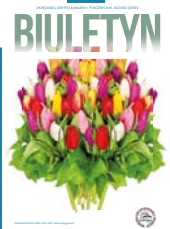


1/2023

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W JELENIEJ GÓRZE

BIULETYN





BIULETYN

OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

w Jeleniej Górze
ul. 1. Maja 27 (III piętro)
58-500 Jelenia Góra
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl
tel./fax (75) 753 56 68, 753 56 69
www.oipip.jgora.pl

KONTO

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
Numer konta bankowego, na który należy
przekazywać składki członkowskie:
Santander Bank Polska o/Jelenia Góra
05 1090 1926 0000 0005 1400 5081

BIURO

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
Sekretariat czynny:
poniedziałek 8.00–16.00
wtorek–piątek 7.00–15.00

Przewodnicząca ORPiP

ELŻBIETA GAJOWNICZEK
przyjmuje w poniedziałki
od godziny 14.00–18.00

Sekretarz ORPiP

GRAŻYNA BOMBA

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

DOROTA PATYŃSKA
Zastępcy pełnią dyżur w pierwszy i ostatni
poniedziałek miesiąca 14.00–15.00

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

LARYSA PERSJANOW

Obsługa prawna

Adwokat ILONA GRABAS
Kontakt w sprawach wykonywania zawodu
pielęgniarki i zawodu położnej
poprzez biuro OIPIP w Jeleniej Górze

Artykuły, listy, uwagi i inna korespondencję
prosimy nadsyłać na adres redakcji:
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl
Redakcja nie ponosi odpowiedzialności
za treść ogłoszeń i reklam.
Redakcja zastrzega sobie prawo
do skracania nadesłanych materiałów.
Nie przyjmujemy do publikacji tekstów
przekazywanych telefonicznie!

Projekt i skład

Tereny Weny Agencja Reklamowa

SPIS TREŚCI

INFORMACJE OIPIP

- 1 Podziękowania
Nowej i Ustępującej
Przewodniczącej ORPiP
w Jeleniej Górze
- 2 XXXV Okręgowy Zjazd
Sprawozdawczo-Wyborczy
Pielęgniarek i Położnych
w Jeleniej Górze

INFORMACJE NRPIP

- 6 Zasady udzielania doraźnej
pomocy przeciwkrwotocznej

OPINIE

- 8 Dokumentacja medyczna
obowiązkowych szczepień
ochronnych
- 10 Stop meningokokom!
- 12 Opinia prawna

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI – mgr EWA PIELI-
CHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, SP ZOZ, ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981
Wrocław, T: 261 660 207, 608 309 310, E: epielichowska@wp.pl

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr BEATA ŁABOWICZ, Wo-
jewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica,
T: 602 795 368, E: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO – mgr DOROTA KACZOR, Dolnośląskie Centrum
Rehabilitacji Sp. z o.o. w Kamiennej Górze, ul. Janusza Korczaka 1, 58-400 Kamienna Góra,
T: 606 226 655, E: dorota.kaczor.ds@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO – dr n. med. MONIKA PRZESTRZEL-
SKA, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Zakład Położnictwa i Pielęgniarstwa Ginekologicz-
no-Położniczego T: 71 784 18 24, 608 509 727, E: mprzestrzelska.konsultantd@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ – mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Me-
dycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo Sp. z o.o. Sp. k., Będkowo 1, 55-100 Trzebnica,
T: 71 312 02 20, E: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO – dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dol-
nośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu, pl. Hirszfelda 12,
53-413 Wrocław, T: 71 368 92 01 E: garwacka.e@dco.com.pl

PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO – mgr JERZY TWARDAK, Zakład Chorób Układu Ner-
wowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, ul. Bartla 5, 56-618
Wrocław, T: 668 193 147, E: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO – dr n. o zdr. WIESŁAW ZIELONKA, Pogotowie Ratun-
kowe w Legnicy, ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica, T: 502 676 039, E: [w.zielonka@pogotowie-
legnica.pl](mailto:w.zielonka@pogotowie-
legnica.pl)

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ – mgr ANNA SZACHOWSKA, Bonifrackie Centrum
Zdrowia Sp. z o.o., E: anna.szachowska@gmail.com

Szanowni Państwo,
 VII kadencja OIPiP w Jeleniej Górze dobiegła końca.
 Z tego miejsca pragnę wyrazić podziękowania
 za wspólną niełatwą pracę dla dobra Samorządu.
 Dziękuję Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych
 za wsparcie i konstruktywną pomoc.
 Słowa podziękowania kieruję do Pracowników
 biura OIPIP, bez których pracy niemożliwe byłoby
 funkcjonowanie Izby. Dziękuję firmom zewnętrznym
 obsługującym biuro, Prawnikom, a także Naczelnej
 Radzie Pielęgniarek i Położnych.
 Podziękowania kieruję do wszystkich Pielęgniarek
 i Położnych Członków Okręgowej Izby Pielęgniarek
 i Położnych w Jeleniej Górze, życząc wszystkiego
 dobrego.
 Z wyrazami szacunku
Elżbieta Słowicka-Poznańska
Przewodnicząca ORPiP w Jeleniej Górze VII kadencji



Szanowne Koleżanki i Koledzy,
 w dniu 29 marca 2023 roku podczas Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze VIII Kadencji,
 obdarzyliście mnie zaufaniem i wybraliście na funkcję Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
 w Jeleniej Górze.
 Pragnę serdecznie podziękować Delegatom za udział w wyborach i oddanie głosów na moją kandydaturę.
 Wybór traktuję jako docenienie mojej pracy na rzecz naszego samorządu zawodowego.
 Jednocześnie zapewniam, że dołożę wszelkich starań by nie zawieść Państwa oczekiwań.
 Powierzone obowiązki będę wykonywać z największym zaangażowaniem i starannością, mając
 zawsze na uwadze dobro zawodu pielęgniarki, pielęgniarza i położnej.
 Składam serdeczne podziękowania wszystkim komisjom za trud i zaangażowanie podczas Zjazdu.
 Z wyrazami szacunku
Elżbieta Gajowniczek





XXXV Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze

Dnia 29 marca 2023 r. odbył się XXXV Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze. Podczas Zjazdu Delegaci wybrali osoby pełniące funkcje w organach i osoby będące członkami poszczególnych organów.

Na funkcję **Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze** na czas trwania VIII kadencji na lata 2023-2027 wybrana została **Pani Elżbieta Gajowniczek**.

Na Członków **Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze** na czas trwania VIII kadencji na lata 2023-2027 wybrane zostały następujące osoby:

1. **Elżbieta Słojewska-Poznańska**
2. **Grażyna Bomba**
3. **Małgorzata Cieplicka**
4. **Monika Olszowy**
5. **Grażyna Flasińska**
6. **Barbara Kolodziej**
7. **Barbara Kozomaricz**
8. **Monika Kumaczek**
9. **Wiesława Marciszyn**
10. **Izabela Pawlak**
11. **Małgorzata Rzeszut**
12. **Wioletta Sadecka**
13. **Dorota Kaczor**
14. **Ewelina Atlas**

Na funkcję **Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze** na czas trwania VIII kadencji na lata 2023-2027 wybrana została **Pani Dorota Patyńska**.

Na Zastępców **Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze** na czas trwania VIII kadencji na lata 2023-2027 wybrane zostały następujące osoby:

1. **Renata Celuch**
2. **Wiesława Dyrz-Mačkowiak**
3. **Jolanta Karpowicz**
4. **Ewa Misiewicz**
5. **Elżbieta Ostrowska**
6. **Małgorzata Krzemińska**
7. **Zofia Szajwaj**

Na funkcję **Przewodniczącej Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze** na czas trwania VIII kadencji na lata 2023-2027 wybrana została **Pani Larysa Persjanow**.

Na Członków **Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze** na czas trwania VIII kadencji na lata 2023-2027 wybrane zostały następujące osoby:

1. **Beata Jędrzejek**
2. **Diana Kaczmarek**
3. **Ewa Bińkowska**
4. **Renata Kwiatkowska**
5. **Agata Kapusta**
6. **Anna Zdebko**
7. **Wioletta Luszka**
8. **Żaneta Zarzeczna**
9. **Olga Sasin**

Na funkcję **Przewodniczącej Okręgowej Komisji Rewizyjnej** na czas trwania VIII kadencji na lata 2023-2027 wybrana została **Pani Bogumiła Pawlukiewicz**.

Na Członków **Okręgowej Komisji Rewizyjnej** na czas trwania VIII kadencji na lata 2023-2027 wybrane zostały następujące osoby:

1. **Krystyna Snopczyńska-Wyspiańska**
2. **Beata Budnicka**
3. **Marzena Krupa**
4. **Maria Głuszyńska**

Na **Delegatów na VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych** wybrane zostały następujące osoby:

1. **Elżbieta Gajowniczek**
2. **Elżbieta Słojewska-Poznańska**
3. **Grażyna Bomba**
4. **Grażyna Flasińska**
5. **Barbara Kozomaricz**

Podczas zjazdu Delegaci zgłosili następujące Wnioski zjazdowe, które zostaną przeka-

zane na VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych odbywający się w dniach 15-17 maja 2023 roku:

Wniosek Nr 1:

w sprawie Regulacji płac pielęgniarek w Domach Pomocy Społecznej;

Wniosek Nr 2:

w sprawie Podniesienia kwoty zapomogi, przyznawanej przez OIPIP w Jeleniej Górze;

Wniosek Nr 3:

w sprawie Wprowadzenia rocznego urlopu zdrowotnego dla pielęgniarek i położnych;

Wniosek Nr 4:

w sprawie Zmiany sposobu naliczania wysokości składki członkowskiej, nie mniejszej niż 60 zł miesięcznie dla członków samorządu.

Dnia 21 kwietnia 2023r. na pierwszym po wyborach posiedzeniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze zostały wybrane wiceprzewodniczące, skarbnik oraz sekretarz.

◆ Wiceprzewodniczącymi ORPIP w Jeleniej Górze zostały Panie Monika Olszowy i Wioletta Sadecka.

◆ Na Sekretarza wybrano Panią Grażynę Bombę.

◆ Na Skarbnika wybrano Panią Elżbietę Słojewską-Poznańską.

Gratulujemy wybranym osobom i życzymy dużo sukcesów w pracy na rzecz Samorządu.







Zasady udzielania doraźnej pomocy przeciwkrwotocznej

Zasady udzielania doraźnej pomocy przeciwkrwotocznej chorym na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne przez lekarzy pogotowia ratunkowego, szpitalnych oddziałów ratunkowych i lekarzy rodzinnych

Autorzy: Krystyna Zawilska, Jerzy Windyga, Magdalena Łętowska

1. Stany nagłe wynikające z zaburzeń hemostazy u chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne:

- Uraz (zwłaszcza głowy), krwotok
- Krwawienie śródczaszkowe
- Wylewy krwi do dna jamy ustnej i szyi
- Krwotok do przestrzeni zaotrzewnowej
- Krwotok z przewodu pokarmowego
- Objawy sugerujące ciężkie krwawienie
- Operacja ze wskazań nagłych

2. Weryfikacja rozpoznania

- Pacjenci są zaopatrzeni w „Kartę chorego na hemofilię i inne wrodzone skazy krwotoczne”, a także w „Książeczkę leczenia domowego chorego na wrodzoną skazę krwotoczną”. Dokumenty te zawierają rozpoznanie typu skazy krwotocznej, a także informacje o rodzaju i ilości koncentratu, który należy zastosować w razie wystąpienia krwawienia oraz o grupie krwi
- Rejestr chorych w regionalnym RCKiK umożliwia zasięgnięcie informacji, jeśli pacjent nie ma przy sobie wyżej wymienionych dokumentów
- Informacjami na temat danego chorego może dysponować lekarz dyżurny najbliższej Kliniki / Oddziału Hematologii (w województwie dolnośląskim są to):



- Klinika Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku, ul. L. Pasteura 4, 50-367 Wrocław
tel.: (71) 784 25 76 (sekretariat), fax: (71) 327-09-63, e-mail: khn@spsk1.com.pl,
tel. całodobowy: 515 038 860
- Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej, ul. Borowska 213, budynek D, 50-556 Wrocław, tel.: (71) 733 27 00 (sekretariat), fax: (71) 733 27 09,
tel. całodobowy: 885 852 282
- Pacjent lub jego opiekun może być źródłem ważnych informacji o rodzaju skazy krwotocznej i o sposobie jej leczenia

3. Ogólne zasady:

- **„Najpierw czynnik”** – chory na hemofilię albo pokrewną skazę krwotoczną w razie zaistnienia urazu (zwłaszcza głowy) lub wystąpienia powikłań krwotocznych powinien otrzymać jak najszybciej koncentrat deficytowego czynnika krzepnięcia dożylnie. Każda zwłoka (np. w celu wykonania badań diagnostycznych) zwiększa ilość wynaczynionej krwi i stanowi zagrożenie dla zdrowia, a w niektórych sytuacjach klinicznych dla życia chorego.

Uwaga: w „Książeczce leczenia domowego chorego na wrodzoną skazę krwotoczną” są zamieszczone wytyczne leczenia substytucyjnego hemofilii A, hemofilii B, hemofilii powikłanej inhibitorem i choroby von Willebranda. W przypadku rzadko występujących wrodzonych skaz krwotocznych powodowanych niedoborem innych czynników krzepnięcia, stosuje się substytucję odpowiedniego czynnika krzepnięcia, a przy braku dostępu do koncentratu (czynnik V i czynnik XI) – osocze świeżo mrożone. Krioprecypitat jest bogatym źródłem fibrynogenu.

- Jeśli pacjent nie otrzymał koncentratu czynnika krzepnięcia, nie może być poddany żadnemu zabiegowi inwazyjnemu. **W przygotowaniu do operacji ze wskazań nagłych należy zastosować koncentrat deficytowego czynnika krzepnięcia w odpowiedniej dawce.**

Uwaga: w przypadku hemofilii powikłanej inhibitorem czynnika VIII lub IX o dużym mianie, zamiast leczenia substytucyjnego należy zastosować koncentrat omijający inhibitor, tj. rekombinowany aktywowany koncentrat czynnika VII (rVIIa, NovoSeven®) lub koncentrat aktywowanych czynników krzepnięcia zespołu protrombiny (aPCC, FEIBA®)

- Nie należy podawać leków domięśniowo.

4. Leczenie ratunkowe chorego na hemofilię lub pokrewną skazę krwotoczną, który ma przy sobie odpowiedni koncentrat deficytowego czynnika krzepnięcia, (stosowany w leczeniu domowym):

- Weryfikacja rozpoznania
- Jak najszybsze podanie koncentratu w odpowiedniej dawce
- Kontakt telefoniczny (konsultacja) z lekarzem najbliższego ośrodka leczącego chorych na hemofilię/ Kliniki / Oddziału Hematologii.

5. Leczenie ratunkowe chorego na hemofilię lub pokrewną skazę krwotoczną, który nie ma przy sobie odpowiedniego koncentratu deficytowego czynnika krzepnięcia

- Weryfikacja rozpoznania
- Jak najszybsze przewiezienie pacjenta do najbliższego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR)
- Kontakt telefoniczny (konsultacja) z lekarzem najbliższego ośrodka leczącego chorych na hemofilię/ Kliniki / Oddziału Hematologii (numer telefonu takiego ośrodka powinien być dostępny w każdym SOR)
- Jak najszybsze sprowadzenie koncentratu czynnika krzepnięcia z najbliższego RCKiK (<https://csm-swd.nfz.gov.pl/cnr>)

Dokumentacja medyczna obowiązkowych szczepień ochronnych

W jaki sposób dokonywać wpisów w karcie uodpornienia oraz książeczce szczepień? Na jakich zasadach udostępniać pacjentowi dokumentację medyczną?

mec. Katarzyna Gajewska
radca prawny

Obowiązek prowadzenia rzetelnej dokumentacji medycznej realizuje prawa pacjenta do pełnej informacji o jego stanie zdrowia. Oczywistym jest również, że celem prowadzenia tego rodzaju dokumentów jest przede wszystkim również zgromadzenie w sformalizowanej formie danych dotyczących przebiegu choroby, zastosowanych metod leczenia, udzielonych zaleceń i ich następstw, aby możliwe było odtworzenie tzw. historii choroby. W zasadzie każde zdarzenie w relacji pacjent – osoba wykonująca zawód medyczny powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie (właściwy opis) w dokumentacji medycznej. Co oczywiste, jest ona również prowadzona w odniesieniu do obowiązkowych szczepień ochronnych.

DOKONYWANIE WPISÓW

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych informacje na temat przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych wykonanych od dnia urodzenia są dokumentowane w:

- 1) karcie uodpornienia;
- 2) książeczce szczepień;
- 3) dokumentacji medycznej, o której mowa w przepisach o rodzajach i zakresie dokumentacji medycznej oraz sposobie jej przetwarzania.

Przywołany akt prawny reguluje także sposób dokonywana wpisów w karcie uodpornienia oraz książeczce szczepień, wskazując, że należy wprowadzać je

- ◆ czytelnym pismem odręcznym,
- ◆ w odpowiednich częściach dokumentów,
- ◆ bezpośrednio po wykonaniu lub niewykonaniu szczepienia ochronnego.

Uwaga! Wpisu błędnego w dokumentacji medycznej nie usuwa się – dodaje się adnotację o przyczynie błędu oraz datę i podpis osoby dokonującej adnotacji. Zasady te w sposób jednoznaczny mają na celu zagwarantowanie jak najaktualniejszego (czas wprowadzenia



wpisu – bezpośrednio po zabiegu) i wiarygodnego (zasada poprawiania błędnego wpisu, a nie jego usuwanie) opisu przebiegu czynności podejmowanych w ramach przeprowadzania obowiązkowego szczepienia.

PRZECHOWYWANIE

Karty uodpornienia są przechowywane w kartotece w sposób, który umożliwia wyszukiwanie osób podlegających obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Oznacza to, że karty uodpornienia nie są wydawane pacjentowi. Natomiast inaczej sytuacja wygląda w przypadku książeczki szczepień, którą to osoba wystawiająca zaświadczenie o urodzeniu żywym i zakładająca książeczkę szczepień przekazuje za pokwitowaniem osobie obowiązanej do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym, osobie sprawującej prawną pieczę nad tą osobą albo opiekunowi faktycznemu.

WGŁĄD

W jaki sposób pacjent może zrealizować swoje uprawnienie do otrzymania pełnej informacji o udzielanych mu świadczeniach zdrowotnych? Czy może skutecznie domagać się wglądu lub otrzymania kserokopii dokumentacji medycznej, która go dotyczy? „Do podstawowych praw pacjentów należy dostęp pacjentów do dokumentacji medycznej, która dotyczy ich stanu zdrowia oraz udzielonych im świadczeń zdrowotnych. Stanowi o tym prawie *expressis verbis* regulacja prawa zawarta w Rozdziale 7 *Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej* ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Według art. 23 ust. 1 tej ustawy pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń medycznych. Prawo to realizowane jest na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, bądź osoby upoważnionej przez pacjenta (art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). W art. 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta uregulowany został sposób udostępniania dokumentacji medycznej, do wyboru, który ma pacjent realizujący prawo.

Przepisy prawa nie nakładają na pacjenta obowiązku złożenia wniosku o dostęp do dotyczącej go dokumentacji medycznej, np. w formie pisemnej. Oznacza to, że tego rodzaju obostrzenia mogą zostać uznane przez Rzecznika Praw Pacjenta, a także przez sądy za działania zmierzające do ograniczenia pacjentowi możliwości realizacji jego prawa do wglądu w dokumentację medyczną.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej

przetwarzania (tekst jedn.: Dz. U. z 2004 r. poz. 177 z późn. zm.), w § 78 ust. 1 stanowi o obowiązku podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych udostępnienia pacjentom dokumentacji medycznej bez zbędnej zwłoki. Takie też rozwiązanie w zakresie obowiązku udostępniania dokumentacji medycznej przyjmuje w § 78 ust. 1 rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).” (tak: Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 12 maja 2016 r., II OSK 25/16).

Przepisy prawa nie nakładają na pacjenta obowiązku złożenia wniosku o dostęp do dotyczącej go dokumentacji medycznej, np. w formie pisemnej. Oznacza to, że tego rodzaju obostrzenia mogą zostać uznane przez Rzecznika Praw Pacjenta, a także przez sądy za działania zmierzające do ograniczenia pacjentowi możliwości realizacji jego prawa do wglądu w dokumentację medyczną. Podobnie w sytuacji, w której podmiot leczniczy w swojej wewnętrznej procedurze określa, że dokumentacja medyczna będzie przekazana w terminie np. tygodni od dnia złożenia wniosku – to także może narazić się na zarzut naruszenia praw pacjenta. Tym samym za niezasadne i naruszające prawa pacjentów organ [Rzecznik Praw Pacjenta] uznał procedury ustanawiające termin nie dłuższy niż 7 dni na udostępnienie dokumentacji medycznej. „Skarżący nie może bowiem wprowadzać z góry określonego terminu wskazanego w dniach, w jakim będzie udostępniać dokumentację medyczną” (tak: Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 maja 2017 r., VII SA/Wa 585/17).

Podstawową formą zapoznawania się pacjenta z dotyczącą go dokumentacją medyczną jest wgląd w tę dokumentację. W przypadku, gdy jednak pacjent chciałby skorzystać z innej formy, np. otrzymania kserokopii powinien to w jasny sposób sprecyzować.

Formę, w jakiej możliwe jest udostępnienie pacjentowi dokumentacji medycznej określa ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która w art. 27 ust. 1 stanowi, iż dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;

2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;

3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;

4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;

5) na informatycznym nośniku danych.

Jednocześnie podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w sytuacji w której udostępni pacjentowi dokumentację poprzez sporządzenie jej kopii, wydruku lub na informatycznym nośniku danych może pobrać od pacjenta opłatę w wysokości określonej ustawą. Tego rodzaju ograniczenie, tj. możliwość uzależnienia wykonania kserokopii dokumentacji medycznej od obowiązku uiszczenia stosownej opłaty nie będzie zatem uznawane za naruszające prawo pacjenta.

WYDANIE

Pacjent ma również możliwość żądać wydania mu oryginałów dokumentacji medycznej. W tym zakresie w doktrynie prezentowany jest pogląd, zgodnie z którym „Z brzmienia przepisu art. 27 pkt 3 u.p.p. wynika, że pacjent ma prawo do żądania wydania oryginałów swojej dokumentacji. Mowa w nim jest o „uprawnionych organach i podmiotach”. Pojęcie uprawnionego podmiotu bez wątpliwości odnosi się do podmiotów wymienionych w art. 26 ust. 1–3 u.p.p., a niewątpliwie pacjent jest podmiotem. Oryginał dokumentacji wydawany jest wyłącznie na wyraźne żądanie uprawnionego organu lub podmiotu. Pacjent może żądać wydania oryginału dokumentacji indywidualnej wewnętrznej oraz dokumentacji zbiorczej jedynie w zakresie wpisów dotyczących jego osoby. Podmiot leczniczy oraz praktyki zawodowe, wydając oryginał dokumentacji, są zobowiązane pozostawić jej kopie lub pełny odpis na miejscu na własny koszt (§ 78 ust. 2 r.r.d.). Wydanie pacjentowi (lub innemu uprawnionemu podmiotowi) oryginalnej dokumentacji przerzuca na jego stronę całą odpowiedzialność za przechowanie takiej dokumentacji do chwili zwrotu. Pacjent bierze na siebie taką odpowiedzialność z chwilą pokwitowania odbioru z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (art. 27 pkt 3 u.p.p.)” (Karkowska Dorota, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, wyd. III, publikowano: LEX 2016).

Z tego jednoznacznie wynika, że podstawową formą zapoznawania się pacjenta z dotyczącą go dokumentacją medyczną jest wgląd w tę dokumentację. W przypadku, gdy jednak pacjent chciałby skorzystać z innej formy, np. otrzymania kserokopii powinien to w jasny sposób sprecyzować.

*Źródło:
Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 1.-2. 2023*

Stop meningokokom!

Szczepienia są bardzo ważne, ponieważ zakażenie meningokokami niesie ze sobą bardzo poważne konsekwencje. Kiedy należy wykonać pierwsze szczepienie? Jaka jest skuteczność szczepionki?

mgr pielęgniarstwa Violetta Nowak
specjalistka pielęgniarstwa
pediatrycznego, członek Polskiego
Stowarzyszenia Pielęgniarek
Pediatrycznych, NZOZ PLR „PETRUS”
w Zamościu, Uczelnia Państwowa im.
Szymona Szymanowicza w Zamościu,
Collegium Mazovia Innowacyjna Szkoła
Wyższa w Siedlcach.

Meningokoki to potoczna nazwa bakterii o łacińskiej nazwie *Neisseria meningitidis* (po polsku dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych). Bakterie te występują wyłącznie u ludzi. Te groźne drobnoustroje wywołują inwazyjną chorobę meningokokową, w skrócie IChM), która najczęściej przebiega pod postacią:

- ◆ **sepsy z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych** (60% przypadków zachorowań),
 - ◆ samej sepsy (ok. 25%),
 - ◆ **zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych** (ok. 20%).
- Mogą również wywoływać:
- ◆ zapalenie płuc,
 - ◆ zapalenie ucha środkowego,
 - ◆ zapalenie osierdzia,
 - ◆ zapalenie wsierdzia,
 - ◆ zapalenie stawów i inne.

Inwazyjna choroba meningokokowa stanowi bezpośrednie zagrożenie zdrowia i życia.

W Polsce nie występuje często, ale jej przebieg może być piorunujący – często prowadzi do zgonu nawet w kilka godzin od wystąpienia pierwszych objawów. U 10% pacjentów, którzy przeżyli IChM, dochodzi do trwałych powikłań, a niekiedy kalectwa, dlatego osoba z podejrzeniem takiego zakażenia powinna natychmiast trafić do szpitala.

Choroba przenoszona jest drogą kropelkową przez bliski kontakt. Źródłem zakażenia jest chory lub nosiciel. Na zakażenie meningokokami narażeni są wszyscy, jednak najczęściej chorują dzieci w wieku od 3 miesięcy do 1 roku życia. Wiele przypadków choroby występuje też u dzieci w wieku do 5 lat oraz nastolatków i młodych dorosłych w wieku 16–21 lat. Poza młodym wiekiem zachorowalności sprzyja przeludnienie (np. w jednostkach wojskowych), pociąg, bliskie kontakty (np. dyskoteki), uszkodzenie błony śluzowej nosogardła u palących papierosy, równoczesne zakażenie wirusem grypy oraz bakteriami z rodzaju *Mycoplasma*.



Znanych jest 12 typów meningokoków (nazywanych przez specjalistów serogrupami), przy czym za większość zakażeń na świecie (ok. 95%) odpowiada pięć z nich: A, B, C, W, Y.

W Polsce inwazyjną chorobę meningokokową wywołują najczęściej meningokoki serogrupy B, C oraz W. Najwięcej zakażeń meningokokowych występuje wśród niemowląt. Niezmiennie od wielu lat za IChM odpowiedzialne są w tej grupie wieku meningokoki serogrupy B (ok. 70% zachorowań). Pozostałe 30% to zachorowania wywołane przez meningokoki grupy C oraz W135.

Z raportu opublikowanego 2 czerwca 2020 roku przez Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Układu Nerwowego (KOROUN), wynika, że w 2019 roku potwierdzono 167 przypadków IChM. Najwyższą zapadalność odnotowano w grupie wieku 0–11 mies. (10,8/100 000) oraz 12–

23 mies. (6,45/100 000). Najczęstszą przyczyną IChM są meningokoki serogrupy B. Obserwowany jest również wzrost odsetka zakażeń wywołanych przez meningokoki serogrupy W – w ciągu ostatnich 5 lat ponad 5-krotny.

JAKA JEST NAJSKUTECZNIEJSZA METODA ZAPOBIEGANIA INWAZYJNEJ CHOROBI MNINGOKOKOWEJ (ICHM)?

Bez wątplenia są to szczepienia. Potwierdzają to zarówno badania, jak i praktyka. W Polsce szczepionka przeciwko meningokokom należy do grupy szczepień zalecanych, czyli nie refundowanych przez NFZ. Dostęp do bezpłatnych szczepień jest możliwy w ramach programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Samorządowcy przyznają, że jednym z powodów finansowania szczepień z lokalnego budżetu są ograniczone możli-

wości ekonomiczne rodziców. Z tego względu samorządowe programy szczepień cieszą się popularnością – średnio korzysta z nich 80% grupy docelowej.

SZCZEPIENIA PRZECIWKO MENINGOKOKOM ZALECA SIĘ PRZED WSZYSTKIM:

- ◆ niemowlętom powyżej 2. miesiąca życia,
- ◆ niemowlętom i dzieciom, szczególnie chodzącym do żłobka, przedszkola lub szkoły, wyjeżdżającym na kolonie lub mającym starsze rodzeństwo uczęszczające do przedszkola lub szkoły,
- ◆ młodzieży i młodym dorosłym do 21 lat, w tym szczególnie uczniom, studentom i poborowym mieszkającym w internacie, akademiku lub koszarach,
- ◆ dzieciom i dorosłym z grupy zwiększonego ryzyka zakażenia, np. z usuniętą śledzioną lub zaburzeniami jej funkcjonowania lub z poważnymi zaburzeniami układu odpornościowego,
- ◆ personelowi medycznemu narażonemu na zachorowanie w wyniku kontaktu z chorym,
- ◆ podróżującym na tereny endemicznego i epidemicznego występowania zakażeń meningokokowych,
- ◆ podróżującym służbowo do Arabii Saudyjskiej,
- ◆ studentom i uczniom udającym się na studia zagranicę (np. do Stanów Zjednoczonych),
- ◆ żołnierzom biorącym udział w akcjach międzynarodowych,
- ◆ w przypadku zagrożenia epidemią,
- ◆ osobom powyżej 65. roku życia.

W Polsce inwazyjną chorobę meningokokową wywołują najczęściej meningokoki serogrupy B, C oraz W. Najwięcej zakażeń meningokokowych występuje wśród niemowląt. Niezmiennie od wielu lat za IChM odpowiedzialne są w tej grupie wieku meningokoki serogrupy B (ok. 70% zachorowań). Pozostałe 30% to zachorowania wywołane przez meningokoki grupy C oraz W135.

PRZECIWSKAZANIEM DO SZCZEPIEŃ PRZECIWKO MENINGOKOKOM SĄ:

- I przeciwwskazania bezwzględne:
- ◆ reakcja anafilaktyczna, występująca po wcześniejszej dawce szczepionki oraz nadwrażliwość na którykolwiek ze składników preparatu.
- II przeciwwskazania tzw. czasowe:
- ◆ ostra choroba lub zakażenie przebiegające z gorączką – do czasu jej ustąpienia,
 - ◆ zaostrzenie choroby przewlekłej – do czasu jej wyrównania.

W przypadku wyraźnego ryzyka zakażenia nie powinna być przeciwwskazaniem do szczepienia. W okresie karmienia piersią szczepienie można przeprowadzić, gdy spodziewane korzyści dla matki przeważają nad potencjalnym ryzykiem dla dziecka. Należy zachować szczególną ostrożność podczas podawania szczepionki pacjentom z trombocytopenią lub innymi zaburzeniami krzepnięcia.

SZCZEPIENIA PRZECIWKO MENINGOKOKOM MOŻNA REALIZOWAĆ, PODAJĄC:

- ◆ szczepionkę skoniugowaną od ukończenia 2. miesiąca życia (monowalentna przeciw serogrupie C NeisVac-C, Meningitec),
- ◆ szczepionkę białkową (rDNA) od ukończenia 2. miesiąca życia (przeciw serogrupie B Bexero),
- ◆ szczepionkę białkową od ukończenia 10. roku życia (przeciw serogrupie B Trumenba),
- ◆ szczepionkę skoniugowaną czterowalentną przeciw serogrupom A, C, W-135, Y od 2. miesiąca życia (Nimenrix),
- ◆ szczepionkę polisacharydową przeciw serogrupom A i C dzieciom powyżej 2 lat i dorosłym.

JAK ZAPLANOWAĆ SZCZEPIENIE PRZECIWKO MENINGOKOKOM DLA OSÓB W RÓŻNYM WIEKU?

Profilaktyka niemowląt przeciw meningokokom powinna w pierwszej kolejności obejmować ochronę przeciw meningokokom grupy B, którą należy rozpocząć tak szybko, jak to możliwe. Jedną z dostępnych białkowych szczepionek przeciw meningokokom grupy B może być podawana od 2. miesiąca życia. Zalecane jest również rozszerzenie ochrony przeciw meningokokom grupy C i W135. Na rynku dostępne są 2 różne szczepionki skoniugowane, pojedyncza przeciw meningokokom grupy C oraz 4-składnikowa przeciw meningokokom grupy A, C, W135 i Y. Wraz z szybkim wzrostem udziału meningokoków grupy W135, przy wyborze szczepionki podawanej najmłodszemu, można brać pod uwagę ochronę szczepionką 4-składnikową przeciw grupie A, C, W135, Y. IChM poza grupą niemowląt może występować również u starszych dzieci, młodzieży w wieku 15–19 lat, młodych dorosłych w wieku 25 lat oraz starszych powyżej 65 lat. W tych grupach również należy pamiętać o szczepieniach przeciw meningokokom grupy B oraz A, C, W135 i Y. Szczepienia przeciw meningokokom grupy B oraz A, C, W135 oraz Y są ważne we wszystkich grupach wieku w przypadku planowanych podróży.

Szczepionka podawana jest domięśniowo – u małych dzieci do 18. miesiąca życia w przednioboczną część uda, u dzieci starszych i dorosłych w mięsień naramienny. Ilość dawek oraz odstępy między dawkami

uzależniony jest od wieku pacjenta oraz rodzaju szczepionki. Szczepionka przeciw meningokokom grupy B podawana niemowlętom łącznie z innymi szczepionkami zwiększa ryzyko wystąpienia gorączki, dlatego zalecane jest jej podawanie w czasie oddzielnej wizyty szczepiennej. W krajach, gdzie szczepionka przeciw meningokokom grupy B podawana jest w programach szczepień powszechnych NOP występują z częstością 1/2000 podanych dawek, w tym 40% to NOP związane z gorączką, a 50% to reakcje miejscowe.

Szczepionki przeciwko meningokokom są bezpieczne i dobrze tolerowane we wszystkich grupach wiekowych. Najczęściej zgłaszane działania niepożądane po zastosowaniu szczepień to tzw. odczyn miejscowy (zaczerwienienie, obrzęk i ból w miejscu wstrzyknięcia) oraz łagodne reakcje ogólne (rozdrażnienie, senność, gorączka, ból mięśni, brak apetytu). Objawy te pojawiają się w ciągu kilku pierwszych dni po podaniu zastrzyku i najczęściej ustępują bez konsekwencji dla zdrowia osoby szczepionej. Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN) ocenił skuteczność szczepionki przeciw meningokokom grupy B na poziomie 83,7%. Szczepionki przeciw meningokokom grupy C oraz grupy A, C, W135, Y zawierają jako antygeny wielocukry otoczki i powinny chronić przed wszystkimi bakteriami z tymi serogrupami.

Szczepionki przeciwko meningokokom skutecznie stymulują układ odpornościowy:

- ◆ po zakończeniu całego cyklu szczepienia niemal u wszystkich dzieci pojawiają się ochronne przeciwciała.
- ◆ odporność po szczepieniu u dzieci, które ukończyły 1. rok życia oraz u młodzieży i dorosłych prawdopodobnie utrzymuje się przez długi czas, natomiast u niemowląt zaszczepionych w 1. roku życia poziom ochrony stopniowo maleje i w 2. roku życia konieczna jest dawka przypominająca szczepionki;
- ◆ w krajach, w których wprowadzono powszechne szczepienie dzieci szczepionkami skoniugowanymi, zaobserwowano znaczne zmniejszenie liczby zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową;
- ◆ dodatkowo skutecznie chronią przed osiedlaniem się meningokoków w gardle, tzn. nosicielstwem.

Dziecko może się zarazić IChM w wyniku kontaktu z bezobjawowym nosicielem (2–25% populacji); rzadziej z osobą chorą. Zakażenie przenosi się poprzez bliski kontakt z wydzieliną z górnych dróg oddechowych nosiciela lub chorego (np. pocałunek w usta, obлизywanie smoczka, wspólne naczynie do picia, sztućce).

Źródło:

Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 12. 2022

Opinia prawna

Czy magister pielęgniarstwa może na zlecenie lekarza wykonywać alergiczne testy skórne, czy powinna mieć dodatkowo ukończony kurs w tym zakresie?

Zakres wiedzy, umiejętności oraz uprawnień pielęgniarki może się różnić w zależności od rodzaju i roku ukończenia szkoły pielęgniarstwa oraz rodzaju ukończonego kształcenia podyplomowego.

**mgr pielęgniarstwa Janina Przystek,
asystent Działu Merytorycznego NPiP**

Przed rokiem 2019 studenci studiów pielęgniarstwa byli kształceni w oparciu o programy nauczania, które zawierały obszerniejsze treści z dziedziny alergologii, co pozwoliło przyszłym absolwentom nabyć specjalistyczną wiedzę oraz umiejętności z zakresu wykonywania alergicznych testów skórnych, np. punktowe, śródskórne i naskórkowe.

Ww. treści zawarte są w następujących podręcznikach:

1. Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa. Wyd. I, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005. Rozdział 9 Choroby alergiczne, str. 597–635.

2. Podręcznik dla studiów medycznych: „Pielęgniarstwo internistyczne”. Wyd. I, Wyd. Lek. PZWL, z 2011 r. Rozdział 8 Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobami o podłożu alergicznym, str. 643–680.

Obecnie kształcenie zawodowe na kierunku pielęgniarstwo odbywa się na poziomie studiów pierwszego i drugiego stopnia. Podstawę programową ww. poziomów kształcenia stanowią, standardy kształcenia zawarte w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 755, z późn. zm.). Wskazane w ww. standardach kształcenia ramy programowe studiów pierwszego i studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo nie zawierają treści z zakresu alergologii, które umożliwiłyby zdobycie wiedzy i umiejętności w zakresie wykonywania alergicznych testów skórnych.

Ukończenie przez pielęgniarkę szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego uprawnia ją do udzielania określonych specjalistycznych czynności, w tym wykonywania alergicznych testów skórnych.

Ukończenie przez pielęgniarkę kursu specjalistycznego – *wykonywanie i ocena testów skórnych dla pielęgniarek*, uprawnia pielęgniar

niarkę do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- ◆ przeprowadzania wywiadu w kierunku: ekspozycji alergicznej, zażywania leków, chorób przewlekłych,
- ◆ przygotowania pacjenta do diagnostyki alergii metodą punktowych testów skórnych (w tym natywnych),
- ◆ wykonywania punktowych testów skórnych preparatami standaryzowanymi i metodą natywną z zastosowaniem aktualnych metod i technik wykonania zgodnych ze standardami,
- ◆ odczytywania, wstępnej oceny i wstępnej interpretacji wyniku punktowych testów skórnych wg ogólnie stosowanych zasad,
- ◆ przygotowania pacjenta i wykonywania samodzielnie naskórkowych testów płatkowych kontaktowych z zastosowaniem aktualnych technik i metod stosowania,
- ◆ dokonywania pomiaru naskórkowych testów płatkowych (kontaktowych) i ocena wyników wg stosowanych metod interpretacji.
- ◆ edukowania pacjenta z zakresu eliminacji/unikania alergenów ocenionych jako dodatnie w korelacji z zebrany wywiadem z uwzględnieniem występującej u pacjenta choroby alergicznej.

Mając na uwadze przede wszystkim bezpieczeństwo pacjenta, pielęgniarka i położna może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności udzielenia pomocy,



zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, kiedy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. W przypadku odmowy, o której mowa powyżej, pielęgniarka i położna ma obowiązek niezwłocznie uprzedzenia pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym [art. 12 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tj. Dz. U. z 2022 r., poz. 2702)].

Opinię sporządzono na podstawie stanu prawnego obowiązującego na dzień 10 lutego 2023 r.

Źródło:
Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 1.-2. 2023

Pielęgniarka, która w toku kształcenia przeddyplomowego nabyła wiedzę i umiejętności w zakresie wykonywania alergicznych testów skórnych lub ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub kurs specjalistyczny *Wykonywanie i ocena testów skórnych dla pielęgniarek* posiada uprawnienia do samodzielnego wykonywania alergicznych testów skórnych zleconych przez lekarza w zakresach wynikających z ukończonego kształcenia.

TO NIE MOŻE BYĆ TEMAT TABU

PROSTATA I NIETRZYMANIE MOCZU NIE MUSZĄ JUŻ BYĆ PROBLEMEM

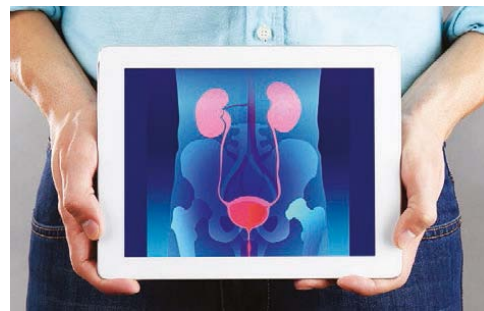
PROSTATA, inaczej gruczoł krokowy, należy do układu męskich narządów płciowych. Szacuje się, że ponad połowa mężczyzn po 50. roku życia cierpi na dolegliwości wynikające z łagodnego rozrostu prostaty

Gruczoł prostaty ma za zadanie produkować płyn, który wchodzi w skład nasienia i zapewnia plemnikom wartości odżywcze. Warto jednak podkreślić, że prostata nie jest gruczołem niezbędnym do życia, co oznacza, że można ją częściowo lub całkowicie usunąć bez szkody dla organi-

zmu. Około 50. roku życia w męskich organizmach następuje cykl zmian hormonalnych, pod wpływem których gruczoł prostaty zaczyna się powiększać. Dochodzi wtedy do rozwoju choroby zwanej łagodnym rozrostem gruczołu krokowego.

NIETRZYMANIE MOCZU jest kolejnym problemem społecznym, który dotyka głównie kobiety, a ryzyko jego występowania wzrasta z wiekiem. Istotą problemu jest niezależny od woli pacjenta wyciek moczu, który w efekcie powoduje problemy higieniczne i utrudnia kontakty międzyludzkie.

Z tymi schorzeniami potrafimy sobie poradzić w Uzdrowisku Świeradów-Czer-



niawa. Przygotowaliśmy specjalny pakiet urologiczny dedykowany osobom z problemami przerostu prostaty i nietrzymania moczu.

Terapia schorzeń urologicznych i uroginekologicznych z wykorzystaniem aparatu SALUS-TALENT PRO URO generuje stymulujące pole elektromagnetyczne. Specjalnie opracowane parametry pozwalają wywołać optymalny skurcz potrzebny do regeneracji mięśni. Terapia jest komfortowa dla pacjenta, ponieważ odbywa się przez cienką warstwę ubrania.



SPECJALNA PROMOCJA TYLKO DO 02.07.2023!

- Pobyt tygodniowy -5% rabatu
- Pobyt dwutygodniowy -10% rabatu
- Pobyt trzytygodniowy -15% rabatu



WSKAZANIA:

- Nietrzymanie moczu
- Przerost prostaty
- Przewlekłe zapalenia gruczołu krokowego
- Ostre/przewlekłe bóle uroginekologiczne
- Stany pooperacyjne prostaty
- Zaburzenia układu moczowo-płciowego
- Regeneracja poporodowa
- Wzmocnienie mięśni dna miednicy
- Dysfunkcje seksualne

Nie zwlekaj, zarezerwuj swój pobyt już dziś!

Tel: +48 75 78 20 600, 730; +48 75 78 20 727, 569

REKRUTACJA ONLINE
od 5 czerwca



Magister pielęgniarstwa studia w Głogowie

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie zaprasza na studia magisterskie uzupełniające na kierunku PIELĘGNIARSTWO. Są one kontynuacją kształcenia dla pielęgniarek i pielęgniarzy, zapewniając możliwość awansu zawodowego.

Studia przygotowują m.in. do pracy w specjalistycznych oddziałach i pracowniach, edukacji zdrowotnej pacjentów, do zarządzania zespołami pielęgniarskimi, nauczania zawodu pielęgniarki, a także prowadzenia prac naukowo - badawczych na rzecz rozwoju pielęgniarstwa.

Dwuletnie studia magisterskie są realizowane w trybie stacjonarnym dopasowanym również do osób pracujących.

