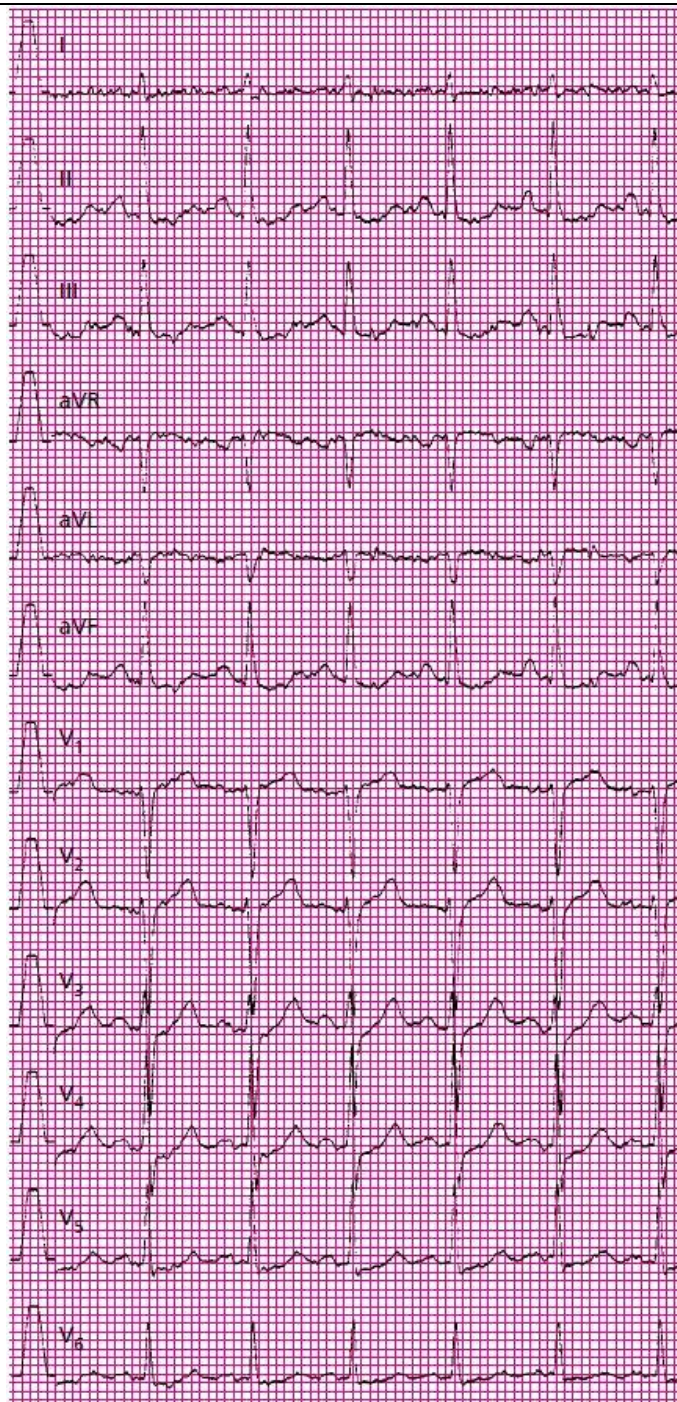
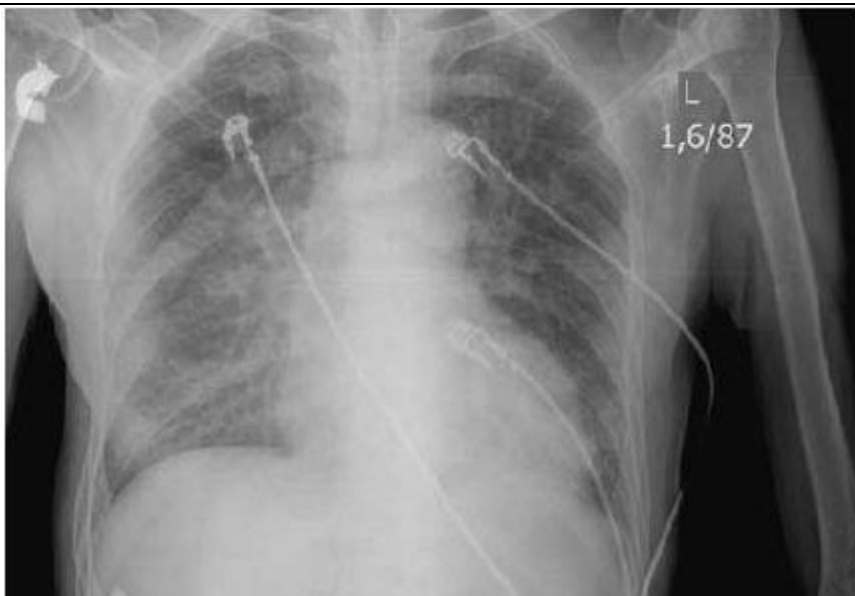


Tytuł scenariusza	„Zrób to sam”	Odmowa wykonania telefonicznego zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę.
Główny problem medyczny	Obrzęk płuc pacjenta Odmowa wykonania telefonicznego zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę	Ocena stanu pacjenta- parametry Wezwania lekarza
Cele scenariusza – do dyskusji przy debriefingu	<u>Pielęgniarskie</u> 1. Sytuacje upoważniające do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego. 2. Postępowanie w obrzęku płuc.	
Opis przypadku	Jest godz. 08:30 rano. Na oddziale wewnętrznym leży pacjent 65-letni pacjent. U pacjenta występuje narastająca od 6h duszność zwłaszcza w pozycji leżącej. Stan ogólny chorego ciężki, mówi z trudnością i odkrztusza pienistą plwocinę. Badanie przedmiotowe: spocona, ciepłe powłoki skórne, niewielkie symetryczne obrzęki w okolicy kostek i goleni. Od kilku dni pacjent skarżył się na suchy kaszel i chrypkę; miał też podwyższoną temperaturę ciała (37,2°C). Dodatkowo nawrócił silny ból okolicy krzyżowo-lędźwiowej. Wchodzisz na salę pacjenta.....	
Skład zespołu (osoby uczestniczące w scenariuszu)	Personel ICSM: Technik ICSM Instruktor – dydaktyk Studenci: Dwie pielęgniarki- studenci pielęgniarstwa	Grupa docelowa – szkoleni Studenci: III PIS, I, II mgr Studenci medycyny
Informacja wstępna dla uczestników	Jest godz. 08:30 rano. Na oddziale wewnętrznym leży pacjent 65-letni pacjent, który wczoraj został przyjęty na oddział poprzedniego dnia wieczorem. U pacjenta występuje narastająca od 6h duszność zwłaszcza w pozycji leżącej. Od kilku dni pacjent skarżył się na suchy kaszel i chrypkę; miał też podwyższoną temperaturę ciała (37,2°C). Dodatkowo nawrócił silny ból okolicy krzyżowo-lędźwiowej. Przydzielony na tą salę lekarz prowadzący jest na odprawie lekarskiej z ordynatorem-dostępny pod telefonem.	
Przygotowanie manekina (ubiór)	Symulator mężczyzny leżący w łóżku ubrany w piżamę. Duszność, suchy kaszel, odkrztuszanie pienistej wydzieliny, nad polami płucnymi osłuchowo wilgotne rżżenia sięgające do 3 wysokości łopatek	
Miejsce akcji	Oddział wewnętrzny	
Wstępne parametry symulatora (manekina)	ciśnienie tętnicze 150/85 mm Hg miarowa czynność serca 110/min Nad polami płucnymi osłuchowo wilgotne rżżenia sięgające do 3 wysokości łopatek SpO ₂ – 88%	

	Temp. 37,2 Żrenice prawa i lewa prawidłowo rozszerzone, prawidłowo reagujące na światło
Wywiad	S- symptomy: duszność, suchy kaszel, odkrztuszanie pianistej wydzieliny
	A – alergie: brak
	M medicamente: kwas acetylosalicylowy (ASA) 75 mg 1 x dz., kłopidogrel 75 mg 1 x dz., bisoprolol 2,5 mg 1 x dz., enalapryl 10 mg 2 x dz., simwastatynę 20 mg 1 x dz., ketoprofen 100 mg 1 x dz. , podjęzykowo 1 tab. nitrogliceryny
	P - Past medical history: wieloletnie nadciśnienie tętnicze (leczone regularnie, raczej dobrze kontrolowane), pół roku wcześniej hospitalizacja z powodu ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia odcinka ST, powikłanego obrzękiem płuc
	L - last meal : brak
	E – environment: dom jednorodzinny, mieszka wraz z żoną, na piętrze córka wraz z mężem i dziećmi
Badanie	A- Drogi oddechowe: drożne
	B- Ruchy oddechowe symetryczne, suchy kaszel i chrypka, duszność spoczynkowa, pulsoksymetria (SpO ₂ : 92-95%), zmiany osłuchowe nad polami płucnymi, wilgotne rżżenia sięgające do 3 wysokości łopatek, zabarwienie powłok skórnych blade
	C- RR 150/85, Tętno: 110 /', powłoki skórne o prawidłowym zabarwieniu, wilgotność temperatura 37,2 °C, nawrót kapilarny (CRT<2sek), prawidłowe wypełnienie żył szyjnych
	D- oznaczenie glikemii: 120 mg%, żrenice zwężone, GCS - ocena orientacji allo- i autopsychicznej w normie, lekko w kontakcie oszołomiony, chory był pobudzony, zdezorientowany co do czasu i miejsca, stękający bólowo, napięcie siły mięśniowej na dłoniach po obu stronach równomierne, prawidłowe po obu stronach kończyn
Diagnostyka	<p>Wyniki badań laboratoryjnych: leukocyty – 16 000/μl, hemoglobina 13,5 g/dl, płytki krwi – 140 000/μl, sód – 135 mmol/l, potas – 3,9 mmol/l, kreatynina – 132 μmol/l (1,5 mg/dl), przesączanie kłębuszkowe (GFR) obliczone ze wzoru Cockcrofta i Gaulta – ok. 40 ml/min, TnI – 0,01 ng/ml (norma <0,1 ng/ml), NT-proBNP – 7340 pg/ml (norma 125 pg/ml).</p> <p>Badanie ogólne moczu: pojedyncze leukocyty i bakterie.</p> <p>Gazometria krwi tętniczej: PaO₂ 70 mm Hg, PaCO₂ 38 mm Hg, pH 7,33.</p> <p>EKG: rytm zatokowy miarowy 70/min, lewogram; śladowy załamek R w odprowadzeniach V₁–V₃; cechy przerostu (załamek R w aVL >11 mm) i przeciążenia lewej komory (załącznik)</p>





Przebieg
scenariusza

1. Zakończenie pozytywne:

- Ocena kontaktu i świadomości pacjenta
- Ocena drożności dróg oddechowych i oddechu pacjenta
- Założenie wkłucia iv
- Podłączenie kardiomonitora
- Ocena parametrów życiowych
- Podłączenie tlenu
- Zacewnikowanie pacjenta-700ml moczu
- Telefon do lekarza dyżurnego, który zleca telefonicznie pielęgniарce podanie 40mg Furosemidu, pielęgniarka odmawia realizacji zlecenia
- Zlecenie wlew nitrogliceryny *i.v.* 100 µg/min,
- tlenoterapię,
- podano dodatkowo ampułkę Furosemidu (20 mg) *i.v.* oraz 2 mg morfiny *i.v.*
- następuje stopniowo znaczne zmniejszenie duszności oraz zmniejszenie cech zastoju nad płucami.
- zlecenie antybiotykoterapii ze względu na obraz kliniczny przemawiający za infekcją dróg oddechowych (kaszel, chrypka, stany podgorączkowe) –
- amoksycylinę z kwasem klawulanowym 1,2 g *i.v.* 2 x dz
- stan kliniczny ulega poprawie: ciśnienie tętnicze 140/80 mm Hg, częstotliwość rytmu serca 100/min, SaO₂ 96%, diureza – 700 ml

2. Zakończenie prawdopodobne

- pielęgniarka dzwoniąca do lekarza dyżurnego mówi głośno reszcie obecnych osób, co lekarz powiedział, zastanawia się, co zrobić, dzwoni jeszcze raz prosząc, aby lekarz przyszedł
- nie uzyskano istotnej poprawy stanu klinicznego
- stan chorego nadal ciężki, utrzymują się zmiany osłuchowe nad polami płucnymi,
- chory nadal pobudzony, zdezorientowany co do czasu i miejsca
- temperatura ciała wynosiła 37,8°C,
- SaO₂ 93–95%, częstotliwość rytmu serca 100–110/min, ciśnienie tętnicze – 140/70 mm Hg.
- lekarz prowadzący dzwoni, aby przekazać chorego przekazano na salę "R" oddziału kardiologii.

	<p>3. Zakończenie negatywne</p> <ul style="list-style-type: none"> — Pielęgniarka podaje na telefoniczne zlecenie lekarza 50mg Furosemidu iv — RR ulega gwałtownemu obniżeniu — NZK — Resuscytacja krążeniowo-oddechowa
Koła ratunkowe	<ul style="list-style-type: none"> — Wykonanie telefonu do ordynatora, lub zaniepokojony ordynator wchodzący na salę chorych korygujący zlecenie telefoniczne na podanie leku — Do sali wchodzi żona pacjenta
Niezbędne rekwizyty	<ul style="list-style-type: none"> — Manekin mężczyzny ubrany w piżamę — Wózek zabiegowy w pełni wyposażony do wkluć obwodowych i monowet do pobrania krwi — Leki p/bólowe, MF 10mg, Ketonal in amp. Paracetamol , Pyralgina in amp. — 500ml 0,9%NaCl, PWE, płyn Ringera, 500ml 5% Glukozy, Nitrogliceryna in amp, Furosemid in amp. — Aparat do pomiaru RR, glukometr — Pojemnik twardościenny — Płyn odkażający Octanisept lub inny — Rękawiczki jednorazowe, niejałowe rozmiar S — Gaziki niejałowe 5x5 oraz 7,5x 7,5 — Igły o rozmiarach: 07, 08, 09 — Strzykawki 2 ml, 5ml, 10ml — Aparat do EKG — Kardiomonitor — Aparat do tlenoterapii
Zalecane postępowanie	<ul style="list-style-type: none"> — Ocena kontaktu i świadomości pacjenta — Ocena drożności dróg oddechowych i oddechu pacjenta — Założenie wkłucia iv — Podłączenie kardiomonitora — Ocena parametrów życiowych — Podłączenie tlenu — Zacewnikowanie pacjenta-700ml moczu — Telefon do lekarza dyżurnego, który zleca telefonicznie pielęgniarkę podanie 40mg Furosemidu, pielęgniarka odmawia realizacji zlecenia — Ponowny telefon do lekarza dyżurnego lub ordynatora — Lekarz przychodzi — Zlecenie wlew nitrogliceryny i.v. 100 µg/min, — Podano ampułkę furosemidu (20 mg) i.v. oraz 2 mg morfiny i.v. — Następuje stopniowo znaczne zmniejszenie duszności oraz zmniejszenie cech zastoju nad płucami. — Zlecenie antybiotykoterapii ze względu na obraz kliniczny przemawiający za infekcją dróg oddechowych (kaszel, chrypka, stany podgorączkowe) – — Amoksyliny z kwasem klawulanowym 1,2 g i.v. 2 x dz — Stan kliniczny ulega poprawie: ciśnienie tętnicze 140/80 mm Hg, częstotliwość rytmu serca 100/min, SaO2 96%, diureza – 700 ml — Przekazanie pacjenta na oddział kardiologii