



Spitalul Județean
de Urgență
Satu Mare

Satu Mare, str. Prahovei nr.1-3

**Administrarea tratamentului medicamentos-
Masuri de identificare pacient**

Tip document: procedura generala ; Cod document : PG-SEC-04

Editia 1 2 3 4

Revizia 0 1 2 3

Exemplar nr.

Pag. 1/7

PROCEDURA GENERALĂ
Administrarea tratamentului medicamentos-
Masuri de identificare pacient
COD: PG-SEC-04

Data : 08.12.2015

APROBAT,
Manager
Papici Marcela Anamaria





**Administrarea tratamentului medicamentos-
Masuri de identificare pacient**

Tip document: procedura generala ; Cod document : PG-SEC-04

	Funcție	Nume si prenume	Semnătura	Data
Elaborat	Director medical	Mare Paula		08.12.2015
Elaborat	Director ingrijiri	Tarba Raluca		08.12.2015

LISTA DE DIFUZARE

Nr crt	Ediție/ revi zie	Difuzare				Retragere		Observații
		Funcția/Departament	Nume și prenume	Semnătura	Data	Semnătura	Data	
1	2/1	Manager/Conducere	Papici Marcela Anamaria		08.12.2015			
2	2/1	Director Medical/ Conducere	Dr. Mare Paula Lacramioara		08.12.2015			
3	2/1	Director Ingrijiri/Conducere	As med Tarba Raluca		08.12.2015			
4	2/1	Resp RMC	Vitez Carmen Rita		08.12.2015			
5	2/1	As Sef Ortopedie	Domide Violeta		08.12.2015			
6	2/1	As Sef Urologie	Costea Daniela		08.12.2015			
7	2/1	As Sef Ch. Pediatria	Marian Mariana		08.12.2015			
8	2/1	As Sef Ch. Plastica	Benea Doina		08.12.2015			
9	2/1	As Sef Pediatrie	Vulturescu Maria		08.12.2015			
10	2/1	As Sef Lab. Radiologie	Lazar Mirela		08.12.2015			
11	2/1	As Sef Neurologie	Postică Maria-Veronica		08.12.2015			
12	2/1	As Sef Cardiologie	Rapolti Erzsebet		08.12.2015			
13	2/1	As Sef Oftalmologie	Mureșan Ioana		08.12.2015			
14	2/1	As Sef Oncologie	Pop Rodica-Gabriela		08.12.2015			
15	2/1	As Sef Psihiatrie Acuti	Hrihorișan Ioan Ivan		08.12.2015			
16	2/1	As Sef Boli Inf. Copii	Tarța Lucica		08.12.2015			
17	2/1	As Sef Boli Inf. Adulti	Schupler Sarolta		08.12.2015			
18	2/1	As Sef Sterilizare	Szenas Eva		08.12.2015			
19	2/1	As Sef Chirurgie Gen.	Sulyok Claudia		08.12.2015			
20	2/1	As Sef ATI	Blaga Minodora		08.12.2015			
21	2/1	As Sef Ginecologie- Obst	Stan Doina		08.12.2015			
22	2/1	As Sef Med Int Tasnad	Vinkler Erika		08.12.2015			
23	2/1	As Sef Psihiatrie Cronici	Saveanu Daniel Vasile		08.12.2015			
24	2/1	As Sef PediatrieTasnad	Szabo Erzsebet		08.12.2015			
25	2/1	As Sef Laborator	Sipos Loredana		08.12.2015			
26	2/1	As. Sef Bloc Operator Central	Baniai Corina		08.12.2015			
27	2/1	As Sef Gastroenterologie	Muresan Voichita		08.12.2015			



**Administrarea tratamentului medicamentos-
Masuri de identificare pacient**

Tip document: procedura generala ; Cod document : PG-SEC-04

Editia 1 2 3 4

Revizia 0 1 2 3

Exemplar nr.

Pag. 3/7


28	2/1	As Sef- Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	Condor Maria	<i>MW</i>	08.12.2015			
29	2/1	As Sef Dermatovenerologie	Eros Mihaela	<i>EROS</i>	08.12.2015			
30	2/1	As Sef Medicina Interna	Dehenes Maria	<i>Dehenes</i>	08.12.2015			
31	2/1	As Sef ORL	Muresan Lucia	<i>Muresan</i>	08.12.2015			
32	2/1	As Sef UPU -SMURD	Peres Nicoleta	<i>Peres</i>	08.12.2015			
33	2/1	As Sef Neonatalogie	Silaghi Eniko	<i>Silaghi</i>	08.12.2015			
34	2/1	Coord. Comp Hemodializă	Tatar Dorina	<i>Tatar</i>	08.12.2015			
35	2/1	As. Coord. Comp Anatomopatologie	Horn Monica	<i>Horn</i>	08.12.2015			
36	2/1	As.Coord. Compart. CT	Demku Bianca	<i>Demku</i>	08.12.2015			
37	2/1	As. Coord. AMBULATOR	Campean Otilia	<i>Campean</i>	08.12.2015			

Cod : PS 4.2.3 F01 ed.2/rev.1

EVIDENȚA REVIZIILOR

Nr. Crt.	Ed./ Rev.	Pag.	Descriere continut, motivul reviziei, localizare	Data, semnătura persoanei care a efectuat revizia
1	1/0		Editare initiala conform certintelor CONAS	15.07.2013
2	2/0		Integrarea documentatiei conform cerintelor CONAS in cerintele sistemului de management al calitatii conform ISO 9001:2008	01.10.2014
3	2/1		Revizie conform cerintelor ANMCS si integrarea in sistemele de management al calitatii si mediului conform standardelor SR EN ISO 9001:2008 si SR EN ISO 14001:2005	08.12.2015

Cod : PS 4.2.3 F02 ed.2/rev.1

 Spitalul Județean de Urgență Satu Mare Satu Mare , str. Prahovei nr.1-3	Administrarea tratamentului medicamentos- Masuri de identificare pacient	Ediția 1 <u>2</u> 3 4
		Revizia 0 <u>1</u> 2 3
		Exemplar nr.
	Tip document: procedura generala ; Cod document : PG-SEC-04	Pag. 4/37

1. SCOP

Prezenta procedură are drept scop reglementarea generală a administrării medicamentelor incluzând reglementări referitoare la modul de prevenire a erorilor de identificare a pacientului inaintea administrării tratamentului medicamentos pe diferite căi.

2. DOMENIUL DE APLICARE

Prevederile prezentei proceduri generale se aplică în toate secțiile și compartimentele din spital.

3. DEFINIȚII ȘI PRESCURTĂRI

- Nu sunt definitii si prescurtari.

4. DOCUMENTE DE REFERINTA

- **Ordinul Ministrului Sanatatii nr. 972/2010**, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor;
- **Ghid de nursing**
- **Proceduri de practică pentru asistenti medicali si moase propuse MS de OAMGMAMR**

Documente conexe:

MC- Manual de management al calitatii

5. RESPONSABILITĂȚI

Responsabil de proces = asistenta de salon + asistenta ATI de la sala de operatii

Echipe de proces = medicul curant + medicul chirurg + medicul anesteziat + asistenta de la sala de operatie + asistenta de salon.

Registratorii medicali si asistentele de salon sunt responsabili de aplicarea metodelor instituite pentru prevenirea erorilor de identificare

Asistenta sefă răspunde de participarea asistenților medicali din subordine la pregătirea profesională obligatorie pentru implementarea actualei proceduri si de respectarea proceduri pentru desfășurarea în condiții optime a activității.

Medicul sef de sectie este responsabil pentru instruirea personalului din subordine privind aplicarea si respectarea metodelor de identificare a pacientilor, in vederea prevenirii erorilor în asigurarea tratamentului pentru pacienti.

6. DESCRIEREA PROCEDURII

6.1. Metode de prevenire a erorilor de identificare a pacienților

Metode folosite:

1. Încărcarea datelor pacientului în sistemul informatic conform datelor din documente oficiale de legitimizare a pacientului (biroul de primire /UPU/camera de gardă)
2. FOCG- verificarea datelor personale (Biroul de internari/UPU/camera de gardă) apoi reverificare la preluare pe sectie de către asistenta de salon/registratoare.
3. Indentificare dupa BI/CI la internarea pe sectie de către asistenta de salon.



4. Interviuul apartinatorului referitor la datele de identitate ale pacientului, în cazul în care pacientul este inconștient sau colaborarea cu acesta nu se poate realiza.
5. Brătara de identificare – pentru secția de nou născuți.
6. Prezentarea pacienților asistentei de salon la preluarea turei cu ocazia predării serviciului.
7. Actualizarea permanentă a registrului cu distribuirea pe saloane și pe paturi a pacienților internați pe secție.
8. Trainingul specific al personalului privind identificarea fiecărui pacient înaintea aplicării oricăror proceduri legate de diagnosticare, tratament sau îngrijire.

6.2. Metodologia de administrare a medicamentelor

Administrarea medicamentelor este una dintre cele mai mari responsabilități ale asistentei. Pentru a asigura pacientului o terapie medicamentoasă eficientă și corectă, asistenta trebuie să fie familiarizată cu indicațiile, dozările și efectele medicamentului prescris. De asemenea, pacientul trebuie interogată înaintea fiecărei administrări despre eventualele reacții alergice din trecut la substanța respectivă. Asistenta trebuie să aibă cunoștințele și abilitățile de a minimiza anxietatea pacientului și de a maximiza eficiența medicamentului (cunoscând modalitatea de administrare, timpul etc.)

6.2.1. Căile de administrare a medicamentelor:

- Medicamentele pot fi administrate pe diverse cai: *calea de administrare mucodermică*: administrare oculară, vaginală, nazală, auriculară, transdermală (prin absorbție), orofaringeală (respiratorie) – inhalată, aerosoli.
- *calea de administrare enterală (orală)*: absorbția medicamentelor prin tractul gastrointestinal conform
- *calea de administrare parenterală*: injecții sau perfuzii intradermice, subcutanate, intramusculare, intravenoase, intraosoase, intraarteriale ”
- *cale de administrare endotraheală*: administrarea medicamentelor în sistemul respirator cu ajutorul sondei endotraheale
- *cale de administrare peridurală*: administrare de medicamente (anestezic sau analgezice/opioide) printr-un cateter introdus peridural
- *calea de administrare intrapleurală*: injectarea de medicamente în spațiul pleural


6.2.1.1 ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE ENTERALĂ

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE ORALĂ

Deoarece medicamentele cu cale de administrare orală sunt cele mai lipsite de risc, mai ieftine și mai convenabile ca mod de administrare, o mare parte din tratamentele medicamentoase se administrează pe această cale. Astfel, pe această cale se pot administra tratamente sub formă de: tablete, capsule, siropuri, elixiruri, suspensii, uleiuri, granule etc.

Unele necesită preparare specifică înainte de administrare: uleiurile, suspensiile, granulele.

Dozele medicamentoase orale normale pentru un adult pot fi periculoase pentru un vârstnic sau copil.

 <p>Spitalul Județean de Urgență Satu Mare</p> <p>Satu Mare, str. Prahovei nr.1-3</p>	Administrarea tratamentului medicamentos- Masuri de identificare pacient	Editia 1 2 3 4
		Revizia 0 1 2 3
	Tip document: procedura generala ; Cod document : PG-SEC-04	Exemplar nr.
		Pag. 6/37

Tratamentul pe cale orală este contraindicat pacienților inconștienți, celor care prezintă vărsături, cât și celor care din diverse motive nu pot înghiți.

Materiale necesare:

- medicația prescrisă
- recipient pentru medicamente
- pahar apă sau suc pentru copii

Administrare:

- Se verifică cu atenție medicația prescrisă de medic și se compară cu cea primită de la farmacie
- se spală mâinile
- se verifică data expirării medicamentelor
- se confirmă identitatea pacientului
- se verifică starea pacientului (conștientă) și semnele vitale. O schimbare în starea acestuia poate justifica schimbarea sau anularea medicației (de exemplu, nu se vor mai administra antihipertensive la un pacient care prezintă hipotensiune)
- se administrează medicația împreună cu apa sau alt lichid adecvat
- siropurile nu se administrează cu apa pentru a nu le diminua efectul
- dacă este necesar, se vor sfărâma tabletele pentru a facilita înghițirea lor
- se va sta lângă pacient până când acesta va înghiți medicamentul și dacă este nevoie, se va verifica deschizându-i gura.
- Se va reveni pentru verificarea stării pacientului în maxim 1 oră

Considerații speciale:


- asistenta se va asigura că are medicație scrisă de medic,
- nu se va administra niciodată medicație prin indicație verbală
- medicamentele lichide necesită atenție sporită la dozare
- nu se va administra niciodată un medicament dintr-un flacon neetichetat.
- medicația nu se va lăsa niciodată la îndemâna nimănui.
- medicația opioidă trebuie supervizată de doi asistenți medicali și trebuie avut în vedere atât specificul spitalului cu privire la circuitul acestora cât și legile general valabile referitoare la acestea
- pacientul va trebui să fie informat despre orice schimbare survenită în schema sa de tratament
- pacientul va fi informat asupra posibilelor efecte adverse și i se va cere să anunțe echipa deîngrijire despre orice schimbare în starea sa

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE BUCALĂ, SUBLINGUAL SAU TRANSLINGUAL

Scop: pentru a evita transformarea sau distrugerea lor în stomac sau intestinul subțire. Aceste medicamente administrate pe aceste căi, acționează rapid, deoarece mucoasa orală este bogat vascularizată și permite trecerea medicamentelor direct în circulația sistemică.

Medicamentele administrate pe cale bucală includ nitroglicerina și metiltestosteronul. Sublingual se administrează isosorbid dinitratul, nitroglicerina, ergotamina. Translingual (pe limbă) se administrează spray-uri medicamentoase pe bază de nitrați, pentru pacienții cu angină cronică.

Materiale necesare:

 <p>Spitalul Județean de Urgență Satu Mare</p> <p>Satu Mare, str. Prahovei nr.1-3</p>	Administrarea tratamentului medicamentos- Masuri de identificare pacient	Editia 1 2 3 4
		Revizia 0 1 2 3
	Tip document: procedura generala ; Cod document : PG-SEC-04	Exemplar nr.
		Pag. 7/37

medicația prescrisă

recipient pentru medicamente

Administrare:

- se verifică medicația prescrisă și se compară cu cea ridicată de la farmacie
- se spală mainile
- se explică pacientului modul de administrare
- se confirmă identitatea pacientului
- verifică data de expirare a medicamentelor

Administrarea medicamentelor pe cale bucală si sublinguală:

- în administrarea pe cale **bucală**, medicamentul se plasează între obraz și gingie
- pentru administrarea **sublinguală**, medicamentul se plasează sub limba pacientului
- se instruește pacientul sa țină tableta la locul plasat până când se dizolvă în totalitate, pentru a fi absorbită în întregime
- nu trebuie atinsă tableta cu vârful limbii sau mestecată pentru a nu fi înghițită
- pacientul nu trebuie sa fumeze până când medicamentul nu s-a dizolvat complet, deoarece nicotina are efecte vasoconstrictoare care încetinesc absorbția

Administrarea **translinguală**:

- pacientul va fi învățat să țină pulverizatorul vertical, cu orificiul de ieșire cât mai aproape de gură
- va fi instruit să pulverizeze medicamentul doar pe limbă, printr-o apăsare fermă pe butonul flaconului
- trebuie reamintit pacientului că nu trebuie să inhaleze sprayul ci doar să îl pulverizeze pe limbă și să aștepte 10 secunde după administrare înainte de a înghiți

Considerații speciale:

- nu se vor da lichide pacientului după administrarea de medicamente pe cale bucală, nu se va clăti gura, deoarece unele necesită aproape o oră pentru a fi absorbite în totalitate.
- unii pacienți care iau frecvent nitroglicerina sublingual pot simți furnicături la locul de administrare. Se poate alterna locul de administrare pentru a nu provoca iritații.

6.2.1.2.MEDICAMENTELOR PE CALE PARENTERALĂ

1. Injecțiile intradermice

Sunt folosite în special pentru efecte locale, ca în testele alergice sau la tuberculină, precum și în administrarea anesteziei locale. Se administrează în cantități foarte mici (0,5 ml sau mai puțin).


Locul de electie: partea ventrală a antebrațului este locul cel mai indicat de administrare, deoarece este ușor de accesat, de observat și, de obicei, lipsită de păr. Foarte rar se mai folosește și zona de pe spate, interscapulară.

Materiale necesare :

- medicația prescrisă de medic comparată cu cea ridicată de la farmacie
- mănuși
- tampoane alcoolizate
- seringă și ac

Pregătirea echipamentului:

- se verifică data de expirare a medicației

 <p>Spitalul Județean de Urgență Satu Mare</p> <p>Satu Mare , str. Prahovei nr.1-3</p>	Administrarea tratamentului medicamentos- Masuri de identificare pacient	Ediția 1 <u>2</u> 3 4
		Revizia 0 <u>1</u> 2 3
	Tip document: procedura generala ; Cod document : PG-SEC-04	Exemplar nr.

- se spală mâinile
- se alege zona de injectare
- se verifică medicația să nu fie tulbure sau să nu prezinte alte anomalii
- se prepară substanța dacă aceasta nu vine deja preparată de la farmacie (de exemplu, în testele alergenice trebuie făcută o diluție corespunzătoare la indicația medicului, pentru a testa sensibilitatea pacientului la medicamentul respectiv)

Administrare:

- se confirmă identitatea pacientului
- se comunică pacientului zona aleasă pentru injectare
- se indică pacientului să stea așezat și să-și sprijine antebrațul, cu partea ventrală expusă
- se pun mănușile
- se curăță locul ales cu un tampon cu alcool și se verifică să nu aibă păr, leziuni, edeme, echimoze
- se lasă să se usuce alcoolul pe piele înainte de injectare
- se apucă antebrațul pacientului cu o mână și se întinde pielea de pe el cu cealaltă mână, se ia seringă cu acul atașat și se îndreaptă sub un unghi de 10-15 grade față de antebraț
- se introduce acul imediat sub piele și se injectează lent, se va simți o mică rezistență la administrare și va apărea o papulă de 5mm. Dacă aceasta nu apare, înseamnă că acul este prea adânc introdus; se va retrage și se va relua tehnica de la început
- după injectare se va retrage acul sub același unghi sub care a fost introdus. Nu se masează locul injectării deoarece poate irita țesuturile și poate afecta rezultatul testului
- se încercuiește locul administrării cu un marker pentru a se ști, apoi, cât de mult se modifică marginile semnului care trebuie citit.
- În funcție de testarea efectuată rezultatele se citesc la 20 minute pentru testarea la produse medicamentoase (antibiotic, vitamine, seruri antitetanice, etc..) iar la 24,48,72 h la IDR la PPD.
- materialele utilizate se aruncă în recipientele colectoare specific conform procedurii de colectare a deșeurilor rezultate din activitatea medicală.
- **Considerații speciale:**
- pacienții hiperalergenici necesită atenție sporită, deoarece pot face șoc anafilactic la administrare de antigeni
- nu se recapitonează acul pentru a evita înțeparea



2. Administrarea medicamentelor prin injecție subcutanată

Când administrarea medicației se face în țesutul subcutan, substanțele ajung mult mai repede în circulația sangvină decât dacă sunt administrate oral. De asemenea, injecțiile subcutanate produc mult mai puține leziuni ca cele intramusculare și au risc mai scăzut.

Absorbite prin circulația capilară, medicamentele recomandate să fie administrate pe cale subcutanată, sunt soluții apoase sau suspensii de aproximativ **0,5- 3 ml**. Heparina și Insulina, de exemplu, sunt substanțe administrate, cu precădere, pe această cale.

Medicamentele administrate pe această cale, se fac cu ajutorul unui ac scurt și subțire.

Cele mai comune locuri de injecție subcutanată sunt: partea exterioară a brațelor, partea exterioară a coapselor, țesutul adipos al abdomenului inferior, partea superioară a șoldului, partea superioară a spatelui, partea superioară a feselor.

Injecțiile subcutanate sunt contraindicate în zonele inflamate, edemate, care prezintă leziuni. Pot fi de asemenea, contraindicate persoanelor cu tulburări de coagulare.

Când tratamentul subcutanat se administrează timp îndelungat, cum este cazul insulinei, locurile de administrare se vor alege prin rotație.

Heparina se administrează, preferabil, în țesutul adipos al abdomenului inferior, iar insulina, în porțiunea superioară a brațelor și abdomen.

Materiale necesare:

- medicația prescrisă de medic și comparată cu cea ridicată de la farmacie
- mănuși
- seringă
- ac
- tampoane cu alcool

Pregătirea echipamentului:


- verificarea medicației și dozelor prescrise
- se spală mâinile
- se inspectează medicația să nu aibă un aspect tulbure sau anormal (cu excepția celor care au un aspect particular, cum ar fi un anumit tip de insulină care are un aspect tulbure)
- se alege locul de injecție
 - se verifică încă o dată medicația,
- dacă medicația este în fiolă se dezinfectează aceasta, se deschide și se trage doza indicată, eliminând aerul din seringă. Apoi se schimbă acul cu unul potrivit pentru injecție subcutanată. În cazul seringilor preumplute această manevră nu se efectuează.
 - dacă medicamentul este în flacon sub formă de pudră, se dezinfectează capacul de cauciuc, se reconstituie lichidul, se trage doza indicată, se elimină aerul și se schimbă acul cu cel pentru injecția subcutanată
 - **tehnica de extragere a substanței dintr-un flacon este următoarea:** se dezinfectează capacul flaconului se introduce acul, seringă se umple cu aer, trăgând de piston acea cantitate echivalentă cu doza care trebuie extrasă din flacon, se atașează apoi la acul din flacon și se introduce aerul, se întoarce flaconul și seringă se va umple singură cu cantitatea necesară.

Administrare:

- se confirmă identitatea pacientului
- se explică procedura pacientului pentru a ne asigura de cooperarea sa și pentru a-i reduce anxietatea



- se asigură intimitate
- se selectează un loc pentru injectare (avându-se în vedere că trebuie alternate)
- se pun mănușile
- se șterge locul ales pentru injectare cu un tampon cu alcool, începând din centrul zonei alese spre exterior prin mișcări circulare
- se lasă alcoolul să se usuce pe piele pentru a preveni introducerea de alcool subcutanat în timpul injecției, ceea ce produce o senzație de usturime pacientului
- se îndepărtează capacul acului de la seringă, cu o mână se pliază pielea din zona aleasă, cu o mișcare fermă, formând un pli de țesut adipos se atenționează pacientul că va simți o înțepătură
- se va introduce acul repede, printr-o singură mișcare, la un unghi de 45 sau 90 de grade. Seringile preumplute cu heparină fractionată (fraxiprine, clexan,) sau insulină având racordate ace de dimensiuni reduse vor fi injectate în unghi de 90 grade.
- se eliberează pliul cutanat pentru a nu introduce substanță în țesutul sub compresie și a nu se irita fibrele nervoase
- se aspiră pentru a vedea dacă suntem într-un vas de sânge
- dacă apare sânge la aspirație se va arunca seringă și se va relua tehnica
- **nu se aspiră atunci când se fac injecții cu heparină și cu insulină** (nu este necesar la insulină, iar la heparină poate produce hematom)
- se injectează substanța, scoțându-se blând dar repede acul, printr-o singură mișcare, în același unghi sub care a fost introdus
- se acoperă locul injectării cu un tampon alcoolizat, masând blând, circular pentru a facilita absorbția medicamentului (masarea nu se va face atunci când se administrează insulină sau heparină)
- se îndepărtează compresa și se verifică locul pentru a depista eventualele sângerări sau echimoze
- **Considerații speciale:**
- locul indicat de administrare a heparinei este în abdomenul inferior, sub ombilic
- se va avea întotdeauna în vedere să se alterneze locurile de injectare pentru a preveni
- complicațiile (lipodistrofia, de exemplu, un răspuns imun normal al organismului ce apare în cazul injectării repetate în același loc) după injectarea cu heparină, se menține seringă cu acul încă 10 secunde înainte de a se scoate.
- se va evita masajul zonei de injectare.
- dacă apar echimoze la locul injectării cu heparină se poate aplica gheață în primele 5 minute
- după injectare și apoi se face compresie
- nu se recapează acul pentru a evita înțeparea
- materialele folosite se aruncă în recipientele potrivite conform procedurii de colectare a deșeurilor rezultate din activități medicale

 Spitalul Județean de Urgență Satu Mare Satu Mare , str. Prahovei nr.1-3	Administrarea tratamentului medicamentos- Masuri de identificare pacient	Editia 1 2 3 4
		Revizia 0 1 2 3
	Tip document: procedura generala ; Cod document : PG-SEC-04	Exemplar nr.

3. Administrarea medicamentelor prin injecție intramusculară

Introduce substanța medicamentoasă adânc în țesutul muscular. Această cale de administrare permite o acțiune rapidă prin absorbția în circulația sistemică. Administrarea intramusculară este aleasă atunci când pacientul nu poate primi medicație orală, când este prea iritantă gastric.

Locul de injecție trebuie ales cu multă grijă, se va face și în funcție de constituția fizică a pacientului. Se evită zonele cu edeme, iritații, semne din naștere, echimoze. Injecțiile intramusculare sunt contraindicate pacienților care prezintă tulburări ale mecanismelor de coagulare, după terapii antitrombotice, în timpul unui infarct miocardic.

Materiale necesare:

- medicația prescrisă de medic comparată cu cea ridicată de la farmacie
- seruri pentru dizolvat
- seringă
- ac
- mănuși
- comprese
- tamponate alcoolizate


Medicația prescrisă trebuie să fie sterilă. Seringa și acul trebuie alese adecvat (pentru injecția intramusculară acul trebuie să fie mai lung, în funcție de țesutul adipos al pacientului, de locul ales pentru injecție și cu un calibrul potrivit pentru vâscozitatea substanței de injectat).

Pregătirea echipamentului:

- se verifică medicația prescrisă ca dată de expirare, colorație, aspect
- se testează pacientul să nu fie alergic, în special înaintea administrării primei doze
- dacă medicația este în fiolă, aceasta se dezinfectează, se sparge și se trage doza indicată, eliminând aerul din seringă. Apoi se schimbă acul cu unul potrivit pentru injecție intramusculară
- dacă medicamentul este în flacon sub formă de pudră, se dezinfectează capacul de cauciuc, se reconstituie lichidul, se trage doza indicată, se scoate aerul și se schimbă acul cu cel pentru injecția intramusculară
- **tehnica de extragere a substanței dintr-un flacon este următoarea:** se dezinfectează capacul flaconului se introduce acul, seringă se umple cu aer, trăgând de piston, aceea cantitate echivalentă cu doza care trebuie extrasă din flacon, se atașează apoi la acul din flacon și se introduce aerul, se întoarce flaconul și seringă se va umple singură cu cantitatea necesară
- alegerea locului de injecție în injecția intramusculară trebuie făcută cu grijă. Acest loc poate fi mușchiul deltoid (se poate localiza foarte ușor pe partea laterală a brațului, în linie cu axilă), mușchiul dorsogluteal (poate fi ușor localizat împărțind imaginar fesa cu ajutorul unei cruci, rezultând patru cadrane. Cadrantul superior și exterior este mușchiul căutat, mușchiul ventrogluteal (poate fi localizat prin linia imaginară ce trece prin extremitatea superioară a șanțului interfesier) și mușchiul de pe fața antero-externă a coapsei (vastus lateralis).

Administrarea:

- se confirmă identitatea pacientului
- se explică procedura pacientului
- se asigură intimitate
- se spală mâinile, se pun mănușile
- se va avea în vedere să se rotească locul de injecție dacă pacientul a mai făcut recent injecții intramusculare, la adulți deltoidul se folosește pentru injecție de cantități mici, locul de administrare uzual fiind fața supero-externă a fesei, iar la copil fața antero-laterală a coapsei, se


 <p>Spitalul Județean de Urgență Satu Mare</p> <p>Satu Mare , str. Prahovei nr.1-3</p>	Administrarea tratamentului medicamentos- Masuri de identificare pacient	Ediția 1 <u>2</u> 3 4
		Revizia 0 <u>1</u> 2 3
	Tip document: procedura generala ; Cod document : PG-SEC-04	Exemplar nr.
		Pag. 12/37

poziționează pacientul și se descoperă zona aleasă pentru injectare

- se stimulează zona de injectare prin tapotări ușoare
- se șterge cu un tampon alcooolizat prin mișcări circulare
- se lasă pielea să se usuce
- se fixează și se întinde pielea cu ajutorul mâinii nedominante
- se poziționează seringă cu acul la 90 de grade, se atenționează pacientul că urmează să simtă o înțepătură, se recomandă să nu își încordeze mușchiul S se introduce printr-o singură mișcare, repede, acul prin piele, țesut subcutanat, până în mușchi
- se susține seringă cu cealaltă mână, se aspiră pentru a verifica dacă nu apare sânge. Dacă apare, se va retrage acul și se va relua tehnica
- la aspirare nu apare sânge, se va injecta substanța lent, pentru a permite mușchiului să se destindă și să absoarbă gradat medicația
- după injectare se retrage acul printr-o singură mișcare, bruscă, sub același unghi sub care a fost introdus
- se acoperă locul punționării cu un tampon cu alcool și se masează ușor, pentru a ajuta distribuirea medicamentului (masajul nu se va efectua atunci când este contraindicat, cum ar fi la administrarea de fier)
- se îndepărtează tamponul cu alcool și se inspectează locul punționării, pentru a observa eventualele sângerări sau reacții locale
- dacă sângerarea continuă, se va aplica compresie locală sau gheață în caz de echimoze
- se va reveni și inspecta locul injecției la 10 minute și la 30 de minute de ora administrării nu se va recapitona acul
- se vor arunca materialele folosite în recipientele specifice conform procedurii de colectare a deșeurilor rezultate din activități medicale

Considerații speciale:

- la pacienții care au tratament îndelungat intramuscular se va ține o evidență clară a zonelor de injectare pentru a le roti
- la pacienții anxioși se poate ține gheață, pe zona de injectare înainte de administrare, câteva secunde, pentru a anestezia întrucâtva locul
- se încurajează pacientul întotdeauna să relaxeze mușchiul pentru că injectarea într-un mușchi încordat este dureroasă
- injecția intramusculară poate distruge celule musculare, determinând astfel, creșteri ale nivelului CK (creatinkinaza) care pot duce la o confuzie, deoarece aceeași creștere poate indica un infarct miocardic. Pentru a diferenția cauzele, trebuie cerută analiza celulelor musculare specifice inimii (CK-MB) și a lactodehidrogenazei. La pacienții care necesită o monitorizare atentă a CK si CK-MB se va schimba modul de administrare medicamentoasă din intramuscular în intravenos, tocmai pentru a evita confuziile precizate mai sus.
- din cauza unui țesut muscular mult mai slab dezvoltat, trebuie avut în vedere că la pacienții varstnici, absorbția medicamentului are loc mult mai rapid.
- **Complicații:**
- injectarea accidentală de substanțe iritative în țesutul subcutanat datorită alegerii unui ac inadecvat sau unei tehnici greșite de administrare. Aceasta poate determina apariția unui abces.
- dacă locul de injectare nu se rotește și se fac injecții repetate în același loc, aceasta poate conduce la o slabă absorbție a medicamentului și, implicit, la scăderea eficienței acestuia

 <p>Spitalul Județean de Urgență Satu Mare</p> <p>Satu Mare, str. Prahovei nr.1-3</p>	Administrarea tratamentului medicamentos- Masuri de identificare pacient	Ediția 1 <u>2</u> 3 4
		Revizia 0 <u>1</u> 2 3
		Exemplar nr.
		Pag. 13/37
Tip document: procedura generala ; Cod document : PG-SEC-04		

4. Administrarea medicamentelor prin in jectie intravenoasă directă

Permite o abordare rapidă și un efect imediat. Este folosită în urgențe (bolusuri) sau în cazurile în care nu se poate face intramuscular administrarea. Pacientul trebuie supravegheat deoarece efectele sunt rapide și imediate.

Materiale necesare:

- medicația prescrisă
- mănuși
- seringă și ac
- ser pentru dizolvat
- garou
- tampoane alcoolice
- pansament adeziv
- soluție normal salină și soluție diluată de heparină

Pregătirea echipamentului:

- se verifică medicația prescrisă
- se verifică data expirării se trage soluția în seringă și se diluează dacă e necesar

Administrare:


- se confirmă identitatea pacientului
- se selectează o venă accesibilă și destul de largă (cu cât vena e mai largă și soluția mai diluată cu atât e mai puțin iritantă)
- se aplică un garou deasupra locului de punționare pentru destinderea și evidențierea venelor
- se dezinfectează locul punționării cu un tampon cu betadină sau iod, prin mișcări circulare dinspre locul punției înspre afară, pentru a evita contaminarea locului de punționare
- se așteaptă să se usuce dezinfectantul și se punționează venă cu acul la un unghi de 30 de grade cu amboul în sus
- se aspiră în seringă pentru a vedea dacă este introdus corect în venă (apare sânge)
- Se îndepărtează garoul și se injectează lent substanța la terminarea injectării se aspiră din nou pentru a vedea dacă acul a fost tot timpul în venă și dacă întreaga medicație a fost corect introdusă.
- se scoate acul din venă printr-o mișcare rapidă și se presează locul punționării cu compresă timp de 3 minute
- se aplică un pansament adeziv

Considerații speciale:

- deoarece medicamentele administrate prin injecție intravenoasă directă au efect imediat, în cazul pacienților alergici poate apărea șocul anafilactic. În această situație (când pacientul devine dispneic, cianotic etc) trebuie chemat imediat medicul și se încep la nevoie manevrele de resuscitare
- dacă apar semne de extravazare se întrerupe injectarea și se reia tehnica ținând cont de substanța pierdută

5. Administrarea tratamentului intravenos cu ajutorul unei branle

Scutește pacientul de multiple înțepături, permite menținerea unei linii venoase continue, perfuzare continuă, administrarea de bolusuri, etc.

 Spitalul Județean de Urgență Satu Mare Satu Mare , str. Prahovei nr.1-3	Administrarea tratamentului medicamentos- Masuri de identificare pacient	Editia 1 <u>2</u> 3 4
		Revizia 0 <u>1</u> 2 3
	Tip document: procedura generala ; Cod document : PG-SEC-04	Exemplar nr.
		Pag. 14/37

După fiecare injecție se spală cu soluție diluată de heparină sau soluție normal salină, pentru a preveni formarea cheagurilor. Dacă se spală cu soluție diluată de heparină, să se administreze heparina ca tratament; înainte de fiecare administrare de alt medicament, se va spăla întâi cu soluție normal salină, în eventualitatea în care heparina nu este compatibilă cu medicamentul care trebuie administrat.

Materiale necesare:

- medicația prescrisă și, eventual, setul de perfuzare, dacă este vorba de perfuzie
- mănuși
- tampaone alcoolizate
- seringă 3 ml
- soluție normal salină
- garou
- fixator sau leucoplast
- soluție diluată de heparină

Pregătirea echipamentului:


- se verifică medicația
- se spală mâinile
- se pregătește diluția de heparină (se poate pregăti cu 10 până la 100 unități pe ml) și se trage în seringă de 3 ml
 - se dezinfectează gâtul fiolei sau dopul flaconului de cauciuc
 - se atașează perfuzorul la flaconul de perfuzat și se scoate aerul, sau se trage substanța din flacon sau fiola în seringă.

Administrare:

- se confirmă identitatea pacientului
- se pun mănușile
- se dezinfectează, cu un tampon alcoolizat, capătul branulei, unde se va atașa seringă sau perfuzorul
- se aspiră întâi cu seringă, pentru a verifica dacă apare sânge. Dacă apare, branula este corect poziționată și este permeabilă, dacă nu apare sânge la aspirare, se aplică un garou, nu foarte strâns, deasupra locului unde este branula, se ține aproximativ un minut și apoi se spiră încă o dată. Dacă sângele tot nu apare, se desface garoul și se injectează câțiva ml de soluție normal salină. Dacă se întâmpină rezistență la injecție nu se va forța, ci se va administra heparină diluată. Dacă nu se întâmpină rezistență, se va administra apoi soluție normal salină (pentru a spăla eventualele urme de heparină care pot fi incompatibile cu unele medicamente), observând cu atenție dacă apare durere sau semne de infiltrație a substanței. Dacă, însă, apare durerea, semnele de rezistență la injecție și se observă infiltrație, se va scoate branula și se va monta una nouă.
- după administrarea medicației cu seringă, se va spăla cu soluție normal salină și apoi cu heparină diluată, pentru a nu se forma trombi
- dacă se administrează perfuzie pe branulă, se va adapta perfuzorul la branulă, se va regla rata de curgere și, după înlăturare, se va proceda în același fel ca la injecția cu seringă.

Considerații speciale:

- Dacă trebuie administrate, atât perfuzie, cât și medicament, compatibile sau nu, se instituie o linie venoasă secundară, care se va atașa la cea primară
- Astfel, dacă substanțele sunt compatibile și se dorește să meargă în paralel, cele două soluții se vor situa la același nivel și se va regla rata de curgere.
- Dacă pacientul are o linie venoasă continuă care trebuie menținută și trebuie administrată o

 <p>Spitalul Județean de Urgență Satu Mare</p> <p>Satu Mare , str. Prahovei nr.1-3</p>	Administrarea tratamentului medicamentos- Masuri de identificare pacient	Editia 1 <u>2</u> 3 4
		Revizia 0 <u>1</u> 2 3
	Tip document: procedura generala ; Cod document : PG-SEC-04	Exemplar nr.
		Pag. 15/37

substanță care nu este compatibilă cu respectiva perfuzie, se va institui linia venoasă secundară cu respectiva substanță, situată mai sus decât cea principală și se va porni doar cea secundară, la terminarea administrării repornindu-se perfuzia de întreținere.

- chiar dacă rămâne funcțională, branula trebuie schimbată la 48-72 ore, schimbându-se locul inserției

6. Linia venoasă secundară

Este o linie venoasă completă care se conectează la o linie venoasă primară, deja existentă. Linia venoasă secundară este folosită la administrarea intermitentă sau continuă de medicamente, atunci când se păstrează tot timpul o linie venoasă principală pentru întreținere sau din alte motive. Antibioticele sunt cele mai folosite medicamente care se pot administra intermitent, prin linii venoase secundare.

Atunci când se conectează perfuzia secundară și se vrea să meargă doar aceasta, ea trebuie poziționată deasupra celei primare. Dacă se vrea să meargă ambele perfuzii, ele trebuie poziționate la același nivel și reglat ritmul uneia și apoi al celeilalte. De asemenea, injectomatele și infuzomatele pot fi folosite ca linii venoase secundare pentru administrare intermitentă sau continuă, având avantajul că se poate doza exact cantitatea de medicament administrată.

Materiale necesare:


- medicația prescrisă
- perfuzor
- adaptor special sau ac pentru atașare la linia primară
- tamponane cu alcool
- fixator sau leucoplast
- etichete
- injectomat sau infuzomat
- soluție salină

Pregătirea echipamentului:

- se verifică medicația prescrisă de medic
- se spală mâinile
 - se verifică soluția care trebuie administrată pe linia venoasă secundară pentru data de expirare și aspectul său
 - se verifică dacă medicamentul care trebuie administrat secundar este compatibil cu cel din linia venoasă primară
 - dacă este necesar, se adaugă și alt medicament în soluția pentru administrare pe calea secundară, conform indicațiilor medicului (se șterge cu alcool orificiul flaconului, se injectează substanța care trebuie adăugată și se agită pentru o bună omogenizare și dizolvare) dar se va eticheta neapărat și specifică substanța adăugată
- unele medicamente sunt preparate pulbere în flacoane care pot fi perfuzate după dizolvare

Administrarea:

- se confirmă identitatea pacientului
- dacă substanța care trebuie administrată secundar nu este compatibilă cu cea de pe linia venoasă primară, aceasta din urmă va fi înlocuită cu soluție salină, compatibilă cu orice, până la administrarea celeilalte substanțe
- se așează în stativ cea de-a doua substanță, se atașează perfuzorul, se elimină aerul și apoi, capătul perfuzorului fie printr-un ac, fie printr-un dispozitiv special, va fi atașat la sistemul de cuplare (după ce a fost dezinfectat în prealabil cu un tampon cu alcool) al primei linii de perfuzare

 <p>Spitalul Județean de Urgență Satu Mare</p> <p>Satu Mare , str. Prahovei nr.1-3</p>	Administrarea tratamentului medicamentos- Masuri de identificare pacient	Ediția 1 2 3 4
		Revizia 0 1 2 3
	Tip document: procedura generala ; Cod document : PG-SEC-04	Exemplar nr.
		Pag. 16/37

- se ajustează rata de perfuzare și se reglează adecvat în funcție de ce se dorește (să meargă amândouă liniile venoase sau doar cea secundară)
- după terminarea medicamentului de pe linia venoasă secundară fie se va decupla tot sistemul secundar și se va arunca în recipientele specifice de colectare, dacă doza trebuie repetată la intervale de timp, se va menține pe loc, etichetat cu data primei utilizări, până când o nouă perfuzie va fi instituită pe linia secundară

Considerații speciale:

- dacă sistemul de perfuzare al liniei secundare se păstrează pe loc până la o nouă folosire, trebuie atent etichetat cu data primei utilizări și schimbat obligatoriu la 24 ore
- după înlăturarea sistemului secundar de perfuzare se va verifica și se va dezinfecta locul de cuplare cu sistemul primar astfel încât aceasta să nu fi fost afectat și să se scurgă lichid

6.2.1.3 ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PRIN SONDA NAZOGASTRICĂ, GASTROSTOMĂ

Pe lângă faptul că oferă o alternativă în alimentația pacientului, montarea sondei nazogastrice, cât și gastrostomia permit și administrarea medicamentelor pe această cale.

Înainte de administrarea medicamentelor pe această cale, trebuie verificată cu atenție poziția și permeabilitatea sondei.

Administrarea medicamentelor uleioase este contraindicată pe această cale, deoarece ele se lipesc de pereții sondei și mixează cu alte lichide administrate, obstruând-o, astfel.

Materiale necesare:


- medicația prescrisă
- aleza
- seringă specială cu piston de 50-60 ml
- comprese
- recipient pentru mixarea medicamentelor, dacă este necesar
- apă
- leucoplast
- pensă pentru clampat
- tub pentru gastrostomă și pâlnie, dacă este necesar

Pregătirea materialelor:


- lichidele care se administrează trebuie să fie la temperatura camerei. Administrarea de lichide reci pe sonda nazogastrică poate da crampe abdominale
- deși nu este o procedură sterilă, se va verifica ca toate materialele folosite să fie curate

Administrare:

- se verifică medicația
- se spală mâinile
- dacă medicația prescrisă este sub formă de tablete aceasta trebuie sfărâmată pentru a putea fi dizolvată într-un lichid. De preferat să se ceară medicație sub formă de lichide de la farmacie pentru a fi administrată pe această cale
- se explică procedura pacientului și i se asigură intimitate
- se confirmă identitatea pacientului
- se protejează pacientul cu un prosop pus pe piept
- se ridică patul, astfel încât pacientul să stea cu capul ușor ridicat
- se clampează sonda și se atașează siringa

 <p>Spitalul Județean de Urgență Satu Mare</p> <p>Satu Mare, str. Prahovei nr.1-3</p>	Administrarea tratamentului medicamentos- Masuri de identificare pacient	Ediția 1 2 3 4
		Revizia 0 1 2 3
	Tip document: procedura generala ; Cod document : PG-SEC-04	Exemplar nr.
		Pag. 17/37

- se declampeză sonda și se aspiră pentru a verifica poziția sondei
 - dacă apare lichid gastric, sonda este bine poziționată (se pot pune câteva picături pe o bandă de măsurare a pH-ului pentru a fi siguri că este lichid gastric- pH-ul trebuie să fie mai mic de 5)
 - dacă nu apare lichid gastric, cel mai probabil, sonda este în esofag și trebuie re-poziționată
 - dacă se întâlnește rezistență la aspirare se va opri procedura. Rezistența la aspirare poate fi de o sondă nefuncțională (obstruată, de exemplu) sau de o proastă poziționare a sondei. De asemenea, trebuie știut că sondele de calibru mic se pot colaba la aspirare după verificarea poziției sondei și re-poziționarea ei dacă este necesar, se clampeză și se lasă capătul liber pe comprese
 - se amestecă medicamentul cu apă sau alt lichid de administrare. Dacă este tabletă, se va verifica că este suficient de sfărâmat, astfel încât să poată trece fără să obstrueze sonda; dacă este capsulă se va scoate învelișul și se va dizolva conținutul. Sse amestecă bine medicamentul cu lichidul în care se dizolvă, pentru omogenizare
 - se reatașează seringă, de data aceasta fără piston și se declampeză sonda medicamentul preparat se pune în seringă câte puțin și se controlează rata de curgere, prin ridicarea sondei lent
 - dacă medicația curge fără probleme, se va adăuga puțin câte puțin, până la terminarea întregii doze
 - dacă medicația curge greu se va mai dilua, vâscozitatea putând fi unul din motive sau se va opri procedura, pentru a re-verifica poziția sondei. Nu se va forța introducerea medicației S se va supraveghea pacientul în timpul administrării. Dacă se observă semne de disconfort se va opri procedura imediat
 - după administrarea întregii doze, se va spăla sonda cu 30-50 ml apă pentru a preveni obstruarea acesteia cu resturile de medicament. La copii se va spăla doar cu 15-20 ml apă S după spălarea sondei se clampeză rapid sonda și se detașează seringă montându-se un căpăcel în capătul sondei și fixând-o într-o poziție cât mai comodă pentru pacient S se îndepărtează aleza
 - pacientul este poziționat pe partea dreaptă, cu capul ușor ridicat, pentru încă 30 de minute de la administrare. Această poziție permite buna pătrundere a medicației în stomac și previne refluxul gastro-esofagian
 - administrarea medicației pe gastrostomă necesită pregătirea pacientului și a materialelor necesare ca la administrarea pe sonda nazogastrică S se verifică pielea din jurul stomei pentru a observa eventualele iritații. Dacă acestea există, va fi anunțat medicul
 - se îndepărtează compresele de pe capătul tubului, se atașează seringă și se declampeză tubul
 - se introduc aproximativ 10 ml apă pentru a verifica permeabilitatea stomei
 - dacă apa curge greu sau deloc se va anunța medicul
 - se adminstrează medicația având grijă să nu se golească seringă de tot, pentru a evita pătrunderea aerului
 - S după administrare se va spăla cu 50 ml apă
 - se clampeză din nou, se acoperă cu comprese și se fixează bine cu leucoplast
 - poziționează pacientul pe partea dreaptă, cu capul ușor ridicat pentru încă 30 de minute de la adminstrare. Această poziție permite buna pătrundere a medicației în stomac și previne gastro-esofagian
- Considerații speciale:**
- pentru a preveni administrarea unei cantități prea mari de lichide odată (mai mult de 400 ml la adulți), se va evita să se adminstreze medicația la ora mese
 - Dacă totuși trebuie administrată și medicația și hrana în același timp, se va administra întâi medicația
 - dacă pacientul primește continuu hrană, aceasta se va opri și se va verifica reziduul


 Spitalul Județean de Urgență Satu Mare Satu Mare , str. Prahovei nr.1-3	Administrarea tratamentului medicamentos- Masuri de identificare pacient	Editia 1 <u>2</u> 3 4
		Revizia 0 <u>1</u> 2 3
	Tip document: procedura generala ; Cod document : PG-SEC-04	Exemplar nr.
		Pag. 18/37

stomacal. Dacă acesta este mai mare decât 50% din cantitatea de hrană administrată cu o oră

înainte, se va opri orice administrare de hrană sau medicamente și va fi anunțat medicul.

Acesta poate fi un semn de ocluzie intestinală sau ileus paralyticus

- dacă sonda nazogastrică este atașată la o pungă colectoare sau sistem de aspirare, acesta trebuie oprit și sonda clampată, cel puțin 30 de minute după administrare
- dacă pacientul necesită tratament administrat pe această cale timp îndelungat, va fi învățat să-și administreze singur acasă, în mod corect

 Spitalul Județean de Urgență Satu Mare Satu Mare , str. Prahovei nr.1-3	Administrarea tratamentului medicamentos- Masuri de identificare pacient	Editia 1 <u>2</u> 3 4
		Revizia 0 <u>1</u> 2 3
		Exemplar nr.
Tip document: procedura generala ; Cod document : PG-SEC-04		Pag. 19/37

6.2.1.4 ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE RECTALĂ, VAGINALĂ

Medicamentele care se administrează **intrarectal** pot fi supozitoarele și unguentele. Supozitoarele sunt medicamente solide, mici, de cele mai multe ori sub formă de con, constituite pe bază de unt de cacao sau glicerină. Se administrează pentru a stimula peristaltismul intestinal și defecația, sau pentru a reduce durerea și iritațiile locale. De asemenea, ele conțin antitermice. Se topesc la temperatura corpului și sunt absorbite lent.

Deoarece inserția de supozitoare intrarectal stimulează nervul vag, această procedură este contraindicată la pacienții cu aritmii. De asemenea, este contraindicată la pacienții care au suferit recent intervenții chirurgicale recente în zona rectului sau prostatei.

Materiale necesare:

- supozitoarele rectale sau tubul de unguent cu un aplicator special
- mănuși
- lubrefiant
- comprese

Pregătirea echipamentului:

- supozitoarele se vor păstra la frigider până în momentul administrării, deoarece ele se topesc la temperatura camerei și se înmoaie, fiind dificil de introdus

Administrare:

- se verifică medicația prescrisă de medic, ca să corespundă cu cea ridicată de la farmacie
- se verifică data de expirare a medicamentelor
- se spală mâinile
- Se confirmă identitatea pacientului
- Se explică procedura
- Se asigură intimitate

Administrarea supozitoarelor:

- pacientul este poziționat în decubit lateral stâng cu piciorul stâng întins în spate și dreptul flectat (Poziția Sims) și se acoperă expunându-i doar zona fesieră S se pun mănușile, se scoate supozitorul și se lubrefiază cu un lubrefiant pe bază de apă
 - se ridică fesa dreaptă cu o mână pentru a expune anusul
 - se indică pacientului să respire profund pe gură pentru a relaxa sfîcterul anal și a-i reduce
 - anxietatea și disconfortul în timpul inserției
 - folosind indexul de la cealaltă mână se va introduce supozitorul aproximativ 7 cm până trece de sfîcterul anal intern
 - se indică pacientului să stea în aceeași poziție și să încerce să țină cât mai mult supozitorul(de exemplu, un supozitor administrat pentru stimularea defecației trebuie ținut cel puțin 20 de minute pentru a-și face efectul)
 - S dacă este cazul se presează pe anus cu comprese până când urgența de defecație trece.

Administrarea de unguente perianal si intrarectal:

- se pun mănușile
- pentru aplicații externe, în zona anală, se folosesc mănuși și comprese pentru a aplica unguentul
- pentru administrare intrarectală se atașează aplicatorul la tub și se lubrefiază
- pacientul este poziționat în decubit lateral stâng cu piciorul stâng întins în spate și dreptul flectat (Poziția Sims) și se acoperă expunându-i doar zona fesieră
 - ridică fesa dreaptă cu o mână pentru a expune anusul
 - se indică pacientului să respire profund pe gură pentru a relaxa sfîcterul anal și a-i reduce



Administrarea tratamentului medicamentos- Masuri de identificare pacient

Editia 1 2 3 4

Revizia 0 1 2 3

Exemplar nr.

Pag. 20/37

Tip document: **procedura generala** ; Cod document : **PG-SEC-04**

- anxietatea și disconfortul în timpul inserției
- introduce cu blândețe aplicatorul lubrefiat direcționându-l spre ombilic
- se presează încet pe tub pentru a elibera unguentul
- se scoate aplicatorul și se plasează comprese interfesier pentru a absorbi excesul de unguent
- S se detașează aplicatorul și se spală bine cu apă caldă și săpun (se va folosi doar la același pacient)

Considerații speciale:

- deoarece ingestia de lichide și mâncare stimulează peristaltismul, supozitoarele pentru combaterea constipației trebuie administrate cu 30 de minute înainte de masă pentru a facilita defecația
- va fi învățat să se abțină de la a expulza supozitorul unui pacienți (de exemplu cei cu hemoroizi) nu-și pot suprima senzația de urgență de
- defecare și nu pot reține supozitorul mult timp,

Medicația vaginală cuprinde supozitoare, ovule, creme, geluri și unguente. Acestea se folosesc fie ca tratament al infecțiilor locale (vaginite, trichomonas vaginalis), fie ca antiinflamatoare sau contraceptive. Medicația care se adminstrează pe cale vaginală poate fi însoțită de un aplicator care ușurează plasarea medicamentului. Medicația administrată pe această cale este eficientă dacă pacienta va sta culcată după administrare pentru a evita pierderile de medicamente prin scurgere.

Materiale necesare:

- medicația prescrisă
- lubrifiant
- mănuși
- comprese
- pensă sau aplicator dacă este necesar

Administrare:

- este indicată administrarea medicației pe cale vaginală, înainte de culcare, pentru ca pacienta să rămână astfel cât mai mult timp întinsă S se verifică medicația prescrisă de medic cu cea ridicată de la farmacie
- se confirmă identitatea pacientei
- se spală mâinile
- se explică procedurapacientei și se asigură intimitate
- se cere pacientei să mictioneze înainte de administrare
- pacienta poate fi întrebată dacă dorește să-și administreze singură medicamentul. Dacă da, va fi instruită corespunzător.
- pacienta va fi așezată în poziție ginecologică dar i se va expune doar perineul

Administrarea supozitoarelor pe cale vaginală:

- se scoate supozitorul din înveliș și, dacă este necesar, se lubrefiază cu un lubrifiant pe bază de apă
- se pun mănuși și se evidențiază vaginul
- cu un aplicator sau cu ajutorul indexului se introduce supozitorul apoximativ 5 cm în interiorul vaginului
- S mișcările de introducere ale medicamentelor intravaginale trebuie să fie inițial în jos, spre coloana vertebrală și apoi în sus și în spate, spre cervix



Administrarea de creme, geluri sau unguente pe cale vaginală:

S acestea sunt însoțite întotdeauna de un aplicator special care se atașează la tubul de unguent, cremă, gel care se va presa ușor pentru eliberarea cantității dorite S se pun mănușile, se expune vaginul și se aplică întocmai ca la supozitoare

Considerații speciale:

- pentru a nu se murdări hainele și patul pacientei acestea se pot proteja cu o aleză pacienta este sfătuită să rămână la pat pentru câteva ore
- supozitoarele trebuie păstrate la frigider deoarece se topesc la temperaturacamerei pacienta va continua tratamentul acasă trebuie să ne asiguram că și-a însușit corect tehnica de administrare
- pacienta este atenționată să nu folosească tampoane vaginale după administrare de medicamente intravaginal deoarece acestea pot absorbi medicamentele
- pacienta trebuie atenționată să evite contactele sexuale pe durata tratamentului
- pacienta va fi informată asupra eventualelor reacții adverse (iritații locale) care vor trebui comunicate medicului

6.2.1.5 ADMINISISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE NAZALĂ

Medicația pe cale nazală poate fi sub formă de picături, spray sau aerosoli (folosind un nebulizator).

Majoritatea medicamentelor administrate în acest fel produc mai degrabă efecte locale decât sistemice. Multe medicamente cu cale de administrare nazală sunt vasoconstrictoare, folosite pentru ameliorarea congestiei nazale.

Alte tipuri de medicamente folosite pe această cale sunt antisepticele, anestezicele și corticosteroizii. Anestezicele locale pot fi administrate pentru asigurarea confortului pacientului în timpul unei examinări rinolaringeale, laringoscopii, bronhoscopii sau intubații endotraheale. Corticosteroizii reduc inflamația în sindroamele alergice sau inflamatorii sau atunci când pacientul are polipi nazali.

Materiale necesare:

- medicația prescrisă
- mănuși
- tăviță renală
- nebulizator

Administrarea:

- se verifică medicația prescrisă de medic cu cea ridicată de la farmacie, data expirării medicamentului, concentrația
- se confirmă identitatea pacientului
- se explică procedura pacientului pentru a ne asigura de colaborarea sa și pentru a-i reduce anxietatea
- se asigură intimitate pacientului
- se spală mâinile și se pun mănuși
- se poziționează pacientul corect, în funcție de manevra pe care vrem să o efectuăm.

Administrarea de picături nazale:

- pentru a i se administra picături, pacientul trebuie poziționat culcat cu capul ușor înclinat spre zona afectată,



- se fixează o nară ridicând-o ușor și așezând picurătorul exact la orificiul de intrare, picurătorul se va îndrepta în sus și spre linia mediană a nasului, mai degrabă decât în jos pentru ca medicamentul să se ducă înspre spatele cavității nazale nu în gât.
- se introduce apoi picurătorul aproximativ 1 cm în nară fără a o atinge și se administrează doza prescrisă de medicament,
- pentru a evita ca medicamentul să curgă afară din nară se indică pacientului să-și mențină poziția încă 5 minute de la administrare și să respire pe gură, permițând astfel medicamentului să efectueze constricția mucoasei și să diminueze congestia nazală,
- pacientul poate expectora în tăviță dacă medicamentul a ajuns în gură sau gât.
- se va șterge cu o compresă curată excesul de medicament de pe fața pacientului, dacă este cazul
- se va spăla picurătorul cu apă caldă și va fi lăsat să se usuce, fiind indicat să se folosească doar la același pacient.

Administrarea de spray-uri nazale:

- pacientul este poziționat fie ridicat cu capul dat pe spate, fie culcat, cu umerii ridicați, capul dincolo de marginea patului, în hiperextensie. Se va sprijini capul pacientului astfel poziționat.
- se înlătură capacul spray-ului
- se astupă o nară a pacientului și se introduce capătul flaconului în cealaltă nară
- pacientul este instruit să inhaleze eliberând concomitent un o doză de medicament repede și ferm, după care pacientul va expira pe gură.
- dacă este necesar se va repeta manevra în aceeași nară sau în cealaltă
- pacientul este instruit să își mențină poziția încă câteva minute după dministrare, să inspire blând pe nas și să expire pe gură, să evite să își sufle nasul câteva minute.

Administrarea de medicamente sub formă de aerosoli:

- pacientul este rugat să-și sufle nasul
- se agită flaconul înainte de utilizare și se îndepărtează capacul
- se ține flaconul între degetul mare și arătător
- se indică pacientului să își dea capul pe spate și se introduce capătul flaconului într-o nară în timp ce o acoperim pe cealaltă
- se eliberează o doză de medicament printr-o miscare fermă și rapidă
- se agită din nou flaconul și se introduce și în cealaltă nară se îndepărtează adaptatorul flaconului, se spală cu apă caldă și se lasă să se usuce fiind indicat să se folosească doar la același pacient

Considerații speciale:

- Tuburile sub presiune (ca sprayurile și aerosolii) trebuie verificate să nu fie accidentate sau perforate.
- Pentru a evita contaminarea și răspândirea infecțiilor, flacoanele se etichetează și se folosesc doar la un pacient
- Pacientul trebuie învățat să își administreze singur și corect medicamentele dacă este necesar să continue administrarea și acasă
- Pacientul trebuie avertizat să nu își administreze medicația un timp mai îndelungat decât este prescris, deoarece aceasta își pot pierde efectul terapeutic sau dimpotriva, pot da dependență
- Pacientul trebuie informat asupra posibilelor efecte adverse ale tratamentului cât și a anumitor particularități ale medicamentelor administrate (de exemplu, la administrarea



de corticosteroizi sub formă de spray sau aerosoli, efectul poate apărea la un interval cuprins între 2 zile și 2 săptămâni)

- Pacientul va fi învățat să își mențină o bună igienă orală și nazală

1.2.1.6 ADMINSTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE MUCO- DERMALĂ

Medicamentele din această categorie se aplică direct pe piele. Acestea sunt loțiuni, creme, unguente, pudre, șampoane, aerosoli, patch-uri (plasturi medicamentoși).

Aceste medicamente sunt absorbite prin epidermă până la dermă. Gradul de absorbție depinde de vascularizarea zonei respective.

Nitroglicerina, fentanylul, nicotina sunt folosite pentru efectele lor sistemice. Dar cele mai multe medicamente cu cale de administrare dermică sunt folosite pentru efectul lor local.

De obicei medicamentele transdermice trebuie aplicate de doua-trei ori pe zi pentru a avea efectele dorite.

Materiale necesare:

- medicația
- mănuși
- apăsător de limbă steril
- comprese sterile
- pansamente transparente semipermeabile
- leucoplast

Administrarea:

- se verifică, ca medicația să corespundă cu prescripția medicului S se verifică data expirării medicamentului
- se verifică identitatea pacientului
- se explică procedura de aplicare deoarece majoritatea pacienților, după externare, vor continua să-și administreze singuri medicamentul.
- se asigură intimitatea pacientului
- se spală mâinile
- se pun mănuși
- pacientul este așezat într-o poziție confortabilă care să permită accesul la zona care trebuie tratată
- se descoperă zona care trebuie tratată. Se verifică, ca mucoasa sau pielea să fie intacte (mai puțin în cazurile când sunt tratate leziunile pielii, cum ar fi ulcerele) deoarece aplicarea pe pielea cu leziuni poate determina absorbția medicamentuoasă sistemică și iritații
- dacă este necesar se curăță pielea de secreții, cruste, celule moarte sau urmele vechilor aplicații medicamentuoase, apoi se schimbă mănușile

Aplicarea cremelor sau unguentelor:

- se deschide recipientul punându-se capacul cu fața exterioară în jos pentru a se evita contaminarea suprafeței interioare a capacului
- se desface apăsătorul de limbă steril și se ia cu ajutorul lui cremă sau unguent și se pune în mână cu mănușă
- se aplică apoi crema sau unguentul pe suprafața afectată prin mișcări lente, ușoare, în sensul creșterii firelor de păr
- pentru a evita contaminarea medicamentului se va folosi de fiecare dată altă spatulă



pentru a lua cremă din recipient

Înlăturarea unguentelor:

- se spală mâinile și se pun mănuși
- se toarnă solvent pe mănuși și se aplică pe zona cu unguent în sensul creșterii firelor de păr
- se îmbibă o compresă sterile cu solvent și se îndepărtează blând unguentul
- excesul rămas se șterge cu o compresă sterile S se va evita frecarea zonei pentru a nu produce iritații

ADMINISTRAREA ALTOR MEDICAMENTE Administrarea medicamentelor sub formă de șampon:

Medicamentele sub formă de șampon includ agenți keratolitici și citostatici, soluții linden și se folosesc în tratarea mătreții, psoriazisului, eradicarea păduchilor etc.

Deoarece instrucțiunile de aplicare pot varia de la o firmă producătoare la alta, se va citi pe eticheta șamponului cantitatea indicată pentru spălare.

Se va evita ca șamponul să intre în contact cu ochii. Dacă se întâmplă totuși, trebuie spălați imediat cu multă apă. De asemenea, se va evita contactul șamponului cu cavitatea bucală. Anumite șampoane care conțin agenți citostatici sunt extreme de toxice dacă sunt ingerate.

Administrarea:

- pregătirea pacientului
- se agită șamponul pentru a uniformiza conținutul sau a mixa soluțiile componente
- se udă bine cu apă părul pacientului
- se aplică cantitatea indicată de șampon
- se spală părul și scalpul cu șamponul aplicat fără a folosi unghiile
- se lasă șamponul să-și facă efectul conform indicațiilor din prospect(de obicei 5-10 min)
- se clatește cu apă din abundență
- se șterge părul și se usucă
- după uscare se piaptână sau se perie părul pacientului
- dacă este nevoie se folosește piaptene fin cu dinții deși pentru înlăturarea eventualelor ouă
- de păduchii

Administrarea aerosolilor spray:

- se agită flaconul pentru a mixa compoziția dacă este cazul. Se ține recipientul la 15-30 cm de piele și se pulverizează o peliculă fină de medicament pe zona care trebuie tratată

Aplicarea pudrei:

pentru a aplica pudră se usucă suprafața pielii după ce a fost curățată de reziduuri, colecții se aplică un strat subțire de pudră pe zona care trebuie tratată

Considerații speciale:

- pentru a păstra medicamentul pe zona tratată și pentru a nu se împrăștia pe hainele pacientului se poate acoperii zona cu o compresă sau cu un pansament semipermeabil transparent
- dacă se aplică medicația pe mână sau piciorul pacientului, se poate acoperi apoi zona tratată cu mănuașă de bumbac respectiv șosetă de bumbac
- se va verifica frecvent zona tratată pentru depistarea precoce a eventualelor iritații, reacții alergice



- nu se va aplica nicioadata medicamentul fără a curăța zona tratată de vechea aplicare
- pentru a preveni astfel iritația pielii prin acumulare de reziduuri medicamentuoase vechi
- purtarea mănușilor este obligatorie și pentru a preveni absorbția medicamentului prin pielea mâinilor asistentei
- pansamentele și mănușile folosite vor fi aruncate la deșeuri contaminate
- aplicarea unguentelor pe mucoase se va face în cantități mult mai mici decât pe piele deoarece mucoasele sunt de obicei umede și absorb unguentul mult mai repede decât pielea

1.2.1.7 ADMINSTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE TRANSDERMALĂ

Printr-un patch adeziv sau un unguent dozat aplicat pe piele, substanța medicamentuoasă este eliminată constant, controlat, direct în circulația sangvină, obținându-se un efect sistemic prelungit.

Medicația transdermală folosită este nitroglicerina (în controlul anginelor), scopolamina (folosită ca antiemetic), estradiolul (folosit în postmenopauză), clonidina (folosită în hipertensiune), nicotina (folosită la cei care doresc să se lase de fumat) și fentanylul (un analgezic opioid folosit pentru controlul durerii cronice).

Unguentul cu nitroglicerină dilată coronarele pentru aproximativ 4 ore pe când un patch cu nitroglicerină va produce același efect pentru mai mult de 24 de ore. Un patch cu scopolamină atenuază greața pentru mai mult de 72 de ore, patch-ul cu estradiol are efect o săptămână, cel cu nicotină 24 de ore, iar cel cu fentanyl pentru 72 de ore.

Contraindicațiile de patch-uri transdermale sunt reacțiile alergice la medicamentul respectiv sau pielea iritată.

Materiale necesare:

- mănuși
- medicație prescrisă
- bandaj adeziv
- bandaj transparent semipermeabil

Administrare:

- se verifică medicația prescrisă cu cea primită de la farmacie S se spală mâinile și se pun mănuși
- se verifică eticheta medicamentului și data expirării S se verifică identitatea pacientului
- se explică procedura pacientului
- se înlătura medicația anterioară

Aplicarea unguentului transdermal:

Cel mai folosit unguent transdermal, folosit pentru efectul său sistemic, este nitroglicerina. Se folosește pentru a dilata vasele sangvine și pentru a îmbunătăți irigarea cardiacă la pacienții cu ischemie cardiacă sau angină pectorală.

- mai întâi se măsoară și se notează tensiunea arterială a pacientului S se înlătură unguentul anterior dacă este cazul
- se măsoară cantitatea de unguent prescrisă (pe o hârtie marcată care se otine o dată cu unguentul) și se aplică direct pe piele (de obicei pe piept sa braț)



- se poate acoperii zona cu pansament transparent semipermeabil pentru a crește absorbția medicamentului
- se va remăsura tensiunea arterială după cinci minute de la aplicarea unguentului. Dacă aceasta scade brusc și pacientul acuză dureri de cap va fi anunțat medicul imediat pentru a reduce doza
- se indică pacientului să stea lungit în pat sau șezând în scaun imediat după aplicarea unguentului

Aplicarea patch-urilor transdermale:

- dacă pacientul va primi medicație transdermală trebuie să fie instruit cu atenție asupra folosirii corecte a acesteia, deoarece dintre ei vor continua să și le administreze singuri acasă
- se va explica pacientului că patch-ul are mai multe straturi. Stratul care stă în contact direct cu pielea conține o mică cantitate de substanță medicamentuoasă și permite intrarea acesteia în circulația sangvină. Următorul strat controlează eliberarea treptată a medicamentului din porțiunea principală a patch-ului. Al treilea strat conține principala doză de medicament. Ultimul strat, cel exterior, constă într-o barieră din poliester și aluminiu.
- pacientul va fi învățat să-și aplice patch-ul în locuri potrivite cum ar fi partea superioară a bratului sau pieptul în spatele urechii, evitând să atingă gelul. Zona de aplicare trebuie să fie uscată și fără păr
- va fi învățat să alterneze locurile de aplicare de fiecare dată când schimbă patch-ul, pentru a evita iritațiile pielii
- nu-și va aplica patch-ul cu piele cu leziuni, nici în spatele genunchiului sau cotului S după aplicare își va spăla mâinile pentru a îndepărta eventualele urme de gel
- dacă udă accidental suprafața cu gel sau scapă patch-ul pe jos va trebui să îl înlocuiască cu unul nou plasat în alt loc va trebui să-și aplice patch-ul la aceeași oră pentru a asigura continuitatea tratamentului
- noul patch îl va aplica cu 30 de minute înainte de al îndepărta pe cel vechi se scrie data și ora aplicării patch-ului pe suprafața lui exterioară

Considerații speciale:

- când i se administrează patch-ul cu scopolamine sau fentanyl pacientul nu are voie să sofeze până când nu se instalează răspunsul la medicația administrată
- pacientul va fii monitorizat pentru depistarea precoce a efectelor adverse (durere de cap, hipotensiune la administrarea de nitroglicerină etc)

1.2.1.8 ADMINSTRAREA MEDICAMENTELOR INTRAAURICULAR

Instilațiile auriculare se folosesc pentru tratamentul infecțiilor și inflamațiilor urechilor, îndepărtarea cerumenului, anestezie locală, sau îndepărtarea insectelor ajunse accidental în ureche.

Instilațiile auriculare sunt în principiu contraindicate pacienților cu perforație de timpan, dar se pot totuși efectua anumite manevre sterile.

De asemenea, instilațiile cu hidrocortizon sunt contraindicate pacienților cu herpes, alte



infecții virale, fungi etc.

Materiale necesare :

- picăturile prescrise
- sursa de lumină
- aplicator cu capătul de bumbac
- bol cu apă calduță
- dopuri urechi din bumbac

Pregătirea medicamentelor:

- pentru a preveni efectele adverse ce pot apărea la administrarea de instilații auriculare prea reci (vertij, greață, durere) se vor pregăti instilațiile la temperatura camerei fie ținându-le într-un bol cu apă caldă fie încălzind flaconul în mână, și se vor testa pe încheietura mâinii înainte de aplicare
- dacă se va folosi picurător de sticlă se va verifica integritatea acestuia pentru a nu răni canalul auditiv

Administrarea :

- se spală mâinile
- se verifică identitatea pacientului
- se va verifica medicamentul care trebuie administrat, dozajul și ne asigurăm că știm exact
- care este urechea afectată S se asigură intimitate pacientului
- se așază pacientul culcat pe partea opusă urechei afectate
- se poziționează canalul auditiv (la adult se trage ureche în spate și în sus, la copil în spate și în jos) pentru o mai bună pătrundere a medicamentului S se va șterge orice secreție observată cu aplicatorul cu capăt de bumbac, deoarece orice colecție poate reduce efectul medicamentului
- se verifică medicamentul care trebuie administrat ca dată de expirare și se compară încă o dată cu indicația medicului
- cu urechea corect poziționată se aplică numărul indicat de picături ținând în așa fel picurătorul încât picăturile să fie aplicate nu direct pe timpan ci pe peretele canalului auditiv, pentru a dimuna disconfortul pacientului
- se menține urechea în aceeași poziție până când medicamentul dispăre cu totul în interiorul canalului auditiv, apoi este eliberată în poziția obișnuită.
- se cere pacientului să rămână culcat încă 5-10 minute pentru a lăsa medicamentul să fie absorbit și se poate pune un dop de bumbac pentru a împiedica scurgerea medicamentului, având grijă să nu fie introdus prea adânc pentru a nu crea presiune în canalul auditiv
- se curăță și usucă urechea externă
- dacă este indicat se va repeta aceeași procedură în cealaltă ureche după cel puțin 10 minute
- se spală mâinile

Considerații speciale:

- Canalul auditiv este în mod normal foarte sensibil, iar atunci când are anumite afecțiuni,
- această sensibilitate crește, de aceea se recomandă o blândețe deosebită în efectuarea manevrelor



- Se vor spăla mâinile înainte și după efectuarea instilațiilor cât și între aplicații dacă se indică
- administrarea la ambele urechi
- Pentru a preveni rănirea timpanului, nu se va introduce niciodată aplicatorul cu capăt de bumbac dincolo de punctul care se poate vedea cu ochiul liber
- Dacă se indică administrare de picături și unguent, se vor aplica întâi picăturile
- Dacă necesită continuarea tratamentului acasă, pacientul trebuie învățat cu atenție metoda corectă de administrare
- Dacă pacientul prezintă vertij, se vor ridica barele de protecție ale patului în timpul administrării și se va evita ridicarea bruscă sau grăbită după terminarea procedurii, pentru a nu-i accentua vertijul.
- Pacientul trebuie supravegheat pentru a observa eventualele reacții adverse ca: vertij,

1.2.1.9 ADMINSTRAREA MEDICAMENTELOR INTRAOCULAR

Medicația oculară (picături, unguente) are scop atât diagnostic cât și terapeutic. Picăturile de ochi pot fi folosite în timpul examenului oftalmologic pentru a anestezia ochiul, a dilata pupila facilitând examinarea, a evidenția corneea pentru examinare. Medicația oculară poate de asemenea să fie folosită pentru lubrefierea ochiului, tratament (glaucom, infecții oculare), protecția vederii la nou-născut, lubrefierea orbitelor pentru introducerea protezelor oculare.

Înțelegerea efectelor oculare a medicației administrate pe această cale este foarte importantă deoarece anumite medicamente pot cauza afecțiuni sau serioase efecte negative. De exemplu, acetilcolinergicele, care sunt frecvent folosite în timpul examinării ochiului, pot grăbi apariția glaucomului la pacienți cu predispoziție pentru această boală.

Materiale necesare:

- medicația prescrisă
- mănuși
- apă caldă sau soluție normală salină
- comprese sterile
- pansamente oculare

Pregătirea materialelor:

- se va verifica dacă medicația este pentru administrare oculară și data expirării
- se notează data primei folosiri a flaconului (după deschidere se va folosi cel mult 2 săptămâni pentru a evita contaminarea)
- se verifică ca soluția medicamentoasă oftalmică să nu fie decolorată, precipitată etc (se va avea în vedere că majoritatea soluțiilor oftalmice sunt suspensii și au un aspect tulbure). Nu se vor folosi soluțiile care par anormale ca aspect
- dacă capătul tubului cu unguent oftalmic a făcut crustă, aceasta se va elimina într-o compresă sterilă

Administrarea:

- se compară medicația prescrisă de medic cu cea primită de la farmacie S se spală mâinile
- ne asigurăm că stim exact care ochi trebuie tratat deoarece medicul poate prescrie



- medicamente și doze diferite pentru cei doi ochi
- se verifică identitatea pacientului
- se va explica procedura pacientului și i se va asigura intimitatea
- se pun mânușile
- se îndepărtează cu blândețe pansamentele dacă există
- se vor curăța secrețiile întâi în jurul ochiului cu comprese sterile și apă caldă sau soluție normal salină. Apoi, i se cere pacientului să închidă ochiul și se va curăța din interior spre exterior cu comprese sterile diferite pentru fiecare orbită
- pentru a îndepărta crustele din jurul ochiului se pot menține pe ochi comprese umede sterile timp de 1,2 minute. Se va repeta procedeul până când crustele vor putea fi îndepărtate cu ușurință.
- pacientul va sta culcat sau șezând, cu capul dat pe spate și înclinat pe partea cu ochiul afectat

Administrarea medicamentelor prin instilații oculare:

- se detașează capacul picurătorului dacă este necesar și se trage soluție în pipetă. Se va avea în vedere să nu se contamineze capătul picurătorului
- înainte administrării se va învăța pacientul să privească în sus și în depărtare. Astfel corneea va fi într-o poziție care să minimalizeze riscul de a fi atinsă dacă pacientul clipește involuntar în timpul administrării
- se poate sprijini mâna cu picurătorul pe fruntea pacientului fără a atinge capătul acestuia, iar cu cealaltă mână se va trage în jos cu blândețe pleoapa inferioară și se va instila medicamentul în sacul conjunctival
- se va evita să se aplice picăturile direct pe globul ocular pentru a nu provoca disconfort pacientului.
- dacă se vor administra mai multe medicamente, se va aștepta cel puțin 5 minute între instilări
- se vor număra cu atenție picăturile administrate pentru a nu greși doza indicată
- după administrare se dă drumul cu blândețe pleoapei inferioare și se cere pacientului să clipească pentru distribuția uniformă a medicamentului administrat
- dacă se administrează un unguent oftalmic se aplică un strat subțire de-a lungul sacului conjunctival dinspre interior spre exterior. Se rotește tubul cu unguent pentru a finaliza aplicarea
- după administrare și eliberarea pleoapei inferioare se cere pacientului să închidă ochii și să-și rotească globii oculari pentru o distribuție uniformă a medicamentului
- dacă se aplică mai multe unguente oftalmice se va aștepta cel puțin 10 minute între administrări

Administrarea medicației prin aplicarea de discuri oculare:

Discurile oculare sunt mici și flexibile, și sunt formate din trei straturi: doua exterioare și unul de mijloc, care conține medicamentul. Discul medicamentos plutește între pleoapă și scleră și poate fi purtat chiar în timpul înotului sau activităților sportive. Prin administrarea tratamentelor oculare sub formă de discuri medicamentoase pacientul este scutit de grija de a-și administra picături oculare la anumite intervale de timp. După ce discul este plasat, lichidele oculare îl umezesc eliberându-se astfel medicamentul pe care îl conține. Lentilele de contact și umiditatea oculară nu afectează discurile. Discul ocular poate elibera medicamentul pe care îl conține chiar și o săptămână de la aplicare. (cum ar fi discurile care conțin pilocarpina, folosită în tratamentul glaucomului). Contraindicațiile folosirii discurilor oculare sunt

conjunctivitele, keratitele, dezlipirile de retină și alte afecțiuni în care consticția pupilară trebuie evitată.

Aplicarea discurilor oculare:

Este indicat să se aplice discurile înainte de culcare pentru a minimaliza efectele și disconfortul determinat de înțeșoșarea vederii, care apare de obicei imediat după administrare.

- se spală mainile și se pun mănuși
- se extrage un disc din pachet
- se trage cu blândețe pleoapa inferioară și se plasează discul în sacul conjunctival. Discul trebuie așezat orizontal , nu vertical
- se reasează pleoapa peste și deasupra discului. Dacă discul încă se vede se va trage din nou pleoapa inferioară și se va reaseza peste disc. Se poate sugera pacientului să-și ajusteze poziția discului presând foarte ușor pe pleoapa inferioară închisă. Va fii avertizat să nu se frece la ochi pentru a nu se răni
- dacă pacientul necesită aplicarea discurilor la ambii ochi, acestea se vor administra și îndepărta în același timp pentru a primi medicație concomitent la ambii ochi
- dacă discul alunecă în repetate rânduri va fi aplicat sub pleoapa superioară. Pentru aceasta, se ridică și se îndepărtează de globul ocular cu blândețe pleoapa superioară și se va poziționa discul în sacul conjunctival. Se reasează pleoapa la loc și se cere pacientului să clipească de câteva ori. De asemenea, pacientul își poate poziționa discul presând cu blândețe pleoapa superioară închisă
- dacă pacientul va continua medicația acasă, el trebuie învățat cu atenție modul de aplicare și de îndepărtare a discurilor. Cu timpul, pacientului i se va părea din ce în ce mai ușor aplicarea discurilor, obișnuindu-se cu manevrele necesare și cu senzația respectivă
- pacientul va fii avertizat asupra eventualelor efecte adverse ale folosirii discurilor medicamentoase oculare(de exemplu la administrarea de pilocarpină): senzația de corp străin intraocular, roșeața ochiului, prurit, edem , înțepături, lăcrimare, dureri de cap. Multe simptome vor dispărea după aproximativ 6 săptămâni de folosire. Dacă totuși acestea persistă și sunt puternice, trebuie anunțat medicul imediat.

Îndepărtarea discurilor oculare:

Îndepărtarea discurilor oculare se poate face fie cu un deget fie cu două. După ce se spală mâinile și se pun mănușile se îndepărtează pleoapa inferioară pentru a fii evidențiat discul și cu arătătorul de la cealaltă mână se va împinge trage discul prin alunecare în afara sacului conjunctival. De asemenea, se poate prinde discul cu doua degete și se scoate afară.

Dacă discul este sub pleoapa superioară se vor aplica mișcări blânde, circulare pe pleoapa închisă a pacientului, dirijându-se discul spre colțul ochiului (nu peste corneea) și de acolo în sacul conjunctival al pleoapei inferioare de unde se va scoate prin manevra descrisă mai sus.

Considerații speciale:

- dacă se adminstrează medicație oculară cu absorbție sistemică (de exemplu atropină), se va
- presa blând cu degetul pe colțul intern al ochiului respectiv timp de 1-2 minute după instilare în timp ce pacientul ține ochii închiși. Această manevră va împiedica medicamentul să se reverse în ductul lacrimal
- dacă se adminstrează medicație la ambii ochi se va folosi câte o compresă curată pentru fiecare pentru a îndepărta surplusul de medicament care se poate scurge din ochi



- dacă medicamentul are pipetă separat se va descărca orice rest de medicament din aceasta
în flacon evitându-se să se atingă de ceva
- pentru a evita contaminarea, este indicat ca un medicament să nu fie folosit la mai multi pacienți
 - dacă se indică administrarea de picături și unguent la același pacient, picăturile se vor administra primele
 - ca și complicații, anumite medicamente administrate pe cale oculară pot determina arsuri
 - temporare, prurit și roșeață, și rareori efecte sistemice
 - dacă necesită continuarea tratamentului acasă, pacientul trebuie învățat efectuarea corectă a manevrelor de administrare

1.2.1.10 TEHNICI SPECIALE DE ADMINISTRARE A MEDICAMENTELOR: ANALGEZIA EPIDURALĂ

Prin această tehnică, medicul injectează substanța medicamentoasă în spațiul epidural. Medicamentul administrat difuzează lent în spațiul subarahnoidian al canalului spinal și apoi în lichidul cefalorahidian. În unele cazuri medicul injectează substanțe direct în spațiul subarahnoidian.

Analgezia epidurală ajută la controlul durerii cronice și acute (pacienți cu cancer, dureri postchirurgicale). Analgezia poate fi efectuată prin injectare sau prin folosirea unui injectomat atașat la un cateter epidural care permite descărcarea continuă de mici doze care să-și mențină un efect permanent.

Montarea cateterului este de competența medicului, dar asistenta este responsabilă cu supravegherea pacientului și administrarea medicației indicate pe cateter.

Materiale necesare:

- medicația prescrisă
- fixator transparent pentru cateter
- trusă de epidurală (care conține tot ce este necesar pentru montarea cateterului)
- tensiometru, pulsoximetru
- medicamente de urgență: naloxonă, efedrină,
- sursă de oxigen
- echipament intubație oro-traheală (laringoscop, sondă intubație, seringă, leucoplast)

Pregătirea echipamentului:

- se verifică medicația prescrisă
- se prepară soluția în seringă pentru injectomat dacă se va administra în acest mod
- se poziționează pacientul adecvat și i se reamintește să rămână cât mai nemișcat pentru a minimaliza disconfortul și eventualele traume (pacientul este culcat pe pat, în decubit lateral, cât mai aproape de marginea patului. Bărbia trebuie să fie în piept și genunchii strânși și poziționați pe abdomen Astfel spatele pacientului va fi curbat, la marginea patului

Administrarea:

- se explică pacientului procedura și eventualele potențiale complicații. Va fi atenționat



- că va simți o oarecare durere la inserția cateterului. Se va răspunde întrebărilor pe care le are. Se va obține un consimțământ scris al pacientului sau familiei
- medicul va dezinfecta locul puncției cu comprese sterile, de 3 ori cu 3 comprese diferite. Apoi, va așeza câmpul steril cu deschizătura pe locul punșionării
 - pacientul este atenționat că va simți o senzație de arsură și durere locală. I se va cere să anunțe orice durere persistentă deoarece aceasta poate fi datorată iritației unei rădăcini nervoase necesitând re poziționarea acului după ce medicul introduce acul, asistenta va face procedurile indicate de medic (injectarea de analgetic sau conectarea la injectomat)
 - cateterul se va securiza cu un fixator transparent și se va eticheta capătul anterior, pe unde se injectează, cât și perfuzorul atașat dacă este cazul, pentru prevenirea administrării accidentale de alte substanțe
 - se va potrivi rata de administrare conform indicațiilor medicului și se va monitoriza durerea pacientului cerându-i să acorde note pe o scală de la 0 la zece. Dacă nota este mai mare de 3 trebuie ajustată doza. Dacă analgesia este intermitentă și se administrează cu seringă se aspiră întâi pentru a nu apare sânge, caz în care trebuie chemat medicul imediat. De asemenea la aspirare trebuie scos aerul dacă apare și abia apoi se poate injecta substanța. Se va monitoriza tensiunea, pulsul și saturația de oxigen după fiecare administrare deoarece sunt substanțe care pot da modificări ale semnelor vitale normale
 - se vor monitoriza semnele vitale ale pacientului cu un monitor sau pulsoximetru
 - capătul cateterului de conectare la perfuzor sau la seringă (dacă se administrează intermitent medicația analgetică) trebuie învelit în comprese sterile cu betadină și schimbat la fiecare folosire sau la 24 ore dacă nu se deconectează în tot acest timp
 - se va inspecta locul de inserție a cateterului pentru a observa eventualele sângerări sau extravazari ale soluției administrate
 - pacientul este învățat să anunțe orice modificare a stării sale sau durere persistentă
 - dacă se va efectua anestezie pe această cale trebuie avut în vedere instalarea imediată a blocului senzitiv și motor a părții inferioare a corpului. După astfel de anestezii intraoperatorii, blocul se menține și postoperator un timp, de aceea pacientul trebuie atent monitorizat și asistat în tot ceea ce are nevoie
 - Scoaterea cateterului se face fie de către medic fie de către asistentă (se pun mănuși, se desface fixatorul transparent, se inspectează locul de inserție, se trage cateterul - dacă se simte rezistență se va opri manevra și se va chema medicul - apoi se acoperă locul cu un pansament steril cu betadină și se fixează cu bandaj adeziv pentru 24 ore. Cateterul se va păstra pentru a fi văzut de medic înainte de a fi aruncat - pentru a se asigura că manevra a fost făcută corect și nu au rămas accidentale resturi de cateter)

Considerații speciale:

- se va supraveghea pacientul și i se vor măsura semnele vitale (tensiune, puls, saturație) la
- fiecare 2 ore în primele opt ore și apoi la fiecare 4 ore în primele 24 de ore de la inserția cateterului și administrarea continuă sau intermitentă de analgezie. Se anunță medicul imediat dacă pacientul devine hipotensiv sau îi scade frecvența respiratorie
- se va verifica la fiecare 2 ore scala de durere a pacientului până la surimarea sa totală și
- găsirea dozei optime de administrare pentru controlul său
- se va anunța medicul dacă pacientul acuză greață, amețeli, mâncărimi sau dificultate de a

- urina (este unul din efectele administrării de opioide), dacă acuză durere sau devine somnolent (este unul din primele semne de depresie respiratorie ca efect al opioidelor). Depresia respiratorie poate apărea în primele 24 de ore de la anestezia epidurală cu opioide și se poate trata prin administrare intravenoasă de naloxonă, la indicația medicului
- se va verifica dispariția treptată a blocului motor și senzitiv după anestezie timp în care pacientul va fi asistat conform nevoilor sale
- dacă se practică doar analgezie și apare amortizarea membrilor inferioare, va fi chemat medicul să ajusteze doza deoarece analgesia trebuie efectuată fără să apară blocul senzitiv și motor ca în cazul anesteziei
- se va avea în vedere că medicația administrată epidural difuzează lent. Astfel, poate produce
- efecte adverse (ca sedare excesivă , de exemplu) și la 12 ore de la întreruperea administrării continue pe injectomat
- pacienții care au analgezie sau anestezie pe cateterul de epidurală vor trebui să aibă obligatoriu prinsă o linie venoasă permeabilă, funcțională pentru a putea fi administrată terapie intravenoasă în caz de urgență
- ca efect advers comun întâlnit postanalgezie pe cateterul epidural apare durerea de cap accentuate la fiecare mișcare și schimbare de poziție (ridicare din pat, plimbare, întoarcerea capului etc). Aceasta se datorează scurgerii de lichid cefalorahidian în dura mater în timpul punționării. Durerea de cap dispare imediat dacă se vor recolta pacientului 10 ml de sânge intravenos și se va injecta în spațiul epidural. Durerea cedează rapid și pacientul nu are nici un fel de restricții după această administrare
- dacă pacientul necesită analgezie epidurală pe cateter acasă (cum ar fi în cazurile de cancer) echipa medicală trebuie să se asigure că un membru al familiei poate învăța corect tehnica de manevrare a opioidelor și de injectare și, mai ales, că pacientul nu va consuma droguri sau alcool, deoarece acestea potentează mult efectul opioidelor putând da efecte adverse

Complicații:

- complicațiile includ efecte adverse la opioide sau la anestezia locală, cât și diverse aspecte nedorite legate de cateter ca: infecții, hematom epidural, migrarea cateterului. Infecția se va trata cu antibiotice, hematomul trebuie observat din timp și anunțat medicul
- migrarea cateterului apare atunci când acesta iese din spațiul epidural spre piele. Dacă se întâmplă aceasta, pacientul va începe să acuze din nou dureri, deoarece analgezicul nu își va mai face efectul scontat ci se va scurge la locul de inserție. În acest caz trebuie anunțat medicul și îndepărtat cateterul, stabilindu-se o altă strategie pentru managementul durerii
Când perfuzarea venoasă rapidă este imposibilă, alternativa de administrare intraosoasă presupune intrarea lichidelor, medicamentelor și transfuziilor direct în cavitatea medulară a osului, cu o rețea vasculară bogată.

1.2.1.11 ADMINSTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE INTRAOSOASĂ

Calea intraosoasă de abord este folosită în urgențe majore (stop cardio-respirator, colaps, traumatisme, etc.) sau la copii. Pe calea intraosoasă pot fi administrate orice medicamente și lichide, fiind de multe ori, o alternativă salvatoare.

Abordul se face de obicei pe fața anterioară a tibiei, în porțiunea proximală și medială, datorită suprafeței late și întinse, precum și tegumentelor subțiri care acoperă osul. Această manevră este făcută de medic, asistat de asistentă.

Abordarea intraosoasă este contraindicată la pacienții cu osteogeneză imperfectă, osteoporoză, fractură, datorită riscului de extravazare subcutanată a substanțelor administrate.

Materiale necesare:

- ac special pentru puncție osoasă (la copii se poate folosi unul pentru puncție lombară) la care să se poată adapta seringă sau perfuzor, transfuzor
- paduri cu betadină sau iod
- comprese
- mănuși sterile
- câmp steril
- soluție de heparină
- medicația de administrat și seringă sau perfuzor, în funcție de ce se dorește
- xilină 1%

Pregătirea echipamentului:

- se pregătește soluția de perfuzat, astfel încât să poată fi imediat atașată
- se etichetează soluțiile care se administrează

Administrare:

- se confirmă identitatea pacientului
- dacă pacientul este conștient și nu este copil, se explică procedura pacientului și locul de puncționare
- se va obține consimțământul pacientului sau a familiei pentru efectuarea manevrei
- se întreabă pacientul dacă este alergic la lidocaină (xilină) sau se testează dacă nu a mai folosit, dacă nu știe, sau dacă este copil
- se spală mâinile
- se poate administra un sedativ, dacă medicul indică
- se poziționează pacientul în funcție de locul ales pentru puncție
- se oferă medicului mănușile sterile și padurile cu betadină sau iod. Acesta, în mod steril, va dezinfecta locul puncției și va lăsa să se usuce, apoi va acoperi cu un câmp steril cu o deschizătură la locul de puncționare
- Se oferă medicului seringă, cu doza indicată de lidocaină pentru efectuarea anesteziei locale după efectuarea anesteziei se va oferi medicului, în mod steril, acul de puncționare
- după ce introduce acul, se va verifica corectitudinea manevrei, cu ajutorul unei seringi atașate, prin aspirare de măduvă, apoi se va spăla cu o seringă cu heparină după permeabilizare, se va atașa perfuzorul
- asistenta își va pune mănuși sterile și va curăța locul puncționării, va securiza și va fixa acul cu fixatoare sau comprese, va regla ritmul perfuziei, conform indicațiilor și va supraveghea locul de puncționare, pentru a observa eventualele semne de sângerare sau

extravazare.

Considerații speciale:

- perfuzia intraosoasă trebuie sistată cât mai curând posibil, imediat ce se poate obține abord venos (preferabil să nu dureze mai mult de 2-4 ore) deoarece crește riscul de infecție
- după ce se scoate acul intraosos, se va menține presiune fermă timp de 5 minute și se va pansa steril

Complicații:

- cele mai comune complicații sunt extravazarea lichidelor în țesutul subcutanat sau subperiostal, datorită unei greșite amplasări a acului
- alte complicații pot fi abcese subcutanate, osteomielitele.

6.2.2. Prevenirea erorilor in administrarea medicatiei

Inaintea admnistarii oricarei medicatii aceasta trebuie comparata cu medicatia prescrisa de medic din foaia de observatie :

1. Se va verifica mental regula celor cinci "p":

- pacientul potrivit- *se verifică prescripția medicală și se confruntă cu identitatea pacientului , care va fi confirmată fie de pacient, fie de apatinător, fie de registrul cu distribuirea pe saloane și pe paturi a pacienților internati pe sectie.*
- medicamentul prescris
 - Identificarea numelui medicamentului, denumirea comercială a medicamentului specifică DCI
 - Documentarea asupra medicamentului: efecte terapeutice, efecte adverse, doze (terapeutice, maximale), calea de administrare, ritmul de administrare, alte precauții (ex.: injectare lentă sau rapidă, dizolvare în anumiți solvenți și nu în alții cu care substanța de administrat ar putea reacționa, incompatibilități cu alte medicamente în cazul amestecării acestora).
- doza prescrisa
- calea de administrare prescrisă
- timpul (ora) de administrare prescris.

Atenție! Verificați: pacientul poate înghiți, de exemplu, tabletele? Dacă nu, se va recurge la altă formă farmaceutică de administrare: sirop, soluții injectabile, supozitoare la indicația medicului. Se verifică dacă tabletele au fost înghițite, supozitoarele au fost aplicate.

2. Verificarea calității medicamentului

- Verificarea termenului de garanție
- Verificarea aspectului macroscopic al medicamentului (unele medicamente se pot degrada, mai ales dacă au fost depozitate în condiții improprie – care nu respectă indicațiile producătorului): aspectul și culoarea tabletelor, al soluțiilor injectabile, al soluțiilor de flacoanele perfuzabile, al derivatelor de sânge pentru transfuzii



3. Respectarea condițiilor de păstrare a medicamentelor recomandate de producător:
ex.:ferite de lumină / la 4 grade Celsius / la temperatura camerei / ferite de umiditate, etc.

4. Respectarea formei farmaceutice de administrare a medicamentelor (ex.: nu se pisează tabletele care se inactivează ca pulbere, nu se scoate pulberea din capsule pentru a se administra ca atare pentru că substanța activă s-ar putea inactiva în contact cu acidul clorhidric din stomac, etc.

5. Luarea medicamentelor în prezența asistentei medicale

6. Servirea pacientului cu doze unice de medicamente (nu se vor lăsa medicamentele în grija bolnavului pentru a și le administra, pentru că s-ar putea să uite sau să le ia pe toate odată)

7. Evitarea incompatibilităților medicamentoase (nu se amestecă soluții incompatibile: care se inactivează, reacționează, precipită)

8. Administrarea imediată a medicamentelor preparate, a tabletelor scoase din folia protectoare, a fiolelor desfăcute, a soluțiilor preparate, etc.

9. Respectarea ordinii de administrare a medicamentelor: mai întâi medicamentele

administrare oral., apoi formele injectabile și ultimele: cele cu administrare intrarectală, intravaginală, uretrală.

10. Prevenirea infecțiilor

- o Spălarea antiseptică a mâinilor și tehnici de lucru aseptice la tratamentele parenterale și aplicații pe mucoase

- o Verificarea integrității și sterilității instrumentarului

- o Injectarea imediată a soluțiilor încărcate în seringă

11. Respectarea standardelor de practică: mănuși la aplicarea medicamentelor pe mucoase; respectarea tehnicilor de lucru conform procedurilor specifice.

12. Respectarea Precauțiilor Universale

13. Evaluarea și monitorizarea efectelor medicației; semnalarea reacțiilor anormale

14. Raportarea imediată a greșelilor în administrare identificate

15. Respectarea drepturilor pacientului referitoare la

- la educație și informații (explicați pacientului efectul medicației administrate)

- dreptul pacientului de a refuza un mijloc terapeutic, inclusiv un medicament (după ce, bineînțeles, a fost informat asupra efectului benefic al medicației prescrise, dar și asupra eventualelor reacții adverse, precum și consecințele refuzului tratamentului)

6.2.3. Urmărirea efectelor adverse

La administrarea unui medicament este necesară recunoașterea și identificarea efectelor adverse, reacțiilor toxice și alergiilor medicamentoase. Unele efecte adverse sunt trecătoare și de intensitate redusă, pacientul dezvoltând o toleranță față de medicament. Altele necesită o schimbare a terapiei medicamentoase.

O reacție toxică la un medicament poate fi acută, datorată dozelor excesive, sau cronică, datorată acumulării progresive a medicamentului în corp. De asemenea, reacțiile toxice pot apărea ca rezultat al modificării metabolismului sau excreției care determină astfel creșterea nivelului medicamentului în sânge.

O reacție alergică la un medicament este rezultatul unei reacții antigen-anticorp. Reacția poate fi de la o urticarie banală până la șoc anafilactic. De aceea înainte de administrarea medicamentelor se verifică eventualele reacții alergice. În principiu, testul alergic se face înainte de administrarea primei doze dintr-un medicament. De asemenea trebuie avut în vedere că un istoric alergic negativ la un anumit medicament nu exclude posibilitatea apariției reacției alergice în prezent sau viitor.

Alte efecte adverse ale medicamentelor pot fi dependente și reacțiile idiosincrazice (care apar la persoane cu anumite deficiențe genetice).

Orice administrare de medicament, calea de administrare, dozajul, refuzul pacientului, apariția efectelor adverse, trebuie notificate corect și eligibil în FOCG cu semnătura asistentei.

7. ÎNREGISTRĂRI

- Nu este cazul