

Процедура прикључивања пацијента на мониторинг

Верзија	Датум	Ознака форме процедуре	Деловодни број	Израдио/ла	Одобрио/ла
1.	24.12.2018.	ПХ 38		Марина Зрилић, вмс	Прим. Др Ирина Милојевић Комисија за доношење и усвајање процедура

Верзија	Датум	Разлог измене	Израдио/ла	Одобрио/ла
			Директор Доц. др Синиша Дучић МП	

1. СВРХА

Прикључивање на мониторинг има за циљ континуирано праћење виталних параметара пацијента онда када је то неопходно.

2. ОБИМ ПРИМЕНЕ И ПОЉЕ ПРИМЕНЕ

Најчешће се примењује у ЈИЛ мада постоје индикације и стања пацијента која захтевају мониторинг иако су пацијенти смештени на неком од стационарних одељења.

3. ОДГОВОРНОСТИ

-Медицинска сестра/техничар у смени

-Главна сестра одељења

-Шеф/начелник одељења

4. СПИСАК СКРАЋЕНИЦА

УДК	Универзитетска дечја клиника
ЈИЛ	јединица интензивног лечења
Оп сала	операциона сала
ЕКГ	електрокардиограм
ТА	артеријски притисак
СпО2	сатурација кисеоником
ЦВП	централни венски притисак

5. ДЕФИНИЦИЈЕ

МОНИТОРИНГ ПРЕДСТАВЉА КОНТИНУИРАНО ПРАЋЕЊЕ ВИТАЛНИХ ПАРАМЕТАРА ПАЦИЈЕНТА И БЕЛЕЖЕЊЕ У ТЕМПЕРАТУРНО-ТЕРАПИЈСКУ ЛИСТУ.

Неинвазивни мониторинг подразумева ЕКГ, ТА, СпО2 и респирације.

Инвазивни мониторинг спроводи се само у ЈИЛ и ОП сали, а подразумева инвазивно мерење ТА и ЦВП-а.

6. ДЕТАЉАН ОПИС ПРОЦЕДУРЕ (ИЛИ ДЕТАЉАН ОПИС ПРОЦЕСА, ПОСТУПКА)

Потребна опрема:

- монитор са кабловима
- електроде
- манжетна за мерење притиска одговарајуће величине
- сензор за сатурацију

За инвазивни мониторинг:

- каблови
- манжетне за инфузију под притиском
- држач трансдјусера
- трансдјусери
- тврде беле линије за мониторинг, наставак са трокраком 10цм и трокраке
- физиолошки раствор са хепарином (500ИЈ хепарина у 500мл физиолошког раствора) и системи за инфузију

Пре прикључивања пацијента на мониторинг монитор треба бити укључен и сви каблови припремљени.

Електроде се постављају на екстремитете или грудни кош и ЕКГ (трожилни) каблови се прикључују на електроде сдесна налево, редом: црвени, жути, зелени .

Сензор за сатурацију се поставља на прст руке пацијента а може бити штипаљка или трачица (што

зависи од узраста пацијента) а пожељно би било да се положај сензора мења на 4 сата.

Манжетна за мерење притиска се поставља на надлактицу најчешће иако је могуће поставити је и на подлактицу, потколеницу или натколеницу, ако ситуација то захтева. Манжетна мора бити адекватне величине за узраст пацијента, што значи да заузима 2/3 надлактице. Такође треба водити рачуна да се манжетна не поставља на исти екстремитет где и сензор за сатурацију, а нарочито где постоји пласирана интравенска канила и инфузија је у току.

За инвазивно мерење ТА и ЦВП-а потребно је да постоје пласирана артеријска канила (switch flow) и централни венски катетер (погледати процедуре пласирања АРТ каниле и ЦВК). Каблови за инвазивно мерење се постављају једним крајем у монитор, а другим крајем за трансдјусере који су прикачени на држач уз кревет пацијента и на висини средње аксиларне линије. Затим од трансдјусера тврда бела линија и наставак са трокраком за артеријску линију, а тврда бела линија и трокраке за ЦВК. Са доње стране трансдјусера прикључује се хепаринска линија за континуирано пропирање под притиском (физиолошки раствор са хепарином, 500ИЈ у 500мл) са манжетном под притиском 100-300ммHg и инфузионим системом.

Све линије морају бити испуњене течношћу пре прикључивања пацијенту (пропране).

Када се каблови прикључе добијају се кривуље на монитору а да би се добила и бројчана вредност притисака неопходно је пребаздарити трансдјусере на монитору притиском на „зето“ и за ТА и за ЦВП одмах по конектовању.

За даље одржавање ових линија погледати процедуре пласирања АРТ и ЦВП каниле.

Сви постојећи монитори у свим јединицама интензивног лечења имају могућност прикључивања на централни мониторинг.

7. ДОКАЗИ

РБ	НАЗИВ ДОКАЗА	АРХИВИРАЊЕ			ОДГОВ.
		МЕСТО	НАЧИН	РОК (ГОД.)	
1.	темп-терапијска листа	историја болести	писано	трајно	главна сестра одељења
2.	процедуре пласирања арт и цв каниле	одељење	писано	трајно	сви запослени на одељењу
3.	Контролне листе монитора и опреме	одељење	писано	1 година	главна сестра одељења

8. РЕФЕРЕНЦЕ