

Załącznik nr 4  
do Zarządzenia nr 134  
Dyrektora WZ w Koninie  
z dnia 6.10.2021r.

NO



**SZPITAL  
KONIN**

Dyrektora ds. Lecznictwa  
*Krystyna Brzezińska*

Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie  
ul. Szpitalna 45, 62-504 Konin  
Regon 000311591  
NIP 6651042675  
KRS 0000030801

Aktualizacja regulaminu 13.08.2021r.

**REGULAMIN ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO**

KIEROWNIK SZPITAL ZESPOLONY  
Ira. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie  
**KANCELARIA**  
Wpłynęło 17. 08. 2021  
Ilość załączników .....  
Znak .....  
Podpis ..... *[Signature]*

**I. STRUKTURA ORGANIZACYJNA ODDZIAŁU**

Oddział Dziecięcy liczy łącznie 28 łóżek.

W skład oddziału wchodzi :

- odcinek dzieci młodszych (do 3 roku życia) liczący 14 łóżek w 13 salach oraz 7 łóżek hotelowych dla opiekunów (mieszczących się w salach chorych) + 8 Foteli ASTER z WOŚP
- odcinek dzieci starszych liczący 14 łóżek w 9 salach
- Izba Przyjęć zlokalizowana w Pokoju Badań przy wejściu na oddział.

Całkowita powierzchnia to 889,35 m<sup>2</sup>, z czego na sale chorych przypada 359.71 m<sup>2</sup>, czyli średnio 8,99 m<sup>2</sup> na jedno łóżko.

W odcinku dzieci młodszych 1 sala wyposażona jest:

- w centralną instalację tlenową
- w centralną instalację sprężonego powietrza
- w stanowisko monitorowania podstawowych czynności życiowych

W odcinku dzieci starszych znajduje się 1 izolatka wyposażona w:

- pomieszczenie pobytu pacjenta
- służbę umywalkowo-fartuchową
- pomieszczenie higieniczno-sanitarne dostępne z pomieszczenia pobytu pacjenta dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych
- stanowisko monitorowania podstawowych czynności życiowych

Izolotka nie posiada wymuszonej wentylacji.

Przy dziecku ma prawo przebywać przez całą dobę osoba bliska.

Pobyt opiekuna razem z dzieckiem w oddziale jest bezpłatny.

**Wykaz pomieszczeń na oddziale :**

Pomieszczenie	Ilość	Opis pomieszczenia
Sale chorych ( liczba łóżek na poszczególnych salach)	22	16 sal jednołóżkowych – 14,09 m <sup>2</sup> na 1 łóżko 6 sal dwułożkowych - 8,21 m <sup>2</sup> na 1 łóżko
Pokój badań	1	Dla dzieci przyjmowanych do oddziału
Gabinet zabiegowy	2	Po jednym na każdym odcinku – jeden wyposażony w klimatyzację

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
*lek. Piotr Szczęsny*

Gabinet kierownika	1	Gabinet znajduje się w środku oddziału, przechowywana jest w nim kasetka z narkotykami
Gabinet lekarzy	2	1 gabinet lekarski – przechowywana jest w nim część dokumentacji medycznej 1 gabinet lekarza dyżurnego
Gabinet pielęgniarki oddziałowej	1	Przechowywana jest w nim dokumentacja oddziałowa oraz podręczna apteczka
Kuchnia oddziałowa	2	Kuchnia ogólna z podziałem na czystą i brudną oraz kuchnia mleczna
Węzły sanitarne dla chorych	3	W tym jedno przystosowane do osób niepełnosprawnych
Węzły sanitarne dla opiekunów	2	W tym jeden tylko WC
Węzły sanitarne dla personelu	2	
Pomieszczenia magazynowe	3	magazyn bielizny magazyn podręczny sprzętu magazyn aparatury medycznej
Pokój socjalny dla pielęgniarek	2	Przechowywana jest w nim część dokumentacji medycznej
Klasa lekcyjna	1	
Brudownik	2	
Pokój pobytu dziennego	1	
Punkty pielęgniarskie	4	
Kuchnia dla opiekunów	1	
Sekretariat	1	

Pomieszczenia nie są klimatyzowane

## II. ZAKRES ZADAŃ ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO

Specjalność : zachowawcza

Oferowany poziom świadczeń szpitalnych : specjalistyczny

Oddział udziela całodobowych świadczeń diagnostyczno-leczniczych dzieciom od okresu noworodkowego do ukończenia 18 roku życia.

Oddział ma charakter ogólnopediatryczny – zakres hospitalizacji obejmuje wszystkie schorzenia wieku dziecięcego.

Współpracujemy z Klinikami Pediatrii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. W razie konieczności pacjenci są przekazywani do ośrodków klinicznych celem dalszej diagnostyki i leczenia.

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szczęsny

Przy oddziale funkcjonuje Poradnia Pediatryczna.

Wykaz świadczeń - stosowanych w oddziale procedur terapeutycznych wg klasyfikacji ICD-9 :  
w załączniku nr 2.

### Organizacja pracy oddziału:

- 6.00 – 6.30 Zmiana dyżurów - przyjęcie sprawozdania o stanie zdrowia dzieci, podział sal, na których pielęgniarka będzie sprawowała opiekę nad dziećmi w czasie pełnienia dyżuru.
- 6.30 – 7.00 Planowanie opieki pielęgniarskiej na przydzielonych odcinkach , przygotowanie do wykonywania toalet i kąpieli dzieci.
- 7.00 – 8.00 Kąpiel i toalety obłożnie chorych, ważenie dzieci, pomiary temperatury ciała, zmiana bielizny pościelowej i osobistej, pojenie dzieci, karmienie niemowląt, pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych, sprząatanie sal chorych.
- 8.00 – 9.00 Wykonywanie niektórych badań diagnostycznych: urografia, zdjęcia rtg narządów, tomografia komputerowa, pojenie dzieci, przygotowanie do wizyty lekarskiej, śniadanie dzieci starszych oraz przygotowanie i rozdanie leków doustnych. Odprawa lekarzy i pielęgniarki oddziałowej z lekarzem dyżurnym – w trakcie odprawy lekarz dyżurny omawia szczegółowo pacjentów nowo przyjętych na oddział oraz wszystkie wydarzenia, które miały miejsce w trakcie dyżuru. Omawiane są także bieżące problemy oddziału, zarządzenia Dyrekcji szpitala i inne ważne sprawy.
- 9.40 – 12.00 Wizyta lekarska na oddziale.  
Karmienie i przewijanie niemowląt, toaleta obłożnie chorych, wykonywanie zleceń lekarskich i zabiegów: wstrzyknięcia dożylnie i domięśniowe, nebulizacje i inhalacje, kamizelka drenażowa, drenaż ułożeniowy, realizacja planu opieki pielęgniarskiej (toaleta jamy ustnej, oczyszczanie noska, pielęgnacja pośladków, sromu, napletka, oklepywanie, zmiana pozycji ułożeniowej, pojenie dzieci, wykonywanie niektórych badań diagnostycznych: EEG, EKG, udział w konsultacjach lekarskich, zajęcia lekcyjne dla dzieci w wieku szkolnym. Sprawdzanie zleceń i uzupełnianie dokumentacji medycznej.
- 12.00- 13.00 Karmienie i przewijanie niemowląt, toaleta obłożnie chorych, obiad dzieci starszych, rozdanie leków doustnych, udzielanie informacji o stanie zdrowia dzieci.
- 13.00 – 15.00 Dalsza realizacja zleceń lekarskich i planu opieki pielęgniarskiej, pojenie dzieci, kontakt pielęgniarki z rodzicami dziecka: informowanie , wyjaśnienie, instruowanie dotyczące sprawowania opieki nad dzieckiem w chorobie, miejsce rodziców w procesie leczenia i pielęgnowania dziecka, zapoznanie z regulaminem oddziału, w wolnych chwilach czytanie literatury medycznej, przygotowywanie i realizacja wypisów .
- 15.00 – 16.00 Karmienie i przewijanie niemowląt, toaleta obłożnie chorych, pomiary temperatury, dalsza realizacja zleceń lekarskich, podwieczorek dzieci starszych, realizacja planu opieki pielęgniarskiej.
- 16.00 – 18.00 Kontakt pielęgniarek z rodzicami dziecka, pojenie dzieci, pisanie sprawozdania oraz ocena działań pielęgniarskich i przygotowanie zaleceń do dalszej opieki, przewijanie i karmienie niemowląt oraz toaleta obłożnie chorych, rozdanie leków doustnych, kolacja dla dzieci starszych. Odwiedziny w oddziale – do jednego dziecka jedna osoba odwiedzająca.
- 18.00 – 18.30 Zmiana dyżurów- przyjęcie sprawozdania o stanie zdrowia dzieci, podział sal, na których pielęgniarka będzie sprawowała opiekę nad dziećmi w czasie pełnienia dyżuru.
- 18.30 – 19.00 Planowanie opieki pielęgniarskiej na przydzielonych odcinkach, obchody wieczorne lekarza dyżurnego.
- 19.00 – 21.00 Realizacja zleceń lekarskich, realizacja planu opieki pielęgniarskiej, toalety dzieci starszych i obłożnie chorych, układanie do snu dzieci starszych, karmienie niemowląt i przewijanie.
- 21.00 – 22.00 Karmienie i przewijanie niemowląt, realizacja zleceń lekarskich, realizacja planu opieki pielęgniarskiej, gaszenie światła.
- 22.00 – 5.00 Obserwacja dzieci, realizacja zleceń lekarskich, realizacja planu opieki pielęgniarskiej,

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szczęsny

- drobne czynności porządkowe w gabinetach zabiegowych. Uzupełnianie dokumentacji medycznej.
- 5.00 – 6.00 Pobieranie materiału do badania, pojenie i przewijanie niemowląt, toalety obłożnie chorych, pisanie sprawozdania i ocena działań pielęgniarских i przygotowanie zaleceń do dalszej opieki.

Całodobowa gotowość oddziału do przyjmowania dzieci chorych celem leczenia. Przewijanie dzieci w ciągu dyżuru wg potrzeby. Bawienie dzieci w każdej wolnej chwili. Całodobowe zabezpieczenie stanowiska intensywnego nadzoru medycznego.

### **System przyjęcia chorego do oddziału:**

W trybie pilnym – rodzice lub opiekunowie prawni ze skierowaniem do szpitala lub bez ( w przypadku nagłym ), z chorym dzieckiem zgłaszają się do Pokoju Badań. Pielęgniarka waży dziecko, mierzy temperaturę, zakłada niezbędną dokumentację i identyfikatory, sprawdza stan czystości dziecka. Lekarz bada dziecko, wypełnia historię choroby, ustala wstępne zlecenia i badania . Dziecko z rodzicami pielęgniarka wprowadza do oddziału dziecięcego, zapoznaje z topografią oddziału, prawami pacjenta i obowiązującą na oddziale Instrukcją dla pacjentów i rodziców pielęgnujących dzieci stanowiącą załącznik nr 5 do Regulaminu.

W trybie planowym – rodzice lub opiekunowie prawni dziecka zgłaszają się do Pokoju Badań ze skierowaniem do przyjęcia planowego na określone badanie. Sekretarka po konsultacji z lekarzem i telefonicznym ustaleniu terminu badania - przyjęcia z określoną pracownią informuje rodziców o terminie i niezbędnych dokumentach w chwili przyjęcia oraz sposobie przygotowania dziecka do badania – przyjęcia oraz wpisuje pacjenta na listę oczekujących na przyjęcie planowe do szpitala. W dniu przyjęcia planowego rodzice zgłaszają się z przygotowanym do badania dzieckiem oraz wymaganą dokumentacją do Pokoju Badań w Oddziale Dziecięcym. Pielęgniarka waży dziecko, mierzy temperaturę, zakłada określoną dokumentację medyczną i identyfikatory. Sprawdza czystość. Lekarz dyżurny wypełnia historię choroby oraz ustala wstępne zlecenia. Pielęgniarka wprowadza dziecko i rodzica do oddziału dziecięcego. Zapoznaje z topografią oddziału, prawami pacjenta i obowiązującą w oddziale Instrukcją dla rodziców pielęgnujących dzieci przebywające na leczeniu w oddziale, stanowiącą załącznik nr 5 do Regulaminu .

### **3. System wypisania chorego z oddziału:**

- a) wypis przygotowany jest przez lekarza prowadzącego, który sporządza Kartę Informacyjną Leczenia Szpitalnego oraz pielęgniarkę, która dopisuje do Karty zalecenia pielęgniarские.
- b) w dniu wypisu rodzic dziecka otrzymuje 2 egzemplarze Karty Informacyjnej Leczenia Szpitalnego, z których jeden przekazuje lekarzowi rodzinnemu. Karta Informacyjna podpisywana jest przez lekarza prowadzącego oraz po sprawdzeniu - przez kierownika oddziału.
- c) historia choroby po wypisaniu dziecka przekazywana jest do Ruchu Chorych.

## **III. SZCZEGÓŁOWE ZADANIA NA POSZCZEGÓLNE STANOWISKA PRACY**

1. **Zadania i obowiązki ordynatora/kierownika oddziału** : określone są w § 18 Regulaminu Organizacyjnego WSZ w Koninie.

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szczęsny

## 2. Zadania pielęgniarki oddziałowej :

- a) organizacja świadczeń pielęgniarskich na oddziale
  - zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń pielęgniarskich nad pacjentami
  - stworzenie warunków organizacyjno-technicznych do wykonywania świadczeń
  - organizacja prac pielęgniarek
  - monitorowanie, ocena i analiza jakości pielęgnowania
  - zapewnienie wykonania prawidłowych i terminowych zabiegów pielęgnacyjnych i higienicznych
  - organizowanie właściwego przepływu informacji o pacjencie, przekazywanie informacji dotyczących funkcjonowania oddziału, obowiązujących przepisów podległemu personelowi
- b) kierowanie pracą personelu pielęgniarskiego i pomocniczego
  - ustalenie podziału obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień
  - prowadzenie polityki kadrowej umożliwiającej właściwe gospodarowanie personelem (grafiki, urlopy, zastępstwa)
  - bieżąca kontrola wykonywanych zadań oraz dokumentowania udzielonych świadczeń
  - okresowa kontrola personelu na dyżurach popołudniowych, nocnych oraz w dni wolne od pracy
  - udzielanie porad pielęgniarkom w sprawach pielęgnowania pacjentów
  - uczestnictwo w ocenie i systemie motywowania personelu
- c) nadzór nad jakością wykonywanych świadczeń, dokumentacją medyczną prowadzoną przez personel pielęgniarski, przestrzeganiem praw pacjentów
- d) nadzór nad wyposażeniem majątkowym oddziału, jego odpowiednia ewidencja i zabezpieczenie
- e) gospodarowanie lekami, sprzętem jednorazowym i innym.
- d) rozliczanie czasu pracy podległego personelu
- e) nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym oddziału, przestrzeganiem obowiązujących przepisów bhp i przeciwpożarowych

## 3. Zadania lekarzy :

- a) wykonywanie zabiegów i czynności medycznych we wszystkich przypadkach wymagających interwencji lekarskiej,
- b) sprawowanie opieki lekarskiej nad pacjentami hospitalizowanymi na oddziale (pełnienie funkcji lekarza prowadzącego)
- c) pełnienie dyżurów lekarskich, w trakcie dyżuru sprawowanie opieki nad wszystkimi hospitalizowanymi pacjentami, badanie i ocena stanu zdrowia wszystkich pacjentów kierowanych na oddział oraz zgłaszających się bez skierowania, kwalifikowanie do przyjęcia i przyjmowanie na oddział
- d) udzielanie świadczeń zdrowotnych podczas transportu karetką, pacjentom leczonym i zakwalifikowanym do leczenia na oddziale a przewożonym do innych oddziałów i pracowni szpitala oraz do innych szpitali o ile obecność lekarza podczas tego transportu jest niezbędna.
- e) w przypadku wyznaczenia przez kierownika pełnienie funkcji kierownika specjalizacji,
- f) przestrzeganie zasad funkcjonowania szpitala i oddziału określonych w obowiązujących aktach normatywnych oraz aktach kierownictwa szpitala,
- g) przestrzeganie przepisów regulujących udzielanie świadczeń zdrowotnych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i wykonywanie zawodu lekarza, a także umów zawartych przez szpital na udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- h) konsultacje i udzielania doraźnych świadczeń z zakresu pediatrii w innych oddziałach
- i) nadzorowanie zleceń lekarskich zleconych personelowi średniemu,
- j) staranne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi wymogami, wystawianie orzeczeń lekarskich, skierowań, opinii i zaświadczeń,
- k) wykonywanie innych zadań zleconych przez kierownika oddziału
- l) wypis przygotowany jest przez lekarza prowadzącego, który sporządza Kartę Informacyjną Leczenia Szpitalnego

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szczęsny

#### 4. Zadania pielęgniarek :

- a) zapewnienie całościowej opieki pielęgniarskiej powierzonym pacjentom
- b) planowanie i realizowanie opieki pielęgnacyjnej stosownie do stanu zdrowia dziecka, diagnozy pielęgniarskiej i lekarskiej oraz ustalonego postępowania diagnostycznego i leczniczo-rehabilitacyjnego
- c) udzielanie pierwszej pomocy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia
- d) czuwanie nad bezpieczeństwem chorych i innych osób przebywających na oddziale
- e) zapewnienie pacjentom i ich rodzicom wsparcia psychicznego w sytuacjach trudnych
- f) dokumentowanie procesu pielęgnowania, wykonywanych zabiegów i wyników obserwacji
- g) stałe kontrolowanie wykonywanych zadań i ocena wyników postępowania pielęgnacyjnego
- h) zapewnienie sprawności technicznej narzędzi, sprzętu i aparatury medycznej
- i) zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków i środków dezynfekcyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami i aktualną wiedzą
- j) wykonywanie powierzonych zadań zgodnie z kompetencjami, ze standardami opieki oraz zasadami etyki medycznej
- k) współpraca z innymi członkami zespołu w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie
- l) wykonywanie na polecenie ordynatora, pielęgniarki oddziałowej lub lekarza dyżurnego innych czynności wiążących się z zakresem pracy

#### 5. Zadania sekretarki medycznej :

- a) monitorowanie i dbałość o zgodność i kompletność prowadzonej w oddziale dokumentacji medycznej (historia choroby), odpowiada za chronologiczne ułożenie dokumentów i za numerowanie stron historii chorób
- b) wykonywanie prac dokumentacyjnych, statystycznych oraz administracyjnych pod nadzorem kierownika oddziału i innych dokumentów medycznych
- c) sporządzanie odpisów dokumentacji lekarskiej
- d) sporządzanie zestawień statystycznych , sprawozdań z ruchu chorych i innych, zgodnie z obowiązującymi przepisami
- e) współpraca w niezbędnym zakresie z sekcją statystyki medycznej
- f) prowadzenie rejestru przyjęć planowych na oddziale
- g) wykonywanie na polecenie kierownika lub pielęgniarki oddziałowej innych czynności wiążących się z zakresem pracy
- h) współpraca z działami usługowymi szpitala w zakresie niezbędnym dla zabezpieczenia bezawaryjnego działania oddziału
- i) wypisywanie do działu żywienia „Zapotrzebowania na żywienie pacjentów”

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa

  
Krystyna Brzezińska

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szczęsny

Załączniki do regulaminu:

1. Załącznik nr 1 – Wykaz jednostek chorobowych leczonych w oddziale, klasyfikacja wg ICD-10
2. Załącznik nr 2 – Procedury medyczne wykonywane na Oddziale Dziecięcym WSZ w Koninie – Klasyfikacja wg ICD-9
3. Załącznik nr 3 – Algorytmy postępowania na Oddziale Dziecięcym
4. Załącznik nr 4 – Wykaz procedur diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko – wymagających odrębnej zgody opiekuna prawnego oraz pacjenta powyżej 16 roku życia.
5. Załącznik nr 5 – Instrukcja dla pacjentów i rodziców pielęgnujących dzieci przebywające na leczeniu w Oddziale Dziecięcym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie.

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
*lek. Piotr Szczyński*

Załącznik Nr 1  
do Regulaminu Oddziału Dziecięcego

Wykaz jednostek chorobowych leczonych w oddziale, klasyfikacja wg ICD-10

Jednostka chorobowa	Nazwa procedury
J02	ostre zapalenie gardła
J03	ostre zapalenie migdałków
J04	ostre zapalenie krtani i tchawicy
J06	ostre zapalenie górnych dróg oddechowych
J15	zapalenie płuc bakteryjne niesklasyfikowane gdzie indziej
J18	zapalenie płuc wywołane nieokreślonym drobnoustrojem
J20	ostre zapalenie oskrzeli
J21	ostre zapalenie oskrzelików
J32	przewlekłe zapalenie zatok przynosowych
J35	przewlekłe choroby migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego
J36	ropień okołomigdałkowy
J40	zapalenie oskrzeli nieokreślone jako ostre albo przewlekłe
J45	dychawica oskrzelowa
J46	stan astmatyczny
J47	rozstrzenie oskrzeli
J84	inne choroby tkanki śródmiąższowej płuc
J86	ropniak opłucnej
K04	choroby miazgi i tkanek okołowierzchołkowych
K12	zapalenie jamy ustnej
K29	zapalenie żołądka i dwunastnicy
K30	dysplazja
K50	choroba Crohna
K52	inne niezależne zapalenia żołądkowo-jelitowe i jelita grubego
LOO	liszajec pęcherzowy noworodków
L02	ropień skóry, czyrak i czyrak gromadny
L04	ostre zapalenie węzłów chłonnych
L20	atopowe zapalenie skóry
L50	pokrzywka
L51	rumień wielopostaciowy
M02	odczynowe zapalenie stawów
M0S	młodzieńcze zapalenie stawów
N00	ostry zespół zapalenia nerek

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szczęsny



N02	nawracający i uporczywy krwimocz
N04	zespół nerczycowy
N13	uropatia zaporowa i odpływowa
N17	ostra niewydolność nerek
N20	kamica nerki i moczowodu
N39	zakażenie układu moczowego
N76	inne stany zapalne pochwy i sromu
Q02	małogłowie
Q03	wodogłowie wrodzone
Q15	inne wrodzone wady rozwojowe oka
Q21	wrodzone wady rozwojowe przegród serca
Q27	inne wrodzone wady rozwojowe obwodowego układu naczyniowego
A09	biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe
A41	posocznica
B08	zakażenie wirusowe charakteryzujące się uszkodzeniem skóry i błon śluzowych
B18	przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby
B19	nieokreślone wirusowe zapalenie wątroby
B25	cytomegalia
B33	inne choroby wirusowe
B95	zakażenie paciorkowcem i gronkowcem
C72	nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części centralnego systemu nerwowego
C81	choroba Hodgkina
C91	białaczka limfatyczna
C92	białaczka szpikowa
D48	nowotwory o nieznanym charakterze
D50	niedokrwistość z niedobory żelaza
D66	dziedziczny niedobór czynnika VIII (hemofilia)
D69	plamica i inne skazy krwotoczne (Schnlein-Henoch)
D75	inne choroby krwi i narządów krwiotwórczych
E10	cukrzyca insulinozależna
E64	następstwa niedożywienia i innych niedoborów pokarmowych
E66	otyłość
F10	zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu
F48	inne zaburzenia nerwicowe
F98	inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym
G31	choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego
G40	padaczka
G41	stan padaczkowy
G43	migrena
G44	inne zespoły bólu głowy
G51	zaburzenia nerwu twarzowego
G80	dziecięce porażenie mózgowe
G91	wodogłowie
G93	inne zaburzenia mózgu
H47	inne zaburzenia nerwu wzrokowego i drogi wzrokowej
H66	ropne i nieokreślone zapalenie ucha środkowego

100	choroba reumatyczna bez zajęcia serca
102	pląsawica reumatyczna
110	samoistne nadciśnienie
140	ostre zapalenie mięśnia sercowego
145	inne zaburzenia przewodnictwa
147	częstoskurcz napadowy
188	zapalenie węzłów chłonnych
J00	ostre zapalenie nosa i gardła
J01	ostre zapalenie zatok przynosowych
Q31	wrodzone wady rozwojowe krtani
Q60	nie wytworzenie nerek i inne zaburzenia związane z redukcją tkanki nerwowej
Q64	inne wrodzone wady rozwojowe układu moczowego
Q89	inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej
P24	zespoły zachłyśnięcia u noworodka
P38	zapalenie pęпка noworodka
P59	żółtaczka noworodków spowodowana innymi i nie określonymi przyczynami
ROO	zaburzenia „bicia" serca
R06	zaburzenia oddychania
R09	inne objawy i oznaki chorobowe dotyczące układu krążenia i oddychania
R10	ból w okolicy brzucha i miednicy
R11	nudności i wymioty
R17	żółtaczka nieokreślona
R29	inne oznaki i objawy chorobowe dotyczące układu sercowego i mięśniowo-kostnego
R31	krwiomocz nieokreślony
R50	gorączka o nieznanym przyczynie
R55	omdlenie i zapaść
R56	drgawki gdzie indziej niesklasyfikowane
R57	wstrząs gdzie indziej niesklasyfikowany
R62	brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego
R79	inne nieprawidłowe wyniki badań biochemicznych krwi
805	uraz oka i oczodołu
T17	ciało obce w drogach oddechowych
T18	ciało obce przewodu pokarmowego
T39	zatrucie nieopiodowymi środkami przeciwbólowymi, przeciwgorączkowymi
T40	zatrucie środkami narkotycznymi i halucynogennymi
T41	zatrucie środkami znieczulającymi wziewnymi, gazami leczniczymi
T42	zatrucie lekami przeciwpadaczkowymi, uspakajająco-nasennymi
T43	zatrucie lekami psychotropowymi
T44	zatrucie lekami pierwotnie działającymi na anatomiczny układ nerwowy
T46	zatrucie środkami działającymi pierwotnie na układ sercowo-naczyniowy
T49	zatrucie środkami działającymi miejscowo na skórę i błonę śluzową
T50	zatrucie lekami moczopędnymi i innymi nieokreślonymi lekami
T51	efekt toksyczny alkoholu
T52	efekt toksyczny rozpuszczalników organicznych
T54	efekt toksyczny substancji żrących
T55	toksyczny efekt mydeł i detergentów
T57	toksyczny efekt innych substancji nieorganicznych

T58	efekt toksyczny tlenku węgla	!
T62	efekt toksyczny innych szkodliwych substancji spożywczych jako produkt spożywczy	
T63	toksyczny efekt kontaktu z jadowitymi zwierzętami	
W57	ugryzienie lub użądlenie przez owada	
Z03	obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	
Z13	specjalne badanie przesiewowe w kierunku innych chorób i zaburzeń	
Z23	potrzeba szczepień profilaktycznych przeciwko pojedynczym chorobom bakteryjnym	
Z60	problemy związane ze środowiskiem socjalnym	

KIEROWNIK  
 ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
 lek. Piotr Szczepaniak

Załącznik Nr 2  
do Regulaminu Oddziału Dziecięcego

**Procedury medyczne wykonywane na Oddziale Dziecięcym WSZ w Koninie -  
klasyfikacja wg ICD-9**

Numer procedur	Nazwa procedury
03.311	Nakłucie lędźwiowe w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego
18.111	Wziernikowanie ucha
20.099	Nacięcie błony bębenkowej – inne
28.19	Diagnostyczne badanie migdałka gardłowego
29.11	Wziernikowanie gardła
34.041	Drenaż jamy opłucnowej
41.311	Biopsja aspiracyjna szpiku kostnego
45.131	Esophagogastroduodenoskopia
45.16	Esophagogastroduodenoskopia z biopsją
45.239	Kolonoskopia
87.030	Komputerowa tomografia głowy i/lub szyi bez kontrastu
87.031	Komputerowa tomografia głowy i/lub szyi bez kontrasty i z kontrastem
87.164	Rtg zatok nosa
87.176	Zdjęcie rentgenowskie czaszki przegładowe
87.221	Zdjęcie rtg kręgosłupa szyjnego przegładowe
87.231	Zdjęcie rtg kręgosłupa piersiowego przegładowe
87.241	Zdjęcie rtg kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego przegładowe
87.410	Komputerowa tomografia klatki piersiowej bez kontrastu
87.411	Komputerowa tomografia klatki piersiowej bez kontrastu i z kontrastem
87.440	Zdjęcie rtg klatki piersiowej
87.61	Doustne podanie kontrastu barytowego
87.69	Badanie rtg przewodu pokarmowego
87.73	Urografia
88.010	Komputerowa tomografia brzucha bez kontrastu
88.011	Komputerowa tomografia brzucha bez kontrastu i z kontrastem
88.191	Zdjęcie rtg brzucha przegładowe
88.21	Zdjęcie rtg kości barku i ramienia
88.23	Zdjęcie rtg nadgarstka/dłoni
88.26	Zdjęcie rtg kości miednicy/biodra
88.27	Zdjęcie rtg uda/kolana/podudzia
88.28	Zdjęcie rtg kostki/stopy
88.713	USG tarczycy

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szczęsny

88.715	USG węzłów chłonnych szyi
88.717	USG ślinianek
88.718	USG przezciemiączkowe
88.721	Echokardiografia
88.734	USG jamy opłucnej
88.735	USG śródpiersia
88.751	USG naczyń nerkowych – doppler
88.761	Diagnostyka ultrasonograficzna brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
88.776	USG naczyń kończyn górnych – doppler
88.777	USG naczyń kończyn dolnych – doppler
88.790	USG węzłów chłonnych
88.797	USG stawów biodrowych
88.798	USG stawów kolanowych
88.911	Rezonans magnetyczny mózgu i pnia mózgu bez kontrastu
88.912	Rezonans magnetyczny mózgu i pnia mózgu bez kontrastu i z kontrastem
88.923	Rezonans magnetyczny klatki piersiowej i mięśnia sercowego bez kontrastu
88.924	Rezonans magnetyczny klatki piersiowej i mięśnia sercowego bez kontrastu i z kontrastem
88.931	RM kręgosłupa odc. szyjnego bez kontrastu
88.932	RM kręgosłupa odc. lędźwiowo-krzyżowego bez kontrastu
88.933	RM kręgosłupa odc. piersiowego bez kontrastu
88.936	RM kręgosłupa odc. szyjnego bez kontrastu i z kontrastem
88.937	RM kręgosłupa odc. lędźwiowo-krzyżowego bez kontrastu i z kontrastem
88.938	RM kręgosłupa odc. piersiowego bez kontrastu i z kontrastem
89.00	Porada lekarska, konsultacja
89.004	Konsultacja laryngologiczna
89.005	Konsultacja neurologiczna
89.006	Konsultacja neurochirurgiczna
89.007	Konsultacja ortopedyczna
89.009	Konsultacja urologiczna
89.14	Elektroencefalogram
89.26	Badanie ginekologiczne
89.383	Badanie spirometryczne
89.501	Holter RR
89.502	Holter EKG
89.522	Elektrokardiogram z 12 lub więcej odprowadzeniami
89.540	Monitorowanie podstawowych czynności życiowych
89.602	Pulsooksymetria
89.61	Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego
89.661	Gazometria mieszanej krwi żyłnej
90.01	Badanie mikroskopowe z układu i płynu mózgowo-rdzeniowego – rozmaz bakterii
90.02	Badanie mikroskopowe z układu i płynu mózgowo-rdzeniowego – posiew

90.03	Badanie mikroskopowe z układu i płynu mózgowo-rdzeniowego – posiew antybiogram
90.31	Badanie mikroskopowe materiału z ucha, nosa i krtani – rozmaz bakterii
90.32	Badanie mikroskopowe materiału z ucha, nosa i krtani – posiew
90.51	Badanie mikroskopowe krwi – rozmaz bakterii
90.52	Badanie mikroskopowe krwi – posiew
90.53	Badanie mikroskopowe krwi – posiew i antybiogram
90.66	Badanie mikroskopowe materiału ze śledziony i szpiku kostnego- pakiet komórek i cytologia
41.311	Biopsja aspiracyjna szpiku kostnego
90.92	Badanie mikroskopowe materiału z dolnego odcinka przewodu pokarmowego i stolca – posiew
90.93	Badanie mikroskopowe materiału z dolnego odcinka przewodu pokarmowego i stolca – posiew i antybiogram
91.22	Badanie mikroskopowe materiału z nerek, moczowodów oraz tkanki okołonerkowej – posiew
91.23	Badanie mikroskopowe materiału z nerek, moczowodów oraz tkanki okołonerkowej – posiew i antybiogram
91.82	Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc – posiew
91.83	Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc – posiew i antybiogram
93.91	Oddychanie z przerywanym ciśnieniem dodatnim
93.931	Sztuczne oddychania
93.94	Nebulizacja
93.964	Tlenoterapia
93.992	Drenaż ułożeniowy
95.02	Badanie oka
95.412	Audiometria
95.415	Tympanogram
95.45	Test obrotowy
96.01	Wprowadzenie rurki ustno-gardłowej
96.04.	Intubacja dotchawicza
96.07	Wprowadzenie innej sondy do żołądka w celu odbarczenia żołądka
96.09	Wprowadzenie rurki doodbytniczej
96.35	Podawanie substancji odżywczych do żołądka przez sondę
96.37	Wlewka doodbytnicza
96.38	Usunięcie zalegających mas kałowych z jelita
96.55	Toaleta drzewa oskrzelowego
96.57	Phukanie cewnika naczyniowego
97.01	Wymiana sondy żołądkowej/ezofagostomijnej
97.23	Wymiana rurki tracheotomijnej
99.04	Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych
99.05	Przetoczenie koncentratu płytkowego
99.06	Przetoczenie czynników krzepnięcia
99.07	Przetoczenie osocza – inne
99.08	Przetoczenie środków zastępczych osocza
99.14	Wstrzyknięcie gammaglobulin
99.17	Wstrzyknięcie insuliny

99.18	Wstrzyknięcie/infuzja elektrolitów
99.218	Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie
99.232	Wstrzyknięcie kortyzonu
99.239	Wstrzyknięcie innych sterydów
99.2909	Wlew dożylny innej substancji leczniczej
99.624	Defibrylacja
99.63	Pośredni masaż serca
99.841	Izolacja po zetknięciu z chorobą zakaźną
99.842	Ochrona pacjenta przed otoczeniem
96.33	Płukanie żołądka
96.34	Płukanie żołądka przez sondę żołądkową (nosowo-żołądkową)
99.99900	Odsysanie górnych dróg oddechowych
99.99904	Uzyskanie obwodowego dostępu żylnego

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szczęsny



Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie  
ul. Szpitalna 45, 62-504 Konin  
Regon 000311591  
NIP 6651042675  
KRS 0000030801

---

Załącznik Nr 3  
do Regulaminu Oddziału Dziecięcego

# Algorytmy postępowania na Oddziale Dziecięcym

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szczęsny



# ADENOCOR

## W CZĘSTOSKURCZU NADKOMOROWYM

- szybki bolus dożylny 0,1 mg/kg (max. 6 mg.)
- bardzo szybko przepłukać 3-5 ml. 0,9% NaCl (szybki bolus)
- podawać przez żyłę położoną najbliżej serca
- jeśli pierwsza dawka jest nieskuteczna –  
podwoić dawkę : 0,2 mg/kg (max. 12 mg.)

5 kg	-	0,5 mg
10 kg	-	1,0 mg
15 kg	-	1,5 mg
20 kg	-	2,0 mg
25 kg	-	2,5 mg
30 kg	-	3,0 mg
35 kg	-	3,5 mg
40 kg	-	4,0 mg
45 kg	-	4,5 mg
50 kg	-	5,0 mg
55 kg	-	5,5 mg
60 kg	-	6,0 mg

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szczęsny

# ADRENALINA WE WSTRZĄSIE ANAFILAKTYCZNYM

- objawy wstrząsu
- obrzęk dróg oddechowych
- wyraźnie zaznaczona duszność

**Adrenalinę podajemy w stężeniu 1:1000  
bez rozcieńczania ! 0,01 mg/kg**

**DOMIĘŚNIOWO !!!**

<b>Niemowlęta &lt; 6 mż.</b>	<b>0,05 ml</b>
<b>6 mż – 6 rż</b>	<b>0,12 ml</b>
<b>6-12 rż.</b>	<b>0,25 ml</b>
<b>&gt; 12 rż.</b>	<b>0,50 ml.</b>

**Przy braku poprawy stanu klinicznego  
można powtórzyć dawkę Adrenaliny.**

# NAKŁUCIE LĘDŹWIOWE U DZIECI

## **WSKAZANIA DIAGNOSTYCZNE :**

1. Podejrzenie zakażenia Ośrodkowego Układu Nerwowego.
2. Podejrzenie krwawienia do przestrzeni podpajęczynówkowej.
3. Podejrzenie choroby autoimmunizacyjnej OUN
4. Podejrzenie choroby metabolicznej (zwłaszcza leukodystrofii)
5. Podejrzenie neuropatii.
6. Napady drgawkowe przygodne o niejasnej etiologii
7. Drgawki gorączkowe, gdy przypuszcza się, że mogą być związane z zakażeniem OUN

## **Uwaga :**

- Nakłucie lędźwiowe (NL) należy wykonać w każdym przypadku posocznicy u noworodków i niemowląt.. ujemny wynik pierwszego badania PMR wykonanego na początku choroby nie wyklucza wczesnego stadium bakteryjnego zapalenia opon m-rdz. Ponowne wykonanie NL jest wskazane w przypadku pogorszenia stanu ogólnego dziecka lub pojawienia się objawów zapalenia OUN.
- Zaleca się wykonanie NL u dzieci do 2 rż. z drgawkami, zwłaszcza o charakterze napadu złożonego.
- Każdorazowo przed wykonaniem NL należy ocenić stan kliniczny dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Przy braku takich objawów nie jest konieczne rutynowe badanie dna oka lub badanie neuroobrazowe.

## **PRZECIWSKAZANIA :**

1. Objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, bezwzględne przeciwwskazania stanowią objawy dokonującego się wgłobienia : odmóżdzeniowe ułożenie ciała, toniczne uogólnione drgawki, nierówność źrenic i brak ich reakcji na światło, zaburzenia oddychania – hiperwentylacja, oddech Cheynea-Stokesa, bezdechy.
2. Zakażenia tkanek w okolicy nakłucia
3. Wady rozwojowe kręgosłupa i rdzenia kręgowego
4. Zaburzenia krzepnięcia krwi
5. niewydolność krążeniowa lub oddechowa u niemowląt (przygięcie dziecka do wykonania NL może spowodować hipoksemię, prowadzącą nawet do nagłego zatrzymania krążenia i oddychania.

## **NIEZBĘDNY SPRZĘT :**

1. Igły punkcyjne jednorazowego użytku z mandrylem
2. Jałowe rękawiczki
3. Jałowe gaziki
4. Środek do odkażania pola operacyjnego
5. Probówki na PMR

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Skrzypny

## OPIS ZABIEGU

Przed zabiegiem można zastosować sedację płytką : podać Midazolam (Dormicum)

- noworodki i dzieci do 6 mc. życia dożylnie 0,04 – 0,01 mg/kg jednorazowo
- dzieci 6 mc. – 5 rż. dożylnie 0,05-0,1 mg/kg. lub doustnie 0,5mg/kg.
- dzieci 5-12 rż. 0,025-0,05 mg/kg (nie przekraczać 10 mg niezależnie od masy), doustnie jw.
- dzieci 12-16 rż. dożylnie początkowo 2,5mg. (powoli), dawki powtarzane po 1,0mg (nie przekraczać 10mg)

1. Ułóż dziecko na boku z głową po prawej ręce wykonującego zabieg (jeśli jest on praworęczny). Broda powinna dotykać klatki piersiowej, a kolana mają być przygięte do brzucha. Nakłucie można wykonywać także w pozycji siedzącej.
2. Włóż jałowe rękawiczki
3. Jałowym gazikiem nasączonym preparatem do odkażenia pola operacyjnego umyj skórę w planowanym miejscu nakłucia oraz wokół niego, następnie odczekaj 1 minutę, aż środek odkażający wyschnie. Czynność tę powtórz jeden raz.
4. Poprowadź linię łączącą najwyżej położone punkty talerzy biodrowych (linia ta krzyżuje kręgosłup na wysokości L4/L5.
5. Zlokalizuj za pomocą kciuka przestrzeń międzykręgową, najlepiej pomiędzy wyrostkami kolczystymi L4 i L5 lub L3 i L4, jednak nie wyżej (ponieważ rdzeń kręgowy u dzieci kończy się zazwyczaj na wysokości L3).
6. Wprowadzaj igłę punkcyjną z mandrylem powoli w oznaczoną przestrzeń międzykręgową w linii pośrodkowej ciała, kierując ją lekko skośnie do góry. Przebicie więzadeł i opony twardej odczuwa się jako dwa opory. U małych dzieci przestrzeń podogonowa znajduje się na głębokości 2-3 cm. U niemowląt jeszcze płycej, u dzieci starszych na głębokości 3-7cm.
7. Wyjmij mandryn. Z igły powinien zacząć wyciekać kroplami PMR. Jeżeli nie stwierdzisz wycieku płynu, włóż mandryl i lekko popchnij igłę do przodu lub zrotuj o 90 stopni. Ponownie wyjmij mandryl.
8. Pobierz PMR do badań.
9. Włóż mandryl i ponownie wyciągnij igłę.
10. Załóż jałowy opatrunek na miejsce wkłucia.

## POWIKLANIA :

Nakłucie lędźwiowe jest bezpieczne, jeśli nie jest wykonywana w stanach podwyższonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego lub u niemowlęcia z ciężką niewydolnością krążeniową lub oddechową.

Najczęściej występują nie zagrażające życiu powikłania : ból głowy, ból w okolicach kręgosłupa, wymioty, nasilające się objawy oponowe.

Możliwe są groźniejsze powikłania, ale zdarzają się rzadko :

- krwawienie podpajęczynówkowe i podtwardówkowe
- krwiak nadtwardówkowy
- uraz więzadeł kręgosłupa
- uraz okostnej
- uchwycenie korzeni nerwowych przez uszkodzoną oponę twardą
- ostre ropne zapalenie kręgow
- ropień
- bardzo rzadko (nawet po kilku latach) guz epidermoidalny spowodowany wykonywaniem NL igłą bez mandrylu (przyczynę jego stanowi wprowadzenie tkanki epidermalnej do przestrzeni podtwardówkowej)

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szczęsny

# PŁUKANIE ŻOŁĄDKA

**Przed wykonaniem zabiegu zwrócić uwagę na trzy istotne zagadnienia :**

1. Czy spożycie toksycznej substancji spowoduje znaczące i niebezpieczne objawy
2. Czy dekontaminacja przewodu pokarmowego w wyniku płukania żołądka zmniejszy ciężkość przebiegu zatrucia
3. Czy dekontaminacja może być szkodliwa, a więc jaki jest bilans ryzyka i korzyści

W razie wątpliwości wskazany kontakt z Ośrodkiem Toksykologicznym w Poznaniu ,  
**telefon : 61 8476946**

## **CEL ZABIEGU**

Płukanie żołądka przeprowadza się w przypadkach zatrucia drogą pokarmową w celu usunięcia substancji toksycznej z żołądka, zanim przedostanie się ona przez odźwiernik do jelita cienkiego

## **WSKAZANIA :**

1. Spożycie substancji o znacznej toksyczności, stwarzającej zagrożenie dla życia, jeśli czas od jej spożycia nie przekroczył „złotej godziny” i można się spodziewać, że pozostaje ona nadal w żołądku
2. Spożycie dużych ilości substancji toksycznych lub leków silnie działających (trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, antagoniści wapnia, beta-blokery, cyjanki) w nieco dłuższym przedziale czasowym (wg indywidualnej oceny stanu pacjenta, nie później, niż po 4 godzinach)
3. Spożycie substancji toksycznej spowalniającej perystaltykę i opróżnianie żołądka (leki antycholinergiczne, trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne w nieco dłuższym przedziale czasowym (jak w punkcie 2)
4. Spożycie toksycznej dawki leków o przedłużonym uwalnianiu i wchłanianiu – bez ścisłych ograniczeń dotyczących czasu od ich spożycia.
5. Spożycie substancji lub leków tworzących złoży w przewodzie pokarmowym (np. salicylany, fenotiazyny – bez ścisłych ograniczeń dotyczących czasu od ich spożycia po potwierdzeniu ich obecności w żołądku za pomocą badania rtg jamy brzusznej.

## **PRZECIWSKAZANIE BEZWZGLĘDNE :**

1. Połknięcie substancji żrących – alkalicznych lub kwaśnych, grożących perforacją ścian przewodu pokarmowego
2. Pacjenci z chorobami przełyku i żołądka (żylaki, owrzodzenia), pacjenci po zabiegach operacyjnych w obrębie przełyku i żołądka)
3. Uogólniona skaza krwotoczna

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szczęsny

## PRZECIWSKAZANIA WZGLĘDNE :

1. Pacjenci nieprzytomni, bez odruchów obronnych chroniących górne drogi oddechowe
2. Pacjenci pobudzeni, nie współpracujący
3. Zatrucie pochodnymi węglowodorów (benzyna, rozpuszczalniki) z zagrożeniem aspiracji do dróg oddechowych

W powyższych przypadkach płukanie żołądka można przeprowadzić po uprzedniej intubacji rurką z mankietem uszczelniającym.

### Uwaga :

U chorych zgłaszających się po upływie 2-3 godzin od spożycia toksycznej ilości znanej substancji, która nie spowalnia perystaltyki można podać alternatywnie jedną lub kilka dawek węgla aktywowanego. Istotna jest informacja, czy węgiel adsorbuje spożytą substancję.

Można rozważyć podanie jednej dawki węgla aktywowanego alternatywnie wobec płukania żołądka. W przypadku substancji adsorbowanych na węglu zastosowanie go redukuje ich wchłanianie w stopniu tym mniejszym, im później podano węgiel.

**Substancje nie adsorbowane przez węgiel aktywowany :** alkohole, glikole, fenol, kwasy i zasady, metale i metyloaldehydy, produkty destylacji ropy naftowej, podchloryn sodu, chlorek sodu (herbicyd).

## NIEZBĘDNY SPRZĘT :

1. Sondy żołądkowe z dużymi otworami bocznymi, dobrane do wieku dziecka

Wiek dziecka	Wielkość sondy założonej przez nos	Wielkość sondy założonej przez usta
Dzieci do 3 roku życia	10-12 F	14-16 F
Dzieci przedszkolne	14-16 F	18-24 F
Dzieci starsze	18-22 F	26-38 F

2. Żel lidokainowy (2% Lignocainum hydrochloricum) do zwilżenia końcówki sondy
3. Strzykawki 20 i 50 ml
4. 0,45% NaCl (mieszanina NaCl 0,9% i wody do iniekcji 1:1) ewentualnie 0,9% NaCl.
5. Sproszkowany węgiel aktywowany
6. Środek przeczyszczający np. laktuloza
7. Dowolnie kalibrowane naczynie umożliwiające dokładny pomiar objętości podawanej do płukania
8. Zakręcany pojemnik do zabezpieczenia treści żołądkowej pobranej do badań toksykologicznych
9. Chusty i paski służące do unieruchamiania pacjentów nie współpracujących
10. Nieprzemakalne fartuchy foliowe i rękawiczki dla personelu
11. Ssak z kompletem cewników do odsysania treści z jamy ustnej i dróg oddechowych.

## TECHNIKA ZABIEGU :

Należy poinformować rodziców i starsze dziecko o celu i charakterze wykonywanych czynności, a także o zasadach współpracy, której się od nich oczekuje.

1. Przed wprowadzeniem zgłębnika do żołądka rozważ wskazania do intubacji dotchawiczej
2. Jeśli podejrzewasz, że pacjent może mieć pusty żołądek, rozważ u pacjentów współpracujących podanie do wypicia niewielkiej ilości płynu przed wprowadzeniem sondy (ułatwi to kontrolę jej położenia)
3. Odmierz dokładnie odległość, na jaką należy wprowadzić sondę :
  - a) przy wprowadzaniu przez nos : odległość uch o- nos - wyrostek mieczykowaty
  - b) przy wprowadzaniu przez usta : odległość usta – wyrostek mieczykowatyOdmierzoną odległość zaznacz wyraźnie na sondzie niezmywalnym pisakiem lub plastrem.
4. Wprowadź sondę przez usta. U małych dzieci przez nos (zapewnia to jej lepszą stabilizację). U zaintubowanych pacjentów załóż rurkę ustno-gardłową, aby wybudzając się, nie przygryzali sondy.
5. Sprawdź położenie sondy aspirując treść żołądkową lub wdmuchując około 20 ml. powietrza i równocześnie osłuchując okolicę żołądka. O umiejscowieniu sondy w żołądku świadczy słyszalne bulgotanie.
6. Zabezpiecz sondę przed wysunięciem, przyklejając ją do nosa (przy wprowadzaniu przez nos) lub wargi górnej (przy wprowadzaniu przez usta). Wskazane jest przytrzymywanie sondy palcami w wyznaczonej odległości przez osobę asystującą.
7. Zaaspirowaną treść zabezpiecz do ewentualnych dalszych badań.
8. Unieruchom rękę dziecka, aby zapobiec niespodziewanemu wyrwaniu sondy w trakcie zabiegu.
9. Przeprowadź płukanie 0,45%NaCl lub 0,9% NaCl Temperatura płynu powinna być zbliżona do temperatury ciała dziecka. Płukanie zimnym płynem może wywołać hipotermię.  
**Całkowita ilość płynu użytego do płukania powinna wynosić około 50 ml/kg.**  
**Jednorazowo podawaj małe porcje po 10 ml/kg.**  
Dostosuj objętość jednorazowo podawanego płynu do pojemności żołądka zależnej od wieku dziecka :
  - a) niemowlęta : 50-100 ml
  - b) dzieci w wieku 2-5 lat : 100-150 ml.
  - c) dzieci w wieku 5-10 lat : 150-200 ml.
  - d) dzieci > 10 roku : do 250 ml.
10. Podawaj płyn dużą strzykawką lub kalibrowanym naczyniem
11. Po podaniu płynu opuść koniec sondy poniżej poziomu żołądka i umieść w odpowiednim naczyniu, co pozwoli na zdrenowanie treści siłą ciężkości. Jeżeli płyn nie wypływa, spróbuj odciągnąć go dużą strzykawką.
12. Po każdym wprowadzeniu porcji płynu staraj się uzyskać tę samą objętość.
13. Do ostatniej porcji płynu dodaj węgiel aktywowany w ilości 0,5 – 1,0 g/kg. ( u młodzieży i dorosłych max. 60 g ).  
Należy sporządzić roztwór w proporcji 50 g. węgla / 400ml. wody destylowanej i podać 5-10 ml. / kg.
14. Po podaniu węgla można również podać jednorazowo środek przeczyszczający : laktukozę, 20% Mannitol w ilości zależnej od wieku dziecka ( 15 ml do 3 lat, 30 ml. do 7 lat, 60 ml. u starszych ), siarczan sodu. Leki te pozostawia się w żołądku.

15. Po zakończeniu zabiegu można usunąć sondę użytą do płukania i zastąpić ją mniejszą (jeśli wskazane jest dłuższe utrzymywanie sondy w żołądku). Gdy przewiduje się kilkakrotne podawanie węgla, można pozostawić sondę o większej średnicy.

**Substancje po zażyciu których wskazane jest stosowanie wielokrotnych dawek węgla aktywowanego :**

amanityna, amitryptylina, cyklosporyna, diazepam, digoksyna, fenobarbital, fenylobutazon, karbamazepina, meprobamat, metotrexat, pisoksykam, propranolol, teofilina.

**MOŻLIWE POWIKŁANIA PŁUKANIA ŻOŁĄDKA :**

1. Aspiracja treści żołądkowej do dróg oddechowych, aspiracyjne zapalenie płuc.
2. Aspiracja węgla aktywowanego do płuc.
3. Mechaniczne przebicie przełyku lub żołądka
4. Przedostanie się węgla aktywowanego do jamy otrzewnowej, zapalenie otrzewnej.
5. Zaburzenia rytmu serca
6. Zaburzenia wodno-elektrolitowe
7. Wybroczyny na spojówkach i twarzy.

**PRZECIWSKAZANIA DO STOSOWANIA ŚRODKÓW PRZECZYSZCZAJĄCYCH**

1. Brak perystaltyki
2. Świeży uraz lub niedawny zabieg operacyjny w obrębie jelita
3. Niedrożność mechaniczna
4. Perforacja jelit
5. Spożycie substancji żrących
6. Hipotensja, nasilone zaburzenia wodno-elektrolitowe.

**POWIKANIA STOSOWANIA ŚRODKÓW PRZECZYSZCZAJĄCYCH**

1. Nudności, wymioty
2. Kurczowe bóle brzucha
3. Przejściowe niedociśnienie
4. Odwodnienie i zaburzenia elektrolitowe.

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szczęsny



# POSTĘPOWANIE Z DZIECKIEM AGRESYWNYM

## ZASADY POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU AGRESJI U DZIECI STARSZYCH I MŁODZIEŻY :

1. Podjąć próbę nawiązania kontaktu werbalnego (nie dłużej, niż 15-20 minut)  
Starać się mówić spokojnie, cicho, powstrzymać się od krytyki, zawstydzania, grożenia konsekwencjami lub straszenia. Spróbować dowiedzieć się o przyczynach wystąpienia agresji i próbować uspokoić dziecko rozmową. Nie składać obietnic, których nie będziemy w stanie zrealizować.
2. Ostrzec dziecko i rodziców (opiekunów prawnych), że jeśli nie zmieni zachowania, konieczne będzie zastosowanie przymusu bezpośredniego : przytrzymanie, unieruchomienie za pomocą kaftana lub pasów, wezwanie odpowiednich służb (policja), przymusowe podanie leków w postaci wstrzyknięć.
3. Dać czas na uspokojenie, wyraźnie go określając – nie dłużej, niż 5 minut.
4. Po określonym czasie podjąć interwencję bez zbędnego komentowania zdarzenia.

Podejmując próbę rozmowy z dzieckiem dokonujemy jednocześnie oceny stanu świadomości, płynności i logiki wypowiedzi, obecności lęku.

W przypadku stwierdzenia zaburzeń świadomości, myślenia, postrzegania konieczne jest wykonanie badań laboratoryjnych, toksykologicznych, badania EEG (o ile jest możliwe), konsultacji neurologicznej, psychiatrycznej.

Skierowanie do szpitala psychiatrycznego powinno nastąpić po wykluczeniu internistycznych przyczyn powstałych zaburzeń (toksykologicznych, zakaźnych, neurologicznych).

## AGRESJA U MŁODSZYCH DZIECI

### Przyczyny :

1. Błędy w procesie wychowawczym
2. Zaburzenia adaptacyjne :
  - narażenie na przewlekły stres (alkoholizm w rodzinie, kłótnie, przemoc)
  - narażenie na ostry stres (nagłe traumatyczne wydarzenie)
3. Zastępczy zespół Munchausena
4. Zaburzenia lękowe, lęk separacyjny
5. Zaburzenia dysocjacyjne
6. Inne przyczyny psychiatryczne : ADHD, całościowe zaburzenia rozwojowe, upośledzenie umysłowe, płodowy zespół alkoholowy, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia afektywne – mania
7. Neuroinfekcje, inne przyczyny neurologiczne

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szczęsny

**Postępowanie : należy przede wszystkim dokonać szybkiej oceny stanu somatycznego i neurologicznego, następnie podjąć decyzję o interwencji farmakologicznej oraz zebrać dokładny wywiad**

1. Zachować spokój i opanowanie, dziecko zabezpieczyć przed urazami przez przytrzymanie przez opiekuna lub pielęgniarkę w sposób bezpieczny i najmniej ingerencyjny.
2. Należy mówić cichym i spokojnym głosem, aby dziecko, chcąc usłyszeć, co mówi lekarz musiało się samo uciszyć.
3. Należy starać się wykorzystać chwilę spokoju w celu oceny świadomości dziecka i nawiązania kontaktu
4. Rodziców należy uspokoić i poprosić, aby starali się zwracać do dziecka i osób badających również spokojnie

**Ocena stanu somatycznego :**

1. Zwrócić uwagę na obecność zmian pourazowych :zasinienia, otarcia, blizny, bolesność ( u małych dzieci zachowanie agresywne jest często następstwem przemocy, złego traktowania lub zmian w środowisku dziecka np. rozwód, choroba, wypadek inne traumatyczne zdarzenie)
2. Ocenić świadomość, obecność objawów oponowych, sprawność ruchową, ogólny rozwój psychoruchowy.

**Ewentualna interwencja farmakologiczna**

1. Uzyskać zgodę rodziców lub opiekunów prawnych.
2. O ile nie ma innych wskazań można podać hydroxyzynę lub benzodiazepiny. Pamiętać należy, że farmakologiczne uspokojenie może mieć wpływ na opóźnienie ustalenia rozpoznania
3. Zawsze podanie leku odnotować w dokumentacji medycznej, także w skierowaniu do innego szpitala.

**Zebranie wywiadu od rodziców lub opiekunów :**

1. Uwzględnić czas i okoliczności wystąpienia podobnego zachowania, a także dotychczasowy sposób radzenia sobie z podobnymi reakcjami dziecka
2. Ustalić kto najczęściej opiekuje się dzieckiem w czasie, gdy rodzice pracują oraz ile czasu rodzice spędzają poza domem, czy dziecko chętnie zostaje z opiekunem. Jeśli takie zachowania występowały wcześniej i nie były następstwem nagłych traumatycznych zdarzeń, to najprawdopodobniej są one wynikiem nieprawidłowości w procesie wychowawczym bądź wynikają ze złego traktowania lub problemów rodzinnych, przemocy.
3. Jeśli zachowanie agresywne lub autoagresywne wystąpiło nagle, trwa długo, dziecko nie reaguje na żadne z w/w sposobów postępowania, dodatkowo jeśli stwierdzono inne objawy (podwyższona temperaturę ciała, trudności w nawiązywaniu kontaktu, występowanie innych objawów neurologicznych) konieczne jest wykonanie dodatkowych badań.

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szczęsny

# POSTĘPOWANIE W NAPADACH DRGAWEK I STANIE PADACZKOWYM

- zapewnienie drożności dróg oddechowych (ułożenie, odessanie)
- tlenoterapia
- dostęp do żyły
- monitorowanie RR, EKG i pulsooksymetria
- pobranie krwi celem wykluczenia drgawek objawowych lub metabolicznych

## PODAĆ JEDEN Z NASTĘPUJĄCYCH LEKÓW :

- diazepam 0,3-0,5 mg/kg doodbytniczo lub 0,3 mg/kg dożylnie
- klonazepam 0,05-0,1 mg/kg dożylnie lub domięśniowo (max. do 2 mg/dawkę)

## W RAZIE UTRZYMYWANIA SIĘ DRGAWEK POWYŻEJ 10 MINUT :

- fenobarbital 15-20 mg/kg/dawkę dożylnie, następnie 3-4 mg/dawkę (dawka podtrzymująca)
- fenytoina 20 mg/kg/dawkę dożylnie (20-25 mg/min.)
- lorazepam 0,1 mg/kg iv.
- kwas walproinowy 15 mg/kg/dawkę w szybkim wlewie, następnie we wlewie ciągłym z szybkością 1mg/kg/godzinę

## W RAZIE UTRZYMYWANIA SIĘ DRGAWEK POWYŻEJ 30-6- MINUT :

Rozważyć intubację i przekazanie na OIOM i podać :

- midazolam 0,15 mg/kg w bolusie
- pentobarbital 5-15 mg/kg w bolusie, następnie 1-3 mg/kg/godzinę w ciągłym wlewie
- tiopental 100-150 mg w bolusie, następnie 3-5 mg/kg/godzinę w ciągłym wlewie

## NA KAŻDYM ETAPIE NALEŻY PROWADZIĆ LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE :

- przeciwobrzękowe : 20% Mannitol (po wykluczeniu krwawienia do OUN) 1-2 g/kg  
Furosemid 1-2 mg/kg.
- wyrównujące kwasicę i niedobory wodno-elektrolitowe
- przeciwgorączkowe : ochładzanie, Paracetamol

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szcześny

## ROZPOZNAWANIE I LECZENIE ANAFILAKSJI

### Wytyczne American Academy of Allergy, Astma and Immunology

#### Wywiad

1. Czy wystąpiły zmiany skórne, szczególnie świąd, zaczerwienienie skóry, pokrzywka lub obrzęk naczynioruchowy ?
2. Czy wystąpiły jakikolwiek objawy obturacji górnych lub dolnych dróg oddechowych (dysfonia, świst krtaniowy, kaszel, świsty, duszność)
3. Czy wystąpiły objawy ze strony przewodu pokarmowego ( nudności, wymioty, biegunka ) ?
4. Czy wystąpiło omdlenie lub objawy stanu przedomdleniowego ?

Nieobecność zmian skórnych stawia rozpoznanie pod znakiem zapytania, ponieważ w większości przypadków anafilaksji objawy takie występują, chociaż ich brak niekoniecznie wyklucza reakcję anafilaktyczną lub anafilaktoidalną.

Największy niepokój budzą zaburzenia oddechowe i zapaść sercowo-naczyniowa, gdyż są one najczęstszymi przyczynami zgonów. Zwiększona przepuszczalność naczyń , charakterystyczna cecha anafilaksji, pozwala na przemieszczenie się nawet 50% płynu wewnątrznaczyniowego do przestrzeni poza naczyniowej w ciągu 10 minut, w wyniku czego dochodzi do zapaści hemodynamicznej.

Wywiad powinien się skupiać nad substancjami, z którymi chory się zetknął przed wystąpieniem reakcji (pokarmy, leki), czy nie został ukąszony lub użądłony, jakie czynności wykonywał przed wystąpieniem objawów (wysiłek fizyczny)

#### Różnicowanie :

1. Omdlenie wazodepresyjne (wazowagalne – neurokardiogenne )
2. Zespoły, którym może towarzyszyć zaczerwienienie skóry np. przerzut rakowiaka
3. Zespoły poposiłkowe ( np. reakcja po zjedzeniu ryb makrełowatych)
4. Mastocytoza układowa
5. Zaburzenia psychiatryczne mogące naśladować anafilaksję : napady paniki lub zespół dysfunkcji fałdów głosowych
6. Obrzęk naczynioruchowy
7. Inne przyczyny wstrząsu (np. kardiogeny)
8. Inne incydenty sercowo-naczyniowe lub oddechowe ( aspiracja ciała obcego, zatorowość płucna)
9. Ostre zatrucie
10. Hipoglikemia
11. Padaczka

Stanem najczęściej mylonym z reakcjami anafilaktycznymi i anafilaktoidalnymi jest reakcja wazodepresyjna (wazowagalna).

W reakcjach wazodepresyjnych nie występuje pokrzywka, częstotliwość rytmu serca jest wolna, na ogół nie występuje skurcz oskrzeli ani inne zaburzenia oddechowe, RR jest zwykle prawidłowe lub podwyższone, a skóra typowo jest chłodna i blada.

## POSTĘPOWANIE W ANAFILAKSJI

1. Oceń drożność dróg oddechowych, oddychanie, krążenie i stan świadomości (zaburzenia procesów myślowych mogą sugerować niedotlenienie)
2. Podaj **Adrenalinę domięśniowo lub podskórnie** w rozcieńczeniu 1:1000 (1mg/ml.) w dawce 0,2-0,5 ml ( u dzieci 0,01 mg/kg, max. 0,3mg.) , jeśli to konieczne można dawkę powtarzać co 5 minut. (jeśli lekarz uzna to za właściwe, można skrócić 5-minutowy odstęp między dawkami).  
**Uwaga** : z powodu ryzyka potencjalnie śmiertelnych zaburzeń rytmu adrenalinę można podawać dożylnie tylko chorym z zatrzymaniem czynności serca lub głęboką hipotonią, którzy nie odpowiedzieli na resuscytację płynową i kilka wstrzykniętych dawek adrenaliny)
3. Ułóż chorego w pozycji na wznak i unieś jego kończyny dolne. (spowalnia to narastanie ewentualnych zaburzeń hemodynamicznych)
4. Uzyskaj i utrzymuj drożność dróg oddechowych. Można rozważyć intubację dotchawiczą lub nacięcie krtani między chrząstką pierścieniową , a tarczową (pod warunkiem że lekarz jest odpowiednio przeszkolony i ma wprawę w wykonywaniu tego typu zabiegów).
5. Podaj tlen – szczególnie u chorych, u których reakcja przedłuża się. Tlenoterapię powinno się prowadzić pod kontrolą ciągłej pulsooksymetrii i gazometrii, gdyż istnieje obawa o niedotlenienie.
6. Rozważ dożylny wlew 0,9% NaCl w celu uzupełnienia płynów i utrzymania dostępu dożylnego. ( nie podawać roztworu Ringera, gdyż mógłby się przyczynić do kwasicy metabolicznej , ani glukozy, gdyż przemieszcza się szybko z naczyń do tkanek śródmiąższowych ). U **dorosłych** 0,9% NaCl należy przetoczyć z szybkością 5-10 ml./kg w ciągu 5 minut (szybko 500ml.) a następnie powolny wlew.  
**Dzieci** powinny otrzymać do 30 ml/kg w ciągu pierwszej godziny.
7. Rozważ podanie antagonistę receptora H1 : Dipergan, Phenazolinum (pozajelitowo).  
**Uwaga** : antagonistów receptora H1 uważa się za leki drugiego wyboru w stosunku do adrenaliny i nigdy nie należy ich stosować w anafilaksji jako jedynych leków.
8. Rozważ podanie ranitydyny w dawce 50mg u dorosłych i 1mg/kg u dzieci, dawkę można rozcieńczyć w 5% glukozie do 20ml i podawać dożylnie w ciągu 5 minut.  
**Uwaga** : połączenie difenhydraminy z ranitydyną jest skuteczniejsze, niż sama difenhydramina.
9. Skurcz oskrzeli oporny na odpowiednie dawki adrenaliny : rozważ wziewne podanie beta-mimetyku (np. 2,5-5mg salbutamolu w 3 ml. NaCl w nebulizacji, powtarzaj w razie potrzeby).
10. Hipotonia oporna na przetaczanie płynów i wstrzyknięcia adrenaliny : rozważ wlew leków wazopresyjnych.(np. dopamina 2-20 mcg/kg/min, dostosowywać dawkę tak, aby utrzymywać skurczowe ciśnienie powyżej 90 mm Hg).
11. Rozważ wlew glukagonu, gdy chory przyjął lek blokujący receptory adrenergiczne beta, utrudniający leczenie w dawce 1-5 mg ( u dzieci 20-30 mcg/kg, max. 1mg) w ciągu 5 minut, a następnie we wlewie 5-15 mcg/min, z szybkością dostosowana do odpowiedzi klinicznej.
12. Rozważ podanie glikokortykosteroidu u chorych z ciężką i przedłużającą się anafilaksją. Zwykle nie są one pomocne w ostrym stanie, ale mogą uchronić przed nawrotem lub przedłużaniem się anafilaksji. Podawać dożylnie co 6 h w dawkach równoważnych 1-2 mg/kg/dobę metylprednizolonu.
13. Rozważ przetransportowanie chorego na OIOM.

# LECZENIE KWASICY KETONOWEJ

## **KRYTERIA ROZPOZNAWANIA KWASICY KETONOWEJ:**

- objawy kliniczne
- poziom cukru powyżej 300 mg%( 16,6 mmol/l)
- pH poniżej 7,25
- wodorowęglany poniżej 15

## **ZASADY POSTĘPOWANIA:**

- ogólna ilość płynów do 4 l/m<sup>2</sup>/dobę
- nie obniżać cukru szybciej, niż 100 mg% na godzinę
- absolutnie nie podawać wodorowęglanów !!!

1. W pierwszej kolejności przetoczyć 500 ml/m<sup>2</sup> 0,9% NaCl w ciągu godziny

2. Podawać insulinę krótko działającą w pompie wg następującego schematu:

do 100 ml 0,9% NaCl dodać tyle jednostek insuliny ,ile waży pacjent i podawać :

- gdy cukier powyżej 400 mg%(22,2mmol/l)→przepływ 10ml/godz (0,1 j/kg/godz)
- gdy cukier 300-400mg%(16,6-22,2 mmol/l)-> 8ml/godz(0,08j/kg/godz)
- gdy cukier 200-300mg%(11,1-16,6mmol/l)-> 6ml/godz(0,06j/kg/godz)
- gdy cukier 150-200mg%(8,3-11,1 mmol/l) -> 4ml/godz(0,04j/kg/godz)

3. Do następnych płynów na każde 100 ml płynu podajemy 4 mEq potasu

1 ml 15%KCl= 2 mEq K

Gdy kaliemia: 3,5-4,5 mmol/l -> 4mEq/100ml płynu

: 4,5-5,5 mmol/l-> 2-3 mEq/100ml płynu

:poniżej 3 mmol/l-> 6 mEq/100ml płynu.

4. Co 2-3 godziny kontrolować gazometrię i elektrolity.

Jeżeli Na wzrasta a cukier spada to zmieniamy płyny na 0,45% NaCl.

Gdy cukier spadnie poniżej 300mg% to podłączamy płyny mieszane

1:1(5%glukoza:0,9%NaCl)-dodając 1 j insuliny na spalenie 100 ml 5% glukozy.

5. Gdy stan ogólny się poprawia i jest ustabilizowany metabolicznie- tzn. poziom glukozy poniżej 200mg%(12 mmol/l) , pH powyżej 7,3 a HCO<sub>3</sub> powyżej 15 mmol/l możemy podać insulinę podskórną i odstawić pompę( warunek pacjent nie wymiotuje).

Insulinę podskórną podajemy 30 min przed posiłkiem, w czasie posiłku zdwajamy tempo infuzji dożylną insuliny, i utrzymujemy jeszcze przez godzinę, a następnie odstawiamy pompę.

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szczęsny

# WYTYCZNE POSTĘPOWANIA PO NAPADZIE DRGAWEK NIEZWIĄZANYCH Z GORĄCZKĄ

**Badania laboratoryjne** – decyzję o wykonaniu badań (które nie zawsze są konieczne) należy podjąć na podstawie szczegółów z wywiadu i objawów klinicznych :

- morfologia krwi, stężenie sodu, potasu, magnezu, wapnia i glukozy,
- badanie toksykologiczne moczu.

**Tomografia komputerowa :**

- u dzieci w każdym wieku, u których występują objawy neurologiczne o charakterze ogniskowym
- u dzieci, których stan nie powrócił do normy po kilku godzinach od napadu
- u dziecka z wcześniej rozpoznaną padaczką, jeżeli napad padaczkowy różnił się od dotychczasowych napadów lub w badaniu neurologicznym stwierdza się nowe objawy ogniskowe.

**Nakłucie łądźwiowe :**

- konieczne w przypadku podejrzenia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych
- nie trzeba go wykonywać po pierwszym napadzie niezwiązanym z gorączką
- poważnie należy je rozważyć w przypadku :
  - u dzieci do 1 roku życia bez wyraźnego podłoża gorączkowego
  - u dzieci z pierwszym epizodem drgawek gorączkowych złożonych
  - u dzieci z utrzymującą się sennością lub ograniczeniem świadomości
  - u dzieci ostatnio otrzymujących antybiotyki

**Elektrokardiogram** - wykonać w przypadku widocznych objawów ze strony układu krążenia.

**Rezonans magnetyczny**

- u wszystkich dzieci z istotnym upośledzeniem funkcji ruchowych lub poznawczych o nieznannej etiologii.
- z nieprawidłowościami w badaniu neurologicznym
- z napadami rozpoczynającymi się jako napad częściowy (ogniskowy) u dzieci do 1 roku życia.
- u dzieci, u których zapis eeg nie wskazuje na dziecięcą łagodną padaczkę z napadami częściowymi lub padaczkę z napadami pierwotnie uogólnionymi.

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU PRZECIĘCZEGO  
lek. Piotr Szczyński

## WYWIAD PO NAPADZIE DRGAWEK

Nazwisko i imię  
Nr historii choroby

Czy napad wystąpił po raz pierwszy w życiu    tak    nie

Jeżeli nie, to czy różnił się od dotychczasowych napadów    tak    nie

Czy wystąpiły czynniki wywołujące napad : brak snu , nadmierny stres , przyjmowanie dostępnych bez recepty leków przeciwkaszlowych i przeciw przeziębieniu, stosowanie jakichkolwiek innych leków lub narkotyków , alkoholu , uraz , infekcja

Czy pojawiła się aura : wzrokowa, słuchowa , inna

Czy wystąpiło splątanie, zaburzenia przytomności, senność

Czy dziecko pamięta napad    tak    nie

Czy wystąpiło nie trzymanie moczu lub kału, ślinotok, nudności lub wymioty podczas lub po napadzie

Czy miały miejsce uogólnione drgawki , czy też dotyczyły one jednej strony lub jednej części ciała

Czy napad miał postać miokloniczną (nagłe zrywanie ciała lub kończyn) ,  
atoniczną (utrata napięcia mięśniowego, upadek),  
toniczną (wyprężenie lub sztywność)  
toniczno-kloniczną (zrywania ze sztywnością)  
napadu nieświadomości (wpatrywanie się w jeden punkt)

Jak długo trwał napad

Czy wystąpił przejściowy, ogniskowy niedowład    tak    nie

Czy wystąpiło porażenie    tak    nie

Czy wystąpiły zaburzenia oddychania , sinica    tak    nie

O jakiej porze dnia wystąpił napad

Czy dziecko spało    tak    nie    Jeśli tak, to jak długo po zaśnięciu wystąpił napad

Jakie objawy wystąpiły po napadzie

Data i podpis lekarza

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Poczesny



Załącznik Nr 4  
do Regulaminu Oddziału Dziecięcego

**WYKAZ PROCEDUR DIAGNOSTYCZNYCH I LECZNICZYCH  
STWARZAJĄCYCH PODWYŻSZONE RYZYKO – WYMAGAJĄCYCH ODREBNEJ  
ZGODY OPIEKUNA PRAWNEGO ORAZ PACJENTA POWYŻEJ 16 ROKU ŻYCIA**

1. Badania wykonywane w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym
2. Punkcja ciała : łądźwiowa, opłucnowa, zatok, stawów, ropnia, torbieli, szpiku kostnego.
3. Badania i zabiegi endoskopowe : gastroskopia, bronchoskopia, kolonoskopia, rektoskopia.
4. Badania radiologiczne z podaniem kontrastu
5. Przetoczenie krwi i leków krwiopochodnych
6. Kaniulacja dużych naczyń.
7. Przeprowadzenie badań laboratoryjnych na obecność wirusa HIV

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek. Piotr Szczęsny

**INSTRUKCJA DLA PACJENTÓW  
I RODZICÓW PIELEGNUJĄCYCH DZIECI PRZEBYWAJĄCE NA LECZENIU  
W ODDZIALE DZIECIĘCYM WOJEWÓDZKIEGO  
SZPITALA ZESPOLONEGO W KONINIE**

**Pobyt opiekuna razem z dzieckiem w oddziale jest bezpłatny.**

**Każde dziecko przyjęte w oddział obowiązuje:**

- noszenie tasiemki identyfikacyjnej przez cały czas pobytu w oddziale
- zakaz opuszczania oddziału bez opieki rodziców lub opiekunów oraz bez wcześniejszego poinformowania pielęgniarki

**Odwiedziny w oddziale odbywają się  
codziennie w godz. od 16:00 – 18:00**

**( do każdego dziecka wchodzi tylko jedna osoba odwiedzająca )**

W celu zapewnienia właściwych warunków leczenia i pielęgnacji dzieci-pacjentów Oddziału Dziecięcego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie proszę o przestrzeganie następujących zasad postępowania:

1. W oddziale przy dziecku przebywa tylko jedno z rodziców,
2. Czynności pielęgnacyjne wykonywane są przez opiekuna na terenie oddziału w ścisłej współpracy z pielęgniarką dyżurną.
3. U dzieci w stanach zdrowia wymagających intensywnego nadzoru czynności pielęgnacyjne wykonuje pielęgniarka.

**4. Informacje o stanie zdrowia dziecka udzielane są:**

**Od poniedziałku do piątku**

**od godz. 11:00 – 13:00 przez lekarza prowadzącego**

**od godz. 13:00 – 14:00 przez ordynatora / kierownika**

**5. Odzież wierzchnią i obuwie pozostawiamy w szatni – hol główny**

**( czynna całą dobę – bezpłatna ).**

**6. W celu zapewnienia właściwego przebiegu leczenia dzieci należy:**

- a/ karmić i podawać napoje tylko ściśle według zaleceń lekarskich i pod nadzorem pielęgniarki
- b/ mleko i herbatkę dla dziecka dostarcza na salę pielęgniarka
- c/ z uwagi na to, że butelki i smoczki będące w dyspozycji oddziału są sterylne – nie przynosić własnych butelek do mleka

- d/ powiadomić pielęgniarkę o :
- każdym oddanym przez dziecko stolcu
  - wymiotach
  - wszystkich objawach budzących niepokój
- e/ o każdym wyjściu z oddziału powiadomić pielęgniarkę

**7. W celu zapewnienia bezpieczeństwa dziecku należy:**

- a/ przebierać i przewijać dziecko tylko w łóżeczku
- b/ pozostawiając dziecko pamiętać o zamknięciu łóżeczka
- c/ nie pozostawiać w łóżeczku dziecka zbędnych pieluch, bielizny oraz zabawek
- d/ przynosić dziecku tylko bezpieczne, łatwe do utrzymania w czystości i stosowne do wieku dziecka zabawki
- e/ nie używać urządzeń elektrycznych ( grzałek, czajników, kuchenek)

**8. W celu zapewnienia właściwych warunków sanitarno-higienicznych w oddziale:**

- a/ nosić obowiązujące ubranie ochronne – dotyczy sal z reżimem sanitarnym
- b/ myć ręce przed każdym podejściem do dziecka
- c/ czystą bieliznę i pieluszki dostarcza na salę pielęgniarka
- d/ zużyte pieluszki i odpady wrzucać do odpowiednio oznaczonych pojemników
- e/ nie przenosić przedmiotów ( bielizny, koców, zabawek ) do innych sal oddziału
- f/ nie pić i nie spożywać posiłków na salach chorych dzieci
- g/ nie siadać i nie spać w łózkach dzieci
- h/ nie wolno prać i suszyć na terenie oddziału ubrań dla dzieci

**9. W celu zapewnienia właściwych warunków funkcjonowania oddziału należy:**

- a/ przebywać z dzieckiem tylko w tej sali, w której jest leczone
- b/ dbać o ład i porządek w sali chorych dzieci
- c/ nie palić tytoniu
- d/ korzystać tylko z toalety znajdującej się przy wejściu do oddziału
- e/ przestrzegać ciszy nocnej obowiązującej w oddziale od 22:00 – 6:00
- f/ nie obsługiwać sprzętu i aparatury medycznej

**PAMIĘTAJCIE, ŻE NA ODDZIALE SZPITALNYM NIE WOLNO**

- śmiecić, hałasować, zakłócać spokoju innym pacjentom, palić papierosów, przebywać w stanie nietrzeźwym lub z jakąkolwiek infekcją, w wierzchnim okryciu, brudnym obuwiu;
- domagać się specjalnych względów dla swojego dziecka;
- zostawiać jedzenia w szafce, ( może się zepsuć lub być spożyte przez inne, będące na diecie dziecko),
- wprowadzać zamieszania, chodzić po innych salach;
- **wchodzić razem z dziećmi do gabinetu zabiegowego ze względu na konieczność zabezpieczenia czystości mikrobiologicznej pomieszczenia**

**Nie stosowanie się do w/w zaleceń może spowodować ograniczenie czasu przebywania z dzieckiem w oddziale.**

**Personel oddziału nie ponosi odpowiedzialności za wartościowe rzeczy przyniesione na oddział (pieniądze, telefony komórkowe, laptopy i inne).**

KIEROWNIK  
ODDZIAŁU DZIECIĘCEGO  
lek Piotr Bączek