

	<b>PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO OP</b>		<b>NR – OP5 - 2014</b>
	<b>POSTĘPOWANIE W STANACH NAGŁEGO ZAGROŻENIA ŻYCIA</b>		<b>Strona 1/3</b>
	<b>Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	<b>DATA 01-10-2018</b>	<b>WYDANIE 3</b>

## 1. CEL

Celem niniejszej procedury jest wdrożenie we wszystkich oddziałach Szpitala Rejonowego w Raciborzu jednolitego schematu postępowania w sytuacji zatrzymania akcji serca.

## 2. PRZEDMIOT

Przedmiotem niniejszej procedury są zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u dzieci i dorosłych, które opracowane zostały na podstawie algorytmów Europejskiej Rady Resuscytacji.

## 3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA

Procedura obowiązuje w oddziałach szpitalnych Szpitala Rejonowego w Raciborzu.

## 4. TERMINOLOGIA I SKRÓTY

Przyjęta w opracowaniu terminologia i skróty, zgodne są z zasadami obowiązującymi w działającym Zintegrowanym Systemie Zarządzania (ZSZ) oraz terminologią określoną w rozdziale „Terminy i określenia przyjęte w Programie Akredytacji Szpitali”, zamieszczonym w opracowaniu Centrum Monitorowania, Jakości w Ochronie Zdrowia o nazwie ‘ZESTAW STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH’ z roku 2009.

- RKO: resuscytacja krążeniowo – oddechowa;
- VF migotanie komór serca;
- VT częstoskurcz komorowy;
- PEA rozkojarzenie elektryczno – mechaniczne (akcja serca bez tętna).

## 5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ

**5.1** Lek. med. Adam Czepiel i mgr piel. Justyna Garbacz odpowiada za wykonanie, aktualizację i nadzorowanie realizacji procedury. Za organizację szkoleń doskonalących dla personelu medycznego Szpitala Rejonowego w Raciborzu odpowiadają lek. med. A. Czepiel i mgr piel. Justyna Garbacz

Harmonogram szkoleń zaakceptowany przez dyrektora opracowywany jest na początku roku. Każdy pracownik obowiązany jest do szkolenia raz w roku, dowodem jest podpis na liście obecności potwierdzony przez prowadzącego kurs.

**5.2.** Lekarze wszystkich oddziałów odpowiadają za prawidłowe postępowanie podczas akcji resuscytacyjnej

**5.3** Raz na 6 miesięcy analizowany jest przebieg resuscytacji w szpitalu. Analizę przygotowuje i przedstawia wnioski lekarz wyznaczony przez Dyrektora ds. Medycznych.

**5.5** Pielęgniarka Przełożona wraz z oddziałową DAIT odpowiada za okresową kontrolę zestawów resuscytacyjnych.

**5.7** Pielęgniarka oddziałowa odpowiada za skład i sprawność zestawu resuscytacyjnego w oddziale szpitalnym lub pracowni diagnostycznej.

	<b>PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO OP</b>		<b>NR – OP5 - 2014</b>
	<b>POSTĘPOWANIE W STANACH NAGŁEGO ZAGROŻENIA ŻYCIA</b>		<b>Strona 2/3</b>
	<b>Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	<b>DATA 01-10-2018</b>	<b>WYDANIE 3</b>

## 6. OPIS PROCESU:

- 6.1** Resuscytację dorosłych wykonujemy według aktualnych wytycznych European Resuscitation Council opracowanych przez Polską Radę Resuscytacji. Wydrukowany algorytm znajduje się w każdym oddziale i w Izbie przyjęć.
- 6.2** Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u dzieci i noworodków wykonywane są wg aktualnego algorytmu European Resuscitation Council. Schemat postępowania znajduje się w oddz. Pediatrii oraz w Izbie przyjęć.
- 6.3** Po przybyciu zespołu anestezyjologicznego, prowadzenie akcji resuscytacyjnej przejmuje lekarz anestezyjolog
- 6.4** Po zakończeniu akcji resuscytacyjnej lekarz prowadzący ( anestezyjolog) dokumentuje wykonane czynności w karcie resuscytacji: Załącznik OP5/1Karta resustacyjna wraz ze skala CPC.
- 6.5** Pielęgniarka oddziału, w którym odbywała się resuscytacja niezwłocznie uzupełnia zestaw resuscytacyjny.
- 6.6** Wypełniona Karta resuscytacyjna dołączana jest do dokumentacji chorego, kopia wraz z kopią karty wypisowej przekazywana jest do Sekretariatu DAIT.
- 6.7** Raz na pół roku dokumentacja przeprowadzonych w szpitalu resuscytacji analizowana jest przez lekarza wyznaczonego przez Dyrektora Medycznego pod kątem prawidłowości postępowania, zgodności z algorytmem.
- 6.8** Dyrektor d.s Medycznych wnioski wynikające z analizy oraz ewentualne propozycje zmian przedstawia kierownikom oddziałów szpitalnych.
- 6.9** Zestaw resuscytacyjny jest zawsze dostępny w gabinecie zabiegowym oddziału szpitalnego, poradniach i pracowniach diagnostycznych. Obowiązuje wyraźne oznaczenie zestawu. Przechowywany jest na wózku lub w pojemniku transportowym. Za kompletność i sprawność sprzętu w zestawie resuscytacyjnym odpowiada Pielęgniarka Oddziałowa lub w pracowni diagnostycznej – Kierownik pracowni. Załącznik OP5/4 Protokół kontroli zestawu resuscytacyjnego.
- 6.10** Sprzęt, leki i materiały wchodzące w skład zestawu zostały ustalone – Załącznik OP5/2 Skład zestawu resuscytacyjnego –sprzęt, Załącznik OP5/3 Skład zestawu resuscytacyjnego -leki i materiały.  
W szpitalu obowiązuje procedura zabezpieczania i uzupełniania zestawów resuscytacyjnych.
- 6.11** Okresowo, ( co najmniej raz na pół roku) wyposażenie i sprawność sprzętu w zestawach resuscytacyjnych w całym szpitalu jest kontrolowana przez zespół złożony z Pielęgniarki Przełożonej oraz Oddziałowej DAIT.
- 6.12** Wynik kontroli odnotowywany jest w Zeszycie kontroli.

## 7. DOKUMENTY ZWIĄZANE

Z niniejszą procedurą związane są następujące dokumenty:

- Zestaw Standardów Akredytacyjnych 2009, wydanych przez CMJwOZ Kraków
- Standard akredytacyjny OP4
- Półroczna analiza resuscytacji przeprowadzonych w Szpitalu Rejonowym w Raciborzu
- Algorytm zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych dorosłych, dzieci i noworodków wg. European Resuscitation Council.

	<b>PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO OP</b>		NR – OP5 - 2014
	<b>POSTĘPOWANIE W STANACH NAGŁEGO ZAGROŻENIA ŻYCIA</b>		Strona 3/3
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01-10-2018	WYDANIE 3

## 8. ZAŁĄCZNIKI

- Załącznik OP5/1 Karta resuscytacyjna wraz ze skalą CPC;  
 Załącznik OP5/2 Skład zestawu resuscytacyjnego –sprzęt;  
 Załącznik OP5/3 Skład zestawu resuscytacyjnego -leki i materiały;  
 Załącznik OP5/4 Protokół kontroli zestawu resuscytacyjnego;  
 Załącznik OP5/5 Algorytm zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych u dorosłych;  
 Załącznik OP5/6 Algorytm zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych u dzieci;  
 Załącznik OP5/7 Algorytm postępowania w wewnątrzszpitalnym zatrzymaniu krążenia.

## 9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA.

1. CEL.....	1
2. PRZEDMIOT.....	1
3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA.....	1
4. TERMINOLOGIA I SKRÓTY .....	1
5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ .....	2
6. OPIS STANDARDU .....	2
7. DOKUMENTY ZWIĄZANE .....	2
8. ZAŁĄCZNIKI .....	3
9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA.....	3

### Karta zmian

Nr zmiany	Zmiany		Opis zmiany	Data zmiany	Podpis autora zmiany
	Punktu Podpunktu rozdziału	Akapitu lub fragmentu tekstu ze strony nr			
1	Całość	Całość	Aktualizacja Standardu Akredytacyjnego	01-08-2014	B. Wysoczańska -Skroban
2	Całość	Całość	Aktualizacja Standardu Akredytacyjnego	01-10-2018	J.Garbacz

### Zatwierdzenia

Zespół	Imię i nazwisko KO	Data	Podpis
<b>Opracował</b>	Adam Czepiel , Justyna Garbacz	01-10-2018	Nieczytelny
<b>Sprawdził</b>	Marek Olech	01-10-2018	Nieczytelny
<b>Sprawdził</b>	Grzegorz Bula	01-10-2018	Nieczytelny
<b>Zatwierdził</b>	Elżbieta Wielgos - Karpińska	01-10-2018	Nieczytelny