

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Ošetrovatelská péče o pacienta před a po transplantaci ledviny
Petra Karešová

Bakalářská práce
2011

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra KAREŠOVÁ**
Osobní číslo: **Z08014**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Ošetrovatelská péče o pacienta před a po transplantaci ledviny**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium soudobých poznatků, sběr informací, studium literatury.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce.
3. Konzultace s vedoucím práce.
4. Vypracování kazuistiky a její zpracování.
5. Kritické zhodnocení a doporučení.

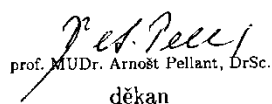
Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

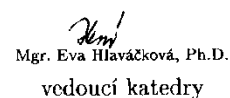
1. MAREČKOVÁ, J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
2. SAUDEK, F. Příprava na transplantaci : příručka pro pacienty s diabetem a jejich blízké. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-055-0.
3. TEPLAN, V. a kol. Praktická nefrologie: 2. zcela přepracované a doplněné vydání. 2. dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1122-2.
4. TŘEŠKA, V. a kol. Transplantace ledvin od nebijících dárců. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-167-7.
5. TŘEŠKA, V. a kol. Transplantologie pro mediky. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0331-4.
6. VIKLICKÝ, O.; JANOUŠEK, L.; BALÁŽ, P. a kol. Transplantace ledviny v klinické praxi. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2455-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Petrásková**
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2010**
Termín odevzdání bakalářské práce: **2. května 2011**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. února 2011

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 26. 3. 2011

Petra Karešová

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí Mgr. Evě Petráskové za odborné vedení a cenné připomínky. Dále děkuji za spolupráci dialyzačnímu středisku, metabolické JIP, metabolickému oddělení, koordinátorce transplantačního centra a v neposlední řadě také hDoc. MUDr. Pavlu Navrátilovi, CSc.

Díky patří také klientům, o kterých práce pojednává.

Petra Karešová

Anotace

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí u transplantovaných pacientů a je rozdělena na dvě části.

V teoretické části je popsána anatomie a fyziologie ledvin. Dále se zde věnuji chronickému selhání ledvin, jeho příčinám, diagnostice a léčbě dialýzou nebo transplantací. Zabývám se také ošetrovatelskou pooperační péčí.

Praktickou část jsem uvedla statistikami o počtu transplantací provedených v ČR a fakultní nemocnici (FN) a rozdílu četností dárců kadaverózních a živých. Dále jsem uvedla 3 kazuistiky dialyzovaných pacientů, z nichž jsem si vybrala pouze jednoho klienta, u kterého byla transplantace ledviny provedena. Tomu jsem pak věnovala pozornost z hlediska ošetrovatelské péče před a po transplantaci. Vytvořila jsem tak ošetrovatelský plán péče dle aktuálních pacientových potřeb a vyhledaných ošetrovatelských diagnóz v NANDA doménách.

Klíčová slova

Chronické selhání ledvin, dialýza, transplantace, ošetrovatelský plán, ošetrovatelské diagnózy

Annotation

This thesis deals with the nursing care of transplanted patients and it is divided into two parts.

The theoretical part describes anatomy and physiology of kidneys. I also devote to chronic renal failure, its causes, diagnosis and treatment with dialysis or transplantation. I also deal with the post-operative nursing care.

In the practical part I presented statistics of the number of transplantations in CR and difference of frequencies of cadaver and living donors. Furthermore, I pointed out five case studies of dialysis patients, which I chose only one client from, who submitted to the kidney transplantation. I focused on the client from the nursing care point of view before and after transplantation. This way I created the nursing plan of care according to patient needs and searched actual results of nursing diagnoses in NANDA domains.

Key words

Chronic renal failure, dialysis, transplantation, nursing care plan, nursing care diagnosis

OBSAH

Úvod.....	9
Cíl.....	10
I. Teoretická část.....	11
1 Anatomie.....	11
1.1 Anatomie ledvin.....	11
1.1.1 Nefron.....	11
1.1.2 Glomerulus.....	12
1.1.3 Glomerulární filtrace.....	12
1.1.4 Tvorba moči.....	12
2 Selhání ledvin.....	14
2.1 Akutní selhání ledvin.....	14
2.2 Chronické selhání ledvin.....	14
2.2.1 Stádia.....	15
2.2.2 Klinický obraz.....	15
2.2.3 Diagnostika.....	15
2.2.4 Terapie.....	16
2.2.5 Nízkobílkovinná dieta.....	16
3 Dialýza.....	18
3.1 Hemodialýza.....	18
3.1.1 Před zahájením hemodialýzy.....	18
3.2 Peritoneální dialýza.....	19
4 Transplantace ledvin.....	19
4.1 Historie.....	20
4.2 Čekací listina (waiting list).....	21
4.3 Dárci orgánů.....	23
4.4 Stanovení smrti.....	23
4.5 Komplikace transplantace.....	24
II. Praktická část.....	26
1 Metodika.....	26
2 Statistika.....	27
3 Kazuistika č. 1.....	29
3.1 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách dle modelu Marjory Gordonové.....	31
3.2 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy (viz. příloha č. 6).....	32
4 Kazuistika č. 2.....	33

4.1	Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách dle modelu Marjory Gordonové	35
4.2	Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy (viz. příloha č. 6)	37
5	Kazuistika č. 3.....	38
5.1	Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách dle modelu Marjory Gordonové	40
5.2	Průběh hospitalizace.....	43
5.3	Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy (viz. příloha č. 6)	47
6	Ošetrovatelská péče o pacienta před a po transplantaci ledvin.....	49
6.1	Bezprostřední předtransplantační péče	49
6.2	Na operačním sále	49
6.3	Bezprostřední potransplantační péče.....	50
6.4	Následná a dlouhodobá pooperační péče	51
III.	Diskuze	53
IV.	Závěr.....	54
	Soupis bibliografických citací	56
	Použité zkratky	58
	Seznam příloh	59

Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám ošetrovatelskou péčí u pacientů před a po transplantaci ledviny. Toto téma jsem si vybrala proto, že jsem se s transplantací ledviny nikdy předtím nesetkala a tak jsem se chtěla dozvědět více. Začala jsem tedy sledovat dialyzované pacienty zařazené na čekací listině. Jeden z mých klientů měl to štěstí, našla se pro něho vhodná ledvina.

Tím začalo sledování ošetrovatelské péče před transplantací a také po ní. Chtěla bych zjistit, jakým způsobem péče probíhá a v čem se liší od ošetrovatelské péče po běžných operacích.

Není tomu tak dávno, co pacienti na selhání ledvin běžně umírali a dnes jim dokážeme poskytnout takovou péči, která jim život nejen prodlouží, ale i zachrání. Objevení dialýzy bylo prvním velkým krokem, možnost transplantace byla nadějí a možnost úspěšné transplantace je životem. A takový život dnes moderní medicína umí darovat. Umí transplantovat ledvinu.

Cíl

Cílem mé bakalářské práce je blíže se seznámit s chronickým selháním ledvin, jeho příčinou, diagnostikou a léčbou a na tomto základě sestavit ošetrovatelský proces u klienta před a po transplantaci ledviny.

V teoretické části se zaměřuji na příčiny vzniku renálního selhání, příznaky a léčbou pomocí diety, dialýzy a transplantace.

V praktické části jsem zpracovala tři kazuistiky klientů zařazených na čekací listině transplantačního programu a u transplantovaného klienta jsem vytvořila plán ošetrovatelské péče před a po transplantaci.

Dalším cílem bylo získat a vyhodnotit statistické údaje o počtu transplantací v ČR a FN a porovnat četnost výskytu kadaverózních a žijících dárců.

I. Teoretická část

1 Anatomie

1.1 Anatomie ledvin

Ledviny jsou párový orgán uložený po obou stranách bederní páteři ve výši dvanáctého hrudního (Th12) až třetího bederního (L3) obratle. Pravá ledvina je uložena o něco níže (přibližně o polovinu obratle). Ledviny jsou od břišní dutiny odděleny pobřišnicí (tzn., jsou uloženy retroperitoneálně).

Ledviny mají fazolovitý tvar a jsou uloženy tak, že svou konvexitou směřují do stran a konkavitou k páteři.

U normální dospělého člověka jsou rozměry ledviny v podélné ose 12 cm, na šířku 6 cm a tloušťku mají 3 cm. Hmotnost jedné ledviny se pohybuje okolo 150 g.

Místo, ve kterém do ledviny vstupuje tepna a vystupuje žíla, se nazývá hilus. Ledviny jsou svoji konzistencí pružné a tuhé, u dospělého člověka je jejich povrch hladký a krytý jemným fibrózním pouzdem. V dětském věku může být povrch lehce nerovný v důsledku ještě neúplného spojení základů ledviny (renkulizace).

Při podélném (frontálním) řezu ledviny můžeme rozlišit dvě části a to část korovou (cortex) a část dřeňovou (medulla). Korová část je široká asi 1 cm (0,5- 1,5cm) a má hnědočervenou barvu. Dřeň je složena z pyramidových útvarů. Vrcholky těchto pyramid (papily) jsou obrácené k hilu. V normální lidské ledvině se nachází 8- 20 pyramid. Barva pyramid je hnědofialová barvy a již pouhým okem můžeme rozpoznat její proužkovitou strukturu. Na dřeni můžeme rozlišit zónu vnitřní a zevní. V zevní zóně lze ještě rozlišit vnitřní a zevní pruh. Na papily se upínají tzv. kalíšky, které ústí do ledvinné pánvičky.

Velikost, tvar a polohu ledviny můžeme klinicky snadno vyšetřit pomocí různých zobrazovacích metod. V praxi se nejčastěji užívá vyšetření ultrazvukem nebo rentgenem. Zjišťování odchylek ve velikosti, tvaru a poloze ledvin může být důležitou součástí při rozpoznávání některých chorob ledvin a jejich odchylek ve vývoji (Teplan, 1998).

1.1.1 Nefron

Nefron se skládá z glomerulu, proximálního tubulu, Henleovy kličky, distálního tubulu a sběracího kanálku. Nefron je tedy základní anatomickou a funkční jednotkou ledviny. U dospělého člověka tvoří každou ledvinu 1 - 1,25 milionu nefronů a tento počet se již po narození nemění (Mourek, 2005; Teplan, 1998).

1.1.2 Glomerulus

Glomerulus je klubíčko kapilár mezi přívodnou (vas afferens) a odvodnou (vas efferens) tepénkou (arteriolou). V jedné ledvině je asi 1 milion glomerulů. Pouzdro, které obklopuje glomerulus, se nazývá Bowmanovo pouzdro. V glomerulu dochází k první a základní vylučovací funkci ledvin glomerulární filtraci (Mourek, 2005).

1.1.3 Glomerulární filtrace

Glomerulární filtrací vzniká glomerulární filtrát (filtrát z plazmy bez bílkovin). Je to fyzikální proces, který závisí na filtračním tlaku, na propustnosti glomerulárního filtru a také na ploše filtrace. Na filtračním tlaku se podílí krevní tlak v kapilárách, který proudí ve směru filtrace a dva protitlaky - onkotický tlak plazmatických bílkovin a hydrostatický tlak Bowmanova pouzdra. Hodnota filtračního tlaku je 11 mmHg (Mourek, 2005).

Glomerulární filtr je prakticky nepropustný pro bílkoviny. Objem glomerulární filtrátu je 120 – 130 ml/min tzn. 170 – 180 l/24 h. Z tohoto velkého množství ledviny vytvoří 1,5 l moče za den, tzn. necelé 1 % glomerulárního filtrátu.

Velikost filtrace lze měřit pomocí látky, která je schopná se po prvním průtoku ledvinou zcela vyloučit z těla a již se dál nevstřebávat. Tato látka se nazývá inulin a schopnost očištění od dané látky poté clearance (Mourek, 2005).

1.1.4 Tvorba moči

V proximálním tubulu dochází ke vstřebávání 75 % GF a to zatím bez hormonální kontroly. Do Henleovy kličky vstupuje tedy izotonická tekutina a zde dochází k další resorpci přibližně 15 % GF. Sestupné raménko je velmi tenké a dobře propustné pro vodu a ionty. Vzestupné raménko má tlustý epitel a je pro vodu nepropustné, za to se podílí aktivním transportem na resorpci sodíku a chloru.

Hypertonické prostředí v intersticiu dřeně a tubulární tekutině kličky se vytváří pomocí protiproudového multiplikačního systému nacházejícího se v Henleově kličce. Protože je tlusté raménko propustné pro NaCl, vstupuje do distálního tubulu tekutina hypotonická. Pro konečnou úpravu moče využívá sběrací kanálek hypertonicity ve dření.

V distálním tubulu dochází k resorpci 5 % glomerulárního filtrátu a to již pod hormonální kontrolou aldosteronu, antidiuretického hormonu, parathormonu atd.

Sběrací kanálek před vyústěním do ledvinné pánvičky prochází oblastí dřeně, která je silně hypertonická. Zde dochází k resorpci asi 4 % tekutiny GF a to pod vlivem antidiuretického hormonu a také osmotického gradientu. Dochází tak k definitivní úpravě moče o objemu

necelého 1 % GF, tzn. 1,5 litru za den. Tento objem nazýváme diuréza moči. Můžeme tedy říci, že těmito pochody ledvina zajišťuje stálost objemu ECT a jejího pH.

Za funkci vstřebávání natria jsou odpovědné dva hormony, mineralokortikoid aldosteron a atriální natriuretický peptid, který je produkován srdeční síní. Aldosteron zvyšuje zpětné vstřebávání nátria v distálních částech nefronu a natriuretický peptid působí opačně, tzn. že omezuje zpětnou resorpci sodíku a tím se zvyšují jeho ztráty močí (Mourek, 2005).

2 Selhání ledvin

„Jedná se o patologický stav, kdy ledviny nedovedou udržovat normální složení vnitřního prostředí ani za bazálních podmínek. Vzniká tehdy, klesne-li glomerulární filtrace pod 20 ml/min.“ (Teplan, 1998, s. 161)

Selhání ledvin se projevuje změnou ledvinných funkcí a to glomerulární filtrace a tubulární resorpce. Ke změnám glomerulární filtrace dochází z důvodu úbytku filtrační plochy ledvin a následným zadržením odpadních látek. K tubulární resorpci dojde pak vlivem poruchy vstřebávání vody a elektrolytů. Na začátku onemocnění vytváří organizmus výhodné kompenzační mechanismy, kdy dochází k vylučování dusíkatých katabolitů tím, že jejich koncentrace nejdříve stoupne v krvi a poté se uvolní ze tkání. Tento proces však později poškozuje nezvratně organizmus. Retence dusíkatých a kyselých zplodin se nazývá uremie, která může vyvrcholit až v uremické kóma, jejíž příznaky jsou nauzea, zvracení, průjemy, poruchy dýchání. Při poškození ledvin je také ovlivněn krevní tlak a porucha tvorby erytrocytů z nedostatku erytropoetinu (Mourek, 2005).

2.1 Akutní selhání ledvin

„Akutní selhání ledvin je náhlý, často reverzibilní pokles exkretně – metabolické funkce ledvin, který je ve své těžší formě spojen s výrazným poklesem diurézy (oligo-anurie.)“ (Teplan, 1998, s. 161)

Aby mohli ledviny správně fungovat, je nezbytné zajistit jim dostatečnou perfuzi oxygenovanou krví, která je podmínkou pro zachování glomerulárních a tubulárních funkcí. Dále je nutná anatomická a funkční integrita renálního parenchymu a volné vývodné cesty močové. Jakékoli porušení těchto mechanismů může vést k akutnímu ledvinnému selhání.

Příčiny akutního selhání se dělí na prerenální (funkční), renální (primární poškození), postrenální (urologické, obstrukce) (Teplan, 1998).

2.2 Chronické selhání ledvin

„Chronické selhání ledvin je stav, kdy je funkce ledvin snížena natolik, že ledviny nejsou schopny udržet normální složení vnitřního prostředí ani za bazálních podmínek, speciálních dietních a medikamentózních opatření a při vyrovnané metabolické situaci organismu.“ (Teplan, 1998, str. 183)

Chronické ledvinné selhání je velice dlouho bezpříznakové kdy diuréza bývá normální či polyurie. Může nastat také polydipsie až dehydratace jejíž příznaky jsou pokles TK, tachykardie a svalové křeče vlivem ztrát sodíku močí. Nastává poškození orgánů z důvodu metabolicko – uremického (Šafránková a Nejdlá, 2006).

2.2.1 Stádia

Chronické selhání dělíme do tří fází. První fází je snížená funkce ledvin, jejíž příčinou bývá nejčastěji glomerulopatie, pyelonefritida nebo polycystické ledviny. Snížená glomerulární filtrace do 75 % probíhá bez zvýšení S – kreatininu.

Druhá fáze je chronické selhávání a to buď nedostatečnost ledvin či renální insuficience. Ledviny udrží svoji funkci při běžném životě, ale ne při zátěži. Příčinou je postupný zánik zbylých funkčních hypertrofických nefronů. Glomerulární filtrace se zde pohybuje do 25 %. Příznaky jsou nykturie a mírná anemie.

Ve třetí fázi už dochází k selhání ledvin, což je neschopnost ledvin udržet normální vnitřní prostředí za bazálních podmínek. Dojde k zániku nefronů a tedy i poklesu glomerulární filtrace na 10 % s koncentrací kreatininu 500 – 600 $\mu\text{mol/l}$. Vyskytne se uremie a ledviny už nejsou schopny udržet vnitřní podmínky ani v závislosti na dietě. Je nutné začít dialyzační léčbu nebo přemýšlet o transplantaci ledvin (Šafránková a Nejdlá, 2006).

2.2.2 Klinický obraz

Pacienti s chronickým selháním ledvin mívají různé potíže. V rámci trávicího traktu se jedná o nechutenství, průjemy, zvracení, hubnutí. Z dýchacích obtíží převažuje dušnost z důvodu otoků, na kůži se objevuje pruritus, na očním pozadí je výskyt hemoragie, exsudáty, edém papily. Srdce je postiženo koronární aterosklerózou, vyskytuje se také kardiomyopatie. Na končetinách mohou být ireverzibilní neurologické nálezy jako neuropatie, parestzie, periferní obrny, křeče, syndrom neklidných nohou. Můžeme pozorovat výskyt krvácení do podkoží – hematomy, epistaxi, krvácení z dásní. Postižení centrálního nervového systému se projeví slabostí, apatií, spavostí ve dne a naopak nespavostí v noci, únavou. Vyskytuje se také renální hypertenze, či renální anemie (Šafránková a Nejdlá, 2006).

2.2.3 Diagnostika

Důležitou diagnostikou jsou laboratorní výsledky, kde nalezneme zvýšený kreatinin, hyperkalemii nad 5 mmol/l, metabolickou acidózu, osmolaritu moče.

Provádíme UZ ledvin a močového měchýře (Šafránková a Nejdlá, 2006).

2.2.4 Terapie

Pokud není kreatininové clearance pod 0,2 ml/s a sérový kreatinin nad 500 $\mu\text{mol/l}$ začínáme terapií konzervativní, i přesto, že jsou už pacienti zařazeni do dialyzačního i transplantačního programu.

Konzervativní terapie spočívá v nasazení nízkobílkovinné diety, která se upravuje podle hodnot sérového kreatininu. Platí, že čím vyšší kreatinin, tím méně bílkovin a fosfátů podáváme.

Podle elektrolytové bilance podáváme nebo ubíráme tekutiny, natrium a kalium. U kália sledujeme polyurii kde hrozí hypokalemie, takže zvýšíme přísun kalia. Při oligurii hrozí riziko hyperkalemie, což znamená podání furosemidu, který kalium naváže a vyloučí a při akutní hyperkalemii podáváme 20 % glukózu s inzulinem a kalciem.

Dále je důležité každodenní dodávání vitamínu a to především vitamínu C, B6 (pyridoxin) z důvodu anemie to samé platí pro dodávání kyseliny listové též z důvodu anemie. Vitamíny A a E se podávat nesmějí, protože jejich koncentrace jsou zvýšené vlivem snížené renální funkce.

K úpravě acidózy používáme NaHCO_3 . Z důvodů sklonu k hypokalcemii musíme dodávat také kalcium a to v podobě šumivých tablet Ca effervescens jinak hrozí osteopatie až tetanie. V těžších případech se podává také vitamin D. Protože se u chronického selhání téměř vždy vyskytuje anemie, dodáváme proto erythropoetin při hematokritu pod 0,30 a hemoglobinu pod 100 g/l.

Z dalších léků mohou být podávány antihypertenziva, která mají pozitivní účinek, nebo ACE inhibitory kde je nebezpečí snížení glomerulární filtrace a také hyperkalemie. Blokátory Ca kanálů skrývají zase nebezpečí zvýšení albuminurie.

Při selhání konzervativní terapie přichází na řadu dialyzačně – transplantační program (Šafránková a Nejdlá, 2006).

2.2.5 Nízkobílkovinná dieta

Dieta je základní léčbou chronického ledvinného selhání. Důležitým faktorem při jejím stanovení je stupeň snížení ledvinných funkcí, základní příčina selhání a komplikující onemocnění. Dieta se stanovuje vždy individuálně podle toho, čeho chceme u pacienta dosáhnout.

Pokud potřebujeme zvýšit hydrataci, zvýšíme příjem tekutin. Příjem sodíku je důležitý k léčbě otoků a hypertenze, nebo jím kompenzujeme ztráty močí. Množství kalia má vliv na prevenci nebo léčbu hyperkalemie. Energetická hodnota diety zpomaluje katabolismus

bílkovin a tím omezuje konečnou tvorbu dusíkatých produktů a kompenzuje tak ztráty bílkovin močí. Dietu rozlišujeme dle hodnot sérového kreatininu.

Dieta při sérovém kreatininu 150 – 250 $\mu\text{mol/l}$. Pacient by měl za den přijmout 140 - 150 kJ/kg/den. Bílkoviny zde tvoří 0,8 g bílkovin/kg/den z toho by měli 50 % tvořit bílkoviny s vysokou biologickou hodnotou. Příjem tekutin je volný, podle diurézy. Příjem natria je také volný, omezuje ho pouze při otocích. Kalcium přijímáme podle jeho aktuální hladiny v krvi. Fosfáty by měli odpovídat dávce 1 – 1,2 g/den.

Dieta při sérovém kreatininu 250 – 400 $\mu\text{mol/l}$. Denní příjem odpovídá 150 kJ/kg/den. Bílkoviny v rozmezí 0,5 – 0,6 g/kg/den z čehož 70 % by měl tvořit vysoce kvalitní protein. Příjem fosfátů se udává do 0,8 g/den. Kalcium 0,5 - 1g, opět dle hladiny v krvi. Natrium by mělo tvořit 80 – 100 mmol, kalium 55 – 65 mmol, příjem tekutin dle vodní a elektrolytové bilance.

Dieta při sérovém kreatininu 400 – 600 $\mu\text{mol/l}$. 150 – 160 kJ/kg/den. Bílkoviny by měli tvořit 0,3 – 0,4 g/kg/den. Fosfáty do 0,6 g/den, kalcium 1 – 1,5 g na den podle hladiny v krvi. Natrium činní 80 – 100 mmol na den dle natriové bilance. Kalium v množství 40 – 50 mmol dle kalemie a dle hodnot vylučování kalia, tekutiny volně v závislosti na bilanci. Měli by se tu také dodávat ketoanaloga esenciálních aminokyselin a to v dávce 0,1g/kg/den nebo je možné užití nízkofosfátových energetických suplementů Tato dieta je katabolizující a proto musí být vždy doplněna suplementy. Ordinuje ji zkušený lékař.

Kontraindikací dlouhodobého podávání nízkobílkovinné diety jsou pacienti v terminálním stadiu onemocnění, s uremickými komplikacemi, s těžkou retencí vody a elektrolytů a také pacienti se špatnou kompliancí k nízkobílkovinné dietě.

Je dokázáno, že nízkobílkovinná dieta příznivě ovlivňuje glomerulární hemodynamiku a tím přispívá ke zpomalení rozvoje glomerulární sklerózy (Teplan, 1998).

3 Dialýza

Dialýza je očištění krve, které se provádí u pacientů, jejichž ledviny nejsou schopné dostatečné filtrace krve od vzniklých metabolitů. Můžeme tedy říct, že dialýza nahrazuje funkci nemocných ledvin pacienta. Dialýzu rozlišujeme dle mechanismu provedení na hemodialýzu a peritoneální dialýzu. Hemodialýza byla poprvé provedena roku 1943 v Holandsku. U nás to bylo v roce 1955 (<http://www.nefrologie.eu>; Šafránková a Nejedly, 2006).

3.1 Hemodialýza

Jedná se o dialýzu, která je prováděná pomocí přístroje dialyzátoru. Pacienti navštěvují nejčastěji dialyzační střediska, kde jsou dialyzováni dle potřeby (dle funkční schopnosti ledvin). Principem hemodialýzy je difuze a filtrace přes semipermeabilní (polopropustnou) membránu, která bývá buď celulózová, nebo syntetická. Velmi důležitou a nezbytnou součástí dialyzačního přístroje je dialyzátor, ve kterém je dialyzační membrána a dialyzační roztok (<http://www.nefrologie.eu>).

3.1.1 Před zahájením hemodialýzy

Než začne samotná hemodialýza probíhat je důležité, aby byl pacient očkovan proti hepatitidě B. Dále je nutné zajistit žilní přístup a to nejčastěji arteriovenózní fistulí neboli shuntem. Zavedení shuntu je ambulantní výkon, který se provádí v místní anestezii. Dojde k napojení žíly na arterii a to nejčastěji na předloktí horní končetiny. Jedná se o napojení a. radialis a v. cephalica. Pokud není možné vytvoření a-v shuntu volí se jiná metoda a to implantace goretexové hadičky na žílu na paži či stehně. Krajním řešením je dialyzování pacienta přes permanentní katétr, který probíhá podkožním, anebo přes centrální žílu (Šafránková a Nejedly, 2006; <http://www.nefrologie.eu>).

Výhodou hemodialýzy je to, že si ji pacient nemusí provádět sám a že ve dnech mezi dialýzami má pacient úplné volno. Při zavedení a-v shuntu je možné jakékoliv koupání i v přírodě a pro některé pacienty je zkrátka tento způsob společensky vhodný a přijatelný.

Nevýhodou jsou velké rozdíly a kolísání dusíkatých látek, vody, minerálů, přísnější dodržování diety, rychleji se ztrácí zbytková funkce ledvin a tím přibývají zdravotní komplikace. Hrozí tu riziko vzniku infekce z důvodu vstupu do žilního řečiště. U pacientů se vyskytuje větší únava už jen z důvodu cestování, trvání dialýzy (4- 5 h) a velkých změn vody a minerálů. Omezení při cestování, kdy si pacient musí sehnat nejbližší dialyzační středisko v místě pobytu a zařídit si termíny (i v zahraničí).

Komplikací může být posun nebo perforace shuntu, hypotenze, křeče především v lýtkách, bolesti zad z dlouhého ležení na lůžku při dialýze, febrilie způsobené infekcí kanyly, špatný průtok krve shuntem.

3.2 Peritoneální dialýza

Je dialýza prováděná opakovaným pravidelným napouštěním dialyzační tekutiny do dutiny břišní – peritonea. Používá se méně často než hemodialýza. Tento způsob dialýzy ale není možný u všech lidí. Existují 2 základní typy břišní dialýzy, které se označují jako CAPD a APD. CAPD je břišní dialýza, která je prováděna ambulantně či samotným pacientem jednorázovým vypuštěním a napuštěním dialyzačního roztoku do peritonea. APD je břišní dialýza za pomoci přístroje tzv. cycleru, na který se pacient na noc připojí a výměna probíhá cca 10 hodin.

4 Transplantace ledvin

Pojem transplantace znamená přenos zdravého orgánu či tkáně nahrazující funkci toho původního zničeného orgánu nebo tkáně. Transplantace ledviny je tedy náhrada nefunkční ledviny ledvinou funkční. Příjemce je pacient čekající na ledvinu a dárce se stává člověk darující ledvinu. Rozlišujeme několik typů dárců. Živý dárce je osoba v příbuzenském či nepříbuzenském vztahu. Zemřelý dárce (kadaverózní) je osoba s prokázanou smrtí mozku nebo zástavou krevního oběhu (Třeška, 2002).

Rozlišujeme ještě dva základní pojmy a to autotransplantace kdy se jedná o přenos orgánu z téhož jedince, a alotransplantace kdy je orgán přenesen z jiného jedince. Biologická reakce odhojení (nepřijetí) štěpu se nazývá rejekce.

Transplantace se volí u pacientů s chronickou renální insuficiencí, protože významně prodlužuje přežívání nemocných, kvalitu jejich života, návrat do sociálního i pracovního prostředí. Provádí se tedy u pacientů v terminálním stádiu selhání ledvin, kteří jsou léčeni dialýzou. K terminálnímu selhání dochází nejčastěji vlivem chronických glomerulonefritid, různých nefritid, diabetické nefropatie, nefroskleróz, cystických ledvin.

Mezi kontraindikace patří onemocnění srdce a cév, maligní nádory, vysoký věk, u něhož došlo k multiorgánovým změnám, chronické infekce, různé překážky k transplantaci jako např. obezita, předchozí operace v malé pánvi (Třeška, 2002).

Technika operace

Odebraná ledvina se musí chladit v ledové tříšti a to při teplotě 4°C. Doba studené ischemie je 24h v ČR, podle evropského standardu až 48h. Transplantuje se heterotopicky nejčastěji do pravé jámy kyčelní. Vlastní ledviny se pacientovi ponechávají v těle. (viz. příloha č. 1) Nová ledvina se napojí na arteria a vena iliaca, ureter se napojí na močový měchýř. Před transplantací a po transplantaci je nutné doživotní užívání imunosupresiv, která zabráňují rejekci štěpu. Desetileté přežívání pacientů činí asi 50 % (Šafránková a Nejedlá, 2006).

4.1 Historie

První zmínky o transplantacích orgánů vychází z přelomu 19. a 20. století a jsou spojeny se zvířaty. Jednalo se především o psy, na kterých se zkoušela spíše chirurgická technika operace.

O první úspěšné transplantaci ledviny se mluví ve spojení s vídeňským chirurgem Ullmanem, který ji zveřejnil v roce 1902. Jednalo se o transplantaci ledviny u psa, kterému byla napojena ledvina na krční cévy s uretrem vyústěným na povrch těla. Ledvina obnovila svoji funkci a začala produkovat moč ale pouze na několik hodin. Pitvou byl zjištěn trombotický uzávěr tepenné a také žilní anastomózy.

Techniku cévních rekonstrukcí vytvořil francouzský chirurg Carrel v roce 1902 a její principy platí dodnes. Další francouzský chirurg Jaboulay tak v roce 1906 začal využívat zvířecí ledviny k náhradě ledvin lidských. V roce 1936 ukrajinský chirurg Voronov provedl první alotransplantaci ledviny s napojením na cévy v pravém třísele u 26leté ženy, která se pokusila spáchat sebevraždu. Dárcem se stal muž, který zemřel 6 h před operací na úraz hlavy. Voronov měl již v té době určitou představu o imunologické reakci organismu a následném odhojení štěpu. V roce 1943 Petr B. Medawar položil první základy poznání o imunitní aloreaktivitě. Jeho poznatky vycházeli z pokusů na králících, které pak využil k léčbě popálenin válečných letců aloštěpy. Zjistil, že shoda krevních skupin není jedinou důležitou podmínkou. Medwar tak přišel s teorií aktivní imunity, která odpovídá dnešní představě o rejekci alogenního štěpu. Význam lymfocytů ještě nebyl v té době pochopen.

Na začátku 50. let 20. Století začalo několik francouzských chirurgů s alotransplantacemi ledvin od zemřelých dárců. Změnila se tak chirurgická technika, umístění transplantované ledviny a napojení na pánevní cévy společně s vyústěním ureteru do močového měchýře, které přetrvává dodnes. Odběry se prováděli od popravených zločinců, což v dnešní době nekoresponduje s naší legislativou. S transplantacemi se začalo v té době také v Bostonu.

V roce 1954 provedl Murray transplantaci u geneticky identických dvojčat, kde byla pochopena podstata odhojení. Počátkem šedesátých let se transplantace začali pomalu rozmáhat a postupně narůstala i transplantační centra. Vypracována byla také metoda HLA typizace. Roku 1967 založil pan Roodem Eurotransplant, což je nadnárodní organizace, jejíž cílem bylo rozšířit čekací listiny, a tím i větší počet příjemců. Tento způsob je využíván dodnes.

Významnou událostí ve vývoji imunosuprese bylo objevení cyklosporinu A, který se stal velice rychle standardní součástí a významně tak zlepšil výsledky transplantací, protože snížil výskyt akutních rejekcí a zlepšil také výsledky jednoročního přežívání (Viklický, 2008).

První transplantace ledviny byla provedena v Hradci Králové v roce 1961. Jednalo se o 16 ti letou pacientku Alžbětu Martanovou, která měla pouze jednu ledvina a druhá ji byla odstraněna. Dárce se stala maminka Alžběty, které bylo 60. let. Pacientka zemřela 16. pooperační den na kolibacilární sepsi jejíž příčinou byl jeden ze zubů pacientky. Dialyzační středisko v té době vedl Dr. Erben, který získal zkušenosti s transplantacemi a dialýzami na stáži v USA.

Program transplantací byl zahájen až v roce 1966 v Praze v IKEMu, kde se také prvním transplantovaným pacientem stal Karel Pavlík, jehož dárce byla jeho maminka. Po K. Pavlíkovi je také nazvaná nadace, jenž se u nás stará o rozvoj transplantační medicíny.

Jednorocní přežívání štěpu činí 85 – 90 %. Po 10 letech je funkčních štěpů kolem 55 %. První nejdelší fungující štěp ledviny byl transplantován před více jak 30 lety (Třeška, 2002; <http://www.urologie-hk.cz/transplantacni-centrum/historie/>).

4.2 Čekací listina (waiting list)

Jedná se o registr čekatelů na transplantaci. Existují regionální čekací listiny, které mají na starosti regionální transplantační centra. Komunikace mezi transplantačními centry a koordinačním střediskem musí být okamžitá, dokumentovaná a bezchybná.

Transplantační centra mají na starost spolupráci s dárcovskými nemocnicemi, organizaci odběrů orgánů, zařazování na čekací listiny a jejich aktualizaci, provádění transplantací a péči o pacienty po transplantaci. Každé transplantační centrum má svého koordinátora a „šéfa transplantačního týmu. Transplantační tým pak tvoří skupina operátorů – nefrolog, urolog, sester, anesteziologů a dalších lidí, kteří mají s transplantacemi zkušenosti.

Všichni lidé by měli mít stejnou možnost zařazení na čekací listinu a následnou transplantaci, proto je čekací listina nezbytná. Pro zařazení na waiting list platí určitá pravidla, která jsou jasně definovaná, srozumitelná a založená na spravedlivých principech. Čekací

listina obsahuje identifikační číslo pacienta a jeho medicínské i nemedicínské záznamy, které mohou být rozhodující při výběru vhodného dárce. Je důležité, aby pacient vždy upozornil na změny údajů, aby tak mohl být registr ihned aktualizován. Čekatelé také musí být kdykoli k zastížení na telefonním čísle, které poskytly a při pohybu nebo pobytu mimo své bydliště o tom informovat dialyzační středisko, aby bylo možné v případě transplantace pacienta co nejdříve zastihnout (Saudek, 2005).

Registr na čekací listinu provádí specialista, v tomto případě nefrolog, který spolupracuje s regionálním transplantačním centrem. Pacient může být zařazen na listinu v kterémkoli transplantačním regionu, avšak nesmí být registrován ve více regionech. Zařazení se děje se souhlasem pacienta, který musí být od té doby připraven, že takový okamžik může kdykoli nastat a je tedy dohodnut i způsob jeho dopravy v dané situaci.

Registr je rozdělen na běžné nebo zvláštní pořadí. Mezi zvláštní pořadí patří urgentní případy s ohrožením na životě a především děti a mladiství do 18 let. Dále jsou také upřednostňovány kombinované transplantace nebo dlouhodobý čekatelé. Do vlastního výběru jsou řazeni pouze aktivní čekatelé, což jsou pacienti, kteří nejsou dočasně vyloučeni z listiny např. z důvodu nemoci či nepřítomnosti (Třeška, 2002).

Výběr příjemců z čekací listiny je závislý na medicínských i nemedicínských faktech. Důležitým medicínským faktorem je krevní skupina, HLA typizace, výsledky cross – match testu, tělesná konstituce – výška, váha, BMI, virologická vyšetření a současný zdravotní stav. Cross – match test je křížová zkouška, která zjišťuje reakci mezi lymfocyty dárce a příjemce. Pokud je test pozitivní, transplantace nemůže být provedena. HLA je lidský leukocytární antigen, který se vyskytuje v organizmu. Kombinace je u každého člověka velice specifická a platí, že čím větší shoda mezi dárce a příjemcem, tím větší naděje na úspěch (Třeška, 2002; Slezáková a kol, 2010). (viz. příloha č. 2)

Mezi nemedicínské faktory patří především čekací doba. Je velice důležité, aby odebrané ledviny měli co nejkratší dobu tzv. studené ischemie, což je doba od počátku promývání ledvin konzervačním roztokem do doby obnovení průtoku krve ledvinou. Dle evropského standardu činí tato doba maximálně 48 hodin, dle jednoho nejmenovaného regionálního transplantačního centra je to 24 hodin s tím, že všeobecně platí, čím dříve se ledvina transplantuje, tím delší je její funkce během života.

Pokud se v daném regionu vyskytne dárce ledvin, zůstává jedna ledvina k transplantaci v daném regionu a druhá putuje do regionu jiného. Kam bude ledvina putovat, již rozhoduje koordinační středisko. Základním principem výběru vhodného dárce je prospěšnost a spravedlivost. Prospěšností je myšlen výběr dárce, u kterého lze předpokládat, že mu daná

ledvina bude fungovat nejdéle. Spravedlivost spočívá v transplantaci ledviny urgentním čekatelům v ohrožení života, nebo vysoce senzibilizovaným pacientům kde je omezená šance přijetí ledviny jiné nebo pacientům, kteří čekají nejdéle. Výběr probíhá pomocí počítačů, u malých čekacích listin je proveden koordinátorem daného střediska. Pokud je pacient na čekací listině první v pořadí a z nějakých důvodů nemůže operaci podstoupit, přichází na řadu pacient na druhém místě atd. (Třeška, 2002).

4.3 Dárci orgánů

Dárcem se může stát osoba, která splňuje přísná legislativní a lékařská kritéria. Z legislativních kontraindikací se jedná o nesouhlas s odnětím orgánu – u zemřelých pacientů je důležitý písemný nesouhlas vzniklý za jejich života u žijících pacientů se jedná o nesouhlas písemný či ústní. Další kontraindikací je pobyt ve výkonu trestu odnětí svobody, nezahrnuje se ale vyšetřovací vazba a dále zmaření účelu pitvy u trestných činů (Třeška, 2008).

Z lékařských kontraindikací se jedná o sepsi, AIDS a HIV pozitivitu, extrakraniální malignity a metastázy, přenosná infekční onemocnění, HBsAg a HCV pozitivitu, kolagenózy a některá systémová onemocnění, neznámou dobu zástavy krevního oběhu či neznámou příčinu úmrtí nebo onemocnění.

Relativní kontraindikací jsou komplikující stavy a přidružená onemocnění jako například diabetes, hypertenze nebo věk kdy je v těchto případech volen individuální postup (Třeška, 2002; <http://www.ledviny.cz/>).

4.4 Stanovení smrti

U dárců s nebijícím srdcem se za okamžik smrti považuje srdeční zástava se současně prováděnou srdeční masáží a umělým dýcháním, kdy se nepodařilo srdeční činnost obnovit. Je ale důležité vědět přesný okamžik kdy k zástavě došlo a ta musí být konstatována určitým pracovištěm (JIP, ARO, operační sály, emergency...). Existují tzv. Maastrichtská kritéria, podle kterých dělíme dárce s nebijícím srdcem do 4 skupin. Do první skupiny patří zemřelý člověk, který je již takto do nemocnice přivezen (traumata, infarkty myokardu), bohužel tato skupina není v ČR v souladu s legislativou. Druhou skupinou jsou neúspěšné kardiopulmocerebrální resuscitace (KPCR), třetí jsou očekávané srdeční zástavy u pacientů s diagnózou smrti mozku. Poslední čtvrtou skupinu tvoří pacienti s náhlou srdeční zástavou a diagnózou smrti mozku (původně bývají připravováni k odběru orgánů ještě s bijícím srdcem).

Dárci s bijícím srdcem jsou prohlášeni mrtvými v okamžiku, kdy při druhém nástřiku kontrastní látka neproniká dál než k mozkové bazi. Toto vyšetření se nazývá panangiografie a provádí se v intervalu po 30 minutách 2 krát za sebou (Třeška, 2002).

4.5 Komplikace transplantace

Mezi nejčastější komplikace patří močová píštěl nebo stenóza ureteru, trombóza cév štěpu, lymfokéla, rané infekce.

Močová píštěl vzniká většinou při chybném odběru ledvin kdy je z močovodu odstraněna periureterální tkáň a tím je močovod nedostatečně vyživován. Dochází tak k nekróze a následné tvorbě píštěle. Projevuje se poklesem diurézy, otokem v ráně a diskomfortem.

Stenóza močovodu vzniká mechanickou chybou a to buď zalomením močovodu, nebo jeho kompresí při průchodu stěnou, jizvením atd. Dojde ke vzniku hydroureteru a poklesu diurézy.

Lymfokéla je ohraničená lymfa kolem štěpu, k níž dochází nedostatečným ošetřením lymfatických cév při přípravě cév pánevních během transplantace. Lymfokéla může vést k útlaku ureteru, vzniku hydroureteru a tak snížení funkce štěpu.

Erektální dysfunkce je po transplantaci možná. Nejčastěji vzniká vlivem imunosupresivní léčby, anebo v případech, kdy je při transplantaci arteria iliaca interna použita k anastomóze.

Hydrokéla na straně štěpu vzniká přerušením nebo útlakem semenného provazce. Operuje se pouze tehdy, způsobuje – li pacientovi potíže.

Mezi rané komplikace patří nejčastěji hematoma v operační ráně nebo absces kdy je nutná evakuace a drenáží. V případě dehiscence rány je nutná okamžitá chirurgická revize.

K cévním komplikacím patří krvácení z anastomózy, žilní či tepenná trombóza, která vede ke ztrátě štěpu.

Mezi nechirurgické komplikace patří akutní tubulární nekróza, která je nejčastější příčinou pozdního nástupu funkce štěpu. Vyskytuje se poměrně často a to vlivem délky studené ischemie, věkem dárce, stavem příjemce a dávkami inhibitorů kalicneurinu. Trvá obvykle týden, ale může se prodloužit až na několik týdnů. Pokud transplantovaná ledvina nefunguje dostatečně, jak by měla, dojde ke zvýšení dusíkatých látek a je nutné pacienta opětně dialyzovat.

Hyperakutní rejekce se díky cross – match testu téměř nevyskytuje. Cross – match test hodnotí protilátky IgG proti 1. Třídě HLA systému dárce.

Akcelerovaná akutní rejekce nastupuje nejčastěji první týden po transplantaci a projevuje se masivní infiltrací štěpu lymfocyty, makrofágy a plazmatickými buňkami. Diagnostikuje se biopsií.

Akutní rejekce bývá nejčastější rejekcí vyskytující se nejvíce v prvním roce života po transplantaci především mezi 1. - 3. měsícem. Je způsobena T – lymfocyty a postihuje renální tubuly. Klinický obraz je charakteristický teplotou, poklesem funkce štěpu, hypertenzí, zvětšením štěpu, tachykardií, myalgiemi. Může probíhat ale také asymptomaticky pouze s poklesem renálních funkcí. Dalšími komplikacemi může být chronická rejekce, nefrotoxicita, primární hemolytickouremický syndrom, rekurence základního ledvinného onemocnění (Třeška, 2002).

II. Praktická část

1 Metodika

V praktické části jsem zvolila metodu ošetrovatelského procesu. Zpracovala jsem tři kazuistiky u dialyzovaných klientů zařazených na čekací listině transplantačního programu dle ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové. Plán ošetrovatelské péče jsem vypracovala dle taxonomie NANDA domény. Všechny potřebné informace jsem získala při rozhovorech s klienty, a také z lékařské a ošetrovatelské dokumentace.

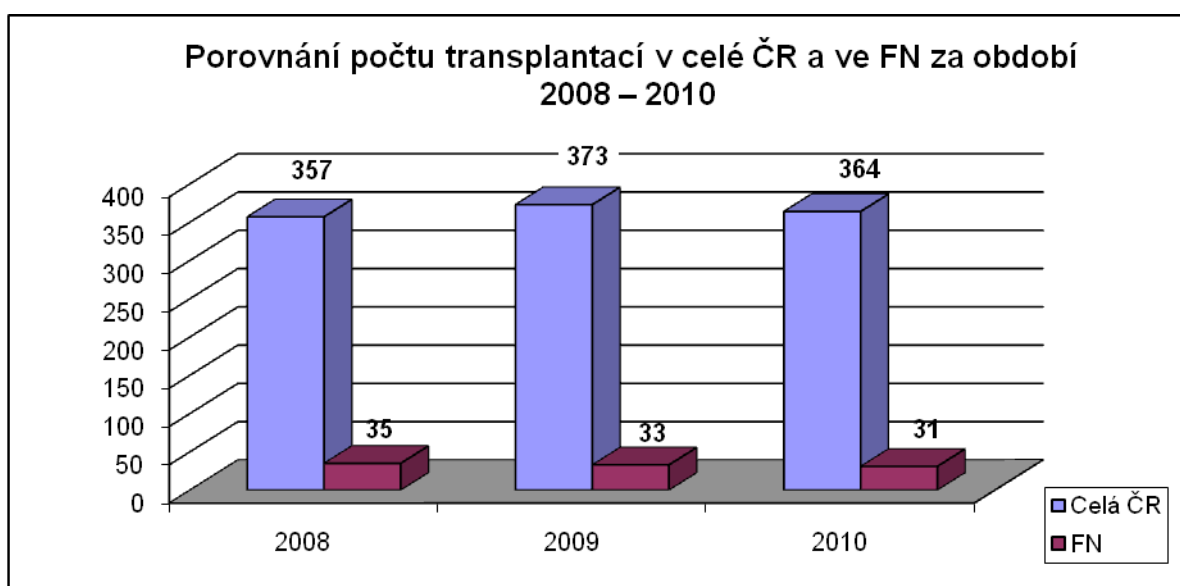
Z uvedených kazuistik jsem se podrobněji věnovala pouze jedné z nich a to u klienta, kterému byla transplantována ledvina. Zaměřila jsem se u něho na ošetrovatelskou péči před transplantací a po ní a na tomto základě vypracovala ošetrovatelský plán.

Úvodem jsem zpracovala počet provedených transplantací v ČR v letech 2008 – 2010 a porovnávala to s četností transplantací provedených pouze ve fakultní nemocnici. Dále jsem se zabývala četností výskytu kadaverózních a žijících dárců opět za období 2008 – 2010.

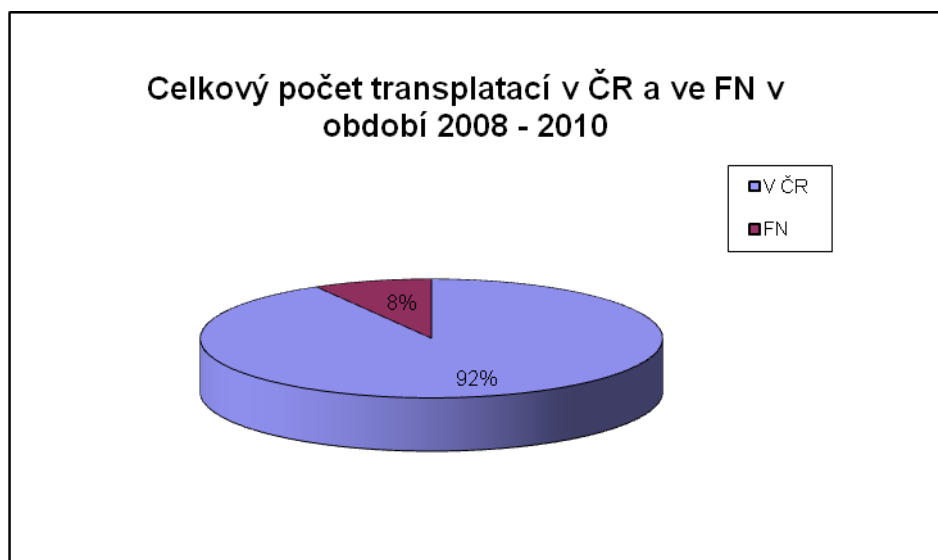
2 Statistika

V této části jsem se zaměřila na získání a zhodnocení statistických údajů v počtu provedených transplantací v celé České republice (ČR) a poté pouze ve fakultní nemocnici (dále jen FN) (obr.1)

Údaje byly získány za období od ledna 2008 do prosince 2010. Za toto období bylo v celé ČR provedeno 1094 transplantací z toho 99 ve FN (obr.2).



Obr. 1 Graf porovnání počtu transplantací v celé ČR a ve FN za období 2008- 2010



Obr. 2 Graf celkového počtu transplantací v ČR a ve FN v období 2008-2010

Dále jsem porovnávala počet dárců kadaverózních a žijících opět za období 2008 – 2010 nejprve v celé ČR (tab. 1) a poté pouze ve FN (tab. 2). Kadaverózních dárců bylo v celé ČR 956 a žijících 73. Ve FN byl celkový počet kadaverózních dárců 95 a pouze 4 dárce žijící.

Období	2008	2009	2010
Počet kadaverózních dárců	328	346	347
Počet žijících dárců	29	27	17
Celkový počet dárců	357	373	364

Tab. č. 1 Počet transplantací v České Republice

Období	2008	2009	2010
Počet kadaverózních dárců	31	33	31
Počet žijících dárců	4	0	0
Celkový počet dárců	35	33	31

Tab. č. 2 Počet transplantací ve FN

3 Kazuistika č. 1

V hemodialyzačním centru jsem si vybrala pacienta – muže, narozeného roku 1951. Od svých patnácti let se léčí s hypertenzí. Ve 39 letech mu byla diagnostikována vrozená polycystóza ledvin a jater, proto začal být pravidelně sledován v nefrologické poradně. Do 51 let byl bez komplikací, poté se vyskytly výkyvy krevního tlaku. V květnu 2009 mu byl vytvořen dialyzační přístup (a-v shunt), ale na dialýzy začal docházet až rok poté a to 2 krát týdně - odpoledne a v noci. Shunt vydržel funkční cca rok, ale pro slabý průtok mu byl v červenci 2010 založen nový. Současně byl klient zařazen i na čekací listinu.

Anamnéza

- Osobní anamnéza – prodělal běžná dětská onemocnění, St. p. infekční hepatitidě 1975, hermoplastika tříselné kýly 2005, divertikulitida 2009, exstirpace basaliomu 2009, stav po opakovaných pneumoniích. Z úrazů prodělal v roce 1987 navikulární zlomeninu LHK - spadl na táboře přes dítě. V červnu 1989 byl na vlakovém nástupišti sražen vlakem - spadl do kolejí - utrpěl zhmoždění páteře a zad, otřes mozku - ten prodělal celkem 3 krát. V roce 1990 lázeňská léčba v Lázních Bohdaneč.
- Farmakologická anamnéza – z léků užívá antihypertenziva, antiulcerózum
- Alergická anamnéza – alergie má na tetracyklin, Amoclen
- Sociální anamnéza – je ženatý, má jednu dceru, bydlí v bytě s manželkou a dcerou
- Pracovní anamnéza – invalidní důchod, pracoval jako úředník na magistrátu

Hlavní diagnóza

Polycystické ledviny a játra

Vedlejší diagnózy

Sekundární arteriální hypertenze, soor

Medikace

Dopegyt 250 mg – 1-0-1 (antihypertenzivum)

Anopyrin 100 mg – 0-1-0 (antiagregancium)

Vasocardin 50 mg – 0-1-0 (antihypertenzivum)

Omeprazol 20 mg – 1-0-0 (antiulcerózum)

Kalnomin 1g – 1-0-0 (vitamin K)

Cardilopin 2,5 mg – 0-1-0 (vazodilatancia)

Základní screeningové vyšetření sestrou (viz. příloha č. 3)

- Celkový vzhled, úprava – upravený, piknik
- Výška – 180 cm, váha – 91 kg, BMI – 28 (lehká nadváha)
- Stav vědomí, orientace – při vědomí, glasgow coma skale – 15
- Puls- 85', pravidelný
- Dech – 18', eupnoe, bez stridoru
- Krevní tlak – 140/ 90 mm Hg
- Tělesná teplota – 36,7°C (normotermie)
- Poloha – aktivní, Fowlerova poloha
- Chůze – sám, bez pomůcek
- Rozsah pohybu kloubu – pohyblivý
- Stisk ruky, schopnost uchopit předmět rukou – pevný, úchop bez problému
- Zornice – izokorické
- Nos – bez sekrece
- Dutina ústní, chrup – dásně bez zarudnutí, soor na sliznicích
- Zrak – zhoršený – nosí brýle na blízko i na dálku
- Sluch – v pořádku
- Stav kůže – suchá, barva fyziologická, kožní turgor v normě

Informace získané objektivním pozorováním

- Orientace – orientovaný místem, časem, osobou
- Pozornost – úmyslná, stálá
- Oční kontakt – udržuje
- Chápe myšlenky a otázky – ano
- Řeč – plynulá

Hodnocení dekubitů dle Nortonové – 30 bodů (viz. příloha č. 4)

3.1 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách dle modelu Marjory Gordonové

Diagnostická doména č. 1 – PODPORA ZDRAVÍ

Pacient necvičí ani nesportuje. Svůj zdravotní stav hodnotí jako částečně dobrý. Cigarety nekouří, alkohol pije pouze příležitostně. Pravidelně navštěvuje svého praktického a očního lékaře.

Diagnostická doména č. 2 – VÝŽIVA

Dodržuje nízkobílkovinnou dietu. Stravuje se 5 krát denně, nejraději má polévky a omáčky. Chuť k jídlu má. Potíže s polykáním žádné. Chrup sanován.

Příjem tekutin má omezený do 2 l za den včetně polévek. Nejvíce pije neslazené čaje, vodu, občas minerálky. Pocit žízně má. Z alkoholu pije pouze pivo a to jedno denně. Váha se řídí dle hemodialýzy.

Diagnostická doména č. 3 – VYLUČOVÁNÍ

Močí v malém množství do 500 ml za den. Potíže při močení nemá. Na stolici chodí pravidelně každý den. Potí se přiměřeně. Otoky nemá.

Diagnostická doména č. 4 – AKTIVITA – ODPOČINEK

Rád rybaří, je činovníkem rybářského klubu, maluje obrazy - portréty, krajinu, zabývá se i grafikou, občas restauruje. Čte historickou literaturu o rytířích a templářích, stará skripta, knihy o architektuře, rád navštěvuje antikvariáty. Občas navštěvuje divadla.

Problémy se spánkem nemá. Před spaním si čte knihy, po probuzení se cítí odpočatý. Unavený bývá po dialýze, takže přes den odpočívá. Léky na spánek neužívá.

Diagnostická doména č. 5 – VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

Pacient trpí krátkozrakostí i dalekozrakostí, proto nosí brýle na dálku i na blízko a pravidelně dochází na oční kontroly k lékaři. Sluch a čich v pořádku. Potíže s pamětí nemá, pamatuje si stále dobře.

Diagnostická doména č. 6 – VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Považuje se za realistu a srandistu. Se svým vzhledem je spokojený. Pacient je velice vitální a moudrý. S nemocí bojuje, obavy nemá.

Diagnostická doména č. 7 – VZTAHY

Je v invalidním důchodu, dříve pracoval jako úředník na magistrátu města. Je 30 let šťastně ženatý. Bydlí s manželkou a dcerou ve městě v bytě.

Diagnostická doména č. 8 – SEXUALITA

Žádné pohlavní choroby nikdy neprodělal. Potíže neudává.

Diagnostická doména č. 9 – ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU

Napětí ani stres nepocituje. Jeho velkou oporou je manželka a rodina. Snaží se brát vše v klidu s rozumem a rozvahou. Rád o věcech diskutuje, nechá si poradit. S problémy se svěřuje své manželce.

Diagnostická doména č. 10 – ŽIVOTNÍ PRINCIP

Na prvním místě je pro něho zdraví. Chtěl by se zase zcela uzdravit, doufá, že se dočká transplantace ledvin, aby se konečně zbavil hemodialýzy. Není věřící.

Diagnostická doména č. 11 – BEZPEČNOST – OCHRANA

Alergii má na tetracyklin, Amoclen. Riziko zanesení infekci při hemodialýze napíchnutím AV – shuntu. Pacient poučen o jeho péči.

Diagnostická doména č. 12 – KOMFORT

Pohodlnost při hemodialýze je zajištěna Fowlerovou polohou na lůžku, sledováním televize, nebo čtením literatury. Edukován o přivolání sestřičky v případě jakýchkoli potíží.

Diagnostická doména č. 13 – RŮST/ VÝVOJ

Žádná odchylka v růstu a vývoji.

3.2 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy (viz. příloha č. 6)

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny na základě anamnestického rozhovoru, vyšetření, zhodnocení celkového stavu a míry soběstačnosti klienta v dialyzačním centru během hemodialýzy (Marečková, 2006).

Únava – 00093

Diagnostická doména – Aktivita - odpočinek

Třída – Energetická rovnováha

Zvýšený objem tělesných tekutin – 00026

Diagnostická doména – Výživa

Třída – Hydratace

Riziko infekce – 00004

Diagnostická doména – Bezpečnost - ochrana

Třída – Infekce

Riziko poškození – 00035

Diagnostická doména – Bezpečnost - ochrana

Třída – Tělesné poškození

4 Kazuistika č. 2

Klientkou byla žena, narozena roku 1947. Její hlavní diagnózou byla polycystóza ledvin a jater. O tomto onemocnění se dozvěděla ve 25 letech během svého prvního těhotenství. V roce 1991 ji byla transplantována ledvina, která 15 let plnila svoji funkci. Nyní je již 5. rokem dialyzována, a to 3 krát týdně - v pondělí odpoledne, ve středu v noci a v sobotu odpoledne. Má již 5. shunt, který byla zaveden v roce 2006 a zatím je stále funkční. S předchozí fistulí, která byla zavedena na paži levé horní končetiny, měla potíže - hodně krvácela. Na čekací listině je zařazena od roku 2008.

Anamnéza

- Osobní anamnéza – prodělala běžná dětská onemocnění. St. p. apendektomii, časté záněty ledvin i štěpu.
- Farmakologická anamnéza – z léků užívá hypolipidemika, kyselina listová, železo, vitaminy
- Alergická anamnéza – alergie má na Biseptol, Doxyhexal, Gyralblock, Deoxymykoin
- Sociální anamnéza – je rozvedená, má dvě dospělé děti a vnoučata, bydlí sama v bytě
- Pracovní anamnéza – invalidní důchod, pracovala jako dělnice v továrně

Hlavní diagnóza

Chronická renální insuficience

Vedlejší diagnózy

Korová nefropatie, smíšená hyperlipidémie, plicní hypertenze, anemie. Léčena pro psychotický stav s depresemi (po kortikoidech)

Medikace

Acidum Folicum 0-1-0 (kyselina listová)

Helicid 10 mg – 1-0-0 (antiulcerózum)

Celascon 100 mg 1-0-0 (vitamin C)

B- komplex forte 1-0-0 (vitamin B)

Renagel 800 mg – po dialýze (snižuje hladinu fosfátů)

Ferlecit inj. Im. – po dialýze (železo)

Stilnox 10 mg – 0-0-1 (dle potřeby)

Základní screeningové vyšetření sestrou (viz. příloha č. 3)

- Celkový vzhled, úprava – upravená, piknik
- Výška – 168 cm, váha – 55 kg, BMI – 19,5 (mírná podvýživa)
- Stav vědomí, orientace – při vědomí, Glasgow Coma Skale – 15
- Puls- 68', pravidelný
- Dech – 15', eupnoe, bez stridoru
- Krevní tlak – 140/ 70 mm Hg
- Tělesná teplota – 36,4°C (normotermie)
- Poloha – aktivní, Fowlerova poloha
- Chůze – sama, bez pomůcek
- Rozsah pohybu kloubu – pohyblivý
- Stisk ruky, schopnost uchopit předmět rukou – pevný, úchop bez problému
- Zornice – izokorické
- Nos – bez sekrece
- Dutina ústní, chrup – dásně bez zarudnutí, jazyk bez povlaku, horní a dolní snímatelná protéza

- Zrak – zhoršený – nosí brýle na dálku i na blízko
- Sluch – zhoršený, slyší méně na pravé ucho, kompenzační pomůcky nemá
- Stav kůže – barva fyziologická, kožní turgor v normě

Informace získané objektivním pozorováním

- Orientace – orientovaný místem, časem, osobou
- Pozornost – úmyslná, stálá
- Oční kontakt – udržuje
- Chápe myšlenky a otázky – ano
- Řeč – plynulá

Hodnocení dekubitů dle Nortonové – 29 bodů (viz. příloha č. 4)

4.1 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách dle modelu Marjory Gordonové

Diagnostická doména č. 1 – PODPORA ZDRAVÍ

Pacientka necvičí, na procházky moc nechodí. Alkohol nepije, je dlouholetým kuřákem. Kouří 10 cigaret za den. Na lékařské prohlídky dochází pravidelně. Za poslední rok neprodělala žádné úrazy ani operace.

Diagnostická doména č. 2 – VÝŽIVA

Dodržuje nízkobílkovinnou dietu. Chuť k jídlu má. Nejvíce ji chutnají polévky a omáčky, což si vzhledem k omezenému příjmu tekutin na 500 – 700 ml za den nemůže dopřát. Jí třikrát denně. Potíže s polykáním a trávením nemá. Zuby již své nemá - nosí horní a dolní snímatelnou protézu.

Z tekutin pije především čaj, vodu a kávu. Pocit žízně nemá. Alkohol nepije.

Diagnostická doména č. 3 – VYLUČOVÁNÍ

Nemočí – anurie. Nepotí se. Na stolicí chodí jedenkrát za dva až tři dny. V případě zácpy užívá glycerinový čípek.

Diagnostická doména č. 4 – AKTIVITA – ODPOČINEK

Velmi ráda luští křížovky a plete oblečení (svetry, šálky, čepice..). V televizi sleduje nejčastěji vědomostní soutěže a dokumenty.

Má potíže s usínáním a ráno se brzy budí. Dle potřeby užívá na noc Stilnox. Během dne spí 2 hodiny. Po dialýze se cítí unaveně.

Diagnostická doména č. 5 – VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

Sluch je zhoršený, na pravé ucho slyší méně, proto je nutné mluvit hlasitěji a spíše na stranu zdravého ucha. Kompenzační pomůcky neužívá. Zrak je také zhoršený, nosí brýle na dálku i na blízko s dioptriemi 3,5 na pravé oko a 4 dioptrie na levé oko. Navštěvuje očního lékaře. Přiznává, že paměť je trochu slabší, především zapomíná věci nedávno minulé. Z minulosti si pamatuje hodně dobře.

Diagnostická doména č. 6 – VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Se svým vzhledem je spokojena vzhledem k věku. Cítí se být realistou. S životem se pere po svém. Oporou jsou její dvě dcery.

Diagnostická doména č. 7 – VZTAHY

Je rozvedená. Dříve pracovala jako dělnice v továrně, nyní je v invalidním důchodu. Bydlela s dcerou, ale nyní bydlí sama ve městě v bytě. Obě dcery ji navštěvují, pomáhají v domácnosti, má s nimi hezký vztah. Radost jí dělají vnoučata.

Diagnostická doména č. 8 – SEXUALITA

Klimakterium proběhlo ve 42 letech, téměř ihned po první transplantaci, jinak je gynekologický nález normální. Byla 2x těhotná, 2 x porodila. Potraty žádné.

Diagnostická doména č. 9 – ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU

Napětí a stres neprožívá. Život bere takový jaký je. Jednu transplantaci už má za sebou, takže se další neobává.

Diagnostická doména č. 10 – ŽIVOTNÍ PRINCIP

Důležitá je pro ni rodina a zdraví. Její dvě dcery se o ni starají. Věřící, že další transplantace bude také úspěšná a že bude moci ještě nějaký čas zase chvíli normálně žít. Je věřící, ale do kostela již nechodí.

Diagnostická doména č. 11 – BEZPEČNOST – OCHRANA

Má alergie na Biseptol, Doxyhexal, Gyralock, Deoxymykoin. Riziko infekce z důvodu AV – shuntu. Poučena o jeho zacházení. Edukována o signalizačním zařízení a přivolání sestřičky během hemodialýzy v případě jakýkoliv obtíží.

Diagnostická doména č. 12 – KOMFORT

Fowlerova poloha při hemodialýze. Pacientka sleduje televizi nebo luští křížovky. Občas si s sebou přinese pletení a plete.

Diagnostická doména č. 13 – RŮST/ VÝVOJ

Žádné odchylky v růstu a vývoji.

4.2 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy (viz. příloha č. 6)

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny na základě anamnestického rozhovoru, vyšetření, zhodnocení celkového stavu a míry soběstačnosti klienta v dialyzačním centru během hemodialýzy. (Marečková, 2006)

Porušený spánek – 00095

Diagnostická doména – Aktivita - odpočinek

Třída – Spánek – odpočinek

Porucha smyslového vnímání – 00122

Diagnostická doména – Vnímání - poznávání

Třída – Čítí – vnímání

Poškozená paměť - 00131

Diagnostická doména – Vnímání - poznávání

Třída – Poznávání

Zácpa – 00011

Diagnostická doména – Vylučování a výměna

Třída – Gastrointestinální funkce

Riziko poškození – 00035

Diagnostická doména – Bezpečnost - ochrana

Třída – Tělesné poškození

Zvýšený objem tělesných tekutin – 00026

Diagnostická doména – Výživa

Třída – Hydratace

Ochota ke zlepšení spánku – 00165

Diagnostická doména – Aktivita - odpočinek

Třída – Spánek – odpočinek

5 Kazuistika č. 3

V hemodialyzačním centru jsem si vybrala pacienta- muže ročník 1971. Jako osmnáctiměsíční dítě prodělal nefritidu, která postihla pravou ledvinu a ta přestala fungovat. Od té doby žil pouze s jednou funkční ledvinou a to až do dubna 2010, kdy nakonec přestala ztrácet svoji funkci i tato ledvina a následně bylo rozhodnuto o nutnosti hemodialýzy.

Pacientovi byl již v roce 2008 zaveden a-v shunt na levou horní končetinu. Na pravidelnou dialýzu začal docházet od dubna 2010 v intervalu 2 krát týdně - úterý a sobota. Od dětství je sledován nefrologem, nyní dochází na kontroly po 3 měsících.

Anamnéza

- Osobní anamnéza – prodělal běžná dětská onemocnění
- Farmakologická anamnéza – trvale užívá antihypertenziva a léky na štítnou žlázu a cholesterol
- Alergická anamnéza – žádnou alergií netrpí
- Sociální anamnéza – je ženatý, bydlí v rodinném domku, má 3 děti
- Pracovní anamnéza – pracuje jako seřizovač stříkolisů v třísměnném provozu, práce ho velmi baví, starobní důchod odmítá

Hlavní diagnóza

V dětství prodělaná glomerulonefritida.

Vedlejší diagnózy

Arteriální hypertenze od roku 2006, hypercholesterolémie, sekundární hyperparathyreóza.

Medikace

- Anopyrin 100mg- 0-1-0 denně (antiagregancium)
- Aranesp- 1 krát/měsíc i.v. na konci HD (antianemikum)
- Calcium 500mg- 0-1-0 denně (vápník)
- Cynt 0,4 mg - 1-0-0 (2 krát týdně i.v, 30 min před koncem HD) (antihypertenzivum)
- Ferrlect 62,5 mg – 1-0-0 (2 krát týdně i.v. 30 min před koncem HD) (antianemikum)
- Giovax 50 mg - 0-0-1 denně (antihypertenzivum)
- Helicid 20 mg - 0-0-0-1 denně (antiulcerózum)
- Milurit 100 mg – 1-0-1 denně (antiuretikum)
- Renagel 800 mg – 1-2-1 denně s jídlem (snižuje hladinu fosfátů)
- Zemplar 5ml – 1-0-0 (2 krát týdně i.v. 30 min před koncem HD) (vitamin D)
- Zorem 10 mg – 1-0-0,5 denně (antihypertenzivum)

Základní screeningové vyšetření sestrou (viz. příloha č. 3)

- Celkový vzhled, úprava – upravený, astenik
- Výška – 178 cm, váha – 70 kg, BMI – 22,1 (normální)
- Stav vědomí, orientace – při vědomí, glasgow coma skale – 15
- Puls- 96' (tachykardie), pravidelný
- Dech – 17', eupnoe, bez stridoru
- Krevní tlak – 160/ 90 mmHg (hypertenze)
- Tělesná teplota – 36,1°C (normotermie)
- Poloha – aktivní, Fowlerova poloha
- Chůze – sám bez pomůcek
- Rozsah pohybu kloubu – ohebný
- Stisk ruky, schopnost uchopit předmět rukou – pevný, úchop bez problému
- Zornice – izokorické

- Nos – bez sekrece
- Dutina ústní, chrup – dásně bez zarudnutí, jazyk bez povlaku, chrup sanován
- Zrak – v pořádku
- Sluch – v pořádku
- Stav kůže – barva fyziologická, hydratovaná, kožní turgor v normě

Informace získané objektivním pozorováním

- Orientace – orientován místem, časem, osobou
- Pozornost – úmyslná, stálá
- Oční kontakt – udržuje
- Chápe myšlenky a otázky – ano
- Řeč – plynulá

Testy a škály

Hodnocení dekubitů dle Nortonové – 33 bodů (viz. příloha č. 4)

Úroveň soběstačnosti dle Gordonové (viz. příloha č. 6)

– najíst se - 0

– umýt se - 0

– vykoupat se - 0

– obléci se - 0

– pohybovat se - 0

Barthelův test základních všedních činností – 100 bodů (nezávislý) (viz. příloha č. 7)

5.1 Posouzení současného stavu potřeb v NANDA doménách dle modelu

Marjory Gordonové

Diagnostická doména č. 1 – PODPORA ZDRAVÍ

Pacient hodnotí svůj zdravotní stav jako částečně dobrý. Rád rybaří. Alkohol pije příležitostně v malém množství, nekouří. Za poslední rok neprodělal žádné úrazy ani operace. Praktického lékaře navštěvuje pravidelně. Lékařská doporučení důsledně dodržuje.

Diagnostická doména č. 2 – VÝŽIVA

Musí dodržovat nízkobílkovinnou dietu. Chuť k jídlu má velkou, stravuje se pravidelně 5 krát denně, má snídani, svačinu, oběd, svačinu a večeři. Poruchy polykání neudává, chrup

sanován. Váha se mu mění z důvodu hroměnění dusíkatých látek a zadržováním tekutin v těle a následnou hemodialýzou. Příjem tekutin má omezený a to do 2l tekutin za den včetně polévek. Pocit žízně má. Nejvíce pije vodu a neslazené čaje. Alkohol pije pouze příležitostně a to v malém množství.

Diagnostická doména č. 3 – VYLUČOVÁNÍ

Močí zatím bez obtíží okolo 1 300 ml za den. Na stolici chodí pravidelně každé ráno. Zvýšené pocení neudává, nezvrací. Tělesná teplota v normě.

Diagnostická doména č. 4 – AKTIVITA – ODPOČINEK

Svůj volný čas nejraději věnuje rodině a dětem. Chodí do práce, která ho baví. Velice rád rybaří, je to pro něj relaxace a odpočinek. Také čte knížky- většinou dobrodružné a poslouchá moderní hudbu.

V noci spí dobře, je zvyklý na noc vyvětrat. Po probuzení se cítí odpočatý, léky na spánek neužívá. Po dialýze se necítí unaven.

Diagnostická doména č. 5 – VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

Má zhoršený zrak, trpí krátkozrakostí, měl by nosit dioptrické brýle na dálku, ale většinou na ně zapomíná. S čichem potíže nemá, slyší dobře.

Diagnostická doména č. 6 – VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Považuje se za optimistu. Jeho velkou oporou je manželka a potěšení mu přináší děti. Se svým vzhledem je spokojený, věří si. Věřící, že se brzy dočká transplantace ledvin.

Diagnostická doména č. 7 – VZTAHY

Stále pracuje jako seřizovač stříkolic v jedné firmě. Jedná se o fyzicky náročnou práci, ale nechce se jí vzdát. Chce pracovat, dokud to půjde a zatím to zvládá bez obtíží, i když přiznává, že je někdy rád, že si může doma odpočinout. Bydlí s manželkou a dětmi v rodinném domě. Problémy nemají.

Osamělostí netrpí, stále se pohybuje mezi lidmi. Rodina je pro něho prioritou. K lidem se chová přátelsky, je komunikativní.

Diagnostická doména č. 8 – SEXUALITA

Žádné potíže neudává.

Diagnostická doména č. 9 – ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU

Stres neprožívá, snaží se být v klidu a pohodě. Bere život takový jaký je. S nemocí se snaží bojovat. S problémy a starostmi se svěřuje manželce.

Diagnostická doména č. 10 – ŽIVOTNÍ PRINCIP

Rodina a zdraví jsou u něho na prvním místě. On i jeho rodina jsou nevěřící.

Diagnostická doména č. 11 – BEZPEČNOST – OCHRANA

Žádnou alergií netrpí. Je tu možné riziko infekce z důvodu napichování fistule před dialýzou. U pacienta se postupuje asepticky, dezinfikuje se místo vpichu a poté sterilně kryje. Sám pacient je poučen o péči o fistuli. Na končetině s fistulí se neměří tlak, neodebírá krev, nemá být vystavena vysoké zátěži, končetinu je nutné šetřit a vždy na fistuli upozornit.

Diagnostická doména č. 12 – KOMFORT

Pacient si na žádnou bolest nestěžuje. Sestřička dbá na pohodlnost pacienta na lůžku během dialýzy. Nabídne mu možnost sledování televize, čtení, či poslechu hudby pro zkrácení času. Pacient je poučen, aby v případě nevolnosti či jakéhokoli problému okamžitě přivolal sestřičku.

Diagnostická doména č. 13 – RŮST/ VÝVOJ

Růst a vývoj je u pacienta v normě.

Klient byl v nočních hodinách telefonicky kontaktován a informován o možnosti transplantace. Právě byl na noční směně v práci, takže se dostavil autem na urologickou ambulanci velice brzy. Tam byla provedena potřebná vyšetření a dále byl odeslán na předtransplantační hemodialýzu, kde byli zároveň provedeny odběry krve. Po tří hodinové dialýze byl odveden za doprovodu sanitáře na metabolickou JIP. Zde šel do sprchy, oholil se a převlékl do nemocničního oděvu. Sestra mezitím provedla soupis věcí a cenností a poté dala pacientovi podepsat informované souhlasy. Za pacientem přišel ještě anesteziolog, napsal premedikaci a poté jel pacient na sál.

5.2 Průběh hospitalizace

1. den/0. pooperační den – pacient přišel z dialýzy v doprovodu sanitáře. Byla předána dokumentace, uložení a příjem pacienta, sepsání věcí a souhlasů (viz. příloha č. 8), hygiena, oholení, bandáže a podání první dávky imunosupresiv Cellcept 1250 mg a premedikace Lexaurin 3 mg per os. Na sál dáváme pacientovi s sebou kromě dokumentace také ATB Axetin, Solu Medrol, Helicid.

Po příjezdu ze sálu je pacient uložen na samostatný box, kde platí bariérový přístup. Fyziologické funkce jsou monitorovány první dvě hodiny po 15 minutách. Převládá hypertenze okolo 147/91, pulz 85/min, dech 30/min, TT-36,1°C, saturace 92% bez kyslíku, přesto podána kyslíková podpora kyslíkovými brýlemi na průtok 2 l/min.

Na sále zavedeny dva břišní drény, oba odvádí hemoragickou tekutinu, permanentní močový katetr (PMK) bez moči. Centrální žilní katetr (CŽK) funkční, ze sálu kape Hartmannův roztok, flexila zavedena na pravé horní končetině (PHK) – funkční, hodnocení dle Madonna M:0. Odběry dle transplantačního protokolu. (viz. příloha č. 9) Pacient spaví, přesto již zmiňuje bolest (viz. příloha č. 10). Infúze 9-11 h podán roztok Hartmanna 1000 ml, od 9:30-6:00h kontinuální podání Sufenty forte na bolest, 11-6h 40% Glukóza 500 ml + KCl, MgSO₄, Na₂HPO₄, Thiamin. Dále podán Neonutrin 500 ml, Medisol bio 5 000 ml + minerály KCl, MgSO₄, Na₂HPO₄, 14-6 h- F1/1 + HUM R – 20 jednotek. Ve 14:00 h Solu Medrol, v 16:00 h Clexane. Předělány bandáže dolních končetin (DK). Ve 20:00 Helicid, Cotrimoxazol. V 19:00 močí 500 ml/h, mírná hematurie. Moč odeslána na K+C. Transplantace kadaverózní ledviny v pravé jámě kyčelní proběhla bez komplikací.

2. den/1. pooperační den – Spal celou noc, snídani snědl celou, pobolívá ho operační rána a záda, je afebrilní, dietu má číslo 3, kategorie 3. Bez kyslíku, dýchá se mu dobře, ventilačně stabilní, mytí provedeno na lůžku. Proveden převaz rány – dezinfekce + sterilní krytí, rána mírně sákně krví. Drény do rána odvedli 250 ml krvavé tekutiny, dále již neodvádí. Pacient močí dostatečně, PMK č. 16 - funkční, stolice zatím nebyla. Celková diuréza za 24h – 9 248 ml. Na bolest podávány kontinuální opiáty Sufenta forte.

V 8h proveden UZ graftu, CŽK - EX, přepíchnuta flexila na PHK. Infuze: 6:00 – F1/1 45 ml + Sufenta, F1/1 20 ml + HM R, 6:00 – 10:00 - Hartmann 1000 ml, 10:00 – 16:00 – F1/1 1000 ml, 16:00 – 22:00 – Hartmann 1000 ml + MgSO₄, thiamin, 22:00 – 8:00 – Hartmann 1000 ml, Nutridrink 2 krát denně. Léky - Advagraf, CellCept., Cotrimoxazol, Helicid. Laboratorní výsledky - UREA – 12,7 mmol/l, KREA – 205 μmol/l. Zvýšená glykémie.

3. den/2. pooperační den – kategorie č. 4, dieta č. 3, fyziologické funkce – TK – 150/93, P – 107, SpO₂ – 95%, TT – 36,4°C, oběhově stabilní, afebrilní, při vědomí, spolupracuje, flexila dle Madona M:0. PMK funkční, celková diuréza za 24 h 4 430 ml, stolice nebyla, plyny odchází, operační rána klidná, vytaženy oba břišní drény, rána mírně sákne. Provedena celková hygiena na lůžku, porce jídla sní celé, popíjí si čaj, odpoledne měl pacient návštěvu. Přes noc si stěžuje na bolesti zad z neustálého ležení v posteli. Léky – Advagraf, CellCept, Cotrimoxazol, Helicid, Clexan, Solu medrol, inzulin HUM R – v 11 h podáno 10 jednotek. Laboratorní hodnoty - UREA – 15,1 mmol/l, KREA – 192 μmol/l.

4. den/3. pooperační den – kategorie č. 4, dieta č. 3, fyziologické funkce – TK – 155/90, P – 90/min, SpO₂ - 96%, TT – 36,6°C, váha – 69 kg, oběhově stabilní, afebrilní, diuréza za 24 h 4 130 ml, dnes poprvé vertikalizace, zavedena nová flexila, proveden UZ graftu, pro bolesti operační rány podány analgetika – ústup bolesti, stolice nebyla, proto večer podán glycerinový čípek. Rehabilitace (RHB) – 3 krát denně chůze, Nutridrink 2 krát denně, dnes proběhlo nefro – urologické konzilium. Laboratorní hodnoty - UREA – 18,9 mmol/l, KREA – 231 μmol/l.

5. den/4. pooperační den – kategorie č. 4, dieta č. 3, fyziologické funkce – TK – 145/100, P – 80/min, SPO₂- 96%, TT – 36,5°C, diuréza za 24h – 8 116ml. Oběhově stabilní, afebrilní. Flexila M:0. Při bolestech podán Novalgin a Perfalgan, infuze Hartmann 1000 ml kontinuálně. Podáván inzulin HUM R – 10j. Nutridrink 2 krát denně. Chodí v chodítku, ráno byl ve sprše, stolice byla 1 krát, polohuje se sám, jí celé porce, odpoledne měl návštěvu. Operační rána je suchá, klidná. Laboratorní hodnoty - UREA – 18,8 mmol/l, KREA – 234 μmol/l.

6. den/5. pooperační den – kategorie č. 4, dieta č. 3, fyziologické funkce – TK – 145/100, P – 80/min, SPO₂ – 95%, TT – 36,1°C, váha – 72 kg, diuréza za 24 h – 8 100 ml, infuze Medisol Bio 5 000 ml od 12:00 do 6:00 h. Nutridrink 2 krát denně. Spal celou noc, bez bolestí, pije si sám, flexila M:0, chodí si po oddělení. Rána je suchá, klidná, močí dobře, stolice byla 1 krát. Večer bolesti operační rány, podány analgetika Novalgin – ústup bolesti. Laboratorní hodnoty - UREA – 21,6 mmol/l, KREA – 243 μmol/l.

7. den/6. pooperační den – kategorie č. 4, dieta č. 3, fyziologické funkce – TK – 145/90, P – 80/min, SPO₂ – 98%, TT – 35,8°C, diuréza za 24h – 7 360 ml. Dnes proveden UZ graftu-závěr: „dobře profundovaná transplantovaná ledvina, scintigrafie, medikace stejná, infuze Hartmann 1000 ml kontinuálně. Močí si sám dobře, popíjí si, jí celé porce, chodí si sám po oddělení, stolice 1 krát. Laboratorní hodnoty - UREA – 17,1 mmol/l, KREA – 183 μmol/l.

8. den/7. pooperační den – kategorie č. 4, dieta č. 3, fyziologické funkce – TK – 140/90, P – 85/min, SpO_2 – 97%, TT – 36,8°C, diuréza za 24h – 6 010 ml. Proveden UZ graftu, medikace stejná, infuze Medisol Bio 5 000 ml + MgSO_4 , Na_2HPO_4 . Přes den si sedí v křesle, ráno byl ve sprše, čte si, sleduje TV, měl návštěvu, močí nadměrně. Přepíchnuta flexila na levou horní končetinu (LHK). PMK 8. den funkční. Večer bolesti hlavy podán Paralen – ústup bolesti. Laboratorní hodnoty - UREA – 17,3 mmol/l, KREA – 179 $\mu\text{mol/l}$.

9. den/8. pooperační den - kategorie č. 4, dieta č. 3, fyziologické funkce – TK – 150/90, P – 80/min, SpO_2 – 97%, TT – 35,7°C, váha – 74 kg, diuréza za 24h – 7 410 ml. Oběhově stabilní, afebrilní, hygiena provedena ve sprše, stravu a tekutiny přijímá dostatečně, močí hojně, spolupracuje, měl návštěvu. Flexila zavedena 2. den M:0, PMK – 9. den funkční. V 17:00 h naměřena glykémie 13,4, podáno 8 jednotek inzulinu HUM R. Laboratorní hodnoty - UREA – 15,9 mmol/l, KREA – 191 $\mu\text{mol/l}$.

10. den/9. pooperační den – kategorie č. 4, dieta č., fyziologické funkce – TK – 150/90, P – 80, SpO_2 – 97%, TT - 36°C, diuréza za 24h – 8 940 ml. Infúze Medisol Bio 5 000 ml na 24 hodin od 14:00h. Operační rána klidná, suchá. V 17:00 naměřena glykémie 17,5, podán inzulin HMR - 8 jednotek. Laboratorní hodnoty - UREA – 13,9 mmol/l, KREA – 151 $\mu\text{mol/l}$.

11. den/10. pooperační den – kategorie č. 4, dieta č. 3, fyziologické funkce – TK – 150/90, P – 80/min, SpO_2 – 98%, TT – 36,5°C, diuréza za 24 h – 6 920 ml. Převažuje hypertenze. Odběry nebyli.

12. den/11. pooperační den – kategorie č. 4, dieta č. 3, fyziologické funkce – TK – 140/95, P – 85/min, SpO_2 – 97%, TT – 36,3°C, diuréza za 24 h – 7 230 ml. Laboratorní výsledky UREA- 9,8 mmol/l a KREA- 131 $\mu\text{mol/l}$.

13. den/12. pooperační den – kategorie č. 4, dieta č. 3, fyziologické funkce – TK – 140/87, P – 93/min, SpO_2 – 96%, TT – 36,2°C, váha – 75,4 kg, diuréza za 24 h – 6 900 ml. Podán Hartmann 1000 od 15:00 do 20:00 h. Převaz operační rány, dezinfekce + sterilní krytí.

14. den/13. pooperační den - kategorie č. 4, dieta č. 3, fyziologické funkce – TK – 135/87, P – 92/min, SpO_2 – 97%, TT – 36,2°C, váha – 75 kg, diuréza za 24 h – 8 510 ml. Přepíchnuta nová flexila na PHK. Laboratorní výsledky UREA – 7,8 mmol/l, KREA – 103 $\mu\text{mol/l}$. Glykémie v normě.

15. den/14. pooperační den - kategorie č. 4, dieta č. 3, fyziologické funkce – TK – 137/85, P – 85/min, SpO_2 – 97%, TT – 36,3°C, váha – 73,6 kg, diuréza za 24 h – 8 120 ml. Permanentní močový katetr EX.

16. den/15. pooperační den - kategorie č. 4, dieta č. 3, fyziologické funkce – TK – 140/90, P – 85/min, SpO₂ – 96%, TT – 36,1°C, váha – 74 kg, diuréza za 24 h – 8 750 ml. Stehy EX. Laboratorní hodnoty UREA – 7,7 mmol/l, KREA – 120 μmol/l. Z infúzí kapal pouze Hartmann od 20:00 do 6:00 h.

17. den/16. pooperační den - kategorie č. 4, dieta č. 3, fyziologické funkce – TK – 148/87, P – 80/min, SpO₂ – 96%, TT – 36,4°C, váha – 72 kg, diuréza za 24 h – 4 825 ml. Laboratorní hodnoty UREA – 7,2 mmol/l, KREA – 110 μmol/l. Glykemie v normě. Flexila EX, zavedena nová na PHK. Infúze Hartmann 1000 ml 6:00-16:00 h. Dnes překlád na standartní lůžkové oddělení gerontometabolické kliniky A (GMK) pro per orální příjem tekutin a observaci vývoje dusíkatých katabolitů a clearance. Léky: Helicid, Cellcept, Cotrimoxazol.

18. den/17. pooperační den - kategorie č. 4, dieta č. 3, fyziologické funkce – TK – 148/87, P – 80/min, TT – 36,4°C. Flexila EX. Dnes UZ graftu, odběr moči. Laboratorní hodnoty UREA – 7,5 mmol/l, KREA – 124 μmol/l. Léky – Prednison, Helicid, Cellcept, Advagraf, Cotrimoxazol. Infúze – Hartmann 1000 ml – 6-16h. Závěr z UZ graftu: „*nález na koře graftu odpovídá nefropatii. Známý hematoma pod ledvinou a ve stěně břišní vs. lymfokéla. Stacionární nález zrychlení toků v renální tepně podmíněné zřejmě jejím vinutým průběhem.*“

19. – 20. den/18. – 19. pooperační den - vše stejné včetně farmakologické léčby. Proveden UZ graftu, dle UZ prodělal akutní tubulární nekrózu pro pomalý odtok kontrastu a zrychleného toku v a. renalis. Masivně zahydratován s postupnou úpravou dusíkatých (N) katabolitů a clearance kreatininu. Pokles polyurie z 8 100 ml na 4 800 ml za 24 h!

21. den /20. pooperační den - kategorie č. 4, dieta č. 3, fyziologické funkce – TK – 170/110, P – 75/min, TT – 36,6°C, váha – 69,5 kg. Vytažení zbývajících posledního stehu. Léky stejné + přidán Zorem 10 mg a Cynt 0,4 mg – obojí 1 krát denně. Ve 13:00 h plánována dimise sanitou do domácího prostředí v dobrém stavu. Plánované vyšetření 28.12. – UZ graftu. (viz. příloha č. 11)

Pacient se cítí po fyzické i psychické stránce dobře, žádné obtíže neudává, je rád, že bude konečně propuštěn domů a že bude moci být se svou rodinou.

Čas v nemocnici mu přišel velice dlouhý a nudný. Doma byl zvyklý stále něco dělat a hlavně pracovat v práci, takže pro něho tři týdny strávené v nemocnici byli nekonečné.

Byl dostatečně edukován o lécích, dalších kontrolách a životním stylu. Klient má dostatek informací a všem informacím rozumí.

5.3 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelské diagnózy (viz. příloha č. 6)

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny na základě anamnestického rozhovoru, vyšetření, zhodnocení celkového stavu a míry soběstačnosti klienta. Anamnéza a kazuistika byla získána v dialyzačním centru během hemodialýz, ošetrovatelské diagnózy, pozorování a plán péče byl zhotoven před a po transplantaci ledviny (Marečková, 2006).

Akutní bolest – 00132

Diagnostická doména - Komfort

Třída – Tělesný komfort

Riziko infekce – 00004

Diagnostická doména – Bezpečnost - ochrana

Třída – Infekce

Porušený spánek – 00095

Diagnostická doména – Aktivita - odpočinek

Třída – Spánek – odpočinek

Zácpa – 00011

Diagnostická doména – Vylučování - výměna

Třída – Gastrointestinální funkce

Strach – 00148

Diagnostická doména – Zvládání zátěže - odolnost vůči strachu

Třída – Reakce na zvládání zátěže

Deficit sebepéče při koupání a hygieně – 00108

Diagnostická doména – Aktivita - pohyb

Třída – Sebepéče

Zhoršená pohyblivost – 00085

Diagnostická doména – Aktivita - odpočinek

Třída – Aktivita - pohyb

Efektivní léčebný režim – 00082

Diagnostická doména – Podpora zdraví

Třída – Management zdraví

Ochota ke zlepšení bilance tekutin – 00160

Diagnostická doména – Výživa

Třída – Hydratace

6 Ošetrovatelská péče o pacienta před a po transplantaci ledvin

6.1 Bezprostřední předtransplantační péče

Jakmile se vyskytne dárce ledviny a je vybrán vhodný pacient ihned začínají přípravy na transplantaci. Pacient je telefonicky kontaktován koordinátorkou transplantačního centra v kteroukoli denní i noční hodinu a je informován o transplantaci, pokud souhlasí, je požádán, aby se dostavil na urologickou ambulanci, kde jsou provedeny UZ a RTG a poté je pacient odeslán na příslušnou dialýzu, kde bude ještě před transplantací provedena poslední hemodialýza a potřebné odběry krve. Od telefonického rozhovoru klient lační (<http://www.transplantace.eu/ledviny/>).

Po provedené dialýze se pacient dostaví na oddělení metabolické JIP kde je přijat. Pokud je dostatek času, sepíše se sesterská dokumentace, soupis věcí, a pacient podepíše všechny souhlasy (s hospitalizací, transplantací, anestezií, zavedením CŽK, podáváním informací).

Poté je pacient odveden do koupelny, kde se musí umýt, oholit od prsních bradavek do půl stehů a převléknout do nemocničního oděvu. Cennosti jsou sepsány a uloženy do trezoru.

Před odjezdem na sál je dle ordinace lékaře podána první dávka imunosupresiva Cellcept 1250 mg a Lexaurin 3 mg per os. Na sál se spolu s pacientem posílá kromě dokumentace také, dávka ATB - Axetin, Solu Medrol a Helicid.

6.2 Na operačním sále

Po předání pacienta na operační sál zajistí anesteziologická sestra žilní přístup (nejčastěji na horní končetině) pro intravenózní podání anestetik. Po uvedení pacienta do celkové anestezie zavádí lékař permanentní močový katétr (PMK), sanitář zatím fixuje pacientovo tělo a končetiny k operačnímu stolu pro bezpečnost při transplantaci. Pacient zaujímá polohu na zádech s náklonem operačního stolu mírně na pravou stranu (dle místa uložení nové ledviny) v úhlu cca 20 stupňů.

Mezitím operatér mechanicky očišťuje štěp od tukové tkáně pomocí nůžek a pinzety, preparuje arterii, venu, močovod. Zjišťuje jejich kvalitu a uložení pro lepší a rychlejší přehlednost při samotné transplantaci, šití a napojení do těla pacienta. Ledvina je tedy připravena a poté opět uložena do ledové tříště. A v tuto chvíli zůstává již na stolku přímo na operačním sále.

Operace začíná. U transplantace je přítomen celý transplantační tým tzn. operatér, 1. a 2. asistent, anesteziolog, anesteziologická sestra, instrumentární sestra, obíhající sestra, sanitář.

Po ukončení transplantace je ukončena také anestezie a pacient se ještě na operačním sále probouzí a reaguje na naše podněty. Teprve poté může být předán na JIP. Pacienta předává operátor a anesteziolog společně s dokumentací, kde musí být operační protokol o záznamu celé operace a protokol o průběhu a vedení anestezie.

6.3 Bezprostřední potransplantační péče

Ošetrovatelská péče začíná převzetím pacienta a napojením na velký monitor. Sestra připevní tlakovou manžetu pro sledování krevního tlaku, na prst pacienta upevní saturátor pro hodnocení okysličení krve, popíše a zavěsí drény tak, aby se nezalamovali a mohli odvádět sekret z dutiny břišní. Sleduje charakter sekretu, jeho množství a funkčnost drénu. Sáček od močové cévky zavěsí a sleduje, zda pacient močí, zapisuje hodinovou diurézu, případně sleduje množství, barvu a příměs moči. Močení nemusí být obnoveno ihned, může to trvat pár dnů či týdnů. Pozdější močení však nemá vliv na funkčnost štěpu. Zpočátku přetrvává hematurie, která se ale postupem času upraví.

Sestra přelepí intravenózní vstupy a vyplní ošetrovatelskou dokumentaci. Pacienta upozorní na možnost nauzey a zvracení, takže mu nechá emetní miskou v dosahu, společně se signalizačním zařízením.

Po příjezdu ze sálu se většinou pacientům nasazují kyslíkové brýle a jsou nepolohováni do Fowlerovi polohy. Sestra sleduje operační ránu, zda neprosakuje, sleduje výskyt bolesti a dle ordinace lékaře tlumí analgetiky.

Pacient je od této doby izolován a je u něho dodržován zvýšený hygienický režim. Bez ochranných pomůcek k pacientovi nikdo nesmí. Každý, kdo vstupuje na box, si musí obléci jednorázový plášť, ústenku, čepici a rukavice. Takto oblečený personál či návštěva je puštěna k pacientovi. Bariérový přístup je nutný k prevenci zanesení infekce, která je velkým rizikem u transplantovaných pacientů, kteří již musí užívat imunosupresiva. Je velice důležité, aby byl zdravotní stav pacienta co nejlepší a nedošlo tak ke komplikacím.

U pacienta dále provádíme prevenci TEN - bandáže či punčochy na obě dolní končetiny, aplikujeme nízkomolekulární heparin, podáváme dostatek tekutin.

Pokud má pacient a-v shunt je důležité, aby na té končetině nebyl měřen krevní tlak, končetina nebyla nijak zaškrcená, neodebírala se z ní krev (Slezáková, 2010).

6.4 Následná a dlouhodobá pooperační péče

První převaz se provádí s lékařem většinou 2. den po transplantaci. Sleduje se operační rána, okolí, funkčnost drénu, provede se dezinfekce a sterilní krytí. Stehy jsou odstraněny za 10 – 14 dní. Z lůžka pacient vstává zpravidla 3. pooperační den za přítomnosti sestry. Do té doby se hygienické a toaletní potřeby provádí na lůžku.

Intravenózní vstupy, pokud nejsou nutné, se ruší co nejdříve, protože jsou možným zdrojem infekce. Léky užívá pacient per os. Močový katétr se ponechává zpravidla čtyři dny a poté se vytahuje a pacient musí močit do močové láhve, která se sbírá 24h pro sledování množství moči.

Důležité je edukovat pacienta o dostatečném pitném režimu. Vzhledem k tomu, že do této doby byl pacient nucen přijímat pouze omezené množství tekutin a pacient tak není zvyklý pít, je třeba tento příjem pečlivě sledovat. Dostatek tekutin je v tuto chvíli velice důležitý pro obnovu diurézy a správou funkci štěpu.

Dietu pacient již žádnou dodržovat nemusí, takže má většinou dietu č. 3 u diabetiků dietu č. 9. Je důležité pacienta upozornit, že užíváním kortikosteroidů výrazně roste chuť k jídlu a že je nutné dávat si pozor na tučná a sladká jídla, jinak dochází k rychlému a nežádoucímu nárůstu hmotnosti.

Z vyšetření se provádí UZ graftu a to již první pooperační den a následně každý další den. Laboratorní odběry ordinuje lékař a sleduje se především: urea, kreatinin, natrium, kalium, fosfor, vápník, acidobazická rovnováha, KO, hemokoagulace. Hodnoty výsledků jsou směrodatné pro další léčebný postup.

Pacienta i nadále sleduje nefrolog, navštěvuje ho transplantační vizita a společně tak s ošetřujícím lékařem konzultují další léčbu. Pokud je pacient bez obtíží, neobjeví se u něj žádná infekce, laboratorní výsledky a výsledky UZ jsou uspokojivé, je možný překlad na standardní oddělení, nejdříve však za týden po operaci.

Další péče probíhá přeložením pacienta z metabolické JIP na standardní oddělení. Společně s pacientem se posílá také dokumentace. Sestra z JIP pacienta předá sestře z oddělení a společně se sanitářem pacienta převezou na oddělení, kde je většinou na samostatném pokoji nebo již na pokoji s ostatními. Bariérový přístup zde není již tak přísný, personál si bere pouze ústenku. Pohybový režim je většinou volný v rámci pokoje i oddělení.

Pacient je bez intravenózních vstupů, močí sám na toaletě, operační rána je klidná. Na standardním oddělení jsou i nadále prováděny odběry krve a moči a sledovány kontrolní UZ graftu.

Pokud je pacient v pořádku, bývá za pár dní propuštěn do domácího prostředí. I nadále je nutné, aby se pacient v prvních týdnech po propuštění šetřil, důsledně dodržoval hygienu rukou, genitálu, vyhýbal se cestování ve veřejných hromadných prostředcích, vyvaroval se kontaktu s infekčním onemocněním a v období chřipkový epidemií nenavštěvoval veřejná místa (<http://www.transplantace.eu/ledviny/>).

Dále je poučen, aby jakékoliv příznaky nepodceňoval a raději se dostavil k lékaři. Důležité je, aby věděl, že po transplantaci nesmí být očkován živými vakcínami a na tuto skutečnost vždy upozornil (v případě úrazu protitetanové sérum dostat může). Pacient musí také pochopit nutnost užívání imunosupresiv, na kterých je po transplantaci životně závislý, takže na ně nesmí zapomínat.

Před propuštěním je tedy dostatečně edukován lékařem i sestrou a má smluvený termín ambulantní kontroly, která probíhá většinou zpočátku každý týden v transplantačním centru (informační brožura Život s novou ledvinou - V. Martínek, informační brožura Život pokračuje).

III. Diskuze

V teoretické části jsem se zabývala chronickým onemocněním ledvin a léčbou pomocí dialýzy nebo transplantací ledviny. Seznámila jsem se s příčinami chronického renálního selhání, jimiž jsou nejčastěji polycystické ledviny, které jsou dědičným onemocněním. Další příčinou bývají prodělané glomerulární a tubulární nefritidy či glomerulopatie.

V praktické části práci jsem sledovala pacienty se selháním ledvin, kteří byli zařazeni na čekací listinu. Dále jsem zpracovala kazuistiky a u pacienta, který v průběhu mého sledování byl transplantován, jsem sestavila mapu péče. Zde zachycuji péči v období těsně před transplantací, až po propuštění klienta do domácího prostředí.

Hospitalizace sledovaného pacienta trvala celkem 21 dní, během kterých jsem měla možnost nejen sledovat, ale i se přímo účastnit na ošetrovatelské péči. Stanovila jsem ošetrovatelský plán, kde jsem určila nejdůležitější pacientovi problémy (ošetrovatelské diagnózy), se kterými se tento klient potýkal. Patří mezi ně např. akutní bolest a porucha spánku, riziko infekce spojené především s imunosupresivní léčbou, kvůli které je velice důležitý bariérový ošetrovatelský přístup a dodržování zvýšeného hygienického režimu. Dá se říci, že na těchto opatřeních, je klient životně závislý, neboť jejich sebemenší porušení by mohlo znamenat zanesení virů a bakterií a tím vznik infekce, která by byla pro klienta velkou, někdy až fatální komplikací.

Součástí praktické části je také statistický oddíl, kde jsem porovnávala četnost transplantací od žijících a kadaverózních dárců za tříleté období. Zjistila jsem, že počet žijících dárců tvoří pouze nepatrné množství oproti transplantacím od dárců kadaverózních. Celkový počet dárců neustále kolísá, ale do budoucna lze předpokládat spíše pomalý vzestup než pokles, což je dáno neustálým hledáním legislativních norem v dárcovském programu a zkvalitňováním spolupráce mezi dárcovskými nemocnicemi a transplantačními centry (V. Třeška, 2002).

IV. Závěr

Transplantace ledviny je ve většině případů jedinou možnou terapií, která dává klientům naději na záchranu života s možností žít opět kvalitní a plnohodnotný život bez dialýzy.

Počet transplantací se stále zvyšuje, což je jistě dáno velkými pokroky v imunosupresivní léčbě, rozvojem chirurgických technik a také zejména efektivnější a organizovanou spoluprací transplantačních koordinačních středisek.

Během praxe na interní klinice metabolické JIP jsem sledovala a zároveň pečovala o transplantovaného klienta. Měla jsem také možnost přihlížet na operačním sále na transplantaci ledviny a tak jsem své teoretické znalosti spojila s praxí.

Ve své práci zpracovávám tři kazuistiky dialyzovaných pacientů zařazených na čekací listinu transplantace ledviny. Všechny kazuistiky byly zpracovány na základě anamnézy získané v dialyzačním centru. Ve třetí kazuistice přímo sleduji ošetrovatelskou péči u klienta před a po transplantaci ledviny a na základě hospitalizace jsem zpracovala ošetrovatelský plán a mapu péče.

Myslím si, že se v praxi nedá přehlédnout fakt, že fakultní nemocnice má s transplantacemi bohaté zkušenosti. Na metabolické JIP mají zpracovaný protokol odběrů u transplantovaných klientů, podle kterého se řídí, a sepsané body jak postupovat při příjmu klienta a především vlastní dostatek prostředků na jednorázové ochranné pomůcky, které slouží k dodržování bariérové ošetrovatelské péče, která je důležitou součástí ošetrovatelské péče.

Domnívám se, že si asi nikdo z nás nedovede představit s jakým pocitem napětí a s jakým očekáváním se pacient probouzí z anestezie po provedené transplantaci. Hlavou se mu honí spousty myšlenek a především otázek ohledně nové ledviny. „Bude správně fungovat? Přijme ji moje tělo? Nahradí dostatečně funkci dialýzy? Začnu od teď žít nový život?“

Pacient každý den netrpělivě očekává nové výsledky odběrů krve a moči a doufá, že právě ony hodnoty budou potvrzujícím důkazem správné funkce ledviny a že se bude moci konečně radovat. Dalším stresujícím faktorem může být očekávání, zda nedojde k tolik zmiňované a nežádoucí rejekci štěpu. Dá se tedy říci, že hospitalizace klienta na JIP je z hlediska těchto obav a tím i psychického stresu velice náročná.

Další problém, který se může objevit ze strany klienta je bariérová ošetrovatelská péče. Ke klientovi se musí chodit pouze v jednorázových pomůckách (pláští, ústence, čepici, rukavicích) a vzhledem k charakteru oddělení a bariérovému přístupu platí i omezený počet návštěv, což může klienta sociálně izolovat. Je důležité mu vysvětlit, že tato opatření jsou pro

jeho zdravotní stav velice důležitá a stanovená pouze na přechodnou dobu. Z tohoto důvodu by měl klienta během dne navštěvovat častěji zdravotnický personál, nejlépe pečující sestřička, aby se na boxu střídalo co nejméně lidí, a měla by s pacientem nejen komunikovat ale být i empatická, ptát se na jeho pocity, obavy a starosti, umět ho potěšit a povzbudit vlídným slovem. V tomto směru mi u transplantovaného pacienta chyběla práce psychologa, proto si myslím, že by bylo vhodné ho do péče zapojit a že by měl být součástí týmu.

Vzhledem k laboratorním výsledkům, na které pacient netrpělivě čeká, je také důležité, aby každý den ošetřující lékař sděloval klientovi hodnoty vypovídající o funkci ledvin a aby ho poučil a seznámil o následné terapii. Je důležité, aby měl klient dostatek informací o svém zdravotním stavu a věděl, jakým směrem se léčba ubírá a co bude následovat. Přispívá to tak k jeho psychické pohodě, lepší komunikaci a důvěrnějšímu vztahu pacient - lékař.

Po propuštění klienta do domácího prostředí je nutné, aby byl poučen o dodržování a doživotním užívání imunosupresivní léčby a především o zdravém životním stylu včetně zdravé životosprávy. Je v zájmu klienta, aby si udržel stálou tělesnou hmotnost, neboť po transplantaci již nemusí dodržovat žádné dietní omezení a vlivem imunosupresivní léčby se klientům zvyšuje chuť k jídlu, což se velmi rychle projevuje nežádoucím přírůstkem tělesné hmotnosti. Proto se doporučuje domácí dispenzarizace váhy.

Velkou změnou je pro klienta také příjem tekutin, který musí být v prvních dnech po transplantaci nadměrný. K tomu přispívá intenzivní infúzní terapie, ale také je zapotřebí, aby určitou měrou přispěl sám klient. Proto je zpočátku aktivně pobízen zdravotnickým personálem i rodinou k příjmu tekutin a jeho následném zapisování v podobě čárek zakreslených tužkou na určeném papíře. Pro klienta, který byl před transplantací zvyklý přijímat omezené množství tekutin je to najednou obrovská změna, se kterou se ale za pár dní vyrovnává a rychle si tak přivyká pitnému režimu.

Před propuštěním je klient poučen o dalších a pravidelných kontrolách v transplantologické ambulanci, kde bude i nadále dispenzarizován. S tímto vědomím klient odchází domů žít nový život s novou ledvinou.

Soupis bibliografických citací

1. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
2. SAUDEK, František. *Příprava na transplantaci : příručka pro pacienty s diabetem a jejich blízké*. 1. vyd. Praha : MAXDORF, 2005. ISBN 80-7345-055-0.
3. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3130-8.
4. ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1777-8.
5. TEPLAN, Vladimír. a kol. *Praktická nefrologie : 2., zcela přepracované a doplněné vydání*. 2. dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1122-2.
6. TŘEŠKA, Vladislav, et al. *Transplantace ledvin od nebijících dárců*. 1. vyd. Praha : MAXDORF, 2008. ISBN 978-80-7345-167-7.
7. TŘEŠKA, Vladislav. a kol. *Transplantologie pro mediky*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0331-4.
8. VIKLICKÝ, Ondřej; JANOUŠEK, Libor; BALÁŽ, Petr. a kol. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2455-3.

Elektronické zdroje

9. Česká transplantační společnost pacientům. *Česká transplantační společnost pacientům* [online]. Verze 1.0. Praha : Česká transplantační společnost, c2007, poslední aktualizace 08. 09. 2009 [cit. 2011-04-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.transplantace.eu/>>.
10. Koordinační středisko transplantací. *Koordinační středisko transplantací* [online]. Praha : Koordinační středisko transplantací, c2005 [cit. 2011-04-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.kst.cz/web/home.php>>.
11. Ledviny.cz. *Ledviny.cz* [online]. Brno : FTM Communications, s.r.o., c2010 [cit. 2011-04-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.ledviny.cz/>>.
12. Nefrologie. *Nefrologie : Pro život s ledvinami i bez nich* [online]. [cit. 2011-04-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=uvod>>.

13. Urologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové. *Urologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online]. Hradec Králové : Urologická klinika – Fakultní nemocnice Hradec Králové [cit. 2011-04-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.urologie-hk.cz/>>.
14. ŠIMONOVÁ, Tereza. *Ošetrovatelský proces u nemocného s frakturou krčku femuru ve vztahu k operačnímu řešení* [online]. [cit. 2011-04-05]. Dostupný z WWW: <<http://hdl.handle.net/10195/33518>>.

Informační brožury

15. MARTÍNEK, Vojtěch. *Život s novou ledvinou*. 1. vyd. Český transplant. Informační brožura.
16. *Život pokračuje*. Informační brožura pro pacienty po transplantaci ledviny, 1.vyd. Astellas Pharma s.r.o., vydáno pro transplantační centrum IKEM, Praha.

Použité zkratky

waiting list – čekací listina na transplantaci

a-v shunt – arterio – venózní zkratka

hypertenze – krevní tlak zvýšený nad fyziologické hodnoty

TK – krevní tlak

P - pulz

D - dech

TT – tělesná teplota

SPO2 – saturace krve kyslíkem

° C – stupeň Celsia

CŽK – centrální žilní katetr

PMK – permanentní močový katetr

Madonn – M – hodnocení vzniku flebitidy

DK – dolní končetiny

K+C – kultivace + citlivost

Diuréza – množství moči za 24 hodin

UZ - ultrazvuk

EX – odstranit, vyndat

HMR- HUM R- Humulin R (inzulin)

PHK – pravá horní končetina

LHK – levá horní končetina

RTG - rentgen

JIP – jednotka intenzivní péče

TEN – tromboembolická nemoc

KO – krevní obraz

i.v. - intravenózní

ATB - antibiotikum

RD – Redonův drén

F1/1 – Fyziologický roztok

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Uložení transplantované ledviny (zdroj google)

Příloha č. 2 – Dokumentace pro zařazení do waiting listu (zdroj FN)

Příloha č. 3 – Anamnéza (1. kazuistika, 2. kazuistika, 3. kazuistika) (zdroj FZS)

Příloha č. 4 – Rozšířená stupnice Nortonové (1. kazuistika, 2. kazuistika, 3. kazuistika) (FZS)

Příloha č. 5 – Ošetřovatelské diagnózy (1. kazuistika, 2. kazuistika, 3. kazuistika) (zdroj FZS)

Příloha č. 6 – Úroveň soběstačnosti dle Gordonové (zdroj FZS)

Příloha č. 7 – Barthelův test (vlastní zdroj)

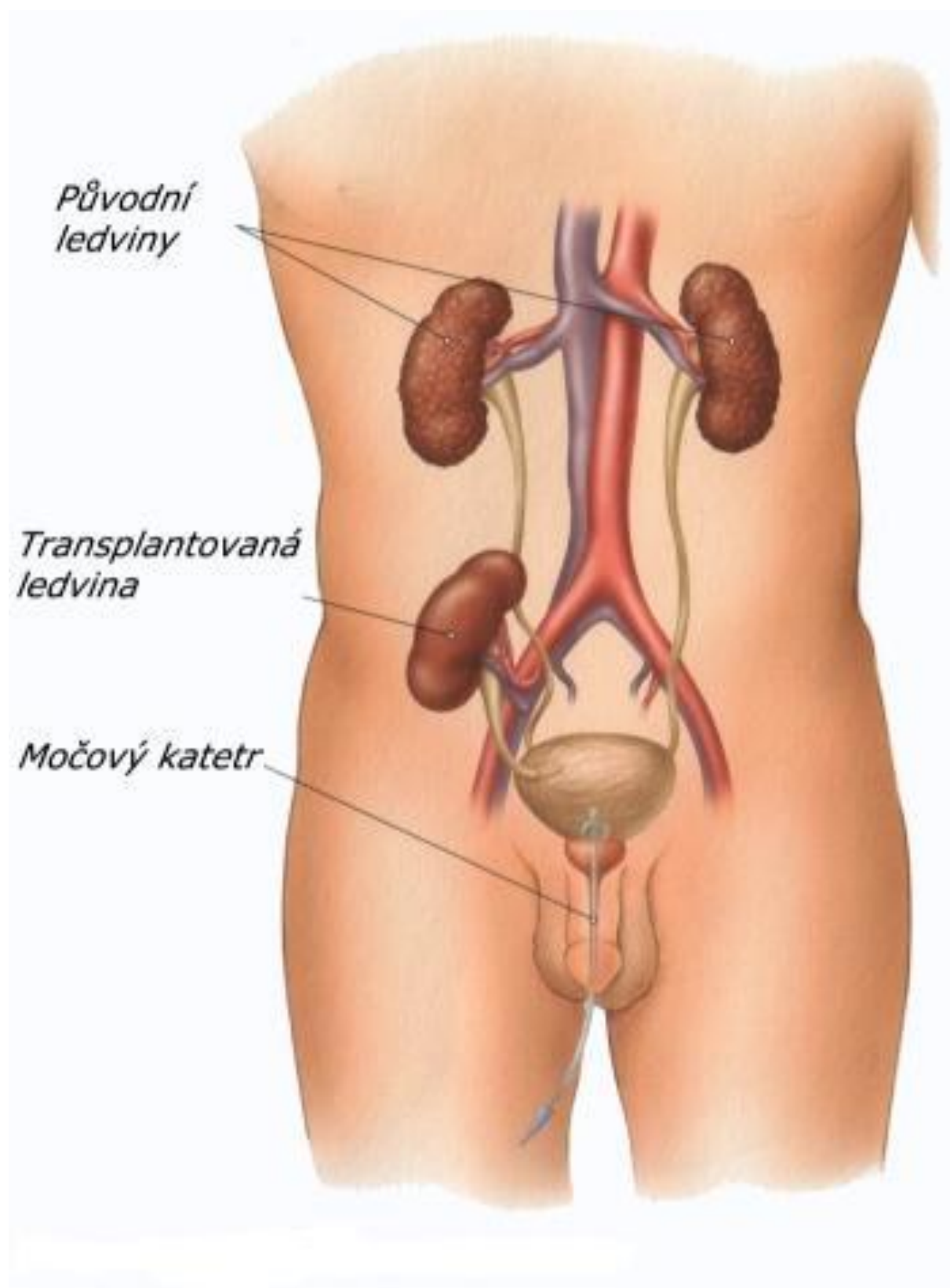
Příloha č. 8 – Poučení k transplantaci ledviny (zdroj FN)

Příloha č. 9 – Standardní odběry u transplantovaných pacientů (zdroj FN)

Příloha č. 10 – Hodnocení bolesti (VAS) (zdroj FZS)

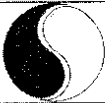
Příloha č. 11 – Mapa péče (bakalářská práce uvedena v soupisu bibliografických citací)

Příloha č. 1 – Uložení transplantované ledviny



Příloha č. 2 – Dokumentace pro zařazení do waiting listu

VZUK

 Transplantační centrum při urologické klinice, FN
VYŠETŘENÍ PRO WAITING LIST TRANSPLANTACE LEDVINY

PACIENT			
Jméno :		Rodné číslo :	
Adresa :		Pojišťovna :	
		PSC :	
Telefon, kam :	1 :		
	2 :		
	3 :		
Diagnóza :			
Krevní skupina :	Váha :	kg	Výška :
			cm
lymfocytotoxický test s panelem 50ti dárců max / press [%]:			
HLA TYPIZACE :			

VIROLOGIE			
HBsAg		⇐ pos. →	HBV - DNA - PCR
antiHBs		anti CMV IgG	anti EBV IgG
antiHBc <i>HBe Ig total</i>		anti CMV IgM	anti EBV IgM
anti HCV		⇐ pos. →	HCV - RNA - PCR
anti HIV 1	VZV IgG	HSV IgG	
anti HIV 2	VZV IgM	HSV IgM	

Pozn.:

ANAMNEZY (podrobný souhrn anamnéz a diagnóz včetně farmakologické a alergologické anamnézy)

(podrobný souhrn anamnéz a diagnóz včetně farmakologické a alergologické anamnézy)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

OBJEKTIVNÍ KLINICKÝ NÁLEZ

[illegible]

BIOCHEMIE

datum :

Na		bilirubin		urea	
K		AST		kreatinin	
Cl		ALT		glykemie	
Ca		GMT		FW	
P		ALP		albumin	
Mg		LD		CB + ELFO	
Fe		urikemie			

moč + sed. :		cholesterol celk.		HDL - CH	
		triglyceridy		LDL - CH	
kapilární ASTRUP					

HEMATOLOGIE

datum :

Hb		Tyč		Quick	
Ht		Seg		INR	
KO : Ery		Dif :		aPTT	
Leu				TČ	
Tro					
Retikulocyty					

IMUNOLOGIE

transfuzní anamnéza :

auto a aloprotilátky :

pouze lupus → Anet de DNA

v případě poz. autoprotilátek → antikardiolipin :

panel reaktivních protilátek :

ASLO :	AFP :	CEA :	prostat. antigen:
--------	-------	-------	-------------------

BAKTERIOLOGIE		datum :
moč :	sputum :	
výtěr z krku - kultivace / včetně plísni :		

NEFROLOGICKÝ NÁLEZ			
souhrn choroby :			
příčina selhání ledvín :			
dosavadní diagnostika a terapie :			
DIALYZAČNÍ ANAMNÉZA :	suchá hmotnost :	kg	reziduální diuréza : ml
1. HD dne :	počet HD celkem :	HD týdně/trvání	/ min
DIALYZAČNÍ REŽIM VČETNĚ ANTIKOAGULACE :		PODPŮRNÁ TERAPIE PŘI HD	

LÉKY :

datum

razítko a podpis

ODBORNÁ VYŠETŘENÍ

Prosíme o přiložení fotokopii následujících odborných vyšetření :

- **Vyloučení chronické infekce :** ORL, stomatologické a gynekologické vyšetření.
- **Kardiologické vyšetření :** RTG srdce a plic, EKG / v případě patologie, u kuřáků, diabetiků, pacientů s ischemickou chorobou srdeční, hypertoniků a pacientů nad 60 let zátěžové EKG - ergometrie. V případě patologie echokardiografie ev. koronarografie.
- **Gastroenterologické vyšetření :** sonografie nitrobřišních orgánů včetně ledvin. Fibroskopie gastroduodena a rektoskopie u symptomatických nemocných.
- **Cévní vyšetření :** základní klinické vyšetření.
V případě patologie a u kuřáků, ischemiků, diabetiků a pacientů nad 60 let UZ-Doppler pánevního řečiště a dolních končetin. V případě patologie angiografie.

UZ srdce, břicha - CT

DOPLŇKOVÁ VYŠETŘENÍ

Prosíme o přiložení fotokopii následujících doplňkových vyšetření :

- **Funkční vyšetření plic :** kuřáci, pacienti s plicním onemocněním, kardiaci, diabetici a pacienti nad 60 let.
- **Urologické vyšetření :** u pacientů s hematurií, inkontinencí a dysurií.
- **Diabetologické vyšetření :** u diabetiků a pacientů s poruchou glukozové tolerance. Anamneza, souhrn terapie, glykemický profil, HbA_{1c}, C peptid, komplikace.

Příloha č. 3 – Anamnéza (Kazuistika č. 1)

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

Jméno a příjmení studenta/ky:		
Ročník, obor:	Datum:	Hodnocení:

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE Č. 1

Jméno a příjmení (iniciály): Š. J. K. Věk: 60 let
Povolání, vzdělání: 1. D. úroveň úředník na magistrátu města Oddělení, pokoj: HEMODIALYZAČNÍ STŘEDIŠKO
Datum přijetí: 2x týdně hemodialýza Operační výkon:
Plánované přijetí: ☒ ano ☐ ne Pooperační den:
Hlavní diagnóza: POLYCYSTICKÉ LEDVINY A JÁTRA
Vedlejší diagnózy: 1. SEKUNDÁRNÍ ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE 2. SOOR
3. 4.
Důvod přijetí: (vyjádření dle klientky) ČIŠTĚNÍ KRVĚ
Celkový vzhled, úprava: UPRAVENÝ
Konstituce: ☒ normostenická ☐ astenická ☐ hyperstenická Výška: 180 cm Hmotnost: 91 kg BMI: 28
Vědomí (GCS): 15 bodů Paměť: ☐ neporušená ☐ zapomíná ☐ částečně zapomíná ☐ špatně si vybavuje ☐ staropaměť
Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy) ☒ ano ☐ ne
Pozornost: ☐ úmyslná ☐ neúmyslná ☒ stálá ☐ nestálá ☐ je roztržitý/á ☐ jiné:
Orientace: v čase ☒ plně orientována ☐ částečně ☐ dezorientovaná Oční kontakt: ☐ udržuje ☐ neudržuje
v prostoru ☒ plně orientována ☐ částečně ☐ dezorientovaná
v osobě ☒ plně orientována ☐ částečně ☐ dezorientovaná
Puls: frekvence 85/min pravidelnost pravidelná kvalita plná
Dýchání: frekvence 18/min pravidelnost pravidelná kvalita kvalitní nádech a výdech
dýchací fenomény kašel sputum
kanyla: ☒ ne ☐ ano druh: datum zavedení: odsávání: ☒ ne ☐ ano
Krevní tlak: 140/90 mm Hg Tělesná teplota: 36,7 °C
Periferní vstup: ☐ ne ☒ ano datum zavedení: AV - člun 30.10 Centrální vstup: ☒ ne ☐ ano datum zavedení:
Poloha: ☒ aktivní ☐ pasivní ☐ vynucená
Postoj: ☒ vzpřímený ☐ hemiparetický ☐ hemiplegický ☐ strnulý
Chůze: ☒ přirozená ☐ ataxie ☐ kolébavá ☐ antalgická ☐ kulhání ☐ paretická ☐ spastická ☐ parkinsonská
Abnormální pohyby: ☐ tremor ☐ choreatické ☐ atetoidní ☐ akineze ☐ tik ☐ jiné:
☐ křeče ☐ tonické ☐ klonické ☐ tonicko-klonické
Schopnost uchopit předmět rukou, stisk ruky: STISK RUKY NEVNÍ
Klouby: omezení pohybu ☒ ne ☐ ano zduření ☒ ne ☐ ano deformity ☒ ne ☐ ano Svalový tonus: ☐ snížený ☐ zvýšený
Poruchy citlivosti: ☐ parestezie ☐ anestezie ☐ hypestezie Chybění části těla:
Kompenzační pomůcky (jaké):
Úroveň soběstačnosti (dle Gordonové): ☒ nejíst se ☐ umýt se ☐ vykoupat se ☐ obléci se ☐ pohybovat se
Kůže: ☐ vlhká ☒ suchá ☐ snížený turgor
barva: ☒ fyziologická ☐ bledá ☐ rubor ☐ icterus ☐ cyanóza ☐ akrocyanóza ☐ mramorovaná ☐ pigmentace
změny: ☐ exantém ☐ petechie ☐ ekchymózy, sufuze ☐ hematomy ☐ pajizévky ☐ jizvy ☐ exkoriace ☐ vesiculy ☐ ulcus ☐ edémy
Kožní deriváty: změny a defekty
Stav sliznic: ☐ růžové ☐ bledé ☒ SOOR ☐ afty ☐ suché ☐ jiné:
Riziko dekubitu (dle Nortonové): 33 bodů
Dekubitus ☒ ne ☐ ano Ošetřovatelský záznam chronické rány a defektu
Stav operační rány: Poslední převaz:
Drenáž: ☒ ne ☐ ano jaká: od kdy: množství sekretu:
Kůže končetin: ☒ beze změn ☐ chladná ☐ bledá ☐ cyanotická ☐ šupinková ☐ bez ochlupení ☐ ulcerace ☐ zarudlý pruh:
Periferní pulzace: ☒ hmatná ☐ nehmatná
Edémy končetin: ☒ ne ☐ symetrické ☐ asymetrické ☐ jednostranné ☐ DK P/L ☐ HK P/L ☐ oboustranné ☐ měkké ☐ tuhé
☐ bolestivé ☐ nebolestivé
Edém celého těla: ☒ nepřítomen ☐ anasarka Žíly DK: varixy ☒ ne ☐ ano
Zevní genitál: ochlupení: ☒ přiměřené ☐ nadměrné otok: ☒ ne ☐ ano
krvácení: ☒ ne ☐ ano ☐ slabé ☐ střední ☐ silné krevní ztráta:
Výraz tváře: ☒ normální ☐ febrilis ☐ hippokratická ☐ myxedematosa ☐ tyreotoxická ☐ adenoida ☐ cushingoida ☐ parkinsonská
Zornice: ☒ izokorické ☐ anizokorické ☐ mióza P/L ☐ mydriáza P/L reakce na světlo ☒ ne ☐ ano
Nos: ☒ bez výtoků ☐ sekrece: ☐ čirá ☐ hlen ☐ hnis ☐ krev
Dutina ústní: ☐ beze změn ☐ dásně zduřelé ☐ zarudlé ☐ krvácivé ☐ nekrózy ☐ parodontóza ☐ afty ☒ SOOR jazyk:
Chrup: ☐ zdravý ☒ sanován ☐ kariézni ☐ zubní protéza
Zápach z úst: ☐ ne ☐ po acetonu ☐ hnilobný ☐ foetor hepaticus ☐ po amoniaku ☐ jiný
Řeč: ☒ plynulá ☐ zárazy ☐ dysartrie ☐ afázie senzorická ☐ afázie motorická ☐ dyslalie ☐
Hlas: ☒ v normě ☐ dysfonie ☐ afonie
☐ jiné:

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU POTŘEB

Podpora zdraví	Můj zdravotní stav hodnotím jako: ☐ dobrý ☒ částečně dobrý ☐ narušený ☐ špatný ☐ jiné: Abych si udržela zdraví: ☐ sportuji ☐ chodím na procházky ☐ pracuji na zahradě ☐ dodržuji zdravou výživu ☐ využívám alternativní medicínu ☐ nic ☒ jiné: <i>chodím vykeřovat, odpočívám</i> Kouření: ☒ ne ☐ ano: množství doba Alkohol: ☐ ne ☒ ano: druh: <i>pivo</i> množství: <i>1x</i> frekvence: <i>1x denně</i> Prsy - selfmonitoring: ☒ neprovádí ☐ provádí ☐ pravidelně ☐ nepravidelně jak často: Gynekologická prevence: ☐ pravidelně ☐ nepravidelně frekvence: poslední preventivní prohlídka: Nemoci, úrazy mající vliv na souč. zdravotní stav: Lékařská a ošetrovatelská nařízení dodržuji: ☒ důsledně ☐ občas ☐ nedodržuji (důvod) Příčiny současného onemocnění: <i>vložení katetru za ledvin</i> Při objevení současné nemoci jsem: ☒ navštívila lékaře ☐ poradila se s jinými zdravotníky ☐ užíla léky (jaké) ☐ jiné: Osobní přání týkající se postupů při léčbě a zvládnání zdravotního stavu: ☒ informace (jaké, od koho) <i>ošetřovatel, personál</i> ☐ konzultace postupů ☐ jiné:
Výživa	Stav výživy: ☒ normální ☐ obézní ☐ kachektický <i>dle hematolgy</i> ☐ úbytek váhy za posledních 6 měsíců ☐ příbytek na váze za posledních 6 měsíců Dieta: <i>6</i> ☐ normální ☐ narušená Dietní omezení: ☐ ne ☒ ano: <i>restrikční dieta dle ošetřovatelky</i> Typický denní příjem jídla: ☒ snídaně ☒ svačina ☒ oběd ☒ svačina ☒ večeře ☐ II. večeře Přidávky: ☒ ne ☐ ano Forma stravy: ☒ normální ☐ kašovitá ☐ tekutá Způsob přijímání stravy: ☒ per os ☐ sondou ☐ pumpou ☐ stomie Schopnost najíst se: ☒ sama ☐ u stolu ☐ v lůžku ☐ s pomocí ☐ krmení Poruchy polykání: ☒ ne ☐ ano Pálení žáhy: ☒ ne ☐ ano Přijem tekutin za 24 h: ☐ < 0,5 l ☐ 0,5 - 1 l ☐ 1 - 1,5 l ☒ 1,5 - 2 l ☐ 2 - 2,5 l ☐ jiné Druh/množství: ☒ čaj <i>200 ml</i> ☒ voda <i>100</i> ☒ min. vody ☒ pivo <i>100 ml</i> ☐ mléko ☐ káva ☐ ovoc. šťávy Pocit žízně: ☒ ano ☐ snížený ☐ nemám Poranění kůže a sliznic se hojí: ☒ dobře ☐ špatně (projevy)
Vylučování a výměna	Způsob močení: ☒ sám na WC ☐ s pomocí na WC ☐ v lůžku ☐ permanentní katétr č.: datum zavedení: Mikce: ☒ bez problémů ☐ problémy ☐ noční močení ☐ stomie ☐ inkontinence: ☐ částečná ☐ úplná ☐ druh ☐ pomůcky Diuréza: <i>100 ml/den</i> Příměsi moči: ☐ krev ☐ hlen ☐ jiné: Stolice: ☒ pravidelná ☐ průjem (char.) ☐ zácpa (za kolik dní) ☐ inkontinence: ☐ částečná ☐ úplná ☐ stomie ☐ meteorismus ☐ flatulence ☐ hemeroidy Doba vyprazdňování stolice: <i>3-4</i> ☐ barva: <i>hnědá</i> Příměsi: ☐ krev ☐ hlen ☐ jiné: Prostředky k vyprazdňování: ☐ léky ☐ jiné Zvracení: ☒ ne ☐ ano četnost: Příměsi: Pocení: ☒ ne ☒ ano (kdy) <i>lehce až silně</i> ☒ přiměřeně ☐ nadměrně Oděr: ☒ ne ☐ ano
Aktivita - odpočinek	Cvičím: ☐ pravidelně ☐ občas ☒ necvičím Typ cvičení: Denní aktivity: ☒ domácí práce ☐ nakupování ☒ práce okolo domu/bytu ☒ jiné: <i>rychlá</i> Faktory bránící tělesné aktivitě: ☐ dušnost ☐ svalové křeče (kde) ☐ parézy/plegie (kde) ☐ bolest ☐ plicní onem. ☐ srdeční onemocnění ☐ onem. pohyb. aparátu ☐ nezájem o pohyb, aktivitu Volný čas trávím: ☒ aktivně (jak) <i>rychlá</i> ☒ pasivně (jak) <i>čtení knih, malování</i> Spím: ☒ celou noc ☐ problémy s usínáním (kdy usínám) ☐ budím se brzo a už neusnu (kdy) ☐ budím se v noci frekvence důvod ☐ zpocená ☒ spím přes den (kolik hod.) <i>3-4 po obědě</i> ☐ spánková inverze: ☒ ne ☐ ano Po probuzení se cítím: ☒ odpočatá ☐ nevyspalá ☐ rozlámaná ☐ jiné: Zvyky: <i>čtení knih</i> Léky podporující spánek: ☒ ne ☐ ano (jaké, kolik, jak dlouho, jak často)
Vnímání - poznávání	Zrak: ☐ normální ☒ zhoršený (P/L) ☐ nevidomý/á Kompenzační pomůcky: ☒ brýle ☐ čočky ☐ protézy P/L Sluch: ☒ v pořádku ☐ zhoršený P/L ☐ neslyšící ☐ šelest Kompenzační pomůcky: ☒ ne ☐ ano P/L Čich: ☒ bez problémů ☐ chybí ☐ porucha
Vnímání sebe sama	Jsem: ☒ optimista ☐ pesimista ☐ plně si důvěřuji ☐ důvěřuji si méně ☐ nedůvěřuji si Spokojenost se svým vzhledem: ☒ spokojená ☐ částečně spokojená ☐ nespokojená Pocity: ☐ strach (kdy) ☐ úzkost (kdy) ☐ hněv (kdy) ☐ deprese (kdy) Co je pomáhá odstranit:

Vztahy	Jsem: ☐ zaměstnaná ☐ nezaměstnaná ☒ inv. důchodkyně ☐ starobní důchodkyně ☐ studentka ☐ jiné: ☒ Bydlím: ☐ sama ☒ s partnerem ☐ s partnerem a dětmi ☐ s dětmi ☐ s rodiči ☐ u příbuzných ☐ jiné zařízení: ☐ bezdomovec Rodinné problémy: ☐ ano ☒ ne Reakce rodiny na onemocnění: ☒ zájem ☐ nezáměr ☐ ochota pomoci ☐ jiné: ☒ Člen rodiny, který je mi nejbližší: <u>HANŽELKA</u> Spokojenost se zaměstnáním/skolou: ☐ spokojená ☒ nespokojená (s čím) <u>roční by pracoval</u> ☐ zřídka ☐ jsem samotář ☐ jiné: ☒ Kontakty s lidmi: ☒ asertivní ☐ pasivní ☐ agresivní ☒ přátelské Chování k lidem: ☐ asertivní ☐ pasivní ☐ agresivní ☒ přátelské Propuštění plánováno do: ☒ domácího prostředí ☐ zařízení následné péče ☐ domova důchodců ☐ Péče po propuštění: ☐ nezajištěna ☒ zajištěna (kým) <u>HANŽELKA</u>
Sexualita	Sexuální obtíže: ☒ ne ☐ ano Menstruace: menarche ☐ pravidelná ☐ nepravidelná ☐ cyklus / (dny) ☐ bolestivá ☐ nebolestivá ☐ silná ☐ slabá Antikoncepce: ☐ ne ☐ ano (jaká) délka užívání: Počet předchozích těhotenství: porody: potraty: UUT spontánní komplikace: Klimakterické obtíže: ☐ ne ☐ ano menopauza (od kdy) : Hormonální léčba: ☐ ne ☐ ano indikace: Gynekologické choroby/potíže: Gynekologické operace:
Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	Chování: ☒ asertivní ☐ pasivní ☐ agresivní ☐ Napětí prožívám: ☒ výjimečně ☐ občas ☐ často (jak často): Co ho vyvolává: ☐ rodina ☐ škola ☐ zaměstnání ☐ okolí ☒ nemoc ☐ jiné: ☒ Co ho snižuje: ☒ relaxace ☐ kouření ☐ alkohol ☐ drogy ☐ léky ☐ jiné: ☒ Napětí snáším: ☒ lehce ☐ těžko Vyrovnam se: ☒ rychle ☐ chvíli mi to trvá ☐ trvá mi to dlouho Stresové situace zvládám: ☐ sama ☒ s podporou rodiny ☐ jiné: ☒ Strategie zvládání: Důležité změny mající vliv na současný psychický stav: <u>divoký, čekání na transplantaci</u>
Životní princip	Určete pořadí následujících hodnot dle Vašich priorit: 1. zdraví 2. rodina 3. víra 4. práce 5. peníze 6. záliby 7. cestování Životní cíle: <u>naděmt se, transplantace - úspěšně</u> Spirituální potřeby (láska, naděje, víra, odpuštění, smysl života, smíření): ☒ chci se jimi zabývat ☐ nechci se jimi zabývat Potřebuji: ☐ rozhovor s: ☐ lékařem ☐ sestrou ☐ příbuznými ☐ psychologem ☐ knězem ☐ jinou osobou ☐ knihu ☐ jiné: Náboženská víra je: ☐ důležitá hodnota ☐ občasná potřeba ☐ nepřemýšlela jsem o tom ☐ jiné: ☒ Jsem: ☐ ateista ☐ katolík ☐ evangelík ☐ jiné: ☒ Náboženský kontakt ☒ nechci ☐ chci: ☐ kněze ☐ pastora ☐ jinou osobu:
Bezpečnost - ochrana	Alergická reakce: ☐ nevyskytla se ☒ ano v minulosti ☐ ano nyní ☐ opakovaně ☐ příčina: <u>léky</u> ☐ charakter: ☐ léky: <u>TETRACYKLIN, A MOCLIN</u> Riziko infekce: ☐ ne ☒ ano (důvod) <u>AV - chumák</u> Závrat': ☒ ne ☐ ano Riziko pádů: ☒ ne ☐ ano (důvod)
Komfort	Bolest: ☒ ne ☐ ano ☐ Záznam hodnocení bolesti Bolest obvykle vnímám: ☒ přiměřeně ☐ zvýšeně (kdy) Nauzea: ☒ ne ☐ ano
Růst a vývoj	☒ v normě ☐ opožděný ☐ regrese ☐ nesouměrný ☐ neprospívání

Poznámka: x modrý (fyziologie, norma)

x červený (patologie, abnormalita)

Příloha č. 4 – Rozšířená stupnice Nortonové (kazuistika č. 1)

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

Rozšířená stupnice Nortonové (1975)

KAZUISTIKA č. 1

vyhodnocením počtu bodů na podkladě posouzení fyzického stavu, vědomí, aktivity, pohyblivosti či inkontinence lze určit možnost vzniku dekubitů.

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	4 do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	3 do 30	3 alergie	3 *	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	2 do 60	2 vlhká	2	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	1 60+	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

* diabetes mellitus, febris, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod

30 bodů

Zvýšené riziko vzniku dekubitů je u pacienta, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!)

Příloha č. 5 – Ošetřovatelské diagnózy (kazuistika č. 1)

[illegible]

Kód	Očekávaný výsledek / cíl	Ošetrovateľské intervence	Vyhodnocení ošetrovateľské péče studentem a pacientem/klientem
00093	Klient cítí více síly a méně únavy po každé hemodialýze	Umožní klientovi spánek během dialýzy	Klient se cítí po dialýze odpočatý
	Klientovi se nezvýší tělesná hmotnost o více jak 2 kg od poslední dialýzy do dialýzy další	Před každou dialýzou klienta zvaž a zapiš jeho váhu před dialýzou a po dialýze	Klientovi se nezvýšila tělesná hmotnost o více jak 2 kg od poslední dialýzy
	Klient bude každý den dodržovat nízkobílkovinnou dietu	Při každé návštěvě dialýzy edukuj klienta a nutnosti dodržování nízkobílkovinné diety	Klient každý den dodržuje nízkobílkovinnou dietu
	Klient bude každý den dodržovat omezený příjem tekutin do 2 l/24h	Při každé dialýze se klienta optej na množství přijímaných tekutin za den	Klient pije maximálně 2 l za 24 h
	Klient bude doma denně sledovat tělesnou hmotnost	Doporuč klientovi denní domácí měření hmotnosti na váze	Klient se doma každý den váží
00035	Klient si bude zapisovat příjem tekutin za 24 h	Doporuč klientovi zapisování příjmu tekutin do sešitu	Klient si denně zapisuje množství přijatých tekutin
	O klienta bude vždy pečovat kvalifikovaný a kompetentní zdravotnický personál	Sleduj proškolení, kurzy, semináře pro zdravotnický personál v rámci celoživotního vzdělávání	Zdravotnický personál je pravidelně proškolen a účastní se kurzů v rámci celoživotního vzdělávání
	Klient bude dobře znát nízkobílkovinnou dietu a dodržovat ji při každém stravování	Při každé návštěvě se klienta optej na složení jeho jídelníčku a poskytni mu doplňkové informace o nízkobílkovinné dietě	Klient zná princip a složení nízkobílkovinné diety, zná vhodné a nevhodné potraviny
	Klientovi bude pravidelně před každou hemodialýzou a dle ordinace lékáře odebrána krev na biochemické a hematologické vyšetření	Zajisti odběry krve vždy dle ordinace lékáře před každou hemodialýzou	Klientovi je dle ordinace lékáře před hemodialýzou odebrána krev a odesílána na dané vyšetření
	Zdravotnický personál nepoškodí dialyzační přístup (a-v shunt) a při každém napichování bude postupovat přísně asepticky a dle pláného ošetrovateľského standardu	Při každé návštěvě klienta pečuj šetrně o dialyzační přístup a při každém napichování dodržuj aseptický postup. Při každé dialýze si všiměj okolí a funkčnosti dialyzačního přístupu.	Zdravotnický personál nepoškodil shunt, při každém napichování přistupuje dle platných standardů přísně asepticky
	Klient bude znát místní a celkové příznaky infekce	Při každém napichování dialyzačního přístupu se klienta zeptej na místní i celkové příznaky infekce.	Klient umí vyjmenovat místní i celkové příznaky infekce
	Klient bude umět pečovat o dialyzační přístup	Při každé dialýze klienta pouč o šetrném zacházení s dialyzačním přístupem, o nezatěžování končetiny s a-v shuntem a neměření krevního tlaku na dané končetině	Klient pečuje o dialyzační přístup, šetrí končetinu s a-v shuntem, a neměří si na ní krevní tlak.

Příloha č. 3 – Anamnéza (Kazuistika č. 2)

UNIVERZITA PARDUBICE, FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ, PRŮMYSLVOVA 593, TEL. 466 010 330

Jméno a příjmení studenta/ky:		
Ročník, obor:	Datum:	Hodnocení:

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE C-2

Jméno a příjmení (iniciály): O. P. S. Věk: 64 let
Povolání, vzdělání: ID. oddělení delikví vnitřní Oddělení, pokoj: HEMODIALYZAČNÍ STŘEDISKO
Datum přijetí: 3 x týdenní hemodialýza Operační výkon: /
Plánované přijetí: ☒ ano ☐ ne Pooperační den: /
Hlavní diagnóza: CHRONICKÁ RENÁLNÍ INSUFICIENCE
Vedlejší diagnózy: 1. chronická hypertenze 2. chronická hypertenze
3. hypertenzivní srdeční onemocnění 4. chronická hypertenze
Důvod přijetí: (vyjádření dle klientky) ODČISTENÍ KŘÍVE
Celkový vzhled, úprava: UPRAVENÁ
Konstituce: ☒ normostenická ☐ astenická ☐ hyperstenická Výška: 168 cm Hmotnost: 55 kg BMI: 19,5
Vědomí (GCS): 15 Paměť: ☒ neporušená ☐ zapomíná ☐ částečně zapomíná ☐ špatně si vybavuje ☐ staropaměť
Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy) ☒ ano ☐ ne
Pozornost: ☐ úmyslná ☐ neúmyslná ☒ stálá ☐ nestálá ☐ je roztržitý/a ☐ jiné:
Orientace: v čase ☒ plně orientována ☐ částečně ☐ dezorientovaná Oční kontakt: ☒ udržuje ☐ neudržuje
v prostoru ☒ plně orientována ☐ částečně ☐ dezorientovaná
v osobě ☒ plně orientována ☐ částečně ☐ dezorientovaná
Puls: frekvence 68/min pravidelnost pravidelná kvalita plná
Dýchání: frekvence 15/min pravidelnost pravidelná kvalita kvalitní, měkká a výdech
dýchací fenomény: kašel sputum
kanyla: ☒ ne ☐ ano druh: AV-šlům datum zavedení: 2006 odsávání: ☒ ne ☐ ano
Krevní tlak: 140/70 mm Hg Tělesná teplota: 36,4 °C
Periferní vstup: ☐ ne ☒ ano datum zavedení: 2006 Centrální vstup: ☒ ne ☐ ano datum zavedení: /
Poloha: ☒ aktivní ☐ pasivní ☐ vynucená
Postoj: ☒ vzpřímený ☐ hemiparetický ☐ hemiplegický ☐ strnulý
Chůze: ☒ přirozená ☐ ataxie ☐ kolébavá ☐ antalgická ☐ kulhání ☐ paretická ☐ spastická ☐ parkinsonská
Abnormální pohyby: ☐ tremor ☐ choreatické ☐ atetoidní ☐ akineze ☐ tik ☐ jiné
☐ křeče ☐ tonické ☐ klonické ☐ tonicko-klonické
Schopnost uchopit předmět rukou, stisk ruky: STISK RUKY PEVNÝ, UCHOPÍ BEZ OBTÍŽÍ
Klouby: omezení pohybu ☒ ne ☐ ano zduření ☒ ne ☐ ano deformity ☒ ne ☐ ano Svalový tonus: ☐ snížený ☒ zvýšený
Poruchy citlivosti: ☐ parestezie ☐ anestezie ☐ hypestezie Chybění části těla:
Kompenzační pomůcky (jaké):
Úroveň soběstačnosti (dle Gordonové): ☒ najít se ☐ umýt se ☐ vykoupat se ☐ obléci se ☐ pohybovat se
Kůže: ☐ vlhká ☒ suchá ☒ snížený turgor ☐
barva: ☒ fyziologická ☐ bledá ☐ rubor ☐ icterus ☐ cyanóza ☐ akrocyanóza ☐ mramorovaná ☐ pigmentace
změny: ☐ exantém ☐ petechie ☐ ekchymózy, sufuze ☐ hematomy ☐ pajizévky ☐ jizvy ☐ exkoriace ☐ vesiculy ☐ ulcus ☐ edémy
Kožní deriváty: změny a defekty
Stav sliznic: ☐ růžové ☐ bledé ☐ soor ☐ afty ☒ suché ☐ jiné:
Riziko dekubitů (dle Nortonové):
Dekubitus ☒ ne ☐ ano Ošetřovatelský záznam chronické rány a defektu
Dřev operací rány: Poslední převaz:
Drenáž: ☒ ne ☐ ano jaká: od kdy: množství sekretu:
Kůže končetin: ☒ beze změn ☐ chladná ☐ bledá ☐ cyanotická ☐ šupinková ☐ bez ochlupení ☐ ulcerace ☐ zarudlý pruh:
Periferní pulzace: ☒ hmatná ☐ nehmatná
Edémy končetin: ☒ ne ☐ symetrické ☐ asymetrické ☐ jednostranné ☐ DK P/L ☐ HK P/L ☐ oboustranné ☐ měkké ☐ tuhé
☐ bolestivé ☐ nebolestivé
Edém celého těla: ☒ nepřítomen ☐ anasarka Žíly DK: varixy ☒ ne ☐ ano
Zevní genitál: ochlupení: ☒ přiměřené ☐ nadměrné otok: ☒ ne ☐ ano varixy: ☒ ne ☐ ano
krvácení: ☒ ne ☐ ano ☐ slabé ☐ střední ☐ silné krevní ztráta:
Výraz tváře: ☒ normální ☐ febrilis ☐ hippokratická ☐ myxedematosa ☐ tyreotoxická ☐ adenoida ☐ cushingoida ☐ parkinsonica
Zornice: ☒ izokorické ☐ anizokorické ☐ mióza P/L ☐ mydriáza P/L reakce na světlo ☒ ne ☐ ano
Nos: ☒ bez výtoků ☐ sekrece: ☐ čirá ☐ hlen ☐ hnís ☐ krev
Dutina ústní: ☒ beze změn ☐ dásně zduřelé ☐ zarudlé ☐ krvácivé ☐ nekrózy ☐ parodontóza ☐ afty ☐ soor jazyk:
Chrup: ☐ zdravý ☐ sanován ☐ kariézni ☒ zubní protéza HORNÍ A DOLNÍ SMALTALNA
Zápach z úst: ☒ ne ☐ po acetonu ☐ hnilobný ☐ foetor hepaticus ☐ po amoniaku ☐ jiný
Řeč: ☐ plynulá ☒ zárazy ☐ dysartrie ☐ afázie senzoričká ☐ afázie motorická ☐ dyslalie ☐ němá
Hlas: ☒ v normě ☐ dysfonie ☐ afonie ☐ jiné

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU POTŘEB

Podpora zdraví	Můj zdravotní stav hodnotím jako: ☐ dobrý ☒ částečně dobrý ☐ narušený ☐ špatný ☐ jiné: Abych si udržela zdraví: ☐ sportuji ☐ chodím na procházky ☐ pracuji na zahradě ☐ dodržuji zdravou výživu ☐ využívám alternativní medicínu ☒ nic ☐ jiné: Kouření: ☐ ne ☒ ano: množství <u>10 ks</u> doba <u>během dne</u> Alkohol: ☒ ne ☐ ano: druh: množství: frekvence: Prsy - selfmonitoring: ☒ neprovádí ☐ provádí ☐ pravidelně ☐ nepravidelně jak často: Gynekologická prevence: ☐ pravidelně ☒ nepravidelně frekvence: poslední preventivní prohlídka: <u>únor 2020</u> Nemoci, úrazy mající vliv na souč. zdravotní stav: <u>osteoporóza, ledvinová onemocnění</u> Lékařská a ošetrovatelská nařízení dodržuji: ☐ důsledně ☒ občas ☐ nedodržuji (důvod) Příčiny současného onemocnění: <u>osteoporóza, ledvinová onemocnění</u> Při objevení současné nemoci jsem: ☒ navštívila lékaře ☐ poradila se s jinými zdravotníky ☐ užíla léky (jaké) ☐ jiné: Osobní přání týkající se postupů při léčbě a zvládání zdravotního stavu: ☒ informace (jaké, od koho) <u>od zdravotnického</u> ☐ konzultace postupů ☐ jiné:
Výživa	Stav výživy: ☒ normální ☐ obězní ☐ kachektický <u>dle lékařského</u> ☐ úbytek váhy za posledních 6 měsíců ☐ příbytek na váze za posledních 6 měsíců Dieta: <u>0.6</u> Chut: ☒ normální ☐ narušená Dietní omezení: ☐ ne ☒ ano: <u>nikdy</u> Typický denní příjem jídla: ☒ snídaně ☐ svačina ☒ oběd ☐ svačina ☒ večeře ☐ II. večeře Přidávky: ☒ ne ☐ ano Forma stravy: ☒ normální ☐ kašovitá ☐ tekutá Způsob přijímání stravy: ☒ per os ☐ sondou ☐ pumpou ☐ stomie Schopnost najíst se: ☒ sama ☐ u stolu ☐ v lůžku ☐ s pomocí ☐ krmení Poruchy polykání: ☒ ne ☐ ano Pálení žáhy: ☒ ne ☐ ano Příjem tekutin za 24 h: ☐ < 0,5 l ☒ 0,5 – 1 l ☐ 1 – 1,5 l ☐ 1,5 – 2 l ☐ 2 – 2,5 l ☐ jiné Druh/množství: ☐ čaj ☒ voda ☐ min. vody ☐ pivo ☐ mléko ☐ káva ☐ ovoc. šťávy Pocit žízně: ☐ ano ☐ snížený ☒ nemám Poranění kůže a sliznic se hojí: ☒ dobře ☐ špatně (projevy)
Vylučování a výměna	Způsob močení: ☒ sám na WC ☐ s pomocí na WC ☐ v lůžku ☐ permanentní katétr č.: datum zavedení: Mikce: ☐ bez problémů ☒ problémy ☐ noční močení ☐ stomie ☐ inkontinence: ☐ částečná ☐ úplná ☐ druh ☐ pomůcky Diuréza: <u>ANURIE</u> Příměsi moči: ☐ krev ☐ hlen ☐ jiné: Stolice: ☐ pravidelná ☐ průjem (char.) ☒ zácpa (za kolik dní) <u>2-3 dny</u> ☐ inkontinence: ☐ částečná ☐ úplná ☐ stomie ☐ meteorismus ☐ flatulence ☐ hemeroidy Doba vyprazdňování stolice: <u>ráno</u> ☐ barya: <u>ano</u> Příměsi: ☐ krev ☐ hlen ☐ jiné: Prostředky k vyprazdňování: ☒ léky <u>GLUCEDIN, Colace</u> ☐ jiné Zvracení: ☒ ne ☐ ano četnost: Příměsi: Pocení: ☒ ne ☐ ano (kdy) ☐ přiměřeně ☐ nadměrně Odér: ☒ ne ☐ ano
Aktivita - odpočinek	Cvičím: ☐ pravidelně ☐ občas ☒ necvičím Typ cvičení: Denní aktivity: ☒ domácí práce ☒ nakupování ☐ práce okolo domu/bytu ☐ jiné: Faktory bránící tělesné aktivitě: ☐ dušnost ☐ svalové křeče (kde) ☐ parézy/plegie (kde) ☐ bolest ☐ plicní onem. ☐ srdeční onemocnění ☐ onem. pohyb. aparátu ☐ nezáměr o pohyb. aktivitu Volný čas trávím: ☒ aktivně (jak) <u>čtení</u> ☒ pasivně (jak) <u>obdobou TV</u> Spím: ☐ celou noc ☒ problémy s usínáním (kdy usínám) <u>1 h v noci</u> ☒ budím se brzo a už neusnu (kdy) <u>4-5 h ráno</u> ☐ budím se v noci frekvence: důvod ☐ zpocená ☒ spím přes den (kolik hod.) <u>2 h</u> ☐ spánková inverze: ☒ ne ☐ ano Po probuzení se cítím: ☐ odpočatá ☒ nevyspalá ☐ rozlámaná ☐ jiné: <u>útrava po diabetu</u> Zvyky: Léky podporující spánek: ☐ ne ☒ ano (jaké, kolik, jak dlouho, jak často) <u>STILNOX dle potřeby 1 tableta</u>
Vnímání - poznávání	Zrak: ☐ normální ☒ zhoršený P/L ☐ nevidomý/á Kompenzační pomůcky: ☒ brýle ☐ čočky ☐ protězy P/L Sluch: ☐ v pořádku ☒ zhoršený P/L ☐ neslyšící ☐ šelest Kompenzační pomůcky: ☒ ne ☐ ano P/L Čich: ☒ bez problémů ☐ chybí ☐ porucha
Vnímání sebe sama	Jsem: ☒ optimista ☐ pesimista ☒ plně si důvěřuji ☐ důvěřuji si méně ☐ nedůvěřuji si Spokojenost se svým vzhledem: ☒ spokojená ☐ částečně spokojená ☐ nespokojená Pocity: ☐ strach (kdy) ☐ úzkost (kdy) ☐ hněv (kdy) ☐ deprese (kdy) Co je pomáhá odstranit:

Vztahy	Jsem: ☐ zaměstnaná ☐ nezaměstnaná ☒ inv. důchodkyně ☐ starobní důchodkyně ☐ studentka ☐ jiné: / Bydlím: ☒ sama ☐ s partnerem ☐ s partnerem a dětmi ☐ s dětmi ☐ s rodiči ☐ u příbuzných ☐ jiné zařízení: / ☐ bezdomovec Rodinné problémy: ☐ ano ☒ ne Reakce rodiny na onemocnění: ☒ zájem ☐ nezáměr ☐ ochota pomoci ☐ jiné: / Člen rodiny, který je mi nejbližší: <u>DOERA</u> Spokojenost se zaměstnáním/školou: ☒ spokojená ☐ nespokojená (s čím) / Kontakty s lidmi: ☒ časté ☐ zřídka ☐ jsem samotář ☐ jiné: / Chování k lidem: ☐ asertivní ☐ pasivní ☐ agresivní ☒ přátelské Propuštění plánováno do: ☒ domácího prostředí ☐ zařízení následné péče ☐ domova důchodců ☐ / Péče po propuštění: ☐ nezajištěna ☒ zajištěna (kým) <u>DOERA</u>
Sexualita	Sexuální obtíže: ☒ ne ☐ ano Menstruace: menarche / ☐ pravidelná ☐ nepravidelná ☐ cyklus /.../... (dny) ☐ bolestivá ☐ nebolestivá ☐ silná ☐ slabá Antikoncepce: ☒ ne ☐ ano (jaká) / délka užívání: / Počet předchozích těhotenství: <u>2</u> porody: <u>2</u> potraty: UUT / spontánní / komplikace: <u>ne 92 let</u> Klimakterické obtíže: ☒ ne ☐ ano / menopauza (od kdy) : <u>ne 92 let</u> Hormonální léčba: ☒ ne ☐ ano indikace: / Gynekologické choroby/potíže: / Gynekologické operace: /
Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	Chování: ☒ asertivní ☐ pasivní ☐ agresivní / Napětí prožívám: ☒ výjimečně ☐ občas ☐ často (jak často): / Co ho vyvolává: ☐ rodina ☐ škola ☐ zaměstnání ☐ okolí ☒ nemoc ☐ jiné: / Co ho snižuje: ☒ relaxace ☒ kouření ☐ alkohol ☐ drogy ☐ léky / Napětí snáším: ☐ lehce ☐ těžko Vyrovnam se: ☒ rychle ☐ chvíli mi to trvá ☐ trvá mi to dlouho Stresové situace zvládám: ☒ sama ☒ s podporou rodiny ☐ jiné: / Strategie zvládání: / Důležité změny mající vliv na současný psychický stav: /
Životní princip	Určete pořadí následujících hodnot dle Vašich priorit: 1. zdraví 2. rodina 3. víra 4. práce 5. peníze 6. záliby 7. cestování Životní cíle: <u>pěstí se se dočeka' idraku transplantace a a bude nyma úspěšna jako ta předchozí</u> Spirituální potřeby (láska, naděje, víra, odpuštění, smysl života, smíření): ☐ chci se jimi zabývat ☒ nechci se jimi zabývat Potřebuji: ☐ rozhovor s: ☐ lékařem ☐ sestrou ☐ příbuznými ☐ psychologem ☐ knězem ☐ jinou osobou ☐ knihu ☐ jiné: / Náboženská víra je: ☒ důležitá hodnota ☐ občasná potřeba ☐ nepřemýšlela jsem o tom ☐ jiné: / Jsem: ☐ ateista ☒ katolík ☐ evangelík ☐ jiné: / Náboženský kontakt ☒ nechci ☐ chci: ☐ kněze ☐ pastora ☐ jinou osobu: /
Bezpečnost - ochrana	Alergická reakce: ☐ nevyskytla se ☒ ano v minulosti ☐ ano nyní ☐ opakovaně ☐ příčina: / ☐ charakter: / Léky: <u>BISEPTOL, DOXYHEXAL, CYRABLOCK, DEOXYHYDROLIN</u> Riziko infekce: ☐ ne ☒ ano (důvod) <u>TAV - plim</u> Závrať: ☒ ne ☐ ano Riziko pádů: ☒ ne ☐ ano (důvod) /
Komfort	Bolest: ☒ ne ☐ ano ☐ Záznam hodnocení bolesti Bolest obvykle vnímám: ☒ přiměřeně ☐ zvýšeně (kdy) / Nauzea: ☒ ne ☐ ano
Růst a vývoj	☒ v normě ☐ opožděný ☐ regrese ☐ nesouměrný ☐ neprospívání

Poznámka: x modrý (fyziologie, norma)

x červený (patologie, abnormalita)

Příloha č. 4 – Rozšířená stupnice Nortonové (kazuistika č. 2)

Rozšířená stupnice Nortonové (1975)

KAZUISTIKA č. 2

vyhodnocením počtu bodů na podkladě posouzení fyzického stavu, vědomí, aktivity, pohyblivosti či inkontinence lze určit možnost vzniku dekubitů.

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	4 do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	3 do 30	3 alergie	3 *	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	2 do 60	2 vlhká	2	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	1 60+	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

* diabetes mellitus, febris, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod

29 bodů

Zvýšené riziko vzniku dekubitů je u pacienta, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!)

Příloha č. 5 – Ošetřovatelské diagnózy (kazuistika č. 2)

Kazuistika č. 2		Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Přírmyslová 395, tel. 466 670 550			
Kód	Zvažovaná ošetřovatelská diagnóza (OD)	Určující znaky (UZ)	Související faktory (SF) Rizikové faktory (RF)	Přijetí / nepřijetí OD	
00095	PORUŠENÝ SPÁNEK	Usínání trvá déle než 30 minut	Únava	PŘIJETÍ	
		Nespavost časně z rána	Nesoulad v denním biorytmu		
		Stěžuje si na potíže s usínáním	Nevyžitost		
		Nespokojenost se spánkem			
00122	PORUCHA SMYSLOVÉHO VNÍMÁNÍ	Deformace sluchu Změny v ostrosti	Změny ve smyslovém vnímání	PŘIJETÍ	
00131	POŠKOZENÁ PAMĚŤ	Nevybavuje si nedávné události	Anémie	PŘIJETÍ A SLOUČENÍ S DG. PORUCHA SMYS. VNÍMÁNÍ	
			Nerovnováha tekutin a elektrolytů		
00011	ZÁCPA	Změna v běžném vyprazdňování střeva	Užívání solí železa	PŘIJETÍ	
		Stolice je tmavá	Nedostatečný příjem tekutin		
		Klient uvádí bolesti při defekaci	Nedostatečný příjem vlákniny		
			Dehydratace		
00035	RIZIKO POŠKOZENÍ		Vliv lidí nebo poskytovatelů péče	PŘIJETÍ	
			Vliv výživy		
			Abnormální krevní profil		
00004	RIZIKO INFEKCE		Intravazní procedury Chronické onemocnění	PŘIJETÍ A SLOUČENÍ S DG. RIZ. POŠKOZENÍ	
00026	ZVÝŠENÝ OBJEM TĚLESNÝCH TEKUTIN	Zvýšení tělesné hmotnosti v krátkém časovém úseku	Poškozené regulační mechanismy vodního hospodářství v těle	PŘIJETÍ	
		Příjem tekutin převyšuje výdej			
		Anurie			

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

Kód	Očekávaný výsledek / cíl	Ošetrovatelské intervence	Vyhodnocení ošetrovatelské péče studentem a pacientem/klientem
00095	Klientka nebude muset před spaním užívat hypnotika	Porad' klientce jak nejlépe zajistit vhodné podmínky pro spánek každý den (vyvětrat, klid a ticho, netrávit přes den čas v posteli, nejíst těsně před spankem, uvařit si meduňkový čaj před spaním, nepít na noc kávu)	Klientka si umí zajistit vhodné podmínky a prostředí pro spánek. Na noc si vaří meduňkový čaj. Hypnotika již dva týdny neužíla.
	Klientka bude spát v noci alespoň šest hodin nepřerušovaně každý den	Při každé dialýze se klientky optej na spánek a únavu	Klientka spí pět hodin nepřerušovaně každý den
	Klientka se bude každý den cítit po probuzení odpočatě	Při každé návštěvě navrhuji klientce denní aktivity nebo činnosti (procházky, návštěvy, nákupy, úklid)	Po probuzení se klientka cítí odpočatě
	Klientka bude mít přes den nějakou činnost, aktivitu	Doporuč klientce spánek během dialýzy a manuální činnost doma po dialýze	Klientka většinou během dialýzy spí
	Klientka bude spát přes den maximálně jednu hodinu	Doporuč klientce procházku nebo aktivní činnost	Klientka spí přes den pouze jednu hodinu
00122	Klientka bude mít vždy kompenzační pomůcky v dostatečné blízkosti.	Při každé návštěvě podávej informace srozumitelně, ověř si, zda klientka porozuměla	Klientka měla dioptrické brýle při každé dialýze s sebou
	Klientce budou vždy podávány informace v rámci jejího handicapu (porucha sluchu, zraku).	Smyslovou poruchu označ viditelně do dokumentace	Klientka všem sdělovaným informacím rozuměla
	Klientka vždy všem informacím porozumí	Ponech klientce čas na pochopení informací, na sdělené informace se optej znovu později (za 30 minut)	Při každém rozhovoru s klientkou jsem si zpětně ověřovala pochopení sdělených informací a to opakovaně v delším časovém intervalu
	Klientka si bude vždy sdělené informace pamatovat	Vždy při rozhovoru používej vhodné verbální a nonverbální komunikaci	Klientka si ve většině případů sdělené informace pamatovala nebo si je přčetla opakovaně z papíru
		Při každé komunikaci s klientkou sděluj informace hlasitěji a na stranu zdravého ucha	
00011		Důležitá sdělení klientce napiš na papír a zopakuj jí je vícekrát	
	Klientka se bude vyprazdňovat pravidelně 1x za 48 hodin.	Doporuč klientce při první návštěvě dialýzy tekutější či kašovitou stravu	Klientka se vyprazdňuje obden
	Klientka nebude mít bolest při vyprazdňování	Doporuč klientce při každé návštěvě procházky a denní aktivitu	Klientka udává zmenšení bolesti při vyprazdňování
	Klientka bude mít každý den více pohybu (procházky)	Doporuč klientce jít více kousat a jíst častěji	Klientka chodí denně na procházky

[illegible]

Příloha č. 3 – Anamnéza (Kazuistika č. 3)

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

Jméno a příjmení studenta/ky:	Datum:	Hodnocení:
Ročník, obor:		

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE 0.3

Jméno a příjmení (iniciály):	P. L.		Věk:	40 let
Povolání, vzdělání:	diplomovaný asistent zdravotní péče		Oddělení, pokoj:	NEKODIFEROVANÝ STŘEDYSKO
Datum přijetí:	2. 8. 2018		Operační výkon:	
Plánované přijetí:	☒ ano ☐ ne		Pooperační den:	
Hlavní diagnóza:	GLOMERULONEFRITIDA s důležitými ledvinovými odchylkami			
Vedlejší diagnózy:	1. arteriální hypertenze 2. symptomatická arteriální hypertenze 3. nefropatie 4. hypertenze			
Důvod přijetí: (vyjádření dle klientky)	DOUSTAVENÍ KRVĚ			
Celkový vzhled, úprava:	UTRAVENÝ			
Konstituce:	☒ normostenická	☐ astenická	☐ hyperstenická	Výška: 178 cm Hmotnost: 70 kg BMI: 22,1
Vědomí (GCS):	15			
Paměť:	☒ neporušená ☐ zapomíná ☐ částečně zapomíná ☐ špatně si vybavuje ☐ staropaměť			
Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy)	☒ ano ☐ ne			
Pozornost:	☐ úmyslná	☐ neúmyslná	☒ stálá	☐ nestálá
Orientace:	☒ plně orientována	☐ částečně	☐ dezorientovaná	☐ jiné:
v čase	☒ plně orientována	☐ částečně	☐ dezorientovaná	☐ jiné:
v prostoru	☒ plně orientována	☐ částečně	☐ dezorientovaná	☐ jiné:
v osobě	☒ plně orientována	☐ částečně	☐ dezorientovaná	☐ jiné:
Puls: frekvence	96/min	pravidelnost	pravidelná	kvalita: plná
Dýchání: frekvence	17/min	pravidelnost	pravidelná	kvalita: kvalitní, hluboká, vydech
dýchací fenomény		kašel		sputum
kanyla:	☒ ne ☐ ano	druh		datum zavedení:
Krevní tlak:	160/100 mm Hg			Tělesná teplota: 36,1 °C
Periferní vstup:	☐ ne ☒ ano	datum zavedení:	2008	Centrální vstup:
Poloha:	☒ aktivní	☐ pasivní	☐ vynucená	
Postoj:	☒ vzpřímený	☐ hemiparetický	☐ hemiplegický	☐ strnulý
Chůze:	☒ přirozená	☐ ataxie	☐ kolébavá	☐ antalgická
Abnormální pohyby:	☐ tremor	☐ choreatické	☐ atetoidní	☐ akineze
	☐ křeče	☐ tonické	☐ klonické	☐ tonicko-klonické
Schopnost uchopit předmět rukou, stisk ruky:	STÍSK RUKY PEVNĚ			
Klouby: omezení pohybu	☒ ne	☐ ano	zduření	☒ ne ☐ ano
Poruchy citlivosti:	☐ parestezie	☐ anestezie	☐ hypestezie	Chybění části těla:
Kompenzační pomůcky (jaké):				
Úroveň soběstačnosti (dle Gordonové):	☐ nejist se	☐ umýt se	☐ vykoupat se	☐ obléci se
Kůže:	☒ vlhká	☐ suchá	☐ snížený turgor	
barva:	☒ fyziologická	☐ bledá	☐ rubor	☐ icterus
změny:	☐ exantém	☐ petechie	☐ ekchymózy	☐ sufuze
Kožní deriváty:	změny a defekty			
Stav sliznic:	☒ růžové	☐ bledé	☐ soor	☐ afty
Riziko dekubitů (dle Nortonové):	33 bodů			
Dekubitus:	☒ ne	☐ ano	Ošetřovatelský záznam chronické rány a defektu	
Stav operační rány:	Poslední převaz:			
Drenáž:	☒ ne	☐ ano	jaká:	od kdy:
Kůže končetin:	☒ beze změn	☐ chladná	☐ bledá	☐ cyanotická
Periferní pulzace:	☒ hmatná	☐ nehmatná		
Edémy končetin:	☒ ne	☐ symetrické	☐ asymetrické	☐ jednostranné
	☐ bolestivé	☐ nebolestivé		
Edém celého těla:	☒ nepřítomen	☐ anasarka		
Zevní genitál:	ochlupení:	☒ přiměřené	☐ nadměrné	otok:
	krvácení:	☒ ne	☐ ano	slabé
		☐ střední	☐ silné	krvní ztráta:
Výraz tváře:	☒ normální	☐ febrilní	☐ hippokratická	☐ myxedematosa
Zornice:	☒ izokorické	☐ anizokorické	☐ mióza P/L	☐ mydriáza P/L
Nos:	☒ bez výtoků	☐ sekrece:	☐ čirá	☐ hlen
Dutina ústní:	☒ beze změn	☐ dásně zduřelé	☐ zarudlé	☐ krvácivé
Chrup:	☐ zdravý	☒ sanován	☐ kariézni	☐ zubní protéza
Zápach z úst:	☒ ne	☐ po acetonu	☐ hnilobný	☐ foetor hepaticus
Řeč:	☒ plynulá	☐ zárazy	☐ dysartrie	☐ afázie senzoričká
Hlas:	☒ v normě	☐ dysfonie	☐ afonie	☐ jiné

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU POTŘEB

Podpora zdraví	Můj zdravotní stav hodnotím jako: ☐ dobrý ☒ částečně dobrý ☐ narušený ☐ špatný ☐ jiné: Abych si udržela zdraví: ☐ sportuji ☐ chodím na procházky ☒ pracuji na zahradě ☐ dodržuji zdravou výživu ☐ využívám alternativní medicínu ☐ nic ☐ jiné: Kouření: ☒ ne ☐ ano: množství doba Alkohol: ☐ ne ☒ ano: druh: <u>pivo, víno</u> množství: <u>řídce</u> frekvence: <u>1-2 sklenky (1-2x týdně)</u> Prsy - selfmonitoring: ☐ neprovádí ☐ provádí ☐ pravidelně ☐ nepravidelně jak často: Gynekologická prevence: ☐ pravidelně ☐ nepravidelně frekvence: poslední preventivní prohlídka: Nemoci, úrazy mající vliv na souč. zdravotní stav: Lékařská a ošetrovatelská nařízení dodržuji: ☒ důsledně ☐ občas ☐ nedodržuji (důvod) Příčiny současného onemocnění: <u>celková tělní</u> Při objevení současné nemoci jsem: ☒ navštívila lékaře ☐ poradila se s jinými zdravotníky ☐ užila léky (jaké) ☐ jiné: Osobní přání týkající se postupů při léčbě a zvládání zdravotního stavu: ☒ informace (jaké, od koho) <u>od lékař. PERSONÁLU</u> ☐ konzultace postupů ☐ jiné:
Výživa	Stav výživy: ☒ normální ☐ obézní ☐ kachektický <u>dle hematologů</u> ☐ úbytek váhy za posledních 6 měsíců ☐ příbytek na váze za posledních 6 měsíců Dieta: <u>č. 6</u> ☒ normální ☐ narušená Dietní omezení: ☐ ne ☒ ano: <u>nizkokalorická dieta, omezení tekutin do 2l/den</u> Typický denní příjem jídla: ☒ snídaně ☒ svačina ☒ oběd ☒ svačina ☒ večeře ☐ II. večeře Přidávky: ☒ ne ☐ ano Forma stravy: ☒ normální ☐ kašovitá ☐ tekutá Způsob přijímání stravy: ☒ per os ☐ sondou ☐ pumpou ☐ stomie Schopnost najíst se: ☒ sama ☐ u stolu ☐ v lůžku ☐ s pomocí ☐ krmení Poruchy polykání: ☒ ne ☐ ano Pálení žáhy: ☒ ne ☐ ano Příjem tekutin za 24 h: ☐ < 0,5 l ☐ 0,5 - 1 l ☐ 1 - 1,5 l ☒ 1,5 - 2 l ☐ 2 - 2,5 l ☐ jiné Druh/množství: ☒ čaj <u>200ml</u> ☒ voda <u>1,5l</u> ☐ min. vody ☐ pivo ☐ mléko ☐ káva ☐ ovoc. šťávy Pocit žízně: ☒ ano ☐ snížený ☐ nemám Poranění kůže a sliznic se hojí: ☒ dobře ☐ špatně (projevy)
Vylučování a výměna	Způsob močení: ☒ sám na WC ☐ s pomocí na WC ☐ v lůžku ☐ permanentní katétr č.: datum zavedení: Mikce: ☒ bez problémů ☐ problémy ☐ noční močení ☐ stomie ☐ inkontinence: ☐ částečná ☐ úplná ☐ druh ☐ pomůcky Diuréza: <u>1300 ml</u> Příměsi moči: ☐ krev ☐ hlen ☐ jiné: ☐ léky (jaké) Stolice: ☒ pravidelná ☐ průjem (char.) ☐ zácpa (za kolik dní) ☐ inkontinence: ☐ částečná ☐ úplná ☐ stomie ☐ meteorismus ☐ flatulence ☐ hemeroidy Doba vyprazdňování stolice: <u>ráno, odpovídá</u> ☐ barva: <u>tmavá</u> Příměsi: ☐ krev ☐ hlen ☐ jiné: Prostředky k vyprazdňování: ☐ léky ☐ jiné Zvracení: ☒ ne ☐ ano četnost: Příměsi: Pocení: ☐ ne ☒ ano (kdy) <u>1. právo</u> ☒ přiměřené ☐ nadměrné Oděr: ☒ ne ☐ ano
Aktivita - odpočinek	Cvičím: ☐ pravidelně ☐ občas ☒ necvičím Typ cvičení: Denní aktivity: ☒ domácí práce ☐ nakupování ☒ práce okolo domu/bytu ☒ jiné: <u>PRÁCE</u> Faktory bránící tělesné aktivitě: ☐ dušnost ☐ svalové křeče (kde) ☐ parézy/plegie (kde) ☐ bolest ☐ plicní onem. ☐ srdeční onemocnění ☐ onem. pohyb. aparátu ☐ nezájem o pohyb, aktivitu Volný čas trávím: ☒ aktivně (jak) <u>RYBAŘENÍ, PRÁCE, RODINA</u> ☒ pasivně (jak) <u>čítání knih, procházky</u> Spím: ☒ celou noc ☐ problémy s usínáním (kdy usínám) ☐ budím se brzo a už neusnu (kdy) ☐ budím se v noci frekvence: důvod ☐ zpocená ☐ spím přes den (kolik hod.) ☐ spánková inverze: ☒ ne ☐ ano Po probuzení se cítím: ☒ odpočatá ☐ nevyspalá ☐ rozlámaná ☐ jiné: Zvyky: <u>večerní podoprána</u> Léky podporující spánek: ☒ ne ☐ ano (jaké, kolik, jak dlouho, jak často)
Vnímání - poznávání	Zrak: ☐ normální ☒ zhoršený P/L ☐ nevidomý/á Kompenzační pomůcky: ☒ brýle ☐ čočky ☐ protézy P/L Sluch: ☒ v pořádku ☐ zhoršený P/L ☐ neslyšící ☐ šelest Kompenzační pomůcky: ☒ ne ☐ ano P/L Čich: ☒ bez problémů ☐ chybí ☐ porucha
Vnímání sebe sama	Jsem: ☒ optimista ☐ pesimista ☒ plně si důvěřuji ☐ důvěřuji si méně ☐ nedůvěřuji si Spokojenost se svým vzhledem: ☒ spokojená ☐ částečně spokojená ☐ nespokojená Pocity: ☐ strach (kdy) ☐ úzkost (kdy) ☐ hněv (kdy) ☐ deprese (kdy) Co je pomáhá odstranit:

Vztahy	Jsem: ☒ zaměstnaná ☐ nezaměstnaná ☐ inv. důchodkyně ☐ starobní důchodkyně ☐ studentka ☐ jiné: / Bydlím: ☐ sama ☐ s partnerem ☒ s partnerem a dětmi ☐ s dětmi ☐ s rodiči ☐ u příbuzných ☐ jiné zařízení: / ☐ bezdomovec Rodinné problémy: ☐ ano ☒ ne Reakce rodiny na onemocnění: ☒ zájem ☐ nezájem ☐ ochota pomoci ☐ jiné: / Člen rodiny, který je mi nejbližší: <u>MAMČKA, DĚTI</u> Spokojenost se zaměstnáním/školou: ☒ spokojená ☐ nespokojená (s čím) / Kontakty s lidmi: ☒ časté ☐ zřídka ☐ jsem samotář ☐ jiné: / Chování k lidem: ☐ asertivní ☐ pasivní ☐ agresivní ☒ přátelské Propuštění plánováno do: ☒ domácího prostředí ☐ zařízení následné péče ☐ domova důchodců ☐ / Péče po propuštění: ☐ nezajištěna ☒ zajištěna (kým) <u>MAMČKA</u>
Sexualita	Sexuální obtíže: ☒ ne ☐ ano Menstruace: menarche ☐ pravidelná ☐ nepravidelná ☐ cyklus (dny) ☐ bolestivá ☐ nebolestivá ☐ silná ☐ slabá Antikoncepce: ☐ ne ☐ ano (jaká) délka užívání: Počet předchozích těhotenství: porody: potraty: UUT spontánní komplikace: Klimakterické obtíže: ☐ ne ☐ ano menopauza (od kdy) : Hormonální léčba: ☐ ne ☐ ano indikace: Gynekologické choroby/potíže: Gynekologické operace:
Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	Chování: ☒ asertivní ☐ pasivní ☐ agresivní / Napětí prožívám: ☒ výjimečně ☐ občas ☐ často (jak často): / Co ho vyvolává: ☐ rodina ☐ škola ☐ zaměstnání ☐ okolí ☒ nemoc ☐ jiné: / Co ho snižuje: ☒ relaxace ☐ kouření ☐ alkohol ☐ drogy ☐ léky ☐ jiné: / Napětí snáším: ☒ lehce ☐ těžko Vyrovnam se: ☒ rychle ☐ chvíli mi to trvá ☐ trvá mi to dlouho Stresové situace zvládám: ☐ sama ☒ podporou rodiny ☐ jiné: / Strategie zvládání: <u>RELAXACE, MYŠLENKY, PRÁCE</u> Důležité změny mající vliv na současný psychický stav:
Životní princip	Určete pořadí následujících hodnot dle Vašich priorit: 1. zdraví 2. rodina 3. víra 4. práce 5. peníze 6. záliby 7. cestování Životní cíle: <u>NÁVRÁT DO PŘEDCHOZÍHO ŽIVOTA, NEMOŽNOST SE RODINOU, UŽÍVAT SI ŽIVOT</u> Spirituální potřeby (láska, naděje, víra, odpuštění, smysl života, smíření): ☒ chci se jimi zabývat ☐ nechci se jimi zabývat Potřebuji: ☐ rozhovor s: ☐ lékařem ☐ sestrou ☐ příbuznými ☐ psychologem ☐ knězem ☐ jinou osobou ☐ knihu ☐ jiné Náboženská víra je: ☐ důležitá hodnota ☐ občasná potřeba ☒ nepřemýšlela jsem o tom ☐ jiné: / Jsem: ☐ ateista ☐ katolík ☐ evangelík ☐ jiné: / Náboženský kontakt ☒ nechci ☐ chci: ☐ kněze ☐ pastora ☐ jinou osobu: /
Bezpečnost - ochrana	Alergická reakce: ☒ nevyskytla se ☐ ano v minulosti ☐ ano nyní ☐ opakovaně ☐ příčina: ☐ charakter: ☐ léky: Riziko infekce: ☐ ne ☒ ano (důvod) <u>AV - chumt</u> Závrat': ☒ ne ☐ ano Riziko pádů: ☒ ne ☐ ano (důvod)
Komfort	Bolest: ☒ ne ☐ ano ☐ Záznam hodnocení bolesti Bolest obvykle vnímám: ☒ přiměřeně ☐ zvýšeně (kdy) Nauzea: ☒ ne ☐ ano
Růst a vývoj	☒ normě ☐ opožděný ☐ regrese ☐ nesouměrný ☐ neprospívání

Poznámka: x modrý (fyziologie, norma)

x červený (patologie, abnormalita)

Příloha č. 4 – Rozšířená stupnice Nortonové (kazuistika č. 3)

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

Rozšířená stupnice Nortonové (1975)

vyhodnocením počtu bodů na podkladě posouzení fyzického stavu, vědomí, aktivity, pohyblivosti či inkontinence lze určit možnost vzniku dekubitů.

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	do 10	4 normální	žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	není	4 chodí
malá	do 30	3 alergie	*	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	do 60	2 vlhká		2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	60+	1 suchá		1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

* diabetes mellitus, febris, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti
3 – 1 bod

33 bodů

Zvýšené riziko vzniku dekubitů je u pacienta, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!)

Příloha č. 6 – Úroveň soběstačnosti dle Gordonové

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

FUNKČNÍ ÚROVEŇ ČLOVĚKA

0	plně soběstačný
1	potřebuje pomocné prostředky
2	potřebuje pomoc od další osoby, asistenci, dohled nebo edukaci
3	potřebuje pomoc od další osoby a pomocné prostředky
4	je závislý, na tělesné aktivitě se nepodílí

MAREČKOVÁ J.; JAROŠOVÁ D. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368-030-0.

Příloha č. 7 – Barthelův test

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

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem 100 bodů			

Hodnocení stupně závislosti:

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

Příloha č. 5 – Ošetřovatelské diagnózy (kazuistika č. 3)

Kazuistika č. 3		Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550		
Kód	Zvažovaná ošetřovatelská diagnóza (OD)	Určující znaky (UZ)	Související faktory (SF) Rizikové faktory (RF)	Přijetí / nepřijetí OD
00132	AKUTNÍ BOLEST	Sdělení nebo označení bolesti Porucha spánku	Poškozující agens (úraz, operační rána)	PŘIJETÍ
00004	RIZIKO INFEKCE		Invazivní procedury (PŽK, PMK, operační rána, RD) Farmaceutické působení (imunosupresiva) Nedostatečný primární ochranný systém (poraněná kůže, traumatizovaná tkáň) Prostředí zvýšené vystavené patogenům	PŘIJETÍ
00095	PORUŠENÝ SPÁNEK	Stěžuje si na potíže s usínáním	Osvětlení Neznámá zařízení místa ke spánku Tělesné omezení Rušení terapií, monitorováním, odběry materiálů k laboratorním testům	PŘIJETÍ A SLOUČENÍ S DG. AKUTNÍ BOLEST
00011	ZÁCPA	Změna v běžném vyprazdňování střeva Frekvence vyprazdňování stolice je snižována	Změna prostředí Nedostatečná tělesná aktivita Užívání opiátů	PŘIJETÍ A SLOUČENÍ S DG. ZHORŠENÁ POHYBLIVOST
00148	STRACH	Identifikace objektu, který strach vyvolává Neschopnost umýt si celé tělo nebo jeho části	Přirozený zdroj strachu Odloučení od opory Bolest	PŘIJETÍ
00108	DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ A HYGIENĚ	Opatřit si a udržet zdroje vody Přemisť se do koupelny nebo z ní	Bariéry prostředí	PŘIJETÍ A SLOUČENÍ S DG. ZHORŠENÁ POHYBLIVOST

87

Kód	Očekávaný výsledek / cíl	Ošetrovatelské intervence	Vyhodnocení ošetrovatelské péče studentem a pacientem/klientem
00132	Klient bude znát vyvolávající příčinu bolesti 1. den hospitalizace a je informován o možnosti podání analgetik a seznámen s úlevovou polohou	Sleduj charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti, výsledky zaznamenej do dokumentace.	Klient zná příčinu bolesti a o bolesti informuje sestru.
	Klientovi se sníží bolest z VAS 7 na VAS 2 do jedné hodiny od podání analgetik.	Sleduj slovní a mimické projevy bolesti.	Klientovi podávána analgetika zabírala a bolest se vždy snížila na VAS 2
	Klient bude spát po podání analgetik celou noc – alespoň 6 hod. a po probuzení se bude cítit odpočatý.	Akceptuj reakci klientky na bolest.	Klient po podání analgetik spal 6 hodin bez probuzení a po probuzení se cítil odpočatý.
	Klient bude přes den méně spát a v noci bude lépe usínat.	Kontroluj fyziologické funkce a zapisuj do dokumentace.	Klient sledoval přes den TV, četl si knihy, měl návštěvu a večer lépe usnul.
		Zajisti klid na boxu a uprav lůžko, vyvětrej pokoj (klimatizace)	Klient si operační ránu ledoval.
		Sleduj návaznost bolesti na pohyb.	
00004		Pomoz klientovi zaujmout úlevovou polohu.	
		Podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek.	
		Využij podpůrných prostředků zmírňujících bolest (led, klid, odpočinek od bolesti...)	
	U klienta se neprojeví celkové ani místní známky infekce.	Několikrát denně sleduj celkové a místní známky infekce.	U klienta se neprojevili žádné místní ani celkové známky infekce.
	Operační rána se hojí per primam.	Denně pečuj o flexilu a PMK asepticky dle platných ošetrovatelských standardů.	Operační rána se hojí per primam.
	Flexila je funkční, místo zavedení je klidné, je zavedena dle standardu – maximálně 3 dny.	Přepichuj flexilu dle oše standardu po třech dnech nebo při známkách zánětu	Flexila je funkční, bez známek zánětu a je přepichována po 3 dnech.
00004	PMK je funkční, u klienta se neobjeví žádné příznaky zánětu močového systému.	Již první den po operaci sděl klientovi místní a celkové známky infekce.	PMK je funkční, bez známek zánětu.
	Klient je informována o příznacích infekce.	U klienta dodržuj zvýšený hygienický režim a při každém vstupu na box si oblékni jednorázové ochranné pomůcky (lžienka, čepice, plášť, rukavice), dezinfikuj si ruce i pomůcky, postupuj asepticky.	Klient zná a umí vyjmenovat příznaky infekce.
	U klienta bude dodržován zvýšený hygienický režim a bude u něj zajištěna bariérová ošetrovatelská péče.		U klienta je dodržován zvýšený hygienický režim a je zajištěna bariérová oše péče.

Kód	Očekávaný výsledek / cíl	Ošetrovatelské intervence	Vyhodnocení ošetrovatelské péče studentem a pacientem/klientem
000148	Klient si bude uvědomovat nutnost užívání imunosupresiv a závažnost při jejich vysazení	Již první den po transplantaci informuj klienta o nutnosti užívání imunosupresiv (doživotně) a o možných následcích při jejich vysazení.	Klient zná nutnost užívání imunosupresiv a uvědomuje si riziko spojené s jejich vysazením.
	Klient nebude pociťovat strach po dobu hospitalizace.	Zhodnotí pocity klienta a to, do jaké míry ji strach ovládá.	Klientovi byly vždy vysvětleny všechny úkony a zodpovězeny všechny dotazy.
	Klient bude plně informován o léčebném a ošetrovatelském plánu již první den hospitalizace.	Denně informuj klienta o výkonech a ošetrovatelském plánu.	Klient se aktivně ptal.
	Rodina bude klienta navštěvovat alespoň každý druhý den.	Denně klientovi aktivně naslouchej a povídej si s ním.	Klient byl každý den v kontaktu s rodinou.
	Klientovi budou průběžně podávány nové informace každý den.	Zajisti kontakt s rodinou alespoň obden nebo zajisti telefonický rozhovor každý den.	Personál si získal důvěru klienta a jeho strach vymizel.
		Získej si již od prvního dne hospitalizace důvěru klienta.	
000085	Klient se bude vyprazdňovat minimálně 1 x za 3 dny.	Denně odpovídej klientovi na všechny otázky a aktivizuj ho v dotazování.	
	Klient vypije minimálně 2000 ml tekutin každý den.	Denně sleduj a zaznamenávej odchod stolice a plynů.	U klienta došlo k první defekaci po třech dnech za pomoci laxativ.
	Klient se bude pohybovat na lůžku v rámci svých možností a začne postupně provádět aktivní a pasivní cviky každý den (RHB).	První pooperační den edukuj klienta o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin.	Klient přijímá per os více jak 2 litry za 24 hodin.
	Klient bude částečně schopný provést hygienu na lůžku již druhý den po transplantaci.	Podporuj klienta v návratu soběstačnosti od druhého dne.	Klient od prvního pooperačního dne rehabilituje na lůžku, cvičí jednoduché cviky, provádí dechovou rehabilitaci.
	Klient vstane s pomocí z lůžka již 3. pooperační den.	Každý den aktivizuj klienta k polohování na lůžku a používej polohovací pomůcky.	Klient byl schopný již druhý den částečně provést hygienu na lůžku.
	Klient bude schopný se sám polohovat v rámci lůžka 2. pooperační den.	Třetí pooperační den dopomoz klientovi s vertikalizací.	Klient třetí pooperační den vstal za pomoci sestry z lůžka a prošel se v chodítku.
	Klient bude schopný se sám polohovat v rámci lůžka 2. pooperační den.	Již první den hospitalizace zajisti klientovi signalizační zařízení na dosah ruky, stolek s věcmi přisuň také k jeho dosahu.	Klient se sám polohoval na lůžku již druhý pooperační den, především kvůli bolesti zad.

Kód	Očekávaný výsledek / cíl	Ošetrovatelské intervence	Vyhodnocení ošetrovatelské péče studentem a pacientem/klientem
00082	Pacient je si vědom svého onemocnění, je plně informován o léčebném a ošetrovatelském plánu do 3. dne hospitalizace.	Denně podávaj klientovi dostatek informací o jeho onemocnění, o výkonech a ošetrovatelském plánu.	Klient je každý den dostatečně informován o léčebném i ošetrovatelském plánu a všech vyšetřeních.
	U klienta je každý den prováděno aktivní a pasivní cvičení za pomoci rehabilitačního pracovníka	Každý den podporuj klienta v provádění aktivního a pasivního cvičení samostatně nebo i s pomocí RHB pracovníka.	Klient každý den aktivně i pasivně cvičí v rámci lůžka.
	Klient již třetí pooperační den vstane z lůžka za pomoci sestry.		Klient třetí den vstal za pomoci sestry a začal RHB v chodítku.
	Klient vypije za 24 hodin více jak 2 litry tekutin již první pooperační den	Každý den aktivně pobízej klienta k příjmu tekutin	Klient denně vypil více jak 2 litry tekutin
00160	Klient si bude sám zaznamenávat příjem tekutin již druhý pooperační den	První den po transplantaci vysvětlí a pouč klienta o záznamu příjmu tekutin.	Klient si již od druhého pooperačního dne zapisoval příjem tekutin.
	Klient si bude vědom důležitosti zvýšeného příjmu tekutin hned první pooperační den	První den po transplantaci pouč klienta o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin pro rozvoj a správnou funkci štěpu	Klient si je hned první den po transplantaci vědom nutnosti zvýšeného příjmu tekutin
	Klient bude mít vlhké sliznice a kožní turgor v normě.	Každý den sleduj u klienta stav sliznic a kůže	Klient má kožní turgor v normě.
	Klient nebude mít suchou kůži.	Každý den měř klientovi kožní turgor	Klient nemá suchou kůži, sliznice jsou vlhké.
		Každý den sleduj a zapisuj hodinovou diurézu	
		Každý den spočtej bilanci tekutin za 24 hodin a hodnoty zapiš do dokumentace	

Příloha č. 10 – Hodnocení bolesti (VAS)

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

Příjmení, jméno, iniciály: **P.L.**
Rok narození: **1971**
DG: **Al. v. transplantační ledviny**

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

Příjmení, jméno studenta/ky:
Ročník, obor:

DATUM: 30. 11. 2010 Hod: 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6 VAS 10: MEDIKACE - NÁZEV, DÁVKA, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE: Sufenta forte iv. - kontinuální podání lineárním dávkovacím, proud 0,6 ml/h 9:30-6:00 h		kde to bolí: jak to bolí: ☒ tupá ☐ bodavá ☐ kolikovitá ☐ svíravá ☒ řezavá ☐ pulsující ☐ vystřelující ☐ pálivá ☐ neurčitá ☐ jiná Podpůrné prostředky: RHB: ... úlevová poloha: na zádech psychoterapie: adjuvatní medikace: jiné: led	Bolest: ☒ akutní ☐ chronická Vnímána: ☒ priměřené ☒ zvýšené - kdy: V NOCI Co ji tiší: analgetika, ledování Co ji vyvolává: střep po transplantační Vliv na vznik negat. emocí - jakých: Hodnocení bolesti studentkou/tem: Klient udává po příchodu se náhle bolest v lumbosakrální oblasti. VAS: po podání analgetika iv. Sufenta forte - se zlepšuje. Kolem 2. hodiny 2. měř. a poté kontinuálním podáním a průměrně 0,6 ml/h. Klient udává během hodiny mírnou bolest na VAS 5, dále již srovnatelnou bolest na VAS 2. Podávám led na opěr. sáčku. Klient reaguje na led.
DATUM: 1. 12. 2010 Hod: 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6 VAS 10: MEDIKACE - NÁZEV, DÁVKA, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE: Sufenta forte iv. - bolusové podání 2x 2 ml		kde to bolí: jak to bolí: ☒ tupá ☐ bodavá ☐ kolikovitá ☐ svíravá ☒ řezavá ☐ pulsující ☐ vystřelující ☐ pálivá ☐ neurčitá ☐ jiná Podpůrné prostředky: RHB: ... úlevová poloha: na boku psychoterapie: adjuvatní medikace: jiné: led	Bolest: ☒ akutní ☐ chronická Vnímána: ☒ priměřené ☒ zvýšené - kdy: V NOCI Co ji tiší: analgetika, ledování Co ji vyvolává: střep po transplantační Vliv na vznik negat. emocí - jakých: Hodnocení bolesti studentkou/tem: Klient udává po příchodu bolest na VAS 5. K večeru se bolest zlepšuje. Podávám na VAS 5 a pacient si otevírá oči. Na bolest sed, foto měří podání analgetika na míšni bolesti. Bolest snížena na VAS 2. Opatření na oči se dále zlepšuje. Pacient se pohybuje na oběh.

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

Příjmení, jméno, iniciály: **P.L.**
Rok narození: **1971**
DG: **Al. v. transplantační ledviny**

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

Příjmení, jméno studenta/ky:
Ročník, obor:

DATUM: 3. 12. 2010 Hod: 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6 VAS 10: MEDIKACE - NÁZEV, DÁVKA, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE: NOVALGIN iv. - v 23:30 h		kde to bolí: jak to bolí: ☒ tupá ☐ bodavá ☐ kolikovitá ☐ svíravá ☒ řezavá ☐ pulsující ☐ vystřelující ☐ pálivá ☐ neurčitá ☐ jiná Podpůrné prostředky: RHB: dvě polohy na boku úlevová poloha: psychoterapie: adjuvatní medikace: jiné:	Bolest: ☒ akutní ☐ chronická Vnímána: ☒ priměřené ☒ zvýšené - kdy: V NOCI Co ji tiší: analgetika, ledování Co ji vyvolává: střep po transplantační Vliv na vznik negat. emocí - jakých: Hodnocení bolesti studentkou/tem: Po příchodu udává klient bolest na VAS 3. Bolest sed, foto měří VAS 3. Večer srovnatelnou bolest na VAS 5, podává analgetika iv. Novalgin. Bolest snížena na VAS 2.
DATUM: 4. 12. 2010 Hod: 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6 VAS 10: MEDIKACE - NÁZEV, DÁVKA, ČAS, ZPŮSOB APLIKACE: NOVALGIN } iv. - 21 h PERFALGAN }		kde to bolí: jak to bolí: ☒ tupá ☐ bodavá ☐ kolikovitá ☐ svíravá ☒ řezavá ☐ pulsující ☐ vystřelující ☐ pálivá ☐ neurčitá ☐ jiná Podpůrné prostředky: RHB: dvě polohy na boku úlevová poloha: psychoterapie: adjuvatní medikace: jiné:	Bolest: ☒ akutní ☐ chronická Vnímána: ☒ priměřené ☒ zvýšené - kdy: VEČER Co ji tiší: analgetika, ledování Co ji vyvolává: střep po transplantační Vliv na vznik negat. emocí - jakých: Hodnocení bolesti studentkou/tem: Klient udává bolest na VAS 2. Po příchodu si neotevírá na bolest sed, dříve v chůzi. Večer opět bolest na VAS 5, podává analgetika iv. Novalgin a Perfalgan. Klient udává snížení bolesti na VAS 1.

Příloha č. 11 – Mapa péče

Den hospitalizace		1. den	1. den	2. den
Pooperační den		0. před sálem	0. po sále	1.
Vyšetřovací metody		hematologie, biochemie, srážlivost	moč na K + C	biochemie
		moč K + C, mikroskopie, moč + sediment	glykémie 3 krát denně	hematologie
		RTG, EKG, UZ, doppler renálních žil		moč
		anesteziologické vyšetření, souhlasy		
Fyziologické funkce (TK, P, SPO2, TT)		před OP	po 15 minutách první 2 hodiny, dále po hodině	po hodině
Farmakoterapie	Minerály, vitaminy		KCl, MgSO4, Na2HPO4, Thiamin	thiamin
	Infuze		Hartmann, Glukóza 40%, F1/I + 20j. HMR	F 1/I 50 ml + 20j HMR-kontinuálně
	per os			
	ATB		profylaxe Axetin 1500 mg na operačním sále	Cotrimoxazol
	analgetika		Sufenta forte kontinuálně	Sufenta forte kontinuálně
	imunosupresiva	CellCept	Advagraf	CellCept, Advagraf
	ostatní	premedikace Lexaurin, na sále Solumedrol, Helicid		Helicid
Invazivní vstupy			CŽK	CŽK-EX
			flexila	flexila
			2 Redonovy drény	RD
			PMK	PMK
Operační rána, převaz				dezinfekce + sterilní krytí
Prevence TEN		bandáže DK	bandáže DK, Clexane	bandáže DK, Clexane
Kyslíková podpora			ano, O2 - kyslíkové brýle, průtok 2l/min	bez kyslíku
Nevolnost, zvracení			zvracel 2 krát večer	
Výživa		lačný	Neonutrin 500 ml, Medisol BiO	dieta č.3, Nutridrink 2 krát denně
P+V tekutin	příjem Per Os	lačný		2000 ml
	příjem i.v			
	výdej			9 248 ml
RHB	polohování		ATB matrace, otáčení na boky	otáčení na boky
	nácvik chůze			
Hygiena		ve sprše		na lůžku
Vyprazdňování				stolice nebyla, plyny odchází
Riziko dekubitů (Norton)		33 bodů	30 bodů	30 bodů
VAS		0	6	5
Hodnocení soběstačnosti		100 bodů	30 bodů	35 bodů

Den hospitalizace		3. den	4. den	5. den
Pooperační den		2.	3.	4.
Vyšetřovací metody		viz příloha č. standard. odběry u transpl.	UZ graftu	
Fyziologické funkce (TK, P, SPO2, TT)		po hodině	po hodině	po hodině
Farmakoterapie	Minerály, vitaminy			
	Infuze	Hartmann- kontinuálně	Hartmann- kontinuálně	Hartmann- kontinuálně
	per os			
	ATB	Cotrimoxazol	Cotrimoxazol	Cotrimoxazol
	analgetika	Sufenta forte bolus dle bolesti	Novalgin	Novalgin, Perfalgan
	imunosupresiva	CellCept, Advagraf	CellCept, Advagraf	CellCept, Advagraf
	ostatní	Helicid, Solu medrol, Humulin R	Helicid, Solu medrol, Humulin R	Helicid, Solu medrol, Humulin R
Invazivní vstupy				
		flexila	flexila	flexila
		RD - EX		
		PMK	PMK	PMK
Operační rána, převaz		dezinfekce+sterilní krytí	dezinfekce+sterilní krytí	dezinfekce+sterilní krytí
Prevence TEN		bandáže DK, Clexane	Clexane	Clexane
Kyslíková podpora		bez kyslíku	bez kyslíku	bez kyslíku
Nevolnost, zvracení				
Výživa		dieta č.3, Nutridrink 2 krát denně	dieta č.3, Nutridrink 2 krát denně	dieta č.3, Nutridrink 2 krát denně
P+V tekutin	příjem Per Os	2500 ml	2300 ml	2100 ml
	příjem i.v	Hartmann kontinuálně	viz. infúze	
	výdej	4 430 ml	4 130 ml	8 116ml
RHB	polohování	otáčení na boky a záda	polohuje se sám dle potřeby	polohuje se sám
	nácvik chůze		první vstávání z lůžka, RHB 3 krát denně chůze	chodí v chodítku
Hygiena		na lůžku	na lůžku	ve sprše
Vyprazdňování		stolice nebyla, plyny odchází	podání glycerinového čípku	stolice 1 krát
Riziko dekubitů (Norton)		30 bodů	32 bodů	33 bodů
VAS		4	4	4
Hodnocení soběstačnosti		35 bodů	70 bodů	70 bodů

Den hospitalizace		7. den	8. den	15. den
Pooperační den		6.	7.	14.
Vyšetřovací metody		UZ graftu	UZ graftu	
Fyziologické funkce (TK, P, SPO2, TT)		po hodině	po hodině	po hodině
Farmakoterapie	Minerály, vitaminy		MgSO ₄ , Na ₂ HPO ₄	
	Infuze	Hartmann- kontinuálně	Hartmann	Hartmann
	per os			
	ATB	Cotrimoxazol	Cotrimoxazol	Cotrimoxazol
	analgetika		Paralen	
	imunosupresiva	Cell cept, Advagraf	Cell cept, Advagraf	CellCept, Advagraf
	ostatní	Helicid	Helicid	Helicid
Invazivní vstupy				
		flexila	flexila	flexila
		PMK	PMK	PMK - EX
Operační rána, převaz		dezinfekce+sterilní krytí	dezinfekce+sterilní krytí	dezinfekce+sterilní krytí
Prevence TEN				
Kyslíková podpora				
Nevolnost, zvracení				
Výživa		diet č. 3, Nutridrink 2 krát denně	Medisol BiO 5000 ml, dieta č. 3, Nutridrink	diet č. 3, Nutridrink
P+V tekutin	příjem Per Os	2200 ml	2150 ml	2300 ml
	příjem i.v			
	výdej	7 360 ml	6 010 ml	8 510 ml
RHB	polohování	polohuje se sám	sám	sám
	nácvik chůze	chodí sám	chodí	chodí
Hygiena		ve sprše	ve sprše	ve sprše
Vyprazdňování		stolice 1 krát	stolice 1 krát	stolice nebyla
Riziko dekubitů (Norton)		33 bodů	33 bodů	33 bodů
VAS		2	4	1
Hodnocení soběstačnosti		80 bodů	80 bodů	95 bodů

Den hospitalizace		17. den	18. den	21. den
Pooperační den		16.	17.	20.
Vyšetřovací metody			UZ grafu	UZ grafu předchozí den, další 28.12.
Fyziologické funkce (TK, P, SPO2, TT)		3 krát denně	3 krát denně	3 krát denně
Farmakoterapie	Minerály, vitaminy			
	Infuze	Hartmann	Hartmann	
	per os		Prednison, Helicid	Prednison, Helicid, Zorem, Cynt
	ATB	Cotrimoxazol	Cotrimoxazol	Cotrimoxazol
	analgetika			
	imunosupresiva	CellCept, Advagraf	CellCept, Advagraf,	CellCept, Advagraf
	ostatní	Helicid		
Invazivní vstupy				
		flexila	flexila - EX	
Operační rána, převaz		Novikov		
Prevence TEN				
Kyslíková podpora				
Nevolnost, zvracení				
Výživa		dieta č. 3	dieta č. 3	dieta č. 3
P+V tekutin	příjem Per Os	2000 ml	2150 ml	1 000 ml
	příjem i.v			
	výdej	4 825 ml	4 800 ml	-
RHB	polohování	sám	sám	sám
	nácvik chůze	chodí	chodí	chodí
Hygiena		ve sprše	ve sprše	ve sprše
Vyprazdňování		stolice byla	stolice byla	stolice byla
Riziko dekubitů (Norton)		33 bodů	33 bodů	33 bodů
VAS		0	0	0
Hodnocení soběstačnosti		100 bodů	100 bodů	100 bodů

Příloha č. 9 – Standardní odběry u transplantovaných pacientů

STANDARDNÍ ODBĚRY U TRANSPLANTOVANÝCH

FAKULTNÍ NEMOCNICE, KLINIKA GERONTOLOGICKÁ A METABOLICKÁ, INTERNÍ JIP

ŠTÍTEK
PACIENTA

VAHA:
VÝŠKA:

	DATUM	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	POOPERAČNÍ DEN																					
	DEN V TÝDNU (PO,ÚT,...)																					
1.-6. den	HEMATOLOGIE BIOCHEMIE MOČ																					
Pondělí	HEMATOLOGIE VELKÁ BIOCHEMIE HLADINY LÉKŮ VIROLOGIE MOČ																					
Čtvrtek	HEMATOLOGIE BIOCHEMIE, MALÁ HLADINY LÉKŮ																					
Pátek	KBU																					
UZ štěpu																						

DNY	MATERIÁL	DRUH ODBĚRU	DRUH ZKUMAVKY	LABORATOŘ
O. den	Krev	krvní obraz + diff	1 fialová zkumavka	hematologie
		INR, APTT, fibrinogen, antirombin III	1 modrá zkumavka	
		urea, kreatinin, Na, K, Cl, bilirubin, ALT, AST, GMT, celková bílkovina, albumin, glykémii, CRP, ELFO bílkovin	1 biochemická zkumavka	biochemie
		2x krev deleukotizovaný	1 biochemická zkumavka	transfuzní sr.
		RTG plic, RTG malé pánve, EKG		
		UZ malé pánve + doppler renálních žil		
Denně 1.-6. den	Moč	oholit od prsních bradavek do půl steheni, bandáže		
		K + C, mikroskopie,	1 močová zkumavka	mikrobiologie
		moč + sediment	1 močová zkumavka	biochemie
		krvní obraz	1 fialová zkumavka	hematologie
		urea, kreatinin, Na, K, Cl, Ca, P, kreatininová clear, kys. močová	1 biochemická zkumavka	
		Na, K, Cl, Ca, P, urea, kreatinin / 24 Kreatininová clear / 24 (moč za 24 promíchát)	1 močová zkumavka 1 močová zkumavka 1 fialová zkumavka	biochemie hematologie
Pondělí 1. - 21. den	Krev	krvní obraz + diferenciál		
		urea, kreatinin, Na, K, Cl, Ca, P, kreatininová clear, bilirubin, ALT, AST, ALP, cholesterol, triac., celková bílkovina, albumin, glykémii, CRP, kyselina močová	1 biochemická zkumavka	biochemie
		virologie – CMV IgM	1 biochemická zkumavka	mikrobiologie
		Hladina léků (imunop.) - FK 506 (prograf) - rapamun - C-O consuprem - C-O sandimun neoral, equoral před podáním imunop.	1 fialová zkumavka	biochemie
		- C-2 sandimun neoral, equoral (v 7 hodin polykají tablety a v 9 nabrat krev, pouze na ordinaci lékaře)		
Čtvrtek 1. - 21. den	Moč	Na, K, Cl, Ca, P, urea, kreatinin / 24	1 močová zkumavka	biochemie
		Celková bílkovina / 24	1 močová zkumavka	
		kreatininová clear. / 24	1 močová zkumavka	
		KBU	1 sterilní zkumavka	mikrobiologie
		krvní obraz	1 fialová zkumavka	hematologie
		urea, kreatinin, Na, K, Cl, Ca, P Hladina léků (imunop.) - FK 506 - C-O - C-2 (pouze na ordinaci lékaře) - rapamun	1 biochemická zkumavka	biochemie
Pátek	Moč	kreatininová clear. / 24	1 močová zkumavka	
		Na, K, Cl, Ca, P, urea, kreatinin, kys. močová / 24 (moč za 24 hodin promíchát)	1 močová zkumavka	mikrobiologie
	Moč	KBU	1 sterilní zkumavka	mikrobiologie

Příloha č. 8 – Poučení k transplantaci ledviny

UROLOGICKÁ KLINIKA Fakultní nemocnice

POUČENÍ K TRANSPLANTACI LEDVINY

Vážená paní, pane, rodiče,

Jako nemocný s nezvratným selháním ledvin jste zařazen do registru čekatelů na transplantaci. Operace může být provedena v různém časovém horizontu, a proto Vám toto poučení předáváme již dnes. Případné dotazy je možno zodpovědět na níže uvedených kontaktech členy našeho transplantčního týmu nebo na www.transplantace.eu/. Tento internetový vstup je určen pacientům a velice podrobně je v něm rozebrána celá problematika. Transplantace je výkonem a procesem složitým, do kterého je zařazeno velké množství odborníků. Optimálním výsledkem je kvalitně fungující transplantovaná ledvina. Konečný výsledek transplantace závisí na mnoha faktorech, z nichž některé můžete ovlivnit i Vy. Je to především Vaše dostupnost a rychlost příjezdu k operaci. Od prvního kontaktu nic nejezte a nepijte. Koordinační mobil : +420 602 116 496

Před výkonem:

- V den přijetí k transplantaci Vám bude **odebrána krev** na přípravu krevních transfusí.
- Budou Vám podány **léky na potlačení imunitního systému**.
- Operační pole bude nutné před operací **oholit**.
- Ráno před operací Vám budou **zabandážovány dolní končetiny** také jako prevence žilní trombózy.
- Na operačním sále dostanete **antibiotika**, jako prevence možné infekce.

Popis výkonu:

Výkon se provádí v celkové narkóze. Podstatou výkonu je voperování odebrané ledviny od živého nebo zemřelého dárce spolu s následnou péčí, která zajistí rozvoj funkce transplantované ledviny, někdy nezývané štěp nebo graft. Ledvina se ukládá do podbřišku, kyčelní jámy a její cévy se napojují na cévy jdoucí do dolní končetiny, močovod je napojen na Váš močový měchýř.

Alternativy výkonu:

Alternativou tohoto výkonu je jej **neprovést**, v takovém případě budete odkázán na hemodialyzační postupy, které budou očišťovat Váš organismus od škodlivých látek. Budete nucen ji navštěvovat 3x týdně. Můžete se cítit slabý a celkově špatně.

Péče po výkonu:

- Po operaci budete umístěn na **oddělení intenzivní péče**, kde jsou možnosti návštěv omezeny. Zde strávíte nejméně 24 hodin podle vývoje vašeho zdravotního stavu.
- V případě potřeby Vám budou podávány léky na **tlumení bolesti**.
- **Antibiotika** budete dostávat i nadále po operaci.
- **Infuze** Vám budou podávány v prvních dnech, pak podle potřeby.
- Pooperačně budeme pokračovat v podávání injekcí k **zabránění žilní trombózy**, s touto léčbou budeme pokračovat do doby, kdy budete plně mobilizován. Bude potřeba pravidelně procvičovat dolní končetiny.
- Po operaci Vám budou podávány **léky pro správnou činnost střev**, která je po operaci zpomalená. **Dieta** bude po operaci omezena nejprve na tekutou stravu, po obnovení pohybu střev budete převeden na normální stravu.

Tel. příjmové kanceláře (možnost změny datumu operace): 49 583 2160 (3156)
Tel. ústavní pohotovostní služby pro případ komplikací po propuštění: 721 769 104

- Tak jak bude možné, budeme měnit obvazy a **odstraníme drén** z operační rány, nejčastěji je to 2.-5. den od operace, podle množství tekutiny, které odvede.
- Po operaci budete mít zavedenou **močovou cévku**, ta se odstraní až se začnete plně pohybovat a budete schopni si dojet na toaletu, nejčastěji kolem 5 dne.
- Ihned po operaci bude **nutný klid na lůžku**. Naši snahou bude umožnit Vám opuštění lůžka co možná nejdříve, nejčastěji kolem 3 dne.
- **Stehy z operační rány** bude třeba odstranit po 10. pooperačním dni.

Komplikace po výkonu:

- Časné pooperační v době hospitalizace
 - **Krvácení** – patří mezi možné pooperační komplikace obecně, jeho četnost není vysoká a zpravidla není tak závažná, že by vyžadovala krevní transfuzi. V extrémním případě, když je krvácení významné, může skončit novou operací, jejímž cílem je zastavit krvácení a odstranit nahromaděnou krev.
 - **Teplota** – téměř po každé operaci se může objevit zvýšená teplota. Ta není způsobena infekcí, ale reakcí organismu na operaci. V tomto případě teplota nepřevyšuje 38°C a během 48 hodin odezní.
 - **Bolest** – je nejčastějším příznakem po jakékoliv operaci. Té se zabránit nedá, dá se však účinně tlumit. Vnímání bolesti je u každého jiné, nelze tedy dopředu odhadnout její intenzitu. Pokud budete trpět bolestí, pak si neváhejte říci ošetřujícímu personálu. Ten zajistí adekvátní podání léků proti bolesti.
 - **Zástava pohybu střev** – příznak, se kterým se setká v různé míře každý pacient po operaci s otevřením břišní dutiny. Po operaci Vám budou podány léky, které rychle střevní pohyb obnoví.
 - **Infekce** – infekce rány je komplikace, která není častá. Přesto vám před a bezprostředně po operaci budou podány antibiotika, aby se riziko rozvoje infekce minimalizovalo. Infekce se objevuje až několik dnů po operaci. Projevuje se zvýšením bolesti v ráně, vzestupem teploty, zatvrdnutím v ráně a celkovým zhoršením stavu. Pokud budete některý z těchto příznaků pozorovat, ihned upozorněte ošetřující personál.
 - V bezprostředním pooperačním období se může objevit **únik moče** z močových cest, sekrece lymfy do operační rány.
 - Štěp může ihned začít pracovat, nebo bude nutné Vás ještě několikrát dialyzovat. Vzácně se stává, že štěp nikdy funkční nebude.
- Pozdní komplikace, které se mohou rozvinout během pobytu doma
 - **Kýla v jizvě** – je komplikací operačního výkonu, která se může objevit i několik týdnů po operaci. Je způsobena nedokonalým zhojením operační rány v důsledku přetěžování ještě nezhojené rány, ale i v důsledku metabolických poruch (diabetes, poruchy výživy). Vzhledem ke zvolenému laparoskopickému přístupu se její riziko významně snižuje.
 - Po propuštění je nezbytné sledovat tělesnou teplotu a váhu a výdej moči. Jakékoliv významnější změny je potřeba ihned konzultovat s transplantologem nebo nefrologem, který Vám v průběhu Vaší hospitalizace na Transplantačním centru bude představen. Před propuštěním dostanete poučení, termíny kontrol a kontaktní telefonické spoje.
 - Pozdějšími komplikacemi transplantace může být **porucha kostního metabolismu**, která se projeví bolestí kostí, nově se může objevit **cukrovka**.
 - Každý transplantovaný se musí pečlivě sledovat a hlásit všechny změny i z toho důvodu, že u transplantovaných se objevuje podstatně **více zhoubných**

nádorů. Pokud půjdete na sluníčko, je nezbytné používat krém s vysokým faktorem, minimálně 25. Jen tak lze předejít **kožním nádorům** a změnám.

- **Snížená kožní citlivost** – v okolí rány z důvodu přerušení nervových vláken
- **Serom v ráně** – čirý, nehnisavý sekret, který vyžaduje odstranění několika stehů a vypuštění.
- Operační výkon je vždy velká zátěž pro organismus. Přestože veškerá vyšetření prokázala, že operace je pro vás bezpečná, může nastat některá z obecných komplikací, které nemají souvislost s typem vaší operace, jako například:
 - **Alergická reakce** – Tato reakce se může objevit při přípravě k operaci během operace i v pooperačním průběhu. Jedná se o přecitlivělost na podaný lék nebo desinfekční prostředek. Může se projevit jako kopřivka, zarudnutí, svědění kůže, ale může mít i podobu závažnější jako jsou dechové obtíže, celková slabost, pokles krevního tlaku s rozvojem šokového stavu. Projevuje se nejčastěji do několika vteřin nebo minut po podání léku nebo desinfekčním prostředku (při desinfekci operačního pole). Tato reakce se může vyskytnout také kdykoli i u pacientů, kteří dosud nejsou na nic alergičtí. Pokud budete podobnou reakci pozorovat ihned informujte zdravotní personál.
 - **Trombóza hlubokých žil dolních končetin** – Tato komplikace se může objevit během operace a v pooperačním období. Jedná se o vytvoření krevní sraženiny v žilním systému dolních končetin. Největším rizikem je odtržení této sraženiny, kdy je krevním řečištěm odplavena do plicních cév, které může ucpat. Závažnost této komplikace závisí na velikosti této sraženiny a místu, kde k ucpání došlo. V konečném důsledku pak může způsobit dechové obtíže, šokový stav nebo při velkém objemu i smrt. Riziko trombózy se zvyšuje s nehybností po operaci, nehybností končetin, dehydratací, dále u pacientů, kteří trpí onemocněním žil dolních končetin nebo u takových, kteří již podobnou komplikaci prodělali. Jako prevenci vzniku této komplikace podáváme látky na ředění krve po dobu imobilizace.
 - **Plicní komplikace** – Tato komplikace může vzniknout během operačního výkonu a v pooperačním období. Může se vyskytnout zánět hrtanu, průdušnice, průdušek i zánět plic (zápal plic). Nejvíce riziková jsou pacienti s již dříve přítomným onemocněním plic. Prevencí je včasná mobilizace a úprava polohy pacienta. V pooperačním období po rozsáhlých výkonech v břišní dutině se může objevit pohrudniční výpotek. Je to přítomnost tekutiny mezi pohrudnicí a plicemi. Zánět léčíme podáním antibiotik, pokud to vyžaduje stav pacienta, velký hrudní výpotek je nutno vydrénovat – vypustit.
 - **Srdeční komplikace** – Vyskytují se během operace nebo v pooperačním období. Operace i pooperační stav je pro celý organismus velmi náročná zátěž, která může způsobit srdeční nepravidelnost (arytmii), infarkt nebo srdeční selhávání, zejména u pacientů s již známým srdečním onemocněním.
 - **Selhání jater** – Může se vzácně vyskytnout při operaci nebo v pooperačním průběhu. Jedná se o vzácnou komplikaci po rozsáhlých výkonech, kdy po dlouhé operaci a narkóze může dojít ke zhoršení funkce jater.
 - **Riziko závažného poškození a smrti po operaci** – Každá operace i pooperační průběh může ve výjimečných případech mít závažné komplikace, které mohou vést k trvalé invaliditě nebo ke smrti pacienta.

Všem závažným komplikacím se snažíme předcházet a v případě jejich výskytu je ihned co nejúčinněji řešit.

Doporučení po propuštění:

- Operace pro Vás **nebude znamenat změnu v dietním režimu.**
- **Příjem tekutin** bude třeba dodržovat minimálně 2000 ml denně, aby byla chráněna Vaše nová ledvina před vznikem kamenů, infekcí a funkčních poruch.
- Po dobu 6-12 týdnů od operace bude třeba **fyzické šetření** v rozsahu běžných činností. Sportovní výkony pak doporučujeme až po 2-3 měsících od operace.
- **Kontrola v urologické ambulanci** je u nekomplikovaného průběhu je za měsíc po operaci, v případě vzniku obtíží ke kontrola v urologické ambulanci samozřejmostí.
- Pečlivě dodržujte hygienu. Omývání rukou po použití WC doplňte pravidelnou hygienou a to hlavně meziprstních prostorů, přirození, konečníku, podpaží a dutiny ústní. Jste mnohokrát více náchylní k onemocněním těchto míst infekčními chorobami. Nepoužívejte běžná mýdla, ale spíše gely s kyselým pH.
- I po propuštění domů je nezbytné, abyste nadále užíval léky na potlačení imunitního systému, které Vám byly nasazené v nemocnici. Tyto léky jsou nezbytné pro fungování nové ledviny, a proto je nikdy samovolně nevysazujte.
- Po operaci Vašeho typu budete **dlouhodobě pravidelně sledováni** nefrologem, aby byla včas diagnostikována případná komplikace ve smyslu poruchy funkce Vaší nové ledviny.

Štítek pacienta

Souhlas pacienta

Pan/paní MUDr. mě v rozhovoru podrobně informoval/a o plánovaném zákroku a léčebném výkonu. Též jsem byl/a informován/a o možných variantách zákroku, jeho následcích a komplikacích. Vše mi bylo sděleno srozumitelně, bylo mi umožněno si vše řádně zvážit a měl/a jsem též možnost se zeptat na vše, co považuji za podstatné a bylo mi umožněno klást doplňující otázky. Byl/a jsem upozorněna na eventuelní nutnost zákrok rozšířit nebo modifikovat v závislosti na místním nálezu a celkovém stavu organismu.

Považuji poučení za dostatečné, nemám další otázky a souhlasím s navrhovaným výkonem. V případě nutnosti souhlasím i s nutným rozšířením nebo modifikací výkonu, v případě potřeby i s podáním transfuze krve.

Datum

Podpis pacienta

Podpis zákonného zástupce.....

Podpis lékaře



FAKULTNÍ NEMOCNICE

Urologická klinika

Souhlas pacienta/ky s výkonem

Pacient /x/ Rodné číslo.....
jméno příjmení titul

oddělení
(ambulance)

Důvod výkonu (srozumitelně, laicky, specifikujte v níže uvedených bodech) :

- účel a povaha zdravotního výkonu, typ navrhované léčby, výhody a rizika pro pacienta, prognóza
- poučení, zda má zdravotní výkon nějaké alternativy a zda má pacient možnost zvolit si jednu z alternativ
- údaje o případném možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti, případné změny zdravotní způsobilosti
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních (edukace), o provedení kontrolních zdravotních výkonů

Tyto body jsou podrobně uvedeny v příloze č. 1 – Poučení o zdravotním výkonu – **TRANSPLANTACE LEDVINY**, které má 4 strany a je nedílnou součástí tohoto souhlasu.

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem a s jeho možným vývojem. Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik či komplikací.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamítl/a žádné údaje o svém zdravotním stavu, mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Souhlasím s navrhovaným postupem léčby dnev.....hod .

.....
Podpis pacienta

dnev.....hod.

.....
Jmenovka a podpis lékaře/řky

/x/ vyplní zdravotnický zaměstnanec, nehodící se škrtně

dokumentace, a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.

Přeji si, aby o mém zdravotním stavu **BYL/A - NEBYL/A /x/ informován/a:**

(manžel/ka, syn, dcera, otec, matka, pan/í – jméno, příbuzenský poměr k pacientovi, nebo uvést bez příbuzenského poměru či nikdo).

Souhlasím s navrhovaným postupem léčby dne v.....hod .
Prohlašuji, že bez vědomí lékaře nebudu užívat žádné vlastní léky.

.....
Podpis pacienta

dnev.....hod.

.....
Jmenovka a podpis lékaře/řky

/x/ vyplní zdravotnický zaměstnanec, nehodící se škrtně