

ZARZĄDZENIE Nr 39

Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie

z 27 lutego 2026 r.

w sprawie wprowadzenia piątego wydania Procedury „Leczenie Żywieniowe w Wojewódzkim Szpitalu Zespólnym im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie”

Na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.) oraz § 12 ust. 1 Statutu Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie zarządzam, co następuje:

§ 1

Z dniem 27 lutego 2026 r. wprowadzam do stosowania w Wojewódzkim Szpitalu Zespólnym im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie:

1. Piąte wydanie Procedury „Leczenie Żywieniowe w Wojewódzkim Szpitalu Zespólnym im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie” Numer WSZ/DN/P/4/2026 stanowiącej załącznik do niniejszego Zarządzenia.
2. Piąte wydanie Instrukcji „Zakładanie zgłębnika nosowo-żołądkowego, pielęgnacja zgłębnika i PEG-u (drenu gastrostomii), jejunostomii. Podawanie diety przez zgłębnik/PEG/jejunostomię” Numer WSZ/DN/I/5/2026, której treść stanowi załącznik nr 3 do Procedury numer WSZ/DN/P/4/2026.
3. Czwarte wydanie Instrukcji „Pielęgnacja cewnika żylnego centralnego. Zasady użytkowania centralnego dostępu żylnego.” Numer WSZ/DN/I/6/2026, której treść stanowi załącznik nr 4 do Procedury numer WSZ/DN/P/4/2026.

§ 2

Ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych, pielęgniarki i położne oddziałowe oraz Kierownika Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego zobowiązuję do stosowania wymagań określonych w Procedurze oraz Instrukcjach, do zapoznania z nimi podległych pracowników i innych osób udzielających świadczeń zdrowotnych oraz do szczegółowego nadzoru nad ich przestrzeganiem.

§ 3

1. Odpowiedzialnym z racji nadzoru nad realizacją, skutecznością i doskonaleniem Procedury oraz Instrukcji, o których mowa w § 1 niniejszego Zarządzenia jest Przewodniczący Zespołu Leczenia Żywieniowego.
2. Odpowiedzialnymi za nadzór nad stosowaniem Procedury oraz Instrukcji, o których mowa powyżej są Dyrektor oraz Naczelna Pielęgniarka.


§ 4

Traci moc Zarządzenie Nr 174 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie z 21 września 2022 r. w sprawie wprowadzenia czwartego wydania Procedury „Leczenie Żywieniowe w Wojewódzkim Szpitalu Zespólnym im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie”.

§ 5

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego
im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie
Krystyna Brzezińska

 SZPITAL KONIN	Procedura				Wydanie V
	Leczenie żywieniowe w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie				WSZ/DN/P/...../2026
					Strona 1/Stron 7
Sporządził	Przewodniczący Zespołu Leczenia Żywieniowego	Data	23.02 2026	Podpis i pieczęć	lek. Tadeusz Małas anestezjologia i intensywne terapie medycyny ratunkowa 8040261 tel. 604 948 102
Sprawdził	Z-ca Przewodniczącego Zespołu Leczenia Żywieniowego	Data	25.02 2026	Podpis i pieczęć	Jacek Czop lekarz specjalista pediatrii medycyny 128309
Sprawdził	Członek Zespołu Leczenia Żywieniowego	Data	25.02 2026	Podpis i pieczęć	Kierownik Apteki Szpitalnej WSZ w Koninie Izabela Czapka specjalista farmacji szpitalnej
Zatwierdził	Dyrektor	Data	27.02.2026	Podpis i pieczęć	Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie Krystyna Brzezińska
Obowiązuje w terminie od:	27 lutego 2026 r.				

1. Definicje

Niedożywienie - to stan wynikający z zaburzeń wchłaniania lub spożycia składników odżywczych, którego konsekwencją są zmiany w składzie ciała (głównie masy tłuszczowej, masy beztłuszczowej oraz jej komponentu - masy komórkowej) prowadzące do upośledzenia aktywności zarówno fizycznej, jak i psychicznej organizmu. Podobnie jak inne jednostki chorobowe, niedożywienie powinno być diagnozowane i leczone zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania.

Przesiewowa ocena stanu odżywienia - działanie umożliwiające identyfikację pacjentów o nieprawidłowym stanie odżywienia (niedożywionych lub otyłych) i pacjentów, u których istnieje znaczące ryzyko wystąpienia niedożywienia oraz określenie wskazań do pogłębionej oceny stanu odżywienia.


Okresowa ocena stanu odżywienia - ocena stanu odżywienia i stanu zdrowia pacjenta, u którego w wyniku wejściowej przesiewowej oceny nie stwierdzono ryzyka żywieniowego, dokonywana zależnie od przebiegu leczenia, jednak nie rzadziej niż raz na 10 dni.

Ryzyko żywieniowe - ryzyko wystąpienia powikłań choroby lub leczenia, wynikające z obecnych lub spodziewanych zaburzeń stanu odżywienia, wymagające leczenia lub postępowania profilaktycznego.

Zaburzenia stanu odżywienia związane z chorobą - zmiany masy i/lub parametrów biochemicznych z towarzyszącym pogorszeniem czynności narządów i układów, przeważnie pogarszające rokowanie dotyczące choroby i możliwości jej leczenia, spowodowane nieodpowiednią podażą, przyswajaniem, wchłanianiem i/lub zaburzeniami metabolizmu substancji odżywczych z powodu związanych z chorobą czynników miejscowych, indywidualnych lub układowych.

Leczenie żywieniowe (LŻ, inne określenia LŻ - żywienie kliniczne, żywienie medyczne, ang. medical nutrition, nutritional treatment, nutritional therapy) - jest to postępowanie medyczne obejmujące:

- ocenę stanu odżywienia (przesiewową i pogłębioną),
- ocenę zapotrzebowania na składniki odżywcze,
- podaż należnych ilości białka, energii, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody drogą przewodu pokarmowego i/lub dożylną,
- monitorowanie leczenia,

 SZPITAL KONIN	Procedura	Wydanie V
	Leczenie żywieniowe w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie	WSZ/DN/P/.../2026
		Strona 2/Stron 7

-monitorowanie powikłań.

Chory leczony żywieniem pozajelitowym lub dojelitowym - osoba, która z powodu braku możliwości wystarczającego do utrzymania przy życiu odżywiania drogą naturalną wymaga całkowitego lub suplementarnego podawania substancji odżywczych dożylnie lub do przewodu pokarmowego przez zgłębnik lub przetokę odżywczą.

Lekarz prowadzący leczenie żywieniowe - lekarz opracowujący plan leczenia żywieniowego, odpowiedzialny za jego jego prawidłową realizację i następstwa terapii.

2. Cel procedury

Zapobieganie zaburzeniom stanu odżywienia i leczenie ich jest niezmiernie ważną częścią leczenia i opieki nad pacjentem. Badania wykazały, że następstwem złego stanu odżywienia są częstsze powikłania, dłuższy czas leczenia, wyższa śmiertelność. Szpital powinien zapewniać żywienie i leczenie żywieniowe odpowiednie do chorób i stanu wszystkich leczonych w nim pacjentów.


Celem niniejszej procedury jest wykrywanie, rozpoznawanie stanu niedożywienia oraz prowadzenie, monitorowanie i dokumentowanie leczenia żywieniowego i jego powikłań u pacjenta w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie.

3. Zakres - obszary, które należy objąć procedurą


Oddziały szpitalne udzielające świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, Oddział Rehabilitacyjny z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej, Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie.

4. Zasady postępowania


Pkt	Opis działań	Odpowiedzialny
Badanie przesiewowe stanu odżywienia		
I.	1. Zważenie pacjenta i poddanie go przesiewowej ocenie stanu odżywienia, przy przyjęciu do Szpitala, zgodnie z Załącznikiem nr 1a (dla dorosłych) i 1b (dla dzieci) oraz poddanie pacjenta ponownej przesiewowej ocenie po każdych kolejnych 7 – 10 dniach pobytu w szpitalu. 2. Przesiewowej ocenie stanu odżywienia przy przyjęciu do Szpitala nie podlegają pacjenci SOR, pacjenci Oddziału Okulistycznego, Oddziału Laryngologicznego oraz Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, jeżeli hospitalizacja w tych oddziałach trwa krócej niż 3 dni.	lekarz przyjmujący pacjenta
II.	Poddawanie pacjentów objętych powtarzalną hospitalizacją, przesiewowej ocenie stanu odżywienia podczas pierwszej hospitalizacji, następnie nie rzadziej niż co 14 dni.	lekarz oddziału
Ocena zapotrzebowania przy niedożywieniu i wybór metody i drogi odżywiania		
IV.	Dokonanie pogłębionej oceny stanu odżywienia pacjenta i jego zapotrzebowania białkowego i kalorycznego oraz możliwości korekty niedożywienia poprzez doustne lub sztuczne odżywianie, w przypadku, gdy przesiewowa ocena stanu odżywienia wskazuje na niedożywienie lub zagrożenie niedożywieniem lub spodziewany brak możliwości włączenia diety doustnej przez ponad 7 dni, nawet jeżeli pacjent jest prawidłowo odżywiony w chwili diagnozy.	lekarz prowadzący

	Procedura	Wydanie V
	Leczenie żywieniowe w Wojewódzkim Szpitalu Zespólnym im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie	WSZ/DN/P/ ⁴/2026
		Strona 3/Stron 7


V.	Wdrożenie odpowiedniego postępowanie według „Algorytmu wyboru metody i drogi leczenia żywieniowego u dorosłych” lub „Algorytmu podejmowania decyzji o konieczności zastosowania leczenia żywieniowego u noworodków i dzieci” (Załącznik nr 2a i Załącznik nr 2b).	lekarz prowadzący
Dobór diety doustnej - żywienie naturalnymi składnikami		
VI.	Przy zachowanej możliwości wystarczającego żywienia pacjenta drogą doustną (70 – 90% chorych może być żywionych doustnie dietą z produktów naturalnych), wskazanie diety właściwej dla danego pacjenta według wykazu diet kuchennych dostępnych w Szpitalu. Wykaz diet dostępny w w Procedurze “Zastosowanie diet w WSZ w Koninie”, lub jeśli jest wskazane, zalecenie doustnych suplementów pokarmowych, dostępnych w WSZ w Koninie, wykazanych na www.szpital-konin.pl/leczenie-zywieniowe/wykazpreparatowdojelitowych	lekarz prowadzący, dietetyk
Kwalifikacja dorosłych/ dzieci/ noworodków do leczenia żywieniowego dietami przemysłowymi		
VII.	Dokonanie kwalifikacji dorosłych/ dzieci/ noworodków do żywienia dietami przemysłowymi według kart kwalifikacji do leczenia żywieniowego dla dorosłych /dzieci/ noworodków (formularz zgodny z aktualnym Zarządzeniem Prezesa NFZ - www.nfz.aov.pl/zarzadzeniaprezesa i www.szpital-konin.pl) lub systemu Eskulap.	lekarz prowadzący
Żywienie dojelitowe (podaż do żołądka lub jelita)		
VIII.	W przypadku wdrożenia u pacjenta żywienia dojelitowego (dieta przemysłowa podawana do przewodu pokarmowego sztuczną drogą przez zgłębnik/przetokę, refundowana przez NFZ), wykonanie zabiegów związanych z dostępem do przewodu pokarmowego i odnotowanie ich wykonania w Historii pielęgnowania, według Instrukcji „Zakładanie zgłębnika nosowo-żołądkowego, pielęgnacja zgłębnika i PEG-u (drenu gastrostomii), jejunostomii, podawanie diety przez zgłębnik/PEG/jejunostomię (Załącznik nr 3).	pielęgniarka/ położna/ ratownik medyczny
IX.	W przypadku wskazań do założenia PEG-u (załącznik nr 2a) skierowanie pacjenta do Pracowni Endoskopii Gastroenterologicznej celem założenia PEG-u zgodnie z zasadami obowiązującymi w gastroenterologii, zwykle z udziałem zespołu anestezjologicznego. W przygotowaniu pacjenta należy uwzględnić: min. 6-godzinny odstęp od ostatniego posiłku, świadomą zgodę pacjenta lub przedstawiciela lub zgodę sądu rodzinnego, kwalifikację anestezjologiczną niezbędne wyniki badań dodatkowych.	lekarz prowadzący
X.	Zlecenie odpowiedniej diety przemysłowej według wykazu preparatów do żywienia dojelitowego w WSZ w Koninie (www.szpital-konin.pl).	lekarz prowadzący, dietetyk (ewentualny konsultant)
XI.	W przypadku potrzeby podawania leków doustnych przez sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego, leki te podaje się zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem „Zasady podawania leków przez sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego”. Skrócony wykaz leków stanowi załącznik nr 6 do niniejszej procedury.	pielęgniarka/ położna/ ratownik medyczny

	Procedura	Wydanie V
	Leczenie żywieniowe w Wojewódzkim Szpitalu Zespólnym im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie	WSZ/DN/P/.../2026
		Strona 4/Stron 7

Żywienie pozajelitowe		
XII.	Zlecenie prowadzenia żywienia pozajelitowego drogą żyły obwodowej (KRÓTKOTERMINOWO, PREPARATY NISKIEJ OSMOLARNOŚCI) lub centralnej (MOŻLIWA WYŻSZA OSMOLARNOŚĆ) według wykazu preparatów do żywienia pozajelitowego dostępnych w WSZ w Koninie - www.szpital-konin.pl .	lekarz prowadzący, dietetyk (ewentualny konsultant)
XIII.	W przypadku wdrożenia u pacjenta żywienia pozajelitowego drogą żyły centralnej 1. Skierowanie pacjenta do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii na implantację cewnika centralnego w formie konsultacji w systemie Eskulap. W przygotowaniu należy uwzględnić zgodę pacjenta, oznaczenie parametrów układu krzepnięcia (koagulologia i liczba płytek krwi). Implantacja cewnika centralnego odbywa się według zasad stosowanych w anestezjologii i intensywnej terapii. 2. Wydanie karty CVC- różowy formularz 3. Wydanie skierowania na badanie RTG klatki piersiowej po założeniu cewnika centralnego w celu oceny jego położenia i wykluczenia powikłań.	lekarz prowadzący
XIV.	W przypadku wdrożenia u pacjenta żywienia pozajelitowego drogą żyły centralnej, założenie „Karty centralnego dostępu naczyniowego” (zgodnej ze wzorem podanym w aktualnym Zarządzeniu Prezesa NFZ (www.nfz.gov.pl/zaradzeniaprezesa i na www.szpital-konin.pl) i/lub w systemie Eskulap, w przypadku Oddziału Intensywnej Terapii - dokonanie odpowiednich wpisów w „Karcie pacjenta intensywnej terapii” i w systemie Eskulap.	lekarz prowadzący, pielęgniarka
XV.	1. W przypadku wdrożenia u pacjenta żywienia pozajelitowego przez użycie gotowych worków 2- i 3-komorowych, uzupełnienie tych worków o niezbędne witaminy, mikroelementy lub inne zlecone przez lekarza składniki odbywa się w Aptece Szpitalnej - Pracowni Żywieniowej. W dni robocze, oddział odbiera z Apteki gotowy worek i niezwłocznie podłącza pacjentowi. W dni wolne od pracy, przygotowane przez Aptekę Szpitalną gotowe mieszaniny RTU przechowywane są w Oddziale w lodówkach przeznaczonych do przechowywania żywienia pozajelitowego. 2. W przypadku wdrożenia u pacjenta dorosłego żywienia pozajelitowego przez użycie mieszanin przygotowywanych z prostych składników według indywidualnej recepty zleconej dla danego pacjenta przez lekarza - przygotowanie i oznakowanie takiej mieszaniny żywieniowej dożylniej „na miarę”, odbywa się w Aptece Szpitalnej (Pracownia Żywieniowa) według odrębnej procedury. 3. Postępowanie na oddziale poza godzinami pracy Apteki Szpitalnej. A. • W wyjątkowych przypadkach, kiedy oczekiwanie na przygotowanie kompletnej mieszaniny żywieniowej w Aptece jest wydłużone (np. problemy techniczne, kwalifikacje pacjenta w dni wolne od pracy i konieczność wdrożenia natychmiastowego leczenia mieszaninami	ppkt 1 farmaceuta w Pracowni Żywieniowej ppkt- 2 farmaceuta ppkt 3 lekarz, pielęgniarka/ położna oddziałowa

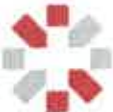
 SZPITAL KONIN	Procedura	Wydanie V
	Leczenie żywieniowe w Wojewódzkim Szpitalu Zespólnym im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie	WSZ/DN/P/...⁴.../2026
		Strona 5/Stron 7

	<p>pozajelitowymi), gotowy worek RTU może być aktywowany bezpośrednio w oddziale szpitalnym, przez przeszkoloną pielęgniarkę, zgodnie z procedurami obowiązującymi w oddziale.</p> <p>Do aktywowanego worka nie wolno dostrzykiwać dodatków do żywienia pozajelitowego. Tak przygotowany worek jest stabilny przez 24 godziny w temperaturze do +25st C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elektrolity, pierwiastki śladowe, witaminy mogą być podane w osobnych wlewach, zgodnie ze zleceniem lekarza. <p>B.</p> <p>W przypadku mieszanin przygotowanych przez Pracownię Żywieniową, przeznaczonych do podania w dniu/dniach wolnych od pracy (np. sobota) odebrane z Apteki w dzień roboczy, oznaczone mieszaniny należy przechowywać w temperaturze od +2°C do +8°C i podać pacjentowi w dzień wolny, po wcześniejszym ogrzaniu do temperatury pokojowej (ok. +25°C), zgodnie z datą i godziną ważności znajdującymi się na etykiecie przygotowanej mieszaniny.</p>	
XVI.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Przeprowadzanie codziennych zabiegów związanych z dostępem dożylnym w leczeniu żywieniowym (i innym) według Instrukcji „Pielęgnacja cewnika żylnego centralnego, zasady użytkowania centralnego dostępu żylnego” (Załącznik nr 4). 2. Odnotowywanie w „Karcie centralnego dostępu naczyniowego” (według wzoru zamieszczonego na www.szpital-konin.pl) zabiegów związanych z pielęgnacją centralnego dostępu naczyniowego, w przypadku Oddziału Intensywnej Terapii - w „Karcie pacjenta intensywnej terapii”, w systemie Eskulap. 	pielęgniarka/ położna/ ratownik medyczny
XVII	<ol style="list-style-type: none"> 1. W przypadku żywienia pozajelitowego i dojelitowego – automatyczne założenie Karty żywienia pozajelitowego i dojelitowego dorosłych/karty metabolicznej lub karty monitorowania leczenia żywieniowego dzieci/noworodków w systemie Eskulap, po zeskanowaniu kodu z preparatu żywieniowego. Lekarz uzupełnia wpisy w Karcie. 2. Zlecenie badań laboratoryjnych przed wdrożeniem żywienia pozajelitowego: morfologia, CRP, glukoza, Na, K, Ca, Mg, PO₄, Cl, mocznik, kreatynina, białko ogólne i albuminy, bilirubina, AlaT, AspAT, diastaza, gazometria, cholesterol, trójglicerydy - o ile pacjent nie posiada aktualnych wyników. 3. W pierwszych dniach żywienia zlecenie badania profilu glikemii, Na, K, gazometrii codziennie oraz w razie potrzeby inne badania. 4. Powtarzanie badań laboratoryjnych (w niezbędnym zakresie) w trakcie leczenia żywieniowego - około raz w tygodniu lub w razie potrzeby z inną częstotliwością. 5. W zależności od stanu pacjenta i wyników badań laboratoryjnych, korygowanie planu leczenia żywieniowego. 6. W przypadku żywienia dojelitowego zlecenie badań przed wdrożeniem żywienia: morfologia, glukoza, Na, K, PO₄, mocznik, kreatynina, białko ogólne i albuminy, cholesterol, trójglicerydy oraz inne badania według potrzeby - o ile pacjent nie posiada aktualnych wyników. 	lekarz prowadzący

	Procedura	Wydanie V
	Leczenie żywieniowe w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie	WSZ/DN/P/...../2026
		Strona 6/Stron 7

	7. Określenie zakresu badań laboratoryjnych u dzieci i noworodków przez lekarza prowadzącego terapię żywieniową.	
Bilans płynów		
XVIII	1. W przypadku żywienia pozajelitowego lub dojelitowego, zasadne jest prowadzenie bilansu płynów, np. według „Karty bilansu płynów” (Załącznik nr 5) lub systemu Eskulap, w pierwszych dniach żywienia, a dalej, jeśli potrzeba. 2. Korygowanie zleceń z uwzględnieniem wyniku bilansu płynów.	pielęgniarka/ położna/ ratownik medyczny, lekarz prowadzący
XIX.	Prowadzenie obserwacji i wypełnianie „Karty bilansu płynów”, w przypadku Oddziału Intensywnej Terapii – „Karta pacjenta intensywnej terapii”.	pielęgniarka/ położna/ ratownik medyczny, lekarz
Monitorowanie powikłań		
XX.	1. Obserwacja pacjenta, wykrycie powikłań i odnotowanie ich wystąpienia w Systemie Eskulap w zakładce: "Monitorowanie powikłań żywieniowych." 2. Korekta wykrytych powikłań w zależności od wskazań.	ppkt 1-2 lekarz, pielęgniarka/ położna / ratownik medyczny
Ocena skuteczności terapii żywieniowej		
XXI.	Po zakończeniu leczenia żywieniowego ocenie skuteczności terapii, wydanie zaleceń szpitalnych i jeśli potrzeba, wydanie skierowania do kontynuacji opieki żywieniowej. Opisanie leczenia żywieniowego w epikryzie.	lekarz prowadzący
Rozliczenie z Narodowym Funduszem Zdrowia		
XXII	1. Odnotowanie na okładce Historii choroby oraz w systemie Eskulap numeru lub nazwy procedury żywieniowej oraz ilości dni jej stosowania. 2. Sumowanie procedur żywieniowych według aktualnego Zarządzenia Prezesa NFZ (www.nfz.gov.pl/zarzadzeniaprezesa i www.szpital-konin.pl) 1) Żywienie dojelitowe - 108 pkt. za każdy dzień żywienia; 2) Niekompletne żywienie pozajelitowe - 108 pkt. za każdy dzień żywienia; 3) Leczenie pozajelitowe immunomodulujące - 324 pkt. za dzień żywienia; 4) Kompletne żywienie pozajelitowe - 216 pkt. za każdy dzień żywienia; 5) rozliczenie procedur żywieniowych pacjentów Oddziału Intensywnej Terapii według kart i punktacji TISS 28. 3. W celu zapłaty przez NFZ za procedury żywieniowe - wypełnienie dokumentów wg formularzy dostępnych na www.nfz.gov.pl i www.szpital-konin.pl , w systemie Eskulap lub papierowo: 1) u dorosłych: a) - Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego, - Karta leczenia żywieniowego dorosłych, - Karta centralnego dostępu naczyniowego - jeśli stosowano, b) W Oddziale Intensywnej Terapii - dodatkowo karta TISS-28; 2) u dzieci i noworodków, odpowiednio: a) Karty kwalifikacji dzieci do leczenia żywieniowego/Karty modyfikacji	lekarz prowadzący

39
27.02

 SZPITAL KONIN	Procedura	Wydanie V
	Leczenie żywieniowe w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie	WSZ/DN/P/.../2026
		Strona 7/Stron 7

	żywienia dzieci, b) Karty kwalifikacji noworodków do żywienia pozajelitowego i/lub dojelitowego, c) Karty monitorowania leczenia żywieniowego dzieci, d) Karty monitorowania leczenia żywieniowego noworodków.	
XXIII	Sprawdzenie kompletności Historii choroby i wykazanie odpowiednich procedur w raporcie do płatnika, a w razie potrzeby, zwrócenie Historii choroby do ordynatora/kierownika oddziału dla dokonania uzupełnień.	pracownik Działu Statystyki i Sprawozdawczości Medycznej

5. Załączniki

- Załącznik nr 1a - Przesiewowa ocena stanu odżywienia NRS 2002 (Nutritional Risk Screening) dla dorosłych
- Załącznik nr 1b - Formularz przesiewowej oceny stanu odżywienia dla dzieci
- Załącznik nr 2a - Schemat decyzyjny wyboru metody i drogi leczenia żywieniowego u dorosłych
- Załącznik nr 2b - Algorytm wyboru metody i drogi leczenia żywieniowego u noworodków i dzieci
- Załącznik nr 3 - Instrukcja „Zakładanie zgłębnika nosowo-żołądkowego, pielęgnacja zgłębnika i PEG-u (drenu gastrostomii), jejunostomii. Podawanie diety przez zgłębnik/PEG/jejunostomię
- Załącznik nr 4 - Instrukcja „Pielęgnacja cewnika żylnego centralnego. Zasady użytkowania centralnego dostępu żylnego”
- Załącznik nr 5 - Karta bilansu płynów
- Załącznik nr 6- Skrócony wykaz leków stosowanych sztucznym dostępem do przewodu pokarmowego.

6. Dokumenty związane z procedurą

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2024 poz. 961)
- Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego, Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu, Warszawa 2019
- Zalecenia - Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci

Imię i nazwisko BMI

Masa ciała kg Wzrost cm (BMI = masa ciała kg : kwadrat wzrostu m)

PRZESIEWOWA OCENA STANU ODŻYWIENIA NRS 2002
(Nutritional Risk Screening)
dla DOROSŁYCH

1. Czy pacjent utracił masę ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy? TAK NIE
2. Czy pacjent przyjmował mniej posiłków w ciągu ostatniego tygodnia? TAK NIE
3. Czy pacjent jest ciężko chory? TAK NIE

Pogorszenie stanu odżywienia		Nasilenie ciężkości choroby - zwiększone zapotrzebowanie	
<input type="checkbox"/> 0 pkt	Stan odżywienia prawidłowy	<input type="checkbox"/> 0 pkt	Zwykłe zapotrzebowanie
<input type="checkbox"/> 1 pkt Lekkie niedożywienie	Utrata mc. > 5% w ciągu 3 mies. lub przyjmowanie pożywienia < 50 -75% zapotrzebowania w ciągu ostatniego tygodnia	<input type="checkbox"/> 1 pkt Lekkie niedożywienie	Złamanie kości biodrowej, choroby przewlekłe z ostrymi powikłaniami, marskość, POChP, HD, cukrzyca, nowotwory
<input type="checkbox"/> 2 pkt Średnie niedożywienie	Utrata mc. > 5% w ciągu 2 mies. lub BMI 18,5 - 20,5 + pogorszenie stanu ogólnego lub przyjmowanie pożywienia 25 - 50% zapotrzebowania w ciągu ostatniego tygodnia	<input type="checkbox"/> 2 pkt Średnie niedożywienie	Duże operacje brzuszne, udar mózgu, ciężkie zapalenie płuc, złośliwe choroby hematologiczne
<input type="checkbox"/> 3 pkt Ciężkie niedożywienie	Utrata mc > 5% w ciągu 1 mies. lub BMI < 18,5 + pogorszenie stanu ogólnego lub przyjmowanie 0 -25% zapotrzebowania w ciągu ostatniego tygodnia	<input type="checkbox"/> 3 pkt Ciężkie niedożywienie	Uraz głowy, przeszczep szpiku, ciężkie oparzenie, OIT
Wiek powyżej 70 lat - dodaj 1 punkt			
Suma punktów z lewej i prawej strony tabeli oraz za wiek:			

Wybierz właściwe:

- NRS > lub = 3 - chory wymaga leczenia żywieniowego; jeśli niemożliwe lub niewystarczające żywienie doustne rozpocznij plan leczenia żywieniowego, wypełnij kartę kwalifikacji i kartę żywienia/metaboliczną dla dorosłych.
- NRS < 3 - chory nie wymaga leczenia żywieniowego, oceń ponownie za ok. tydzień lub rozważ profilaktyczny plan opieki żywieniowej, np. przed rozległą operacją.

.....
Data.....
Podpis i pieczęć lekarza

FORMULARZ PRZESIEWOWEJ OCENY STANU ODŻYWIENIA DLA DZIECI

Data badania:

Imię, nazwisko:

Płeć: M Ż

Data urodzenia:

Wiek (lata, mies.):

Masa ciała: kg	Centyle:
Wysokość ciała: cm	Centyle:
Masa do długości (wysokości) dla dzieci 2-5 lat (WHO Child Growth Standards)	Centyle:
Obwód głowy cm (dotyczy niemowląt)	Centyle:

Stosowane siatki centylowe: The WHO Child Growth Standards

ROZPOZNANIE (ICD-10):
.....
.....
.....

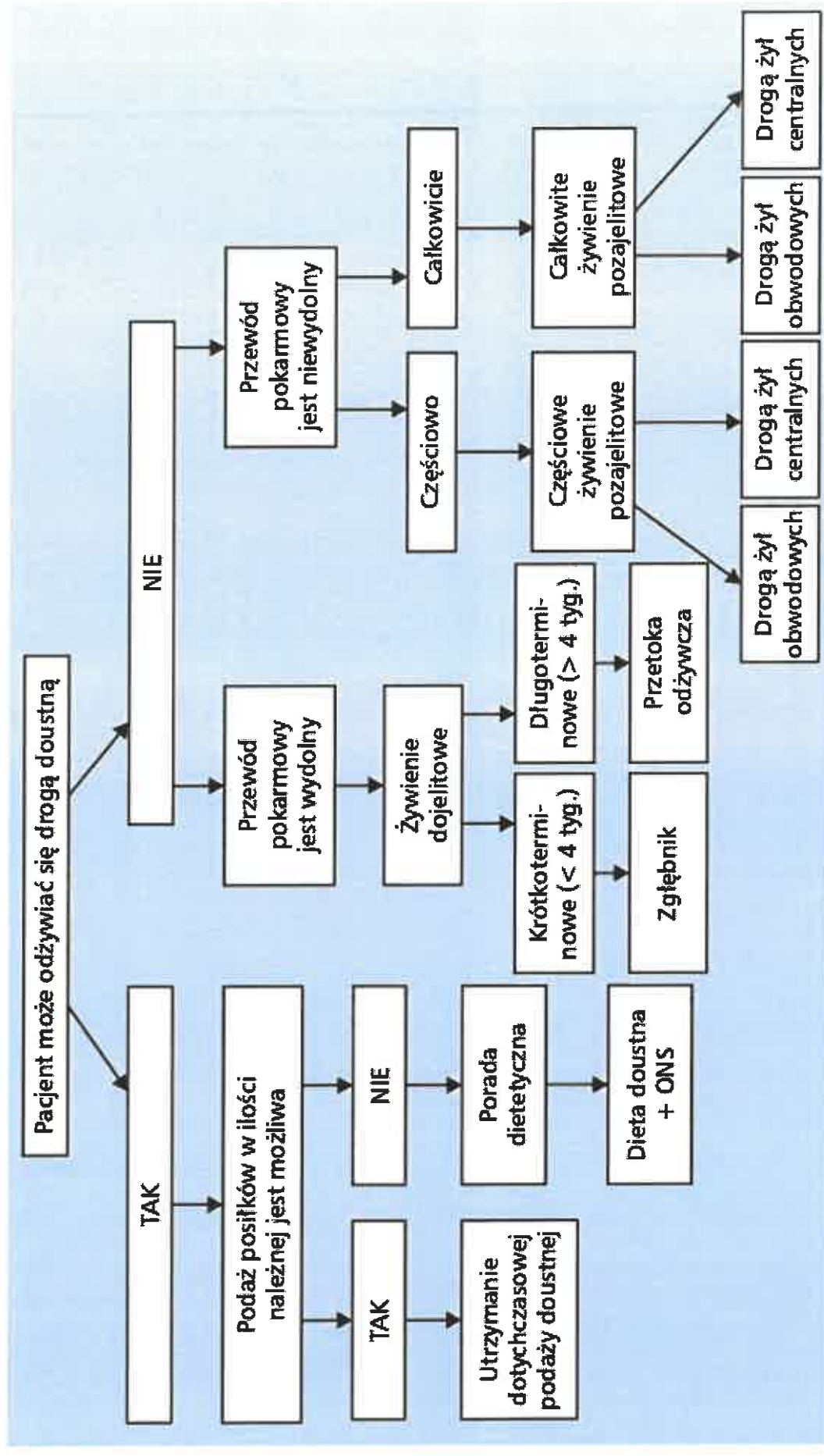
W planach włączenie do programu leczenia żywieniowego w trakcie obecnej hospitalizacji:
.....
.....

pozajelitowego TAK NIE
dojelitowego TAK NIE

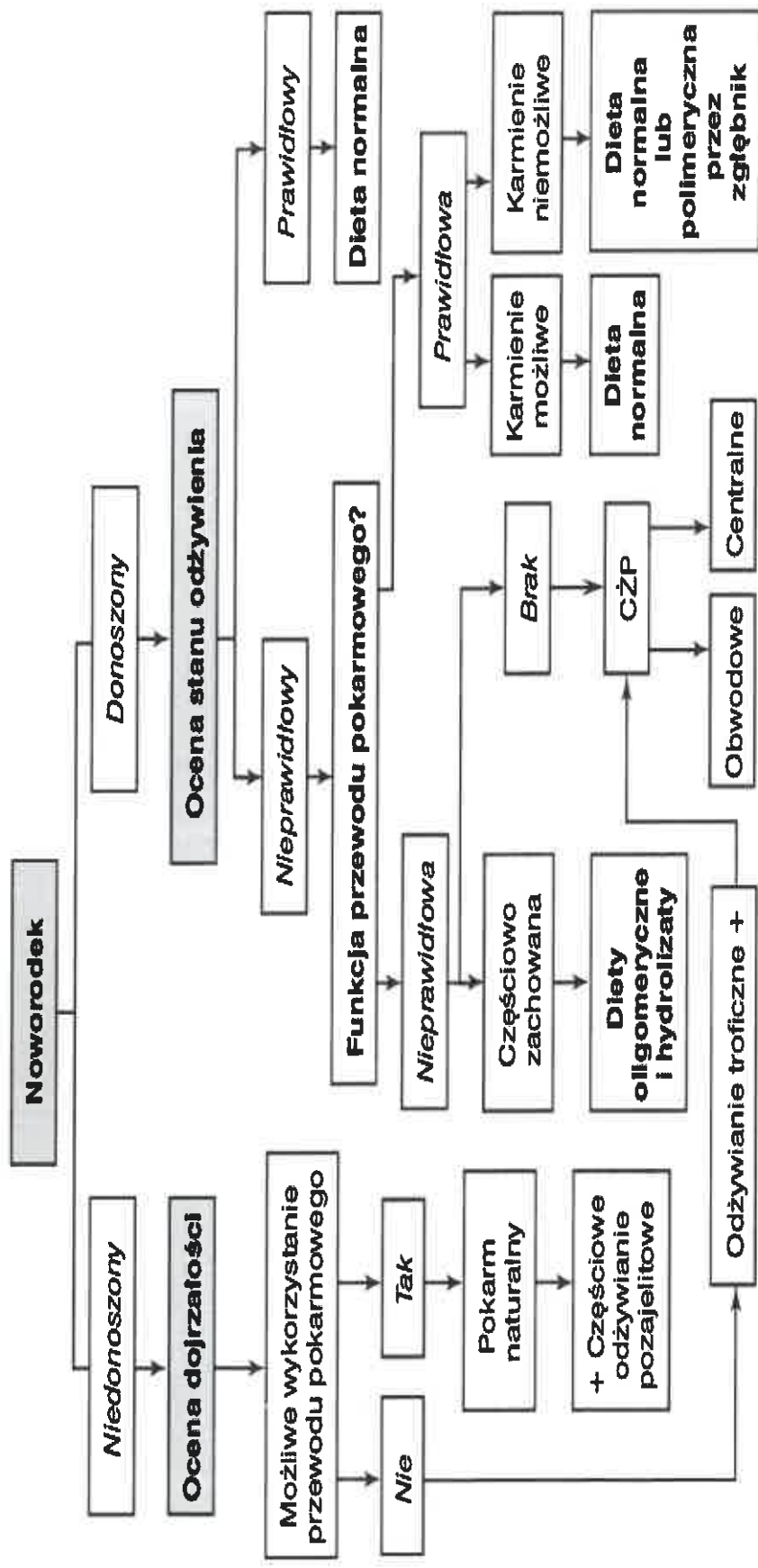
Uwagi:
.....
.....
.....


.....
Podpis i pieczętka lekarza

Schemat decyzyjny wyboru metody i drogi leczenia żywieniowego u dorosłych



Algorytm wyboru metody i drogi leczenia żywieniowego u noworodków i dzieci



 SZPITAL KONIN	Instrukcja	Wydanie V
	Zakładanie zgłębnika nosowo-żołądkowego, pielęgnacja zgłębnika i PEG-u (drenu gastrostomii), jejunostomii.	WSZ/DN/I/.....5./2026
	Podawanie diety przez zgłębnik/PEG/jejunostomię	Strona 1/Stron 3

Sporządził	Przewodniczący Zespołu Leczenia Żywnieniowego	Data	23.02. 2026r.	Podpis i pieczęć	lek. Tadeusz Małas anestezjologia i intensywne terapie medycyna ratunkowa 8040261 tel. 504 948 102
Sprawdził	Członek Zespołu Leczenia Żywnieniowego	Data	24.02. 2026r.	Podpis i pieczęć	Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Neurochirurgicznego mgr Aldona Giszter
Sprawdził	Członek Zespołu Leczenia Żywnieniowego	Data	25.02. 2026r.	Podpis i pieczęć	Kierownik Apteki Szpitalnej WSZ w Koninie Izabela Czup specjalista farmacji szpitalnej
Zatwierdził	Dyrektor	Data	27.02.2026	Podpis i pieczęć	Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie Krystyna Brzezińska
Obowiązuje w terminie od:	27 lutego		2026 r.		

1. Definicje

Przezkórna endoskopowa gastrostomia - PEG - (ang. Percutaneous endoscopic gastrostomy) - zabieg endoskopowy polegający na umieszczeniu w żołądku drenu wyprowadzonego poprzez ścianę jamy brzusznej. Stosuje się go głównie w celu odżywiania pacjentów, którzy nie mogą przyjmować pokarmów drogą doustną, ale ich przewód pokarmowy ma zachowane trawienie i wchłanianie.


2. Cel instrukcji

Zapewnienie dostępu do przewodu pokarmowego pacjenta przez zgłębnik lub przetokę odżywczą dla podawania diety.


3. Zasady postępowania

Czynności wykonuje pielęgniarka, a w razie utrudnień lekarz.


Pkt	Opis działań
I.	Zidentyfikowanie pacjenta, sprawdzenie zlecenia do wykonania, udzielenie informacji pacjentowi.
II.	Założenie zgłębnika nosowo-żołądkowego: <ol style="list-style-type: none"> dezynfekcja higieniczna rąk; przygotowanie zestawu, w skład którego wchodzi: rękawice, cienki zgłębnik do żywienia, lignina, strzykawka 50 ml, woda, żel lignokainowy, stetoskop, przylepiec, pojemnik na odpady; wykonanie przez pacjenta toalety jamy ustnej i nosa, jeśli pacjent nie może samodzielnie - toaletę wykonuje pielęgniarka; ułożenie pacjenta w pozycji siedzącej lub półsiedzącej podpartej; sprawdzenie drożności nosa - pacjent wykonuje wydech przez prawy i lewy przewód nosowy -

	Instrukcja	Wydanie V
	Zakładanie zgłębnika nosowo-żołądkowego, pielęgnacja zgłębnika i PEG-u (drenu gastrostomii), jejunostomii.	WSZ/DN/I/...5.../2026
	Podawanie diety przez zgłębnik/PEG/jejunostomię	Strona 2/Stron 3

	<p>należy wybrać stronę o lepszej drożności;</p> <p>f) określenie głębokości wprowadzenia zgłębnika - pomiar od wyrostka mieczykowatego, przez czubek nosa do płatka ucha pacjenta siedzącego z lekko odchyloną głową, + ok. 5 - 10 cm, oznakowanie markerem zgłębnika na planowanej do wprowadzenia odległości;</p> <p>g) dezynfekcja higieniczna rąk;</p> <p>h) wprowadzenie nasmarowanego żelem zgłębnika, przy odgiętej głowie pacjenta, po osiągnięciu gardła, pacjent powinien pochylić głowę - zgłębnik wprowadza się wtedy powoli na zaplanowaną głębokość, pacjent w tym czasie polyka - można podać małą ilość wody do połknięcia - w przypadku kaszlu, sinienia pacjenta lub znacznego oporu - przerwać wprowadzanie zgłębnika;</p> <p>i) po wprowadzeniu zgłębnika, osłuchanie nadbrzusza w czasie wstrzykiwania ok. 20 - 30 ml powietrza - powinien być słyszalny bulgoczący odgłos powietrza w żołądku, potem podanie ok. 30 ml wody i zamknięcie zgłębnika, ewentualnie można delikatnie aspirować treść dla potwierdzenia prawidłowego wprowadzenia;</p> <p>j) oznakowanie zgłębnika powinno być widoczne ok. 2 cm od wejścia do nosa - umocowanie zgłębnika przylepcem do nosa lub policzka, można poprowadzić za uchem - zgłębnik nie powinien być napięty i uciskać przegrody ani innej części nosa oraz nie powinien zamykać przepływu powietrza przez nos;</p> <p>k) po zakończeniu czynności - dezynfekcja higieniczna rąk.</p>
III.	<p>Codzienna pielęgnacja zgłębnika to sprawdzenie prawidłowego położenia zewnętrznej części zgłębnika, usunięcie przylepca mocującego, ocena tkanek, wysunięcie zgłębnika o ok. 2 cm, umycie zgłębnika, skóry i przedsionka nosa, ponowne wsunięcie zgłębnika na właściwą głębokość, oznakowanie i umocowanie naciętym wzdłuż przylepcem do suchej, czystej skóry.</p>
IV.	<p>Codzienna pielęgnacja PEG-u to zmiana opatrunku i ocena tkanek pod płytką mocującą po jej odbezpieczeniu i lekkim odsunięciu od skóry, przemycie rany, skóry i drenu oraz płytki 0,9% roztworem NaCl i odkażenie do czasu wygojenia rany preparatem antyseptycznym do ran, po wygojeniu rany, wystarczy wodą z łagodnym mydłem, osuszenie, obrót drenem zapobiegający jego „wrastaniu” w skórę, założenie jałowego gazika i umocowanie płytki bez nadmiernego ucisku na skórę (zaleca się ok. 2 mm luzu między skórą a płytką), gdy rana jest wygojona i nie ma wycieku, rezygnujemy z podkładania gazika pod płytkę.</p> <p>Uwaga! W przypadku wypadnięcia PEG-u należy natychmiast poinformować o tym lekarza, aby niezwłocznie (najlepiej do 2 godz.) założył na miejsce PEG-u dren (zamiennie cewnik Foley'a).</p>
V.	<p>Codzienna pielęgnacja jejunostomii to zmiana opatrunku, ocena tkanek w okolicy przetoki. Należy usunąć stary opatrunek, ocenić skórę pod kątem zaczerwienienia, wysięku, przecieku treści jelitowej. Nieprawidłowości należy zgłosić lekarzowi. Okolicę wyprowadzenia jejunostomii, płytkę mocującą dren, szwy należy zmyć roztworem 0,9% NaCl, osuszyć sterylnym gazikiem, następnie zdezynfekować, np. Octeniseptem. Po odparowaniu środka nałożyć sterylny opatrunek.</p>
VI.	<p>Podłączenie diety do zgłębnika/PEG-u/jejunostomii:</p> <p>a) dezynfekcja higieniczna rąk;</p> <p>b) przygotowanie butelki/packa ze zleconym preparatem żywieniowym w temperaturze pokojowej, podłączenie zestawu grawitacyjnego lub sterowanego pompą, zawieszenie opakowania ok. 1 m powyżej żołądka pacjenta, wypełnienie zestawu do przetoczenia diety;</p> <p>c) uniesienie górnej części ciała pacjenta o 30° - 40°, sprawdzenie położenia zewnętrznej części zgłębnika/PEG-u/jejunostomii;</p>

	Instrukcja	Wydanie V
	Zakładanie zgłębnika nosowo-żołądkowego, pielęgnacja zgłębnika i PEG-u (drenu gastrostomii), jejunostomii.	WSZ/DN/I/...../2026
	Podawanie diety przez zgłębnik/PEG/jejunostomię	Strona 3/Stron 3

	<p>Uwaga! DO ŻOŁĄDKA NIE PODAWAĆ DIETY PACJENTOWI LEŻĄCEMU PŁASKO; d) przemyć środkiem dezynfekcyjnym końcówki zgłębnika/PEG-u, otworzenie końcówki i podłączenie pustej strzykawki 50 ml; e) sprawdzenie zalegania w żołądku - odessanie 500 ml treści lub połowy ostatnio podanej porcji świadczy o zaleganiu, należy wtedy powiadomić lekarza (jeśli nie jest to konieczne, nie rezygnujemy z podania diety, tylko zmniejszamy jej ilość); f) jeśli nie ma zalegania, podłączenie końcówki zestawu do zgłębnika/PEG-u i rozpoczęcie podawania diety (1 ml to ok. 20 kropli) - w początkowych godzinach/dniach żywienia podajemy pacjentowi ok. 30 ml/godz., czyli ok. 10 kropli/min., zwiększając stopniowo podaż w kolejnych dniach, by zaspokoić zapotrzebowanie białkowo-energetyczne i płynowe; g) przemyć środkiem dezynfekcyjnym końcówki jejunostomii, odczekanie aż odparuje, podłączenie strzykawki z 10 ml roztworu 0,9% NaCl, powolne, przez ok. 2 min., przepłukanie jejunostomii roztworem 0,9% NaCl. Podłączenie końcówki zestawu wypełnionego dietą dojelitową. Szybkość podaży zgodne ze zleceniem lekarza.</p>
VII	<p>Odłączenie diety od zgłębnika/PEG-u/jejunostomii: a) dezynfekcja higieniczna rąk; b) przemyć środkiem dezynfekcyjnym miejsca połączenia zgłębnika z zestawem do przetaczania, poczekanie na odparowanie; c) zamknięcie zacisku rolkowego i rozłączenie zestawu; d) podłączenie strzykawki z ok. 30 ml wody i przepłukanie zgłębnika/PEG-u; w przypadku jejunostomii przepłukanie 10 ml roztworu 0,9% NaCl; e) zamknięcie końcówki, zabezpieczenie i uporządkowanie; f) dezynfekcja higieniczna rąk.</p>
VIII	<p>Podawanie bolusów zamiast wlewu ciągłego - po wykluczeniu zalegania w żołądku podaje się strzykawką ok. 100 - 250 ml diety (w pierwszym dniu mniej), powoli przez 5 - 10 min., po czym należy przepłukać zgłębnik/PEG ok. 30 ml wody.</p> <p>Uwaga! Bolusów nie wolno stosować w przypadku zgłębnika nosowo-jelitowego/jejunostomii, gdy dietę podaje się do jelita cienkiego - tam dopuszczalny jest tylko powolny wlew ciągły i dieta dostosowana do podania do jelita cienkiego.</p>

	Instrukcja	Wydanie IV
	Pielęgnacja cewnika żylnego centralnego. Zasady użytkowania centralnego dostępu żylnego	WSZ/DN/I/...6.../2026
		Strona 1/Stron 3

Sporządził	Przewodniczący Zespołu Leczenia Żywnieniowego	Data	23.02. 2026r.	Podpis i pieczęć	lek. Tadeusz Matas anestezjologia i intensywne na terapia medycyna ratunkowa 8040261 tel. 61 4 948 102
Sporządził	Specjalista ds. Epidemiologicznych	Data	24.02. 2026r.	Podpis i pieczęć	Alicja Roszak dr nauk o zdrowiu mgr pielęgniarstwa spec. piel. epidemiologicznej WSZ Konin, 1501338 P Pielęgniarka Oddziałowa
Sprawdził	Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Data	25.02. 2026r.	Podpis i pieczęć	Oddziału Anestezjologii i Intensywnej T. mgr Agnieszka Żabierek
Sprawdził	Członek Zespołu Leczenia Żywnieniowego	Data	25.02. 2026r.	Podpis i pieczęć	Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Neurochirurgicznego mgr Aldona Giszter
Sprawdził	Specjalista ds. Systemu Zarządzania Jakością	Data	26.02. 2026r.	Podpis i pieczęć	Specjalista ds. Systemu Zarządzania Jakością Jolanta Karolewska
Zatwierdził	Dyrektor	Data	27.02.2026	Podpis i pieczęć	Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego Im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie Krystyna Brzezińska
Obowiązuje w terminie od:	27 lutego 2026 r.				

1. Cel instrukcji

Zapewnienie bezpiecznego utrzymania dostępu do żyły centralnej pacjenta dla podawania leków/ płynów/ mieszanin żywnieniowych.


2. Zasady postępowania

Czynności wykonuje pielęgniarka, a w razie utrudnień lekarz.

Pkt	Opis działań
I.	Zidentyfikowanie pacjenta, sprawdzenie zlecenia do wykonania, sprawdzenie oznakowania przygotowanego leku/płynu/mieszaniny żywnieniowej, poinformowanie pacjenta.
II.	Zdezynfekowanie rąk i przygotowanie niezbędnych narzędzi, materiałów i sprzętu: strzykawki, rękawice diagnostyczne, rękawice jałowe chirurgiczne, środek dezynfekcyjny, roztwór 0,9% NaCl, gaziki, pojemnik na odpady, itp.
III.	Zamykanie i sprawdzanie zacisku na cewniku centralnym, w celu zapobiegania zatorom powietrznym. Przetarcie zewnętrznej części cewnika i koreczka gazikiem ze środkiem dezynfekcyjnym.
IV.	Odkręcenie i odrzucenie korka z cewnika centralnego - cewnik należy trzymać jedną ręką, tak aby nie doszło do zabrudzenia gniazda cewnika, pozostałe czynności wykonywać drugą ręką. Otwarte gniazdo cewnika można odłożyć tylko na sterylną serwetę lub sterylny gazik.

	Instrukcja	Wydanie IV
	Pielęgnacja cewnika żylnego centralnego. Zasady użytkowania centralnego dostępu żylnego	WSZ/DN/I/...6../2026
		Strona 2/Stron 3

V.	<p>Zdezynfekowanie gniazda cewnika centralnego - przetarcie gniazda cewnika gazikiem ze środkiem dezynfekcyjnym i odczekanie czas działania preparatu (ok. 30 sek.) - środek dezynfekcyjny należy tak stosować, by nie został podany dożylnie. Jeśli zastosowano korek nasączony środkiem dezynfekcyjnym, np. Dualcap, to dezynfekcja po odkręceniu korka nie jest konieczna, jednak należy odciągnąć i odrzucić do odpadów zawartość gniazda i kanału cewnika. Korek jest jednorazowy.</p>
VI.	<p>Sprawdzenie drożności cewnika centralnego - należy podłączyć strzykawkę z ok. 10 ml roztworu 0,9% NaCl, zwolnić zacisk na cewniku, delikatnie odciągnąć tłok strzykawki, aż do momentu pojawienia się krwi w świetle cewnika, następnie podać zawartość strzykawki, by wypłukać zaaspirowaną krew - w przypadku braku możliwości zaaspirowania krwi, należy niezwłocznie powiadomić lekarza.</p>
VII.	<p>Przepłukanie cewnika centralnego - należy zamknąć zacisk, odłączyć strzykawkę, którą aspirowano krew, podłączyć do cewnika strzykawkę z 20 ml 0,9% NaCl, zwolnić zacisk i podać zawartość strzykawki.</p>
VIII.	<p>Podanie do cewnika centralnego leku w bolusie - po zdezynfekowaniu gniazda cewnika centralnego lub zdjęciu korka dezynfekcyjnego, należy podłączyć strzykawkę z 10 ml 0,9% NaCl, podać połowę jej zawartości, zamknąć zacisk, podłączyć strzykawkę z lekiem w bolusie, po zwolnieniu zacisku podać lek z właściwą szybkością, zgodnie z zaleceniem producenta i zleceniem lekarza, zamknąć zacisk, odłączyć strzykawkę i podłączyć strzykawkę z 0,9% NaCl, zwolnić zacisk i przepłukać cewnik zawartością strzykawki, po zamknięciu zacisku odłączyć strzykawkę, założyć sterylny korek na gniazdo cewnika.</p>
IX.	<p>Podłączenie do cewnika centralnego zestawu do przetaczania płynów/mieszaniny żywieniowej - należy do zdezynfekowanego gniazda cewnika dołączyć strzykawkę z minimum 10 ml 0,9% NaCl, zwolnić zacisk na cewniku, podać zawartość strzykawki, ponownie zamknąć zacisk, odłączyć strzykawkę, zdjąć osłonę z wcześniej odpowietrzonej końcówki zestawu do przetaczania i podłączyć końcówkę do gniazda cewnika, zwolnić zacisk i rozpocząć przetaczanie, z szybkością zgodną z zaleceniami producenta i zleceniem lekarza - 1 ml to ok. 20 kropli.</p>
X.	<p>Zakończenie przetaczania leku/ płynu/ mieszaniny żywieniowej przez cewnik centralny - należy zamknąć zacisk na cewniku centralnym i na zestawie do przetaczania, odkręcić końcówkę zestawu, zdezynfekować przez przetarcie otwartą końcówkę gniazda/trójnika/przedłużacza, po odczekaniu czasu działania środka podłączyć w tym miejscu strzykawkę z minimum 10 ml 0,9% NaCl i po zwolnieniu zacisku cewnika podać jej zawartość, po zamknięciu zacisku i odłączeniu strzykawki zabezpieczyć gniazdo jałowym korkiem.</p>
XI.	<p>Pobieranie próbek krwi przez cewnik centralny - po zdezynfekowaniu gniazda cewnika, należy podłączyć pustą strzykawkę 10 ml do gniazda cewnika, zaaspirować ok. 5 ml krwi, zamknąć zacisk na cewniku, odłączyć strzykawkę i wyrzucić do odpadów medycznych, podłączyć sterylną końcówkę łącznika z monowetą, zwolnić zacisk, zaaspirować należną dla danej monowety ilość krwi, zamknąć zacisk, podłączyć strzykawkę z 20 ml 0,9% NaCl, po zwolnieniu zacisku podać ok. 15 ml płynu, zamknąć zacisk, podłożyć poniżej gazik i lekko odłączyć strzykawkę, wypłukać na gazik gniazdo cewnika z resztek krwi, pozostałą w strzykawce ilością 0,9% NaCl, przetrzeć końcówkę gniazda gazikiem ze środkiem dezynfekcyjnym i zabezpieczyć jałowym korkiem.</p> <p>Uwaga! Próbek krwi nie należy pobierać z cewnika centralnego przez trójniki, przedłużacze, czy inne elementy z dodatkowymi połączeniami, gdzie łatwo pozostają resztki krwi.</p>
XII.	<p>Codzienna pielęgnacja cewnika centralnego - to codzienna ocena opatrunku, zmiana opatrunku gazowego nie rzadziej niż co 24 godz. (inne opatrunki wg zaleceń producenta) i po każdym</p>

	Instrukcja	Wydanie IV
	Pielęgnacja cewnika żylnego centralnego. Zasady użytkowania centralnego dostępu żylnego	WSZ/DN/I/... ⁶ .../2026
		Strona 3/Stron 3

	<p>przemoczeniu/zabrudzeniu, a także ocena miejsca wyjścia cewnika ze skóry podczas zmiany opatrunku:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Zmiany opatrunku należy dokonać przy użyciu sterylnych rękawic lub stosując metodę bezdotykową przy użyciu sterylnego narzędzia chirurgicznego. 2) W rękawicach diagnostycznych należy usunąć stary opatrunek, pamiętając, by nie wyrwać przyklejonego cewnika centralnego, zdjęć rękawiczki, zdezynfekować ręce i założyć jałowe rękawiczki. 3) Miejsce wyjścia cewnika należy ocenić pod kątem zaczerwienienia, ropienia, nieszczelności i w razie potrzeby zmianę zgłosić lekarzowi. 4) Okolicę wyjścia cewnika wolno dotykać tylko sterylnym narzędziem, sterylnym gazikiem lub sterylną rękawicą. 5) Należy przemyć środkiem bezalkoholowym z chlorhexydyną (lub innym zaleconym preparatem) miejsce wyjścia cewnika ze skóry, miejsce mocowania szwów i cewnik na całej długości, tak, by okolica była wolna od zabrudzeń. 6) Po upływie czasu działania środka odkażającego należy nakleić opatrunek, najlepiej przezroczysty paroprzepuszczalny lub włókninowy, w taki sposób, by pod opatrunkiem znalazło się miejsce wyjścia cewnika ze skóry. 7) Przed kąpielą pacjenta opatrunek należy uszczelnić okleiną foliową, a po kąpeli zmienić opatrunek (w momencie przemoczenia lub odklejenia).
XIII	<p>Postępowanie w przypadku zabrudzenia gniazda cewnika centralnego, zwłaszcza zaschniętą krwią (stosować preparat bezalkoholowy z dodatkiem chlorhexydyny) - należy oczyścić sterylnym gazikiem nasączonym środkiem dezynfekcyjnym, następnie zdezynfekować, po odczekaniu czasu działania preparatu, jeśli potrzeba, sprawdzić drożność cewnika odciągając ok. 5 - 10 ml krwi (do wyrzucenia do odpadów medycznych) i przepłukać cewnik zgodnie z pkt. 6 i 7, na koniec ponownie zdezynfekować i założyć sterylny korek.</p>
XIV	<p>Odnotowanie wykonanych czynności w Karcie centralnego dostępu naczyniowego (Załącznik nr 1) lub w systemie Eskulap.</p>
XV.	<p>Rozpoznanie zakażenia „odcewnikowego”.</p> <p>Jeśli wystąpi gorączka/dreszcze, wstrząs, zapaść, a pacjent ma założony cewnik centralny, należy rozważyć, czy przyczyną powyższych objawów jest skolonizowany cewnik centralny.</p> <p>W momencie podjęcia decyzji, że istnieje duże prawdopodobieństwo skolonizowanego cewnika centralnego należy usunąć cewnik i przekazać go do Zakładu Mikrobiologii Klinicznej i równolegle pobrać krew z dwóch różnych wkłuc obwodowych (każde na podłoże tlenowe i beztlenowe).</p> <p>W pozostałych przypadkach, próbki krwi do badań mikrobiologicznych należy pobrać z wkłucia centralnego (pierwsza porcja krwi) i z dwóch innych wkłuc obwodowych (sposób znakowania próbek krwi i opisu skierowań wg załącznika nr 2 - opis graficzny).</p>

3. Załączniki

Załącznik nr 1 - Karta obserwacji centralnego cewnika naczyniowego

Załącznik nr 2 - Sposób znakowania próbek krwi i skierowań

Karta obserwacji centralnego cewnika naczyniowego

Nazwisko i imię pacjenta:		PESEL:		Data ur.:	
Nr Ks. Gł.:					
Wskaźnik#		Metoda wprowadzania#			
Lecznik wprowadzający cewnik (pieczętka i podpis)#		Pielęgniarka asystująca (pieczętka i podpis)#			
Żyłka#		Cewnik#		Miejsce wprowadzenia cewnika#	
Data usunięcia cewnika		Przyczyna usunięcia cewnika		Wynik posiewu krwi i koniec wewnętrzny cewnika	
		€ Blok operacyjny		€ Tak € Nie	
		€ Inne:			

* wypełnia lekarz zakładający cewnik naczyniowy; pozostałe pola w karcie wypełnia pielęgniarka

Ocena drożności cewnika / zmiana opatrunku														
Data	D**		P		M		D		P		M		D	
Obserwacje drożności*)														
D – drożny														
U – upośledzona drożność														
N – niedrożny														
Podpis pielęgniarki ¹⁾														
Zmiana opatrunku [+/-]														
Obserwacja miejsca wprowadzenia cewnika (uwagi)														
Podpis pielęgniarki ¹⁾														

*) D – możliwość podania płynu i pobrania krwi; U- możliwość podania płynu bez możliwości odcięcia krwi; N- niemożność podania płynu i odcięcia krwi;

**) Kanaly cewnika: D-dystal, P- proxymal, M- middle

Wymiana kranika / przedłużacza

Data														
+/- *														
Podpis pielęgniarki ¹⁾														

*) (+) zmiana kranika (-) brak kranika

Karta obserwacji centralnego cewnika naczyniowego

Nazwisko i imię:

PESEL:

Data ur.:

Nr Ks. Gł.:

Data		Ocena drożności cewnika / zmiana opatrunku																	
		D**	P	M	D	P	M	D	P	M	D	P	M	D	P	M			
Obserwacje drożności*)																			
D – drożny																			
U – upowolniona drożność																			
N – niedrożny																			
Podpis pielęgniarki ¹⁾																			
Zmiana opatrunku (+/-)																			
Obserwacja miejsca wyprowadzenia cewnika (uwagi)																			
Podpis pielęgniarki ¹⁾																			

*) D – możliwość podania płynu i pobrania krwi; U- możliwość podania płynu bez możliwości odciągnięcia krwi; N- niemożność podania płynu i odciągnięcia krwi;

**) Kanały cewnika: D-dystal, P- proxymal, M- middle

Wymiana kranika / przedłużacza

Data		Wymiana kranika / przedłużacza																	
		D	P	M	D	P	M	D	P	M	D	P	M	D	P	M			
+																			
-																			
*																			

1) Pełne oznaczenie (pieczętka i podpis) pielęgniarki dokonującej czynności związanych z obserwacją centralnego cewnika naczyniowego:

Posiewy krwi u pacjenta przyjętego/leczonego na O. A i IT WSZ w Koninie

Podejrzanie sepsy przy przyjęciu do O A i IT

- krew koniecznie pobierz przed podaniem antybiotyku
- u dorosłych minimum 6 butelek (3 tlenowe i 3 beztlenowe)
- dzieci 1-2 butelki (tlenowe)
- krew na posiew pobierz z różnych miejsc, najlepiej bezpośrednio z żyły
- jeśli chory ma kontakt centralny wprowadzony co najmniej 72 godziny wcześniej, pobierz 3 posiewy krwi (każdy tlenowo i beztlenowo), w tym 2 z żyły i 1 z cewnika naczyniowego.
- łącznie objętość krwi na posiew u dorosłych – 20-30ml

Opr. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz
Lek. Tadeusz Malas.

Wcześniejszy o ponad 120 minut wzrost krwi z cewnika niż z żyły, świadczy o ZAKAŻENIU ODCEWNIKOWYM

ZAKAŻENIE ODCEWNIKOWE

1. Niezwłocznie usunąć doświadczone naczyniowe.
2. Wprowadzić korektę w antybiotykoterapii, jeżeli wymaga.
3. Jeżeli zakażenie wystąpiło po 72 godzinach od przyjęcia do WSZ w Koninie – zarejestruj zakażenie szpitalne.

Uwaga!!!

Obowiązkiem lekarza jest codzienna ocena potrzeby utrzymania cewników naczyniowych.

Legenda:
skróty poszczególnych miejsc/rodzaju krwi pobranych materiałów

OŻ - żyła obwodowa
OT - tętnica obwodowa
KC - kanuła centralna
K HD - kanuła HD
KT - kanuła tętnicza
KP - kanuła port

Uwaga!
Opis na butelce musi być kompatybilny z opisem na sklerowaniu.

Podejrzanie sepsy w trakcie hospitalizacji w O. A i IT

- jeśli nie był stosowany antybiotyk, to posiew pobierz przed jego włączeniem
- optymalnie NIE MNIEJ NIŻ 3 zestawy posiewów (JEDNOCZASOWO minimum 6 butelek), w tym:
 - z naczynia (minimum 1x zestaw tlenowo i beztlenowo) oraz
 - z dostępnych linii naczyniowych centralnych / tętnicznych/ HD
 - (1 x zestaw tlenowo i beztlenowo z każdego cewnika)

UWAGA!!!

Jeśli podejrzewasz sepsę to raczej od razu usunąć cewnik, pobierz końcówkę na posiew i jednocześnie krew 2x z żyły. W tym przypadku nie ma konieczności pobierania krwi przez cewnik. Natomiast rutynowe pobieranie końcówki u pacjenta bez cech zakażenia nie jest zalecane.

KARTA BILANSU PŁYNÓW Imię i nazwisko

Data								
Płyny podane					Płyny wydalone			
		Dzień	Noc	Doba		Dzień	Noc	Doba
1	Doustnie				Diureza			
2	Sonda/PEG				Sonda/PEG			
3	Żywienie dożylnie				Stolec			
4	Płyny dożylnie				Dren			
5	Leki dożylnie				Stomia			
6								
					Perspiracja zwykła	300	300	600
					Gorączka/poty (1l/każdy stopień gorączki/dobę)			
	RAZEM				RAZEM			
	Podpis pielęgniarki				Podpis pielęgniarki			
BILANS DOBOWY + -								

Płyny podane (ml)					Płyny wydalone (ml)			
		Dzień	Noc	Doba		Dzień	Noc	Doba
1	Doustnie				Diureza			
2	Sonda/PEG				Sonda/PEG			
3	Żywienie dożylnie				Stolec			
4	Płyny dożylnie				Dren			
5	Leki dożylnie				Stomia			
6								
					Perspiracja zwykła	300	300	600
					Gorączka/poty			
	RAZEM				RAZEM			
	Podpis pielęgniarki				Podpis pielęgniarki			
BILANS DOBOWY + -								

nazwa międzynarodowa	nazwa handlowa	kruszenie	postępowanie
INHIBITORY KONWERTAZY ANGIOTENSYNY			
enalapril	Enarena	tak	
ramipril	Polpril (tabl.)	tak	
	Polpril (kaps.)	NIE	zgodnie z instrukcją podawania kapsulek
ANTAGONISTI WAPNIA			
amlodypina	Amiodipine	tak	niezależnie od posiłków, najlepiej rano
niterdypina	Niterdypina Egis	tak	po posiłku
BETA-ADRENOLITYCZNE			
bisoprolol	Bisocard	tak	
metoprolol	Metocard	tak	
	Betaloc ZOK, Beto ZK, Metocard ZK	NIE	wybrać inną postać leku, drogę podania
propranolol	Propranolol	tak	
ANTYARYTMICZNE			
amiodaron	Cardarone	tak	
digoksyna	Digoxin	tak	
MOCZOPEDNE			
furosemid	Furosemid	tak	
torasemid	Trifas	tak	
spironolakton	Spironol	tak	
indapamid	Indapen	tak	
HIPOLIPEMIZUJĄCE			
simwastatyna	Zocor	tak	
PRZECIWCUKRZYCOWE			
metformina	Sior	tak	
	Metformax SR, Glucophage XR	NIE	wybrać inną postać leku
PRZECIWZAKRZEPOWE PRZECIWPŁYTKOWE			
warfaryna	Warfarin	tak	
acenokumarol	Acenokumarol, Sintrom	NIE	wybrać inny lek
rywaroksaban	Xarelto	tak	
klopidogrel	Plavix	tak	
tikagrelor	Brilique	tak	
dabigatran	Pradaxa	NIE	wybrać inny lek
apiksaban	Eliquis	NIE	wybrać inny lek
PRZECIWHISTAMINOWE			
teksolenadyna	Tellexo, Allegra, Fexolast	tak	
bilastyna	Clatra	tak	
PRZECIWGGRZYBICZE			
fluconazol	tabl, kapsułki	NIE	wybrać inną postać leku
	syrop	-	zgodnie z instrukcją podawania płynnych postaci leków
worikonazol	Voriconazol	tak	
PROKINETYCZNE			
meloklopramid	Metoclopramidum	tak	
itopryd	Prokit	tak	
GLIKOKORTYKOSTEROIDY DOUSTNE			
prednizon	Encorton	tak	
prednizolon	Encortolon	tak	
	Dexamethasone Krka, Pabi -	tak	
deksametazon	Dexamethason	tak	
metyloprednizolon	Memprelon, metypred	tak	
PRZECIWDOPRESYJNE			
fluoksetyna	Seronil, Bioxelin	tak	
	Fluoksetyna Egis, Fluoxetin	nie	wybrać inny lek
	Asentra, Asertin, Sertagen,	tak	
sertalina	śastium, Zotral	tak	
paroksetyna	Arketis tabl	tak	
citaprolam		nie	wybrać inny lek
lorazepam	Lorazepam Orion	tak	
klonazepam	Clonazepamum	tak	
nazwa międzynarodowa	nazwa handlowa	kruszenie	postępowanie
NEUROLEPTYKI			
promazyna	Promazin Jelfa, Promazine Hasco	NIE	
pernazyna	Pernazinum	tak	
lewopromazyna	Tisercin	tak	

chlorprotiksen	Chlorprothixen Hasco, Chlorprothixen Zentiva	tak	
olanzapina	Zalasta, Olanzapin Actavis, Olanzapina Mylan, Olanzapine Lekam, Olanzapine Bluefish, Olanzaran, Olazax Disperzi, Zolafren Swift - tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej	NIE	Tabletkę umieścić na języku, gdy w ciągu kilku sekund zacznie się rozpadać, wówczas należy ją połknąć, popicie wodą nie jest konieczne. Tabletkę można również rozpuścić w filiżance lub szklance wody bezpośrednio przed zażyciem.
risperidon	Orizon, Rispolept roztwory doustne	NIE	zgodnie z instrukcją podawania płynnych postaci leków, nie popijać herbatą
	Torendo Q-Tab tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej	NIE	Tabletkę umieścić na języku, gdy w ciągu kilku sekund zacznie się rozpadać, wówczas należy ją połknąć, popicie wodą nie jest konieczne. Tabletkę można również rozpuścić w filiżance lub szklance wody bezpośrednio przed zażyciem.
kwetiapina	Ketrel, Ketiapt, Ketipinor, Kwentiax	tak	
amisulpryd	Amisan, Solian, Amsulgen	tak	
ziprazydon	Zypsila kaps	NIE	zmielić lek
arypiprazol	Apra Swift, Aribit ODT - tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej	NIE	
klozapina	Clopizam, Klozapol	tak	
haloperidol	Haloperidol Unia, Haloperidol WZF 0,2% - krople doustne	NIE	zgodnie z instrukcją podawania płynnych postaci leków

LEKI PRZECIWDRGAWKOWE

karbamazepina	Tegretol zawiesina	-	zgodnie z instrukcją podawania płynnych postaci leków
okskarbazepina	Trileptal zawiesina	-	zgodnie z instrukcją podawania płynnych postaci leków
lewetyracetam	Keppra, Cezarius, Vetira, Levetiracetam Accord, Levetiracetam NeuroPharma,		zgodnie z instrukcją podawania płynnych postaci leków
	Trund – roztwory		
walproinian	Convulex syrop, Depakine syrop		zgodnie z instrukcją podawania płynnych postaci leków
pregabalina	Lyrca roztwór doustny		zgodnie z instrukcją podawania płynnych postaci leków
gabapentyna	Nuerotin		rozpuścić w wodzie zawartość kapsułki

HORMONY TARCZYCY

lewotyroksyna	Tirosint Sol – roztwór doustny	-	zgodnie z instrukcją podawania płynnych postaci leków, całkowitą dawkę dobową lewotyroksyny najlepiej przyjmować w jednej dawce rano na pusty żołądek, co najmniej pół godziny przed śniadaniem.
	Euthyrox, Letrox, Eltroxin	tak	preferowana forma to roztwór

PRZECIWWIRUSOWE

acyclovir	Heviran, Hascovir, Zovirax	tak	
oseltamiwir	Tamiflu, Ebifulmin	tak	
	Tamivil – tabl.	tak	

LEKI STOSOWANE W CHOROBIE PARKINSONA

benserazyd + lewodopa	Madopar kaps, Madopar Hbs, Xevoiben XR	NIE	zmielić postać leku
	Madopar tabl., Xevoiben tabl.	tak	podawać 30 min. przed posiłkiem lub godzinę po posiłku
	Madopar tabletki do sporządzania zawiesiny	NIE	zgodnie z instrukcją podawania płynnych postaci leków, podawać 30 min. przed posiłkiem lub godzinę po posiłku

Leczenia nie należy nagle przerywać, może to spowodować wystąpienie zagrażającego życiu złośliwego zespołu neuroleptycznego z gorączką, wzmożonym napięciem mięśni, zaburzeniami świadomości, zwiększoną aktywnością kinazy kreatynowej.