**PAKIET OPIEKI – CEWNIKI MOCZOWE (CM)**

NAZWA ODDZIAŁU

AUDYTOR

DATA

LICZBA PACJENTÓW Z ZAŁOŻONYM CEWNIKIEM MOCZOWYM

OGÓLNA LICZBA PACJENTÓW NA ODDZIALE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pytanie | | Nr sali/  Nr łóżka: | Nr sali/  Nr łóżka: | Nr sali/  Nr łóżka: | Nr sali/  Nr łóżka: | Nr sali/  Nr łóżka: | Nr sali/  Nr łóżka: | Nr sali/  Nr łóżka: |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Czy występuje wskazanie do założenia CM  (kody poniżej)? | |  |  |  |  |  |  |  |
| Czy jest udokumentowana | Data założenia CM |  |  |  |  |  |  |  |
| Data kiedy CM powinien być zmieniony\*\* |  |  |  |  |  |  |  |
| Wskazanie do utrzymania CM\* |  |  |  |  |  |  |  |
| Czy codziennie wykonywana jest toaleta części intymnych? | |  |  |  |  |  |  |  |
| Czy personel medyczny przestrzega higieny rąk w trakcie manipulacji w obrębie CM? | |  |  |  |  |  |  |  |
| Czy worek na mocz jest opróżniany do odpowiedniego pojemnika przy ¾ wypełnienia? | |  |  |  |  |  |  |  |
| Czy worek na mocz jest zmieniany zgodnie z zaleceniem producenta? | |  |  |  |  |  |  |  |
| Czy worek na mocz jest umieszczony poniżej poziomu pęcherza moczowego i bez kontaktu z podłogą? | |  |  |  |  |  |  |  |
| Czy próbki moczu są pobierane aseptycznie zgodnie z obowiązującymi  w szpitalu procedurami? | |  |  |  |  |  |  |  |
| Czy pacjent jest świadomy jego roli w zmniejszeniu ryzyka UTI? | |  |  |  |  |  |  |  |

**Wpisz: Tak Nie N/A (nie dotyczy)**

**Wynik: ……..%** Wynik należy obliczyć poprzez zsumowanie odpowiedzi Tak i podzielenie ich przez liczbę wszystkich odpowiedzi Tak i Nie

**\*Wskazania do założenia cewnika moczowego:**

1. Do złagodzenia ostrego zatrzymania moczu lub w przypadku przeszkody podpęcherzowej
2. Aby ułatwić gojenie się otwartych ran krocza lub pośladków
3. Aby pomóc w osiągnięciu unieruchomienia pacjenta
4. Do monitorowania wydalania moczu
5. Podczas długotrwałego zabiegu w znieczuleniu ogólnym lub rdzeniowym
6. Podczas znieczulenia regionalnego do porodu
7. Aby umożliwić podanie leków urologicznych (np. cystogram)
8. Dla komfortu pacjenta podczas opieki paliatywnej
9. W drodze wyjątku, na prośbę pacjenta, aby poprawić komfort
10. Inne

\* Codziennie należy przeprowadzać ocenę konieczności utrzymania CM w przypadku cewników krótkoterminowych. W przypadku cewników długoterminowych należy taką ocenę przeprowadzać regularnie.

\*\* zgodnie z zaleceniami producenta

PODPIS AUDYTORA

**\*Wskazania do założenia cewnika moczowego:**

**Opracowanie formularza – dr Aleksandra Mączyńska**