, upřesněte:
jak jste je zvládal?
- ✓ Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?
- ✓ Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? ano (ne)
pokud ano, myslíte, že to zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

djuréza, barva atd.: JUSTYNA NA PO OPELACI M UYKOU KALEZENY
PECHAVENIM MOROVY KATEK, POMOCI KTELEHO SLEDUJEME
HOJNOSTOU DJUREZU. MOR JE CIP A KLIMELEVE
KONCENTROVANA.

9. Lokomotorické funkce

- ✓ Máte potíže s chůzí? (ano) ne
pokud ano, upřesněte: KOORDINACE POHYBU A STABILITA TĚLA
- ✓ Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? (ano) ne
pokud ano, upřesněte: KOORDINACE POHYBU A STABILITA TĚLA
- ✓ Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? ano (ne)
pokud ano, upřesněte: /
- ✓ Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? (nevím) ano ne
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete? /

Objektivní hodnocení sestry: JUSTYKA PŘED TOUTO OPELACÍ CHODILA, MĚLA KOORDINACI POHYBU A STABILITU TĚLA V DŮSLEDKU ALKOHOLICKÉHO QIENOVNĚK. ULI LOKOMOTORICKÉ FUNKCE VELKÉ HODNOSTI!

10. Smyslové funkce

- ✓ Máte potíže se zrakem? ano (ne)
pokud ano, upřesněte: /
- ✓ Nosíte brýle? ano (ne)
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? /
- ✓ Slyšíte dobře? (ano) ne
pokud ne, užíváte naslouchadlo? ano ne
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl? /

Objektivní hodnocení sestry: JUSTYKA NEMĚLA POTÍŽE SE ZRAKEM A NE SLYŠEN. ULI SLYŠOVÉ FUNKCE VELKÉ HODNOSTI!

11. Fyzická a psychická aktivita

- ✓ Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? DĚTE
- ✓ Máte potíže pohybovat se v domácnosti? (ano) ne
- ✓ Máte doporučené nějaké cvičení? Pokud ano, upřesněte: YAMIKKA S JUSTYKOU VELELE, LUKY, TŮJAT, SAMA
- ✓ Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? (ano) ne
- ✓ Co děláte rád ve volném čase? HRAJE SI, TELEFONUJE
- ✓ Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici? TELEFONUJE, KŮRČEK A KRAKOVSKÝ, PETRA POHÁDEK, HRA
- ✓ Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? ANO

Objektivní hodnocení sestry: JUSTYKA JE MENTÁLNĚ STARŠÍ NEŽ DĚTI. JEJÍM TĚM KOMUNIKACE A SOCIÁLNĚ JE PĚK. DŮKLA SCLADA, BASUČEK, TELEFONUJE, HRAJE SI -> ALE JE HODĚT ARBEURE DĚTI I JEJÍ TĚMOK SKUPINE I DŮKLA DŮBEKTI POBYT S RODICOU. ULI JE IE FARMACOLOGICKĚM ŮTĚM.

12. Odpočinek a spánek

- DLE ÚSTVNÍHO ČLEVENI MAMINKY*
- ✓ Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? *1000 - 10 HODIN DNE - 2 HODINY*
 - ✓ Máte doma potíže se spánkem? *ano* *(ne)*
pokud ano, upřesněte:
 - ✓ Kolik hodin obvykle spíte? *1000 - 10 HODIN DNE - 2 HODINY (PO OBEDE)*
 - ✓ Usínáte obvykle těžko? *ano* *(ne)*
 - ✓ Budíte se příliš brzo? *ano* *(ne)*
pokud ano, upřesněte
 - ✓ Co podle vás způsobuje vaše potíže?
 - ✓ Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? *PŘEDSPANÍ POHÁNKEM*
 - ✓ Berete doma léky na spání? *ano* *(ne)*
pokud ano, které:
 - ✓ Zdřímnete se i během dne? Jak často a jak dlouho? *PO OBEDE 2 HODINY*

Objektivní hodnocení sestry:

únava, denní a noční spánek apod. JAKÝS PŘÍČINOU JE PŘÍČINOU PROBLEMU SE SPÁNEM NEMELA JAKÝS JE JE FARMACOLOGICKÉM ÚTRUHU

13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje potřebné o tom mluvit)

- ✓ Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte:
- ✓ Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte:

- pacient o sexualitě nechce hovořit

- otázky nebyly položeny z důvodu vysokého věku nemocného

14. Psychologické hodnocení

- **emocionalita** stabilní *(spíše stabilní)* labilní
- **autoregulace** *(dobře se ovládá)* hůře se ovládá
- **adaptabilita** *(přizpůsobivý)* nepřizpůsobivý
- **příjem a uchování informací** *DÍTE* bez zkreslení zkresleně (neúplně)
- **orientace** *(orientován)* dezorientován
- **celkové ladění** *(úzkostlivý)* *(smutný)* rozzlobený
(skličeny) apatický

15. Rodina a sociální situace

- ✓ S kým doma žijete? MAMINKA A TŘI STARŠÍ SOUVOŘENCI, OTEC JUSTYŇUKY
- ✓ Kdo je pro vás nejdůležitější člověk (nejbližší) člověk? MAMINKA
- ✓ Komu mohou být poskytnuty inf. o vašem zdrav. stavu? MAMINKA
- ✓ Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? KŘIČÁ, KLÍČEHO KONTAKT S MAMINKOU
- ✓ Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? MAMINKA
- ✓ Je na vás někdo závislý?
- ✓ Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? DŮBŘE
- ✓ Kdo se o vás může postarat? MAMINKA

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci atd.):

JUSTYŇUKA ŽIJÍ V HLAVNÍM MĚSTE S MAMINKOU A SE TĚMI
 STARŠÍMI SOUVOŘENCI JAKOŽ JUSTYŇUKY S MAMINKOU
 NĚKTE NAVŠTĚVUJE SI MAMINKA - JE NIJE TERSTOU
 LADU JUSTYŇUKY (NEMOŽNÉ) A JEJI O ADAMA SI MAMINKA
 KAMUŇKY JUSTYŇUKA KČARÍ BLÍŽÍ KONTAKT SE KRÝLYMI
 KĚLY MAMINKY SOUVOŘENCI JSOU STIMULOVANI K VEŠÍ
 SAMOSTATNOSTI. MAMINKA JE PRO JUSTYŇUKU NEJBLÍŽÍM
 ČLOVĚKEM PRO JUSTYŇUKU KŮMEVA MAMINKA PŮBÍ
 ŽIVOTY A ŽEPEČI.

Chcete mi ještě něco říci, co by vám pomohlo v ošetrovatelské péči:

.....

16. Souhrnné hodnocení nemocného

- Shrnutí závěru důležitých pro ošetrovatelskou péči
- 1) NEPLNOLETOVOST, NÍZKÝ STUPĚŇ DĚJACÍ & DŮVODŮ
 ŽEČI MAMINKYHO POPELACNÍHO FALSHANOVÁNÍHO VITAMU
 A IHOV ANAGOSEDALE
 - 2) NEMOŽNÁ RELISTNOST, TRAVNÍ A SOCIÁLNOST A OTEČENÍ
 LAUOL A MAMINKYMI VSTATY
 - 3) NEMOŽNÝ OŘIEM, TELEČIŇUKY, TERKŮTI, F. DŮVODŮ
 OČEČIŇUKY, NĚKTE, KŘIČÁ, TERKŮTI, A OTEČENÍ, KČIČI
 ŽEČIŇUKY, KOMOČIŇUKY, KŮBEČIŇUKY, MAMINKY
 (SŮČIŇUKY, ANTEČIŇUKY, TERKŮTI)
 - 4) HYPOTEČIŇUKY, A SOCIÁLNOSTI, S IZHOUČIŇUKY, TERKŮTI
 MAMINKY, A TERKŮTI, ANTEČIŇUKY
 - 5) KŮBEČIŇUKY, A TERKŮTI, A SOCIÁLNOSTI, S HOSPITALIČIŇUKY

- 1) UŽIVO PRUKA KŮŘEVNÉHO UPTOLEBNÍHO TRAKU & DŮVODŮ KŮŘEVNÝCH KŮŘEVŮ DŮJEMU MOEKOMÍŠNÍHO MOKU, MOEKOVÉ TRÁVĚ A ŽEJNÍHO LĚŽISTĚ (DŮVODŮM SE OBLIŽUJÍCÍM MECHANIŠMŮ)
- 2) KŮŘEVŮ PRUKA BOLESTI KŮŘEVNĚ K OPELĚNÍ LÁŤE
- 3) UŽIVO PRUKA INFERENCE K DŮVODŮ OPELĚNÍ RÁŤU A MUDHOŽETUČŮ MUDHOŽETUČŮ KŮŘEVŮ (ŽEJNÍ KŮŘEVNĚ DŮVODŮ, INFLAMMACE I. SUBLATII, KŮŘEVŮ I. ARTEU LADIALIS, ŽEJNÍŮ ENDOSKOPICKÉ GASTROSTOMIE, UASO GASTRICKÉ SOUTY, ŽEJNÍŮ MŮLŮVÉHO KŮŘEVŮ)

14. 4. 2008

Plán ošetrovateľskej péče

1

INFORMAČNÁ KOTÍVKA Keč

Ošetrovateľské diagnózy <i>aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</i>	Cíle ošetrovateľské péče <i>časově vymezené a měřitelné cíle</i>	Plánované ošetrovateľské aktivity <i>činnosti sestery zajišťující dosažení cílů</i>	Hodnocení poskytnuté péče		
			efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	podpis primární/sestry
NECHOPROUSTI VÝDEET SPONTÁNNI DYCHANI K DÚŠOVÉ PRÍTĚLIVOSTI PODPĚRAJÍCÍHO FARMAKOLOGICKÉHO ÚTLUMU A KLMA - ANALBOSEIDARE	-DÍTĚ BUDE DYCHAT SAMO BEZ POMOCI UPTI -DÍTĚ MÁ UŠKOU BAKU KÚRE, UENTY A LÚ -DÍTĚ SI SAMO UVAŠĽA -DÍTĚ MÁ FYE. FEE, KČENI PLYNY A SATELARI KÚVE O ₂ I UOLME	-SLEDOVAT DYCHANÍ A DIE TOTČERY ODŠAT E DIE, POKADY KILKČENY A OČATY O ₂ -SLEDOVAT HTU DĚRA ASISTURE UPTI A SPONTÁNNI DEKA AKTIVITU: MOUITOLOVAT SATELARI KÚVE O ₂ ; SLEDOVAT HOŠOVY KLENTI, PLYNY, VYSIETIT DITETI POSTUP ODPOJOVANI, DITE PSYCHICKY POKADY KADŽIT DEKA LAS; SLEDOVAT HTUFI FUKČE KADŽIT KLIDNY STAV, OHEKAT HUK A SIEHO	19.5.08 JUSTIČKA BULA KA ČYCI HOŠOVY TO OPELARI ODŠOJENA OD HTU BULA SPONTÁNNE IENTURČE -STUJELNY KILKČENY O ₂ LUCAS LATA LA CI SAT O ₂ -> 06-100! FYE. FEE A ACC I UOLME 19.5.08 JUSTIČKA CI DĚRA SAMA S O ₂ KILKČENY DĚR KILKČEX KILKČEX FYE. FEE A ACC I UOLME 19.5.08 JUSTIČKA CI KILKČA SAMA BEZ O ₂ KILKČENY SAT O ₂ -> 06-100! 20.5.08 SPONTÁNNE DYCHANI KILKČUKA, BULA S ANKULIČKY KILKČEX VĚKČEM, ACC I UOLME	19.5.08	Keč
NAUŠENÁ BEHSTIOST TRAHN I SOWIŠLOST S OPELARI ČAJOU A UVAŠENÍMI ISOLY	-DOLIT KROJEN ČAJU A KARČIT DALŠIU POUŠEN KORŤI INTEGRITY	-LEAŠOVAT PČENY A TOALETU ČAJU KA PČENE AŠETIČNYH POKMIEK; POKADY STAV HOJEN ČAJU; PČI KOMPLIKACI PČENY ŠPECIALIŠTY; POKADY AŠ DIE ORDINARE LEKACE; MELIT IT I HOŠOVNYH INTELEKČU A KĚVANE VĚTAT VĚČELEH HOŠOV KREPEČIT OŠEL KÚVE VA UŠETČENY KĚŤI UŠELI, HĚKŤNY BĚKŤNY ALKUMIUM DIE ORDINARE LEKACE; DEJNE PČENOVAT KA AŠETIČNYH POKMIEK UVAŠENI ISOLY	19.5.08 HĚKA BULA OŠIČELI; IT BULA UOLME OP. ČAJU UŠAKLA; UVAŠENI PČENY BULY KĚŤY ČI. UVAŠEŤ (UŠOŠOČKŤY) 19.5.08 PČENY OP. ČAJU A KĚŤI ČI PČIŠIE AŠETIČNYH POKMIEK I OP. ČAJU KĚŤI PČENY DOLČE ČE HOŠI UVAŠENI ISOLY - BĚR KĚŤE UŠEČE I IT I UOLME 19.5.08 ČAJU A JĚŤ OČI KĚŤE, UVAŠENI ISOLY BULY BĚR KĚŤE UŠEČE 20.5.08 OP. ČAJU A UVAŠENI PČENY KĚŤE; IT BULA I UOLME LAS. HOŠOVY BULY I UOLME	19.5.08	Keč
				19.5.08	Keč
				19.5.08	Keč
				19.5.08	Keč
				20.5.08	Keč

ENIKA 14.1.14 X 2008

Plan ošetrovateľskej péče

(2)

MRPIONA: KOTIWOIA Kae!

Ošetrovateľské diagnózy <i>aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</i>	Cíle ošetrovateľské péče <i>časově vymezené a měřitelné cíle</i>	Plánované ošetrovateľské aktivity <i>činnosti sester zajišťující dosažení cílů</i>	Hodnocení poskytnuté péče		
			efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	podpis primární sestry
<p>NEVYHÁŘENÝ OBJEM TELESNÝCH TEKUTIN & DŮVODU STŘEDNĚ VELKÝCH VÝKALŮ TEKUTIN & OTEČENÍ KŮŽI, ŽENNY KROMOUVÉ IZLEVAŘE KAMSEVENHO MOČENÍ VLIVEM OŠTĚŘENÍ ANTIEMETOŘNÍ HÉČZU</p>	<p>DĚTE MÁ MĚŘENÚ VĚŽEN A VĚŽEJ TEKUTIN DĚTE MÁ VOLNĚJŠÍ FAKTIVNÍ NÁSTUJ DĚTE MŮŽE DOSTATELNĚ VĚŽEDEN K VĚKA A HMOTNOSTI TULBOU KŮŽE RŮDE USTOVNĚNÁ, SLIKŮRE IZARE, KŮŽE UČEONÁ, HAROL HODNŮTY JSOU V VOLME</p>	<p>SLEDOVAT BILANCI TEKUTIN, SLEDOVAT FYZ. FAKURE A HODNŮTY EAT, SLEDOVAT MOČENÍ DĚTE (HMŮŽENÍ, BALK), PODĚLAT KŮŽENI KŮŽI VĚŽEJ (U) V SARE, SLEDOVAT HMŮŽENÍ KAMSEVENHO ORSAHU OČEVENENHO VOS, SLEDOVAT UV ANTIEMETOŘNÍ HÉČZU I OŠTĚŘENÍ DŮLEŽITĚKŮ - KO. HANITA), SLEDOVAT HAROL HODNŮTY, SLEDOVAT TULBOU, STAV KŮŽE A SLEVNĚ, ZAJISTIT DODAVU TEKUTIN PEL OR VERO TALENTEČALNE VE STAVNEM HMŮŽENÍ KY HODNŮTK HMOTNOSTI</p>	<p>19.5.04 JUSČIVKA HELA POTEČALNE ČŮRENU NĚŽENOU TAR A LIT -> DĚ OČIWAKE HELA HOLDMOTELČALNE; UČA PLAVU NA FYZIOLOGIČE HODNŮTY, IZENA ČKA HARENA TŮE TALENTEČALNE 19.5.04 JUSČIVKA ŽAL KŮŽENÁ VOS, ŽYL JI PODĚLAT ČAJ I PEL OS VERO DO PEČ) - TOLEČOVAT NĚNA TALE ŽKA HARENU ČAPTEČNE TALENTEČALNE, PŮŽEN A VĚŽEJ TEKUTIN ŽYL VĚŽEN 19.5.04 KŮŽIWAKE TALENTEČALNE A EUTERČALNE NĚNA, DIETA 12 MĚTA BILANCI TEKUTIN HONAVĚ 20.5.04 JUSČIVKA HELA HARENU PŮŽEN A VĚŽEJ TEKUTIN, HAROL HODNŮTY ŽYL I VOLME</p>	<p>19.5.04 19.5.04 19.5.04 20.5.04 20.5.04</p>	<p>Kae! Kae! Kae! Kae! Kae!</p>
<p>HYPOTEMIE I BŮŽIČNOSTI S DŮVODŮVAJÍCÍM OTEČENÍM KŮŽIWAKE A BELONĚ HĚŽEČEN</p>	<p>TEČENÁ TĚPŮTA RŮDE VE FYZIOLOGIČNEM WŮHERĚ</p>	<p>MONITOVAT TĚČENŮ, TĚPŮTU KŮŽIWAKE DĚTE, PODĚLAT INFĚVENI WŮŽOLU KŮŽIWAKE NA PODŮŽNOL TĚPŮTU, KŮŽIWAKE TĚPŮTU POŠČEČEN 35-36 A KŮŽIWAKE</p>	<p>19.5.04 JUSČIVKA ŽKA K OTEČENÍHO SARU HĚLVE PODĚLĚČENÁ (26,0°C) - KŮŽIWAKE JI -> ŽYL HODNŮTY TT I VOLME 19.5.04 TT ŽKA I VOLME 19.5.04 TT ŽKA I VOLME 20.5.04 TT ŽKA I VOLME</p>	<p>19.5.04 19.5.04 19.5.04 20.5.04</p>	<p>Kae! Kae! Kae! Kae!</p>

Plán ošetrovateľskej peč (3)

Ošetrovateľské diagnózy <i>aktuálne a potenciálne ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</i>	Cíle ošetrovateľské peč <i>časově vymezené a měřitelné cíle</i>	Plánované ošetrovateľské aktivity <i>činnosti sestř zajišťující dosažení cílů</i>	Hodnocení poskytnuté peč		
			efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	podpis primární sestř
KĚKOST A STRACH V SOUČASNOSTI & HOSPITALIZACI	- MINIMALIZOVAT STRACH - DĚTE MAJÍ PRÍT JISTOTU A BEZPEČÍ - DĚTE JE SCHOPNE POKROČIT A ADEKVÁTE REAGOVAT NA ZMĚŇENÉ SITUACE	REAGOVAT MOŽNE PŮVIČNÚ STRACHU A STUPEŇ KĚKOSTI, SLEDOVAT JEHO PROJEV KAJISTIT KODIČNE KĚKOSTI DĚTE AKTIVIZOVAT DĚTE NA JEHO MOŽNOSTI KAJISTIT KALMUSI POTREBY DĚTE JEDNAT A KOMUNIKOVAT S DĚTEM KUDNE BEZPEČNĚ, PODPOROVAT KUDNE JEJ VOĽBU VĚTY PRÍKLADNĚ K VEĽKOSTI KATEGÓRIÍ, PODPOROVAT DĚTE KONTAKT, KLETSI TRUSTEĎI DĚTE A MOŽNOST MAJ K SEBE ORGÁNE HLAVY	11.5.04 JEDNANIE VE FACHOVODICILEM STRACHU TO EXTUBACI A SUČE DŤILY ANALÝZOVADRE TOSPŤALA 12.5.04 BYLA PRÍTOMNÁ MANIKU - VĚTA KUDNE TELEFÁRE, HĚ - ODPOVĚĎ STAVEN JE I DOBRE VĽADE 14.5.04 JEDNANIE BYLA AKTIVIZOVÁNA V ORGÁNE ČINNOSTI - NEČDY STRACH A KĚKOST POŠĽOVALA 15.5.04 BYLA PRÍTOMNÁ MANIKU, HLAVU SI BYLA I DOBRE VĽADE	11.5.04 12.5.04 14.5.04 15.5.04	kel kel kel kel
KRÍKOVÁ PRÍKOVÁ KUDNEHO UTROBERNĚHO TRAKU & DĚVDÍ VĚJEMNĚ MĚNĚ OBJEMU MOŽNOSTIHO MOKU, MOŽNOSTE TRÁNE A REČNĚO ČĚČÍSTE	- STABILIZÁRE UTROBERNĚHO TRAKU - OBJEM MOŽNOSTIHO MOKU BUDE UDRŽOVÁNA POMOC DEKOMPRESIČNĚ SÝSTEMU - URČOVADICILE PŮVIČNÚ RUDOU MINIMALIZOVÁNY - MANIKU DOKÁŽE KODEROVAT PŮVIČNÚ DĚVDÍHO MOKU, HALFUŽBU DEKOMPRESIČNĚ SÝSTEMU, INFĚKČI KOMPLIKÁČE	MINIMALIZOVAT URČIVĚ PODIETĚ KUDNEHO MOKU, POKROČIT TĚLA O 15-45 STUPŇŮ, HLAVKOU FIXOVAT VE STĚDŤNĚM POSTAVENÍ SLEDOVAT PŮVIČNÚ DEKOMPRESIČNĚ SÝSTEMU A JEHO OKOLÍ, ASISTOVAT PŮI VĚJEMNĚ MOŽNOSTIHO MOKU SLEDOVAT FUNKČNOST SÝSTEMU PŮVĚDĚ JĚI UDRŽOVAT 15 CM H ₂ O - V KODNE S KOMPOVĚM SÝSTEMEM MOKU; MONITOVAT INTÁLII FUNKČE INFORMOVAT KĚKČE PŮI SÝSTEMOIE HYDĚTĚRĚ, SLEDOVAT VEĽKOST A ČĚČI KODNE; PODPOROVAT STĚVDŤ POKROČĚ, IŽE AKTIVARE KĚKČE PODPOROVAT ĤEY KĚ; KODĚKI INTERAKČI HYDĚTĚRĚ; SLEDOVAT ČYOVÁLI DĚTE URČOVADICILEM STRACH DĚTE; PODOROVAT MANIKU; JAK MAJÍ DĚTEM MANIPULOVAT	11.5.04 REČNĚ KOMPOVÁ DEKOMPRESIČNĚ SÝSTEMU MOŽNOSTIHO MOKU S PŮVIČNĚ KĚF - SÝSTEM RĚL FUNKČI, PŮVIČNÚ UTROBERNĚ HYDĚTĚRĚ NEČDY PŮVIČNÚ 12.5.04 14.5.04 RE ČIČIČIČI JE FUNKČI, PŮVIČNĚ RĚI - ONOĽ BYLO KUDNE REKODĚRĚ STĚVDĚČI BYL PRÍTOMNÝ VE SÝSTEM PŮVĚDĚ OPEČÁČI 14.5.04 JEDNANIE RĚL PŮVĚDĚ, KUDNE UTROBERNĚ HYDĚTĚRĚ VEĽKY PŮVIČNÚ 15.5.04 HLAVU RĚL KUDNEHO STRACH JEDNANIE STRACHU	11.5.04 12.5.04 14.5.04 15.5.04	kel kel kel kel

ENTRA 14 JA 2008

Plán ošetrovateľskej péče

(4)

INTERDISCIPLINÁRNY: KLINICKÝ KOL

Ošetrovateľské diagnózy <i>aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</i>	Cíle ošetrovateľské péče <i>časově vymezené a měřitelné cíle</i>	Plánované ošetrovateľské aktivity <i>činnosti sester zajišťující dosažení cílů</i>	Hodnocení poskytnuté péče		
			efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	podpis primární sestry
<p>LIKRO KLINIKU BOLESTI VHLÉDEM K OPELACII ČAPU</p>	<p>- MINIMALIZOVAT LIKRO KLINIKU BOLESTI - BOLEST JE TĚMĚŘU</p>	<p>SLEDOVAT ZMĚNY FYZ. FUNKCÍ; SLEDOVAT VEGETATIVNÍ PROJEKTY; MONITOVAT A KVALIFIKOVAT INTENZITU, CHARAKTER A KONTAKT BOLESTI; UPOKOJIT LEKACE NA PROJEKTY BOLESTI; KAZITIT KLIDNÝ STAV DÍTĚTE; PODAT KONTINUÁLNÍ ANALGETIKA DLE ORDINACE LEKARŮ; SLEDOVAT NEŽÁDOUCÍ KLIDNÝ ANALGET KAZITIT DÍTĚTEI TĚMĚŘU A KONFOLTI; PŘIPRAVIT DÍTĚ NA BOLESTIVÝ KANAL</p>	<p>19.5.08 JAGOVICE RYLA KONTINUÁLNÍ PODÁNÍ ANALGETIKY KONFOLTI 30MG 15 RODU, FYZ. FUNKCE V ULOŽENÍM KORMEK 19.5.08 POSTAVICE RYLA KONTINUÁLNÍ ANALGETIKY KONFOLTI 30MG 15 RODU - 14.5.08 19.5.08 JUSTIČKA NEMELA KAZITIE PROJEKTY BOLESTI 20.5.08 JUSTIČKA SI NA BOLEST NESTEŽOVALA</p>	<p>19.5.08</p> <p>19.5.08</p> <p>19.5.08</p> <p>20.5.08</p>	<p>Kel</p> <p>Kel</p> <p>Kel</p> <p>Kel</p>
<p>LIKRO KLINIKU INFECIE K DÍTĚTI OPELACII ČAPU A MNOHOČETNÝCH INVAZIVNÍCH VSTUPŮ (KREVNÍ KANALY, DRENÁŽE, IMPLANTATY I. SUBLATIE, ARTERIE KARDIAKÉ, NASOBASTRIČNÉ SONDY, PERIFERNÍ ENDOVASCULÁRNÍ CATHETERY, PERMANENTNÍHO NOZOVÉHO KATERU)</p>	<p>- MINIMALIZOVAT LIKRO KLINIKU INFECIE, NEŽÁDOUCÍ K PROJEVŮM HISTUÍ A RELVIE INFECIE - KLABORATOVNÍ VÁLEKY JEDN V UOLHE</p>	<p>DODRŽOVAT ASEPTICKÉ POSTUPY PŘI PÉČE OPELACII ČAPU; SLEDOVAT LABORATORNÍ HODNOTY; DENNE OŠETŘOVAT INVAZIVNÍ VSTUPY DLE STANDARDNÍCH OŠETŘOVATELSKÝCH POSTUPŮ; INFORMOVAT LEKARŮ O HISTUÍCH, RELVIECH TĚLEVÝCH KAZITIE</p>	<p>19.5.08 PÉČE O INVAZIVNÍ VSTUPY PŘI KAZITIE KAZITIE, LABOR. HODNOTY RYLA V UOLHE 19.5.08 PÉČE OPELACII ČAPU A INVAZIVNÍ VSTUPY - KAZITIE KAZITIE VERTIKALNÍ 19.5.08 OP. ČAPU A INVAZIVNÍ VSTUPY KLIDNÝ LABOR. HODNOTY RYLA V ULOŽENÍM KORMEK 20.5.08 NEŽÁDOUCÍ K PROJEVŮM HISTUÍ A RELVIE INFECIE</p>	<p>19.5.08</p> <p>19.5.08</p> <p>19.5.08</p> <p>20.5.08</p>	<p>Kel</p> <p>Kel</p> <p>Kel</p> <p>Kel</p>