

СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ 7.1.1.: Промоција неопходности палијативног збрињавања деце за квалитет живота болесне деце и њихових породица, као и за друштвени значај у целини

Када	Сврха – циљ	Шта се ради	Садржај – начин како се ради	Ко/Где	Документација	Напомена
Током свих нивоа образовања на студијама клиничке психологије Филозофског факултета и Медицинског факултета Високе медицинске школе струковних студија Током хоспитализације	Едукација здравствених радника, сарадника, збрињавање, унапређење и стицање нових знања и вештина из области ПЗД Едукација родитеља/старатеља деце Едукација васпитача, учитеља и наставника Види детаљније у тексту СМУ.	1) Израда писмених упутстава за адекватну примену општих и специфичних принципа ПЗ код деце и младих (водич, стручно-методолошка упутства) 2) Базична едукација здравствених радника и сарадника 3) Организовање различитих облика континуиране медицинске едукације намењене здравственим радницима сарадницима 4) Предавања о палијативном збрињавању деце у оквиру мастер и докторских академских студија за клиничке психологе који се у оквиру актуелних курсева одреде за ПЗ – психолошки аспекти * 5) Обука родитеља о психолошким аспектима	Едукација о значају психолошког аспекта и методама пружања психолошке подршке породици и деци у палијативном збрињавању кроз програме континуиране едукације, акредитоване од стране Здравственог савета Републике Србије	Институти/заводи за јавно здравље, здравствене установе свих нивоа здравствене заштите – носиоци акредитованих програма са обученим едукаторима (вртићи, школе, установе социјалне заштите)	Извештаји о мониторингу и евалуацији спроведених едукација	*Курс уведен на ниво докторских академских студија клиничке психологије Филозофског факултета у Београду
Током свих нивоа психолошког/медицинског образовања Током хоспитализације		1) Израда писмених упутстава за адекватну процену бола код деце следећи концепт „тоталног бола и патње код деце“ (соматски, психолошки, социјални бол) (водич, стручно-методолошка упутства) 2) Базична едукација здравствених радника и сарадника 3) Организовање различитих облика континуиране медицинске едукације намењене здравственим радницима и здравственим сарадницима у вези нефармаколошке терапије бола				

		4) Предавања о палијативном збрињавању деце у оквиру мастер и докторских академских студија за клиничке психологе који се у оквиру актуелних курсева одреде за ПЗ – психолошки аспекти * 5) Обука здравствених радника и родитеља о нефармаколошким мерама за терапију бола					
--	--	--	--	--	--	--	--

СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ 7.1.2. Едукација здравствених радника и сарадника на свим нивоима здравствене заштите
 СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ 7.1.3. Едукација оболелог детета, породице и других учесника укључених у палијативно збрињавање

Када	Сврха – циљ	Шта се ради	Садржај – начин како се ради	Ко/Где	Документација	Напомена
Током свих нивоа медицинског образовања	Едукација студената, здравствених радника, здравствених сарадника, сва три нивоа ЗЗ за процену бола	Организовање различитих облика континуиране медицинске едукације намењене здравственим радницима и сарадницима: 1) о особеностима аналгезије током ПЗД у програме основних студија медицине и сродних дисциплина, као и у основне струковне студије у складу са законом 2) увођење проблематике аналгезије током ПЗД у специјалистичко последипломско усавршавање 3) планирање различитих облика последипломског усавршавања о аналгезији (уже специјализације, струковне специјализације, мастер студије и др.) 4) израда писмених упутстава о општим принципима контроле бола код деце	1) увођење базичне едукације о аналгезији током ПЗД за студенте медицине и основне струковне студије 2) увођење у последипломско усавршавање свих који се у свом раду искључиво баве децом која захтевају ПЗ. 3) кроз програме континуиране едукације за примену Водича и СМУ, акредитоване од стране ЗС Србије.	Установе свих нивоа здравствене заштите – носиоци акредитованих програма са обученим едукаторима - Медицински факултети	Извештаји о мониторингу и евалуацији спроведених едукација	
Током хоспитализације	Едукација родитеља/старатеља и деце ради унапређења и стицања нових вештина и знања из области аналгезије					

7.1.4.1. Уводе се и примењују стандардизоване методе за процену и мерење јачине бола

Када	Сврха – циљ	Шта се ради	Садржај – начин како се ради	Ко/Где	Документација	Напомена
Када се дете жали на бол Када постоји промена понашања детета Када постоји промена виталних/физиолошких параметара	Постизање потпуне процене бола Објективизација бола Процена потребе за примену терапије бола	Посматрање понашања детета Процена виталних/физиолошких параметара Рангирање бола према скали бола Изражавање бола описном или бројчаном јединицом	Примена опсервационих и/или једнодимензионих скала бола на основу узраста/стања детета	Здравствени радници у болницама, у дому здравља, у хосписима палијативну негу едуковани родитељи/старатељи	здравствени картон – протокол болесника документација у вези са посетама патронажне службе и/или Службе хитне помоћи	

7.1.4.2. Израда писмених упутства о општим принципима контроле бола код деце (водичи, СМУ)

Када	Сврха – циљ	Шта се ради	Садржај – начин како се ради	Ко/Где	Документација	Напомена
Када се код деце која захтевају ПЗ у свим фазама болести идентификује бол, открије његов узрок и изврши процена болног стања као и пропратних симптома сходно узрасту детета	Постизање потпуне процене и ефикасне контроле бола коришћењем мутидисциплинарног приступа терапије бола	1) Обезбеђује се примена одговарајућих фармаколошких средстава за контролу бола код деце 2) Доступност и приступачност одговарајућих лекова у облицима прикладним за децу 3) Поштовање принципа: -двостепена стратегија -дозирање лекова у регуларним интервалима - коришћење одговарајућих путева администрације лека -индивидуални приступ терапије бола - потребне додатне дозе аналгетика који се даје интравенским или субкутаном путем	- терапија бола започиње увођењем слабијих, па снажнијих аналгетика (тзв „аналгетске степенице“), осим у изузетним случајевима - за контролу благог бола („прва степеница“) користе се парацетамол и ибупрофен -употреба снажнијих опиоида препоручује се за контролу умереног до јаког бола („друга степеница“). - први лек избора из групе снажнијих опиоида је морфин - други опиоиди се препоручују у случају неадекватног аналгетског одговора и присуства нежељних споредних ефеката употребе морфина - неопходна је честа процена бола и споредних ефеката ради титрирања аналгетика Детаљније видети у тексту СМУ.	Здравствени радници у болницама, у дому здравља, у хосписима за палијативну негу едуковани родитељи/старатељи	здравствени картон – протокол болесника документација у вези са посетама патронажне службе и/или Службе хитне помоћи	У сарадњи са Министарством здравља и тимовима за ПЗД у здравственим установама свих нивоа начинити законску регулативу употребе опиоидних лекова у педијатријској популацији у кућним условима, као и примену инвазивнијих видова контроле бола (примена субкутаних континуираних инфузија путем пупке, континуиране перидуралне аналгезије) такође у кућним условима. Фармаколошка терапија бола новорођенчета, примењује се искључиво у болничким условима од стране здравствених радника
У случају да аналгетски одговор није адекватан и да су исцрпљене	Приступа се инвазивнијим процедурама	Администрирање аналгетика, примена периферних блокова и перидуралне аналгезије, зрачење, примена неуролитичких блокова итд.	Субкутано или интравенско администрирање аналгетика путем пупке	Здравствени радници у болницама, у дому здравља, у хосписима	Протоколи здравствених установа свих нивоа и хосписа	Орални облици аналгетика су најпожељније за употребу у дечијем

могућности контроле бола			од стране пацијента, мед. сестре или родитеља (пацијент контролисана аналгезија, ПЦА), примена периферних блокова и перидуралне аналгезије, зрачење, примена неуролитичких блокова итд. обично у терминалним фазама болести праћеним изузетно снажним боловима	палијативну негу едуковани родитељи/старатељи	за децу	узрасту. Аалтернатива су интравенски и субкутани вид администрације лека (болуси или континуира-не инфузије), а затим ректални и трандермални. Код деце старије од 5 година могуће је у болничким условима применити пупму коју пацијент сам покреће
У случају благог бола	Постизање потпуне процене и ефикасне контроле бола коришћењем мутидисциплинарног приступа терапије бола	(„прва степеница“) код деце од 3. месеца живота користи се парацетамол или/и ибупрофен. До 3.месеца живота користи се само парацетамол.	Дозирају се по узрасту или телесној маси			
У случају умереног и јаког бола		користе се снажнији опиоиди, на првом месту морфин	Доза лека зависи од јачине бола и она је индивидуална, мора се титрирати.			Морфин мора да постоји у различитим оралним формулацијама: као капи, раствор или таблете (брзоделујуће и спорodelујуће).
Од 1. месеца до 1. године живота која нису била на опиоидној терапији		снажнији опиоиди	фентанил и оксикодон			
Код старије деце			морфин, фентанил, хидроморфон, оксикодон и метадон			Код неуропатског бола, коштаног бола и бола праћеног мишићним спазмом могу се користити проверена адјувантна средства.

7.1.4.3. Превенција бола код дијагностичких и терапијских процедура (процедурална аналгезија)

Када	Сврха – циљ	Шта се ради	Садржај – начин како се ради	Ко/Где	Документација	Напомена
Код деце узраста до 12 месеци Приликом извођења следећих процедура: 1.Венепункција 2.Интрамускуларна ињекција 3.Узорковања крви из пете 4.Постављања уринарног катетера 5.Постављања назогастричне сондеа 6.Пласирање централног венског катетераа	Постизања адекватне аналгезије и минимизирање непријатности процедуре	Ординира се сахароза у циљу обезбољавања процедуре	На врх језика накапати сахарозу	Здравствени радници у болницама, у дому здравља Процедуре изводе лекари или медицинске сестре/ техничари	Евиденција ординирања сахарозе у документацију здравствених установа свих нивоа	
Код деце свих узраста Уколико постоји потреба за обезбеђивањем венског пута узимања крви за анализу или примене медикамената	Постизања адекватне аналгезије и минимизирање непријатности процедуре	Топикално се наноси локални анестетик пре процедуре или се користи нека од физичких нефармаколошких метода	1.Фармаколошке методе: топикална примена локалног анестетика 30-60 мин пре извођења процедуре 2. Нефармаколошке методе: наношење хладног спреја, коришћење вибрација, масаже или загревањем		Евиденција свих вакцинација, интрамускуларних ињекција, узорковања крви као врсте методе за аналгезију	
Код деце свих узраста Централни венски катетер се пласира уколико постоји: 1.Потреба за парентералном нутрицијом 2.Потреба за хемиотерапијом 3.Немогућност проналажења периферне венске		Примењују се аналгетици и седативи у комбинацији са нефармаколошким методама	1.Фармаколошки приступ (Морфин, Фентанил, Ремифентанил, Мидазолам, Кетамин) 2. Комбинација фармаколошких и нефармаколошких метода	Здравствени радници у болницама Процедуру изводе лекари	Евиденција спроведене процедуре као и примењене аналгезије и седације	

линије 4.Потреба за великим крвним судом ради примене лекова						
Код деце свих узраста 1.Код деце која немају пун ентерални унос или имају поремећај координације рефлекса гутања 2.У случају постоперативног постављања сонде.	Постизања адекватне аналгезије и минимизирање непријатности процедуре.	Примењује се локални анестетик самостално или у комбинацији са неком од нефармаколошких метода	1. Нефармаколошке методе попут примене сахарозе или лубриканта 2. Фармаколошке методе: локални анестетик	Здравствени радници у болницама Процедуру изводе лекари.	Евиденција примењене аналгезије као и извођења процедуре	
Код мале несарадљиве деце. Старија сарадљива деца могу поднети процедуру уз примену локалне анестезије		Примењује се локални анестетик или аналгетици и седативи	Применом фармаколошких метода (Мидазолам, Фентанил, Кетамин, Кетофол или локалних анестетика)			
Код деце свих узраста 1.При супрапубичној пункцији уретре 2.При трансуретералној катетризацији.		Примењује се локални анестетик	1. Топикална примена локалног анестетика на место пункције 2. Примена локалног анестетика у виду гела			
Код деце свих узраста При извођењу лумбалне пункције у терапијске и дијагностичке сврхе		Примењују се локални анестетици, седативи, хипнотици, или нефармаколошки приступи.	1. Применом локалног анестетика 2. Применом седатива (Мидазолам) или опште анестезије 3. Применом бихевиоралних техника			
Код деце свих узраста У случају потребе за постављањем торакалног дрена у терапијске или дијагностичке сврхе		Примена локалних анестетика, аналгетика и седатива	1.Монотерапија 2. Мултимодална терапија		Евиденција примењених аналгетика, седатива, анестетика као и процедуре	

Код деце свих узраста Уколико постоје лацерације које захтевају постављање сутура		Примењују се аналгетици	Примена топикалних и парентералних аналгетских препарата	Здравствени радници у болницама, у дому здравља Процедуру изводе лекари	Евиденција примењене аналгезије као и процедуре	
Код деце свих узраста Код превијања опекотина, скидања некротичног ткива, трансплантација коже	Постизања адекватне аналгезије и минимизирање непријатности процедуре	Примењују се аналгетици самостално или у комбинацији са хипнотицима.	1.Континуирана аналгезија код великих опекотина. 2. За обраду рана и превијања примењује се интравенска анестезија (Кетамин, Пропофол, Фентанил, Ремифентанил)			
Код деце свих узраста При извођењу ендоскопских процедура у дијагностичке и терапијске сврхе			1. Примена аналгоседације 2. Примена опште анестезије			
Код деце свих узраста Приликом извођења следећих процедура: 1.Пласирање артеријских и венских канила 2. Узорковање крви 3. Лумбална пункција 4. Биопсија костне сржи 5. Аспирација костне сржи 6. Пласирање назогратичне сонде 7. Постављање уринарног катетера 8. Трахеостомија 9. Гастростомија 10. Колостомија	Постизање адекватне аналгезије и минимизирање непријатности процедуре	Примењују се самостално или у комбинацији локални анестетици, седативи, аналгетици и хипнотици	Примена локалног анестетика у комбинацији са интравенском анестезијом Примена локалног анестетика са интравенском и инхалационом анестезијом Примена опште анестезије Примена локалног анестетика	Здравствени радници у болницама Процедуре изводе лекари или медицинске сестре/техничари	Евиденција примењене аналгезије, анестезије и примењене процедуре	
Код деце где је потребно омогућити давање течности,	Проходност венског пута и његово одржавање	Пласирање венске каниле спроводи се у терапијске или дијагностичке сврхе	Увођење венске каниле одвија се кроз три фазе: 1.Припрема материјала	Лекари специјалисти, Медицинска	Температурна листа, листа здравствене неге	Превенирати компликације које настају од катетера:

лекова, крви и крвних деривата.			<p>2. Припрема детета/родитеља</p> <p>3. Припрема лица које изводи пласирање венске каниле</p> <p>Потребно је испоштовати протокол по принципу:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дезинфекција коже - стабилизација вене - метода пункције - увођење каниле у лумен вене - одржавање проходности венске каниле 	сестра/техничар амбуланта или болница		<ul style="list-style-type: none"> - Инфекција - Флебитис - Емболија <p>као и компликације које настају од раствора:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Циркулаторно преоптерећење - Инфилтрација - Сепса <p>Алергијске реакције</p>
<p>Централни венски катетер се пласира уколико постоји:</p> <p>1. Немогућност проналажења периферне венске линије</p> <p>2. Потреба за парентералном нутрицијом</p> <p>3. Потреба за великим крвним судом ради примене лекова, крвних деривата</p> <p>4. Потреба за честим узорковањем крви за лабораторијске анализе</p> <p>5. Потреба за великим крвним судом ради мерења централног венског</p>	<p>Постизање адекватних нутритивних вредности у зависности од стања детета</p> <p>Примена ординираних лекова и/или крвних деривата у циљу побољшања стања детета</p> <p>Узорковање крви за лабораторијске анализе без трауме периферних крвних судова, из валидног узорка</p> <p>Контрола и регулисање ЦВП-а ради постизања адекватних вредности</p>	<p>Утврђује се индикација за увођење ЦВК-а у централну вену</p> <p>Одређује се коју централну вену пункцирати</p> <p>Припрема пацијента</p> <p>Припрема потребан материјал</p> <p>Припрема и примена лекова и нутритивних раствора, крвних деривата</p> <p>Изводи процедура увођења ЦВК-а у централну вену</p> <p>Проверава проходност катетера пре употребе</p> <p>Нега катетера</p>	<p>Одабир централне вене у које се пласира централни венски катетер:</p> <ul style="list-style-type: none"> - v. jugularis interna (лева и десна) -v. femoralis (лева и десна) -v. subclaviae (лева и десна) <p>Постављање у одговарајући лежећи положај- позиционирање</p> <p>Припрема терапије и аналгоседације</p> <p>Примена свих мера асепсе и антисепсе</p> <p>Пласирање ЦВК-а</p> <p>Провера, потврда и обележавање пласираног ЦВК-а</p> <p>Евидентирање извршених медицинско техничких</p>	Лекари специјалисти, Медицинска сестра/техничар у болници	Температурна листа, шок/сатна листа	<p>Уколико је дошло до оклузије ЦВК-а никако не пропирати катетер под притиском, уколико убудно место влажи и изгледа инфламаторно неопходно је алармирати и обавестити лекара.</p> <p>2. Контраиндикације за увођење ЦВК су следеће:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Могућност успостављања венског пута мање инвазивним путем -Локално оштећење коже, опекотине, контрактуре, инфекције. -Неконтролисани поремећај коагулације -Уколико се планира операција у истој регији -Опструкција вене

притиска(ЦВП)			радњи Континуирани надзор ЦВК-а			тромбом,тумором или спољњом инфилтрацијом -Синдром горње шупље вене
---------------	--	--	---------------------------------------	--	--	---

СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ 7.1.5. КОНТРОЛА ТЕЛЕСНИХ ТЕГОБА И ПРОМЕНА УЗРОКОВАНИХ ОСНОВНОМ БОЛЕШЋУ

7.1.5.1. Превенција и лечење дисајних тегоба фармаколошким и нефармаколошким мерама

Када	Сврха – циљ	Шта се ради	Садржај – начин како се ради	Ко/Где	Документација	Напомена
Стања праћена поремећајем оксигенације крви (хипоксемијом), односно развојем парцијалне хроничне респираторне инсуфицијенције	Нормализација оксигенације	Додатна оксигенотерапија	Употреба концентратора кисеоника	Здравствени радници у болницама, у дому здравља Родитељ/старатељ у кућним условима	Отпусна листа ОПП образац за издавање медицинског помагала Овера Филијале уз реверс	Започињање овог вида лечења врши се у хоспиталним, а наставља се у кућним условима од стране родитеља/старатеља
	Нормализација вентилације	Механичка потпора дисања	Употреба вентилатора за неинвазивну вентилацију (NIV)			
Стања праћена мишићном слабошћу и недовољним протоком ваздуха приликом кашљања	Побољшање и олакшање уклањања секрета из доњих дисајних путева	Механичка потпора рефлексу кашља	Механички инсуфлатор-ексуфлатор („cough-assist“)		Отпусна листа	
Сув, надражајни кашаљ	Ублажавање кашља	Медикаментна терапија	Антихистаминик Антихолинергик Антитусик			
Повећана количина пљувачке (хиперсекреција)	Смањење секреције пљувачке		Скополамин Гликопиролат Атропин			
Бронхоспазам	Бронходилатација		Бронходилататори Антихистаминици Инхалацијски/системски кортикостероид			
Диспнеја	Смањење степена диспнеје		Морфин Мидазолам			
Опструкција горњих дисајних путева Дуготрајна механичка вентилација	Обезбеђивање дисајног пута	Трахеотомија Одржавање проходности трахеалне каниле	Хируршки захват којим се отвара предњи део трахеје и уводи трахеална канила Аспирација преко трахеостоме Нега коже око трахеостоме	Лекари специјалисти, Медицинска сестра/техничар кућа, амбуланта или болница Родитељ/старатељ	Историја болести, температурна листа, листа здравствене неге, налог евиденције патронажне службе Родитељ води	У случају акцеденталног испадања трахеалне каниле исту је неопходно одмах вратити (особа која брине о пацијенту) и затим обавестити лекара

			Замена трахеалне каниле		дневник евиденције код куће	
--	--	--	-------------------------	--	-----------------------------------	--

7.1.5.2. Превенција и лечење органа за варење и поремећаја исхране

Када	Сврха – циљ	Шта се ради	Садржај – начин како се ради	Ко/Где	Документација	Напомена
Узраст до 2 године у двонедељним интервалима, старија деца на 4-6 недеља док не достигну физиолошку ухрањеност, потом на 2-3 месеца	Регистровање оболелих у нутритивном ризику	Процена ухрањености	Мерење ТМ И ТВ, израчунавање БМИ	Педијатри на свим нивоима здравствене заштите	Здравствени картон, протоколи, извештаји*	*Евентуално графикони раста и развоја
У случају неухрањености и ризика за неухрањеност	Регистровање узрока неухрањености	Анамнеза и физикални преглед	Процењује се адекватност уноса хране, процењује се тежина клиничке слике основне болести и траже се узроци повећаних енергетских губитака и повећане енергетске потрошње			
Код деце са тешким оштећењима ЦНСа Код деце са церебралном парализом са смањеном физичком активношћу Код деце са церебралном парализом која су покретна и активна Код оболелих од цистичне фиброзе Код деце са малигним болестима са високим ризиком за неухрањеност и кахексију	Превенција развоја неухрањености	Одређивање енергетских потреба	Енергетске потребе износе 5 ккал/цм ТВ Енергетске потребе износе 10 ккал/цм ТВ Енергетске потребе износе 25 ккал/цм ТВ Енергетске потребе износе 120-150% калорија препоручених за здраву децу одговарајућег узраста и пола Енергетске потребе су увећане за 20-30%, а током инфекције и додатних 50%	Педијатар нутрициониста, дијететичар		Постојање повећаног тонуса мишића, атетозе и конвулзија значајно повећавају енергетске потребе Препоручени унос протеина од 1 до 1,5g/kg. Масти треба обезбедити 30-50% калоријског уноса, а остатак обезбеђују угљени хидрати.
Код недовољног и небезбедног уноса obroка Код немогућности постизања адекватне	Спровођење адекватне исхране	Спровођење ентралне исхране	-пласирање назогастричне/јејуналне сонде -уградња ПЕГа	Медицинска сестра/техничар, педијатар, хирург у установама свих нивоа здравствене		Неопходно је да нутрициониста одреди начин, калоријски унос и састав хране за ентралну исхрану

ухраћености Код дуготрајног храћења преко 6 х/24 х				заштите Педијатар –гастро- ентеролог, хирург у установама терци- јерног нивоа здравствене заштите Родитељ/старатељ у кућним условима		
Код деце узраста до 6 година на ентералној исхрани Код деце старије од 6 година на ентералној исхрани	Постизање адекватног уноса енергије и храњљивих материја	Ентерална исхрана болусима Континуирана ентерална исхрана Комбинација континуиране исхране током ноћи и дневних болуса	- иницијално 5-10 мл/кг на свака 2-3 сата, потом се запремина болуса повећава за 30-45 мл до постизања коначне запремине 15-20 мл/кг на сваких 4-5 сати - иницијално 90-120 мл свака 3-4 сата, потом се запремина болуса повећава за 60-90 мл до постизање коначне запремине 330-480 мл	Медицинска сестра/техничар, педијатар свих нивоа здравствене заштите Родитељ/старатељ у кућним условима	Терапијска листа	- започиње темпом 1 мл/кг/х, темпо ентералне исхране се свака 2-8 х повећава за 1-2 мл/кг, да би се достигао темпо 4-5 мл/кг/х - започиње се темпом 25 мл/х, повећава се свака 2-8 х за 25 мл, да би се достигао темпо 100-150 мл/х
Код деце узраста до 2. године са благом дехидрацијом Код деце старије од 2. године	Превенција и лечење дехидрације	Рехидрација	-унос оралног рехидрационог раствора 10мл/кг након сваке столице - унос оралног рехидрационог раствора 100 - 200 мл/кг након сваке столице			Код деце на исхрани путем назогастричне сонде са лаком или умерено тешком дехидрацијом надокнада течности у количини 40- 50мл/кг за 3-6 h
У умерено тешкој дехидрацији Код старије деце	Превенција и лечење дехидрације	Рехидрација	-унос течности 50-100мл/кг за 4h -једна кафена кашичица или 5мл на сваких 5 минута -1000мл за 1h или 30мл на свака 3-5 минута			
У тешкој дехидрацији	Превенција и лечење дехидрације	Рехидрација	-унос 0,9%NaCl или Рингер-лактата у количини од 20мл/кг у виду интравенског болуса	Медицинска сестра/техничар, педијатар свих нивоа здравствене заштите		Код деце на исхрани путем назогастричне сонде са тешком дехидрацијом неопходна је интравенска рехидрација.
Повраћање због стимулације центра		Заустављање повраћања	- Ondasetron /Zofran – 0,1- 0,2 mg/kg на сваких 8-12	Медицинска сестра/техничар,		

за повраћање из тригер зоне хеморецептора опиоидним лековима или хиперкалцемијом			сати, максимално 8 mg по дози - Metoclopramide /Maxolon – 0,15 mg/kg на сваких 6-8 сати, максимално 10 mg по дози - Prochlorperazine/Stemetil – 0,1-0,2 mg/kg на сваких 8 сати	педијатар свих нивоа здравствене заштите Родитељ/старатељ у кућним	Терапијска листа	
Повраћање због стимулације центра за повраћање болом или страхом, опструкцијом гастроинтестиналног тракта или повишеним интракранијалним притиском			-анксиолитици -Promethazine/Phenergan – 0,2-0,5 mg/kg сваких 8 сати -Hyoscine N-Butylbromide/Buscopan- 0,3-0,5 mg/kg на сваких 6-8 сати, максимално 20 mg по дози -Hyoscine hydrobromide – 6-10 микрограма/kg на сваких 6 сати, максимално 400 микрограма по дози - Cyclisine/Valoid – 0,5-1 mg/kg на сваких 8 сати, максимално 50 mg по дози			
Повраћање због деловања опиоида или стазе и компресије на излазни део желуца			-Metoclopramide /Maxolon – 0,15 mg/kg на сваких 6-8 сати, максимално 10 mg по дози -Domperidone/Motilium – 0,2-0,4 mg/kg на сваких 4-8 сати, максимално 10 mg по дози			
Повраћање због гастритиса услед примене нестероидних антиинфламаторних лекова и кортикостероида			-Omeprazole/Losec – 0,5-1 mg/kg на сваких 12-24 сати, максимално 20 mg по дози -Ranitidine/Zantac – 2-4 mg/kg на сваких 12 сати, максимално 20 mg по дози			
Када дете није у могућности да природним путем унесе довољне	Надокнада нутритивних вредности стимулација	Гастрична сонда пласира се кроз уста или кроз нос	Измерити одговарајућу дужину сонде линијом нос-трагус-ксифоид грудне кости	Медицинска сестра/техничар кућа, амбуланта или болница	Историја болести, температурна листа, листа	

<p>количине нутриената</p> <p>Спречавање повраћања</p> <p>Испирање желуца и евакуација гастричног садржаја</p>	<p>успостављења синхронизације рефлекса сисања и гутања</p> <p>Евакуација садржаја горњих партија ГИТ-а</p>		<p>Пласирање НГ сонде кроз ноздрву до желуца у одговарајућој дужини и фиксирати фластером</p> <p>Одржавање сонде повременим лаважом желуца кроз сонду, заменом фластера за фиксирање сонде, уз чишћење сонде и околне коже бензином и алкохолом, као и заменом сонде на 48 сати /недељно или чешће</p>	<p>Родитељ/старатељ</p>	<p>здравствене неге, налог евиденције патронажне службе</p> <p>Родитељ води дневник евиденције код куће</p>	
<p>Код деце чије здравствено стање и обољење узрокује немогућност гутања и опструкцију горњих делова дигестивног тракта изводи се гастростома односно јејуностома</p>	<p>Припрема за извођење ПЕГ-а</p> <p>Обезбеђивање : -континуитета ентералне исхране -надокнаде нутритивних вредности -нега гастро-јејуностоме</p>	<p>Преоперативна припрема</p> <p>Психичка припрема</p> <p>Лабораторијска припрема</p> <p>Медикаметозна припрема</p> <p>Санитарна припрема</p> <p>Постоперативна нега</p> <p>Едукација родитеља у нези ПЕГ-а</p>	<p>Упознавање са протоколом хирушког лечења и ризицима</p> <p>Узорковање крви за лабораторијске анализе</p> <p>Спровођење дијагностичких процедура (УЗ абдомена, РТГ абдомена и плућа)</p> <p>Апликовање терапије</p> <p>Спровођење хигијенских мера, купање и пресвлачење</p> <p>Постоперативни надзор : -контролом виталних параметара -контролом лабораторијских анализа -континуираним надзором ране и превијање -спровођење исхране на ПЕГ, одржавање проходности сонде -нега коже на месту</p>	<p>Лекар специјалиста, Медицинска сестра/техничар у болници</p> <p>Медицинска сестра/техничар кућа, амбуланта или болница Родитељ/старатељ</p>	<p>Историја болести, температурна листа, листа здравствене неге, налог евиденције патронажне службе</p> <p>Родитељ води дневник евиденције код куће</p>	

			инсерције сонде -исхрана и нега ПЕГ-а од стране родитеља уз надзор			
Код деце код које је изведена цревна стома	Постизање адекватног неговања стоме са циљем регуларног пражњења црева и очуваности околног ткива	Спровођење неге црвене стоме након хируршке интервенције Едукација родитеља за негу стоме у кућним условима	Психичка и физичка припрема детета и родитеља Припрема материјала Процедура рада: -Дете се поствља у лежећи положај -поред стоме поставити комад вате или компресу -стару кесу заједно са диском, лагано одлепити од коже почев од горње стране -околину стоме добро опрати (дете може да се окупа неутралним сапуном), па обрисати и посушити -стому и околину коже прегледати да нема неких компликација -мерачем измерити величину и облик стоме -закривљеним маказама изрезати измерену величину стоме -на суву кожу око стоме лагано утрљати заштитну крему и сачекати да кожа упије 15-20 минута, а онда нежно обрисати -на суву и оштећену кожу око стоме нанети заштитну пасту -диск пажљиво поставити на кожу како се не би направили набори коже испод диска	Медицинска сестра/техничар кућа, амбуланта или болница Родитељ/старатељ	Температурна листа, листа здравствене неге, налог евиденције патронажне службе Родитељ води дневник евиденције код куће	Неправилно и неадекватно руковање помагалима може довести до низа промена и компликација на кожи око стоме. (дерматитис ,некроза стоме, ретракција (увлачење стоме), пролапс стоме, крварење, стеноза). Узрок оштећења коже може бити и неправилно измерен и исечен пречник на стома подлози, услед чега долази до подливања стома садржаја и одлепљивања диска. Препоручује се замена диска на 5 дана, уколико стање коже то дозвољав

			<p>- кажипрстом одозго по жлебу поставити нову кесу, и уколико је кеса са испустом предходно ставити штипаљку -кесу учврстити на диск помоћу спојнице са прстеновима</p>			
--	--	--	--	--	--	--

7.1.5.3. Превенција и лечење неуролошких и менталних поремећаја

Када	Сврха – циљ	Шта се ради	Садржај – начин како се ради	Ко/Где	Документација	Напомена
<p>У случајевима убрзаног дисања праћеног у најтежим случајевима поремећајем свести и циркулаторним колапсом</p> <p>Поремећај свести, бледило, знојење, конвулзије</p> <p>Када је привремено онемогућен орални или ентерални унос</p>	<p>Откривање метаболичке ацидозе код деце са митохондријалним болестима и пропионским ацидемијама</p> <p>Презознавање хипогликемије и њено лечење</p> <p>Превенција дехидрације</p>	<p>- Одређивање електролита са бикарбонатима и гаснеанализе по Аструпу, а након утврђивања ацидозе њено лечење</p> <p>- Одређивање нивоа глукозе у крви, може и у кућним условима ако постоји глукометар</p> <p>- Течност се даје парентералним путем</p> <p>- Узимање узорака крви</p>	<p>- За лечење ацидозе дају се бикарбонати, чија се доза рачуна по формули: 18-укупни бикарбонати X 0,3 X ТМ</p> <p>- Код хипогликемије (глу 2,6 ммол/л и ниже) у кућним услова када је то могуће дати шећер орално</p> <p>- У болничким условима парентерално 2-4 мл/кг 10% глу 4-6 мин па 6-8 мг/кг 10% глу у континуираној инфузији</p> <p>- За децу до 10кг обезбеђује се око 100 мл/кг/24х течности, а за децу преко 10кг 1600 мл/м²</p> <p>- Ако не постоје електролитни поремећаји даје се инфузија 5% глукозе и 0,9% физиолошког раствора у односу 2:1</p> <p>- Ако постоје електролитни поремећаји обавезна је консултација педијатра</p>	<p>За лечење ацидозе и парентерално давање глукозе педијатар у здравственим установама секундарног и терцијарног нивоа</p> <p>У болници али може и у кућним условима, у присуству медицинске сестре или лекара</p>	<p>Инфузиона листа</p>	<p>Корекција за 24 сата</p> <p>Након нормализације гликемије и уобичајеног стања свести наставити са уобичајеним уносом глукозе</p> <p>Потребно је знати телесну масу детета</p> <p>Потребно је обезбедити венску линију од стране стручног лица (лекар или медицинска сестра)</p>
<p>Дете има епилептички напад Код деце узраста 2-5 година</p> <p>Код деце узраста 6-11 година</p>	<p>Зауставити напад</p>	<p>У кућним условима примењује се терапија прве линије</p>	<p>- Диазепам ректално у дози од 0,5 мг/кг, или мидазолам букално 0,3 мг/кг или назално 0,2 мг/кг</p> <p>- Диазепам ректално у дози од 0,3 мг/кг или мидазолам букално 0,52 мг/кг</p> <p>- Диазепам ректално у дози од 0,2 мг/кг или</p>	<p>Напад зауставља особа која се брине о детету у кућним условима</p> <p>У здравственим установама свих нивоа лек примењује медицинска сестра/техничар по</p>		<p>За ректалну примену диазепам и булакна и назалну примену мидазолама, довољна је едукација родитеља који ове лекове могу да примене у кућним условима и није неопходно да буде медицинско особље</p>

Код деце старије од 12 година		<p>-Уколико се напад не заустави</p> <p>- Ако се после поновљене дозе напад не заустави</p> <p>- Ако је успостављена интравенска линија</p> <p>- Уколико се напад не заустави после 5 минута од давања лека</p> <p>- Ако поново не дође до престанка напада</p>	<p>мидазолам букално 0,52 мг/кг</p> <p>- макс појединачна доза диазепама 20мг</p> <p>- макс појединачна доза мидазолама 10мг</p> <p>- Стручно лице у ванболничким и болничким условима може дати мидазолам интрамускуларно у дози од 0,2 мг/кг</p> <p>- Доза лека може да се понови после 5-10 минута</p> <p>- Индиковано је да се примени фенobarбитон ИМ ако није доступна интравенска линија у дози од 20 мг/кг</p> <p>- Применити мидазолам ИВ 0,2 мг/кг или лоразепам ИВ 0,2 мг/кг или диазепам 0,25-0,5 мг/кг</p> <p>-До 10 минута поновити исту дозу</p> <p>- Током наредних индиковано је да се примени ИВ фенobarбитон 20 мг/кг</p>	налогу лекара		
Дете је агитирано	Смањити агитираност	<p>Искључити факторе који потенцирају агитираност</p> <p>Применити лекове који повољно делују и смањују агитираност</p> <p>У лечењу агитираности у палијативној нези предност имају бензодиазепини због анксиолитичког и седативног ефекта</p>	<p>Мидазолам Пер ос: 0,2–0,75 мг/кг, макс 20mg ИВ: 0,025–0,1 мг/кг свака 2–4 сата, макс 6 мг/дан Инфузија: 0,03-0,12 мг/кг/h до постизања ефекта Назално: 0,2 мг/кг Букално: 0,3 мг/кг</p> <p>Лоразепам Пер ос/ИВ/ИМ: 0,025 - 0,1 мг/кг по дози, макс 2 мг на</p>	<p>Пероралну терапију даје особа која се брине о детету у кућним условима</p> <p>У здравственим установама свих нивоа лек примењује медицинска сестра/техничар по налогу лекара</p>	Инфузиона листа	Бензодиазепини делују депресивно на ЦНС преко ГАБА рецептора

		<p>Неуролептици или антипсихотици који се користе у лечењу агитираности код деце</p> <p>Уколико је применом бензодиазепина и неуролептика лечење агитираности неефикасно или су се испољили нежељни ефекти</p>	<p>сваких 4–8 h</p> <p>Диазепам Пер ос: 0,2–0,8 мг/кг/дан подељено на 2 до 4 дозе, макс 10 мг по дози ИВ/ИМ: 0,05–0,2 мг/кг/по дози на 6–12 h, макс 0,6 мг/кг на 8 h Ректално макс доза 0,5 мг/кг</p> <p>Клоназепам Пер ос: 0,01 мг/кг/дан подељено у 4 дозе, повећавати до постизања ефекта макс 0,2 мг/кг /дан, подељено у три дозе макс 20 мг/дан</p> <p>Халоперидол Пер ос: 0,01–0,03 мг/кг/дан, максимално 6 мг/дан подељено у 3 дозе ИМ: 1–3 мг на 4–8 сати макс 0,1 мг/кг/дан</p> <p>Тиоридазин Пер ос: 0,5–3 мг/кг/дан подељено у 2–3 дозе</p> <p>Хлорпромазин Пер ос: 0,5–1 мг/ кг на 4–6 сати макс 200 мг/дан ИМ/ИВ: 0,5–1 мг/кг на 6–8 h макс 40 мг/дан ректално: 1 мг/кг на 6–8 h</p> <p>Рисперидон Пер ос: 0,25–1 мг 6–12 h</p> <p>Фенобарбитон Пер ос: 2 mg/kg 3 пута дневно ИВ/ИМ: 3–5 мг/кг</p> <p>Хлорал-хидрат Пер ос /ректално: 20–75 мг/кг/дан подељено у 3 дозе</p> <p>Дифенхидрамин</p>	<p>Парентералну примену лека обавља сестра или лекар у кућним или болничким условима</p>		<p>Постоји ризик да се развије неуролептички синдром</p> <p>Екстрапирамидни симптоми: дистонија, тардивне дискинезије, неуролептички малигни синдроми, снижење прага за конвулзије</p> <p>У условима наглашене аутономне компоненте агитације препоручује се дуготрајна примена пропранолола</p> <p>Пропранолол Пер ос: 0,5мг/кг/дан</p>
--	--	--	--	--	--	---

			<p>Пер ос/ИВ/ИМ: 1 мг/кг на 4 до 6 сати, макс 75мг на 4h</p> <p>Хидроксизин Пер ос: 0,6 мг/кг на 6 h ИМ: 0,55-1,1 мг/кг на 4-6 h</p> <p>Пропрофол ИВ инфузија: 0,5мг/кг/ h</p>			<p>подељено у 3-4 дозе ИВ: 0,01мг/кг по дози 2-3 пута дневно Није лек избора за акутно лечење агитираности</p>
Код израженог спастицитета	Смањити спазам мишића и дистонију		<p>Баклофен Пер ос: почети 10 мг/дан, повећавати 5–15 мг/дан на 3. дан макс 40 мг/дан у 3 дозе</p> <p>Тизанидин Пер ос: 2 мг на 6 сати, макс 8 мг у 4 дозе</p> <p>Клонидин Пер ос: 3–5 µg/kg/дан у 3–4 дозе, почети са 0,05 мг/дан, повећавати дозу на 7 дана до макс 0,3 дан Фластер: 0,1 мг/24-сати недељно</p> <p>Диазепам Пер ос: 0,12–0,8 мг/кг/дан подељено у 2 до 4 дозе макс 10 мг по дози</p>	<p>Пероралну терапију даје особа која се брине о детету у кућним условима</p> <p>У здравственим установама свих нивоа лек примењује медицинска сестра/техничар по налогу лекара</p> <p>Парентералну примену лека обавља сестра или лекар у кућним или болничким условима</p>		<p>Баклофен делује преко ГАБА рецептора</p>

		<p>Примена стандарда здравствене неге код деце са декубиталним ранама</p>	<p>-Физикална терапија -Обавити едукацију родитеља</p> <p>Здравствена нега:</p> <ul style="list-style-type: none"> -поставити дете у најудобнији положај -одстранити прљави део и прегледати рану -испрати рану -урадити инспекцију дубине и ивица ране -припремити завоје одговарајуће величине и средства за локалну апликацију (лекар прописује), евидентирати урађено и обавестити лекара о свим променама у изгледу ране 			<p>Пре било које процедуре неопходно је припремити дете и родитеља, потребан материјал и обезбедити приватност и одговарајући простор.</p>
<p>Од тренутка дијагностиковања хроничне декубиталне ране</p>	<p>Отклањање бола</p> <p>Спречавање инфекције</p> <p>Потпуно зарастање ране</p>	<p>Терапија бола</p> <p>„TIME“ концепт</p> <p>Процена ткива (Т) Дебридман Тоалета и превијањеране</p> <p>Лечење инфекције (И)</p> <p>Контрола влажности ране (М) (примена облога за ране)</p> <p>Приближавање ивица ране(Е) (оперативно лечење)</p>	<p>- Применити аналгетике (Детаљније видети у тексту о терапији бола у СМУ).</p> <p>- Узети брис ране и послати на бактериолошки преглед</p> <p>- Проценити постојање некрозе, ексудата, страног тела или биофилма</p> <p>- Уклонити некротично ткиво хируршким путем скалпелом или маказама, применом ензимских препарата и хидроколоидних облога или употребом Debrisoft“сунђера</p> <p>- Рану очистити физиолошким раствором и антисептиком</p>	<p>лекар опште медицине, педијатар, дечији хирург, општи хирург, медицинска сестра кућа, амбуланта или болница</p> <p>дечији хирург, општи хирург амбуланта или болница</p> <p>дечији хирург, општи хирург амбуланта или болница</p> <p>лекар опште</p>	<p>Извештај о клиничком прегледу</p> <p>Извештаји о брису ране и лабораторијски манализама</p> <p>Историја болести</p> <p>Температурна листа</p> <p>Оперативни налаз</p> <p>Отпусна листа</p>	<p>Примена аналгетика, узимање бриса ране, тоалета и превијање ране, примена облога за ране и антимикуробна терапија могу се спроводити и у кућним условима од стране едукованог и обученог медицинског особља или родитеља</p> <p>Процена стања ткива у рани и дебридман могу се учинити у амбулантним или болничким условима од стране дечијег или општег хирурга</p>

			<p>Микродацинили Октенисепт</p> <p>- Применити једну од облога за ране Хидроколоидне облоге- „Suprasorb Н“ или „Granuflex“ код рана са благим или умереним ексудатаом, мењају се 3. до 5. дана</p> <p>- Хидрофибер/алгинат облоге са сребром - „Aquacel Ag“, „Suprasorb А + Ag“ код обилног ексудата и инфицираних рана, мењају се сваких 1-7 дана</p> <p>- Хидробалансне облоге „Suprasorb X +PHMB“ код инфицираних рана, промена на 3-5 дана Хидрогел облоге- „Granugel“, Suprasorb G“ суверане, есхара промена на 3-5 дана</p> <p>- Ако постоји инфекција ране применити Оралну или парентералну антимикуробну терапију према нтибиограму</p> <p>- „VAC“ терапија Вакум асиситирано затварање ране подразумева постављање поливинилског сунђера у рану који се преко силиконског катетера повезује са апаратом за негативни притисак (интервал од 75 до 125 мм Hg). Промена сунђера од 3. до 5. дана</p> <p>- Хируршке методе</p>	<p>медицине педијатар, дечији хирург општи хирург, медицинска сестра кућа, амбуланта или болница</p> <p>Дечији пластични хирург, болница</p> <p>дечији пластични хирург анестезиолог болница- операциона сала (локална или општа анестезија)</p>	<p>Примена „VAC“ терапије и оперативно лечење спроводе се у болничким условима од стране дечијег пластичног хирурга у условима локалне или опште анестезије</p>
--	--	--	--	--	---

			затварања ране: -Пласирање секундарних шавова - примена трансплантата коже - примена експандера коже - локални режњеви - микроваскуларни режњеви			
--	--	--	---	--	--	--

7.1.5.5. Превенција и лечење хематолошких поремећаја, са посебним освртом на поремећаје згрушавања крви

Када	Сврха – циљ	Шта се ради	Садржај – начин како се ради	Ко/Где	Документација	Напомена
Крварење из десни	Зауставити крварење	Превенција: употреба механич четкица за зубе и редовно испирање усне дупље антибактеријским растворима	Саветовати употребу механич четкица за зубе и редовно испирање усне дупље антибактеријским растворима ради превенције секундарне инфекције	Родитељ/код куће	Није потребна	
		Давање транексаминска киселине	Транексаминска киселина је доступна у облику таблета од 500 мг или ампула за и.в.давање од по 100 мг/мл и 500мг/5мл. Садржај ампула се може користити као 1:1 ратвор за испирање уста или у нераствореном облику апликован локално на место крварења. Таблете за децу узраста од 1 месец до 18 година се пију у дози од 25мг/кг три пута дневно, или се користе као раствор (таблета од 500мг/растворена у 5 мл воде) за пероралну употребу или за испирање уста	Родитељ/код куће или медицинска сестра/у болници	У медицинској документацији убележити назив лека, дозу, колико често се даје и којим путем, као и датум започињања терапије и трајање давања	Опрез: редукција дозе код бубрежне инсуфицијенције Код хематурије могућа ретенција
		Ако је тромбоцитопенија узрок крварењу које значајно утиче на квалитет живота, размотрити трансфузију концентрованих тромбоцита	Интравенска трансфузија концентрованих тромбоцита у дози од 1 јединице на/5кг	Медицинска сестра/техничар у болници	У медицинској документацији евидентирати датум и време давања тромбоцита, крвну групу и Рх фактор, облик тромбоцита, количину, као и евентуална нежељена дејства	Код политрансфудованих болесника често су трансфузије тромбоцита неефикасне
Остала мукозна крварења (мелена, хематурија и хематохезија)	Зауставити крварење	Ако је тромбоцитопенија узрок крварењу које значајно утиче на квалитет живота размотрити трансфузију концентрованих тромбоцита	Интравенска трансфузија концентрованих тромбоцита у дози од 1 јединице на/5кг телесне масе			
		Давање транексамичне	Транексамична киселина је	Родитељ/код куће	У медицинској	Опрез: редукција дозе

		киселине	доступна у облику таблета од 500 мг. Таблете за децу узраста од 1 месец до 18 година се пију у дози од 25мг/кг три пута дневно, или се за млађу децу користе као раствор (таблета од 500 мг растворена у 5 мл воде) за пероралну употребу	или медицинска сестра/у болници	документацији убележити назив лека, дозу, колико често се даје и којим путем, као и датум започињања терапије и трајање давања	код бубрежне инсуфицијенције Код хематурије могућа ретенција
Епистакса	Зауставити крварење	Нефармаколошке мере за заустављање крварења	Лак притисак споља на носни гребен, апликација ледених облога на задњу страну врата Нагнути пацијента пут напред да се спречи гутање и аспирација крви Подметнути тамни пешкир Имати спремне тампоне и залеђене тупфере			
		Ако је тромбоцитопенија узрок крварењу а поменуте мере нису дале резултат дати трансфузију концентрованих тромбоцита	Интравенска трансфузија концентрованих тромбоцита у дози од 1 јединице на/5кг телесне масе	Медицинска сестра/у болници	У медицинској документацији евидентирати датум и време давања тромбоцита, крвну групу и Rh фактор, облик тромбоцита, количину, као и евентуална нежељена дејства	Код политрансфудованих болесника често су трансфузије тромбоцита неефикасне

Менометрорагија	Смањити интензитет крварења	Давање оралних контрацептива	Употреба као за контрацепцију	Пацијент/код куће или медицинска сестра/у болници	У медицинској документацији убележити назив лека, дозу, колико често се даје и којим путем, као и датум започињања терапије и трајање давања	
Крварење из улцерација на кожи	Зауставити крварење	Давање адреналина	Раствор у концентрацији 1:1000 локално на натопљену газу	Родитељ/код куће или медицинска сестра/у болници		
		Трансфузија тромбоцита код деце која нису у терминалној фази болести и код које би она побољшала квалитет живота	Интравенска трансфузија концентрованих тромбоцита у дози од 1 јединице на/5кг телесне масе	Медицинска сестра/у болници	У медицинској документацији евидентирати датум и време давања тромбоцита, крвну групу и Rh фактор, облик тромбоцита, количину, као и евентуална нежељена дејства	
Могућност крварења због дисфункције јетре	Превенирати крварење	Давање витамина К	Витамин К : 2,5-5мг/дан, п.о./и.в./и.м./с.ц		У медицинској документацији убележити назив лека, дозу, колико често се даје и којим путем, као и датум започињања терапије и трајање давања	
Мајор крварења	Смањити анксиозност. Код узнемирености су корисни диазепам или мидазолам јер значајне хеморагије узрокују и значајну узнемиреност код свесних болесника	Давање мидазолама Од нефармаколошких мера имати спремне тамне пешкире.	Мидазолам ампуле од 5мг/5мл. Дозирање за све узрасте 0,1 мг/кг с.ц. или и.в. Избежавати и.м. јер је болно. Доза се може поновити након 15 минута.	Родитељ или медицинска сестра/код куће или у болници		Ако се очекује значајно крварење имати унапред спреман анксиолитик у одговарајућем облику и обучити родитеља за давање лека.

Када	Сврха – циљ	Шта се ради	Садржај – начин како се ради	Ко/Где	Документација	Напомена
У току специјализације из педијатрије и субспецијализације из хематологије и едукације за ПЗ	Рано препознавање касних компликација трансплантације матичних ћелија хематопоезе (ТМЋХ)	Едукација лекара и медицинских сестра са примарног и секундарног нивоа здравствене заштите у вези касних компликација трансплантације матичних ћелија хематопоезе (ТМЋХ)	- кроз акредитоване семинаре који се организују једном годишње - уводна предавања на националним скуповима педијатара - предавања током специјализације или уже специјализације	Лекари трансплантационог тима Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“	Водич за превенцију, дијагностику и лечење касних компликација трансплантације матичних ћелија хематопоезе (ТМЋХ)	Израда водича је планирана до 31.12.2019. године
Код деце после трансплантације матичних ћелија хематопоезе (ТМЋХ)	Рано препознавање, дијагностика и лечење касних компликација ТМЋХ	Израда плана систематских прегледа на нивоу примарне и терцијарне здравствене заштите	Према плану систематских и контролних прегледа који је дат у Водићу за превенцију, дијагностику и лечење касних компликација ТМЋХ		Схема плана систематских прегледа је део Водича за превенцију, дијагностику и лечење касних компликација ТМЋХ	У складу са препорукама European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) и American Society for Blood and Marrow Transplantation (ASBMT), израда водича је планирана до 31.12.2019. године
Код деце после ТМЋЋ	Превенција касних инфекција после трансплантације матичних ћелија хематопоезе	Израда плана вакцинације после трансплантације матичних ћелија хематопоезе		Лекари Одељења за трансплантацију костне сржи са лабораторијом за криобиологију	Схема вакцинације је део СМУ	У складу са препорукама European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) и American Society for Blood and Marrow Transplantation (ASBMT), вакцинацију спроводе и терапију прописују изабрани лекари у примарној здравственој заштити
Код деце после ТМЋЋ	Превенција касних инфекција после трансплантације матичних ћелија хематопоезе	Израда терапијског протокола за превенцију вирусних, бактеријских и гљивичних инфекција после отпуста из трансплантационог центра	Према преоруци лекара трансплантационог центра Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“ терапију преписује изабрани лекар у примарној здравственој заштити	Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“	Терапијски протокол је део СМУ	
Код деце после ТМЋЋ	Обезбедити добар квалитет живота болесницима са касним компликацијама	Физикалана терапија на нивоу примарне и секундарне здравствене заштите за болеснике са	1-2 пута годишње	Лекари и сестре/техничари на нивоу примарне и секундарне		У складу са писаним препорукама трансплантационог тима Института за

		нарушеном функцијом коштано-зглобног система		здравствене заштите		здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић
Код деце после ТМХЋ	Збрињавање болесника у терминалној фази основне болести или компликација ТМХЋ	Потпорна терапија се спроводи у кућним условима или установама секундарног нивоа здравствене заштите	- Давање аналгетика - Давање концентрованих еритроцита када су вредности хемоглобина ниже од 80гр/л - Давање концентрованих тромбоцита или тромбоцита са сепаратора када су вредности тромбоцита једнаке или ниже од 10 ако не крвари, а ако крвари када су вредности једнаке или ниже од 20 -Давање двојне антими-робне терапије (амино-гликозидни антибиотик и цефалоспорин треће генерације) када је повишена телесна температура	лекари и сестре/техничари на нивоу примарне и секундарне здравствене заштите		-контрола комплетне крвне слике, анализа урина и провера функције бубрега и јетре једном у 7-10 дана, а по потреби и чешће -узимање бриса ждрел, урина за уринокултуру и хемокултура када је повише-на телесна температура, а пре увођења антибиотске терапије

Када	Сврха – циљ	Шта се ради	Садржај – начин како се ради	Ко/Где	Документација	Напомена
Фебрилност	Снижавање телесне температуре	Примена парацетамола перорално у кућним условима Интравенска примена у стационарним условима	- Примена парацетамола у форми сирупа или таблета - Примена интравенске формулације лека у стационарним условима	Родитељи код куће Медицинске сестре у болници	Документација је потребна приликом давања лека у стационарним условима	
Профилактика Р. јіговесіі пнеумоније		Примена триметроприм сулфаметоксазола	Примена триметроприм сулфаметоксазола у форми сирупа или таблета	Родитељи/ медицинска сестра	Потребно документовати и уколико се примењује у стационарним условима	
Профилактика инфекције С.albicans		Примена флуконазола или нистатина	Перорална примена наведених лекова код куће или у болници			Протокол Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“
Лечење системских бактеријских инфекција		Интравенска примена цефалоспорина треће генерације, амикацина, карбапенема, ванкомицина у различитим комбинацијама у зависности од клиничке слике и фактора ризика	Интравенска примена у болничким условима	Медицинска сестра у болници	Медицинска документација у стационарним установама	
Имунизација после		Примена вакцина у складу са узрастом и календаром	Видети приложену схему на стр.	У ДЗ	Вакцинални картон и историја болести	
Лечење системских гљивичних инфекција		Интравенска примена следећих лекова: • Липозомални амфотерицин Б • Каспофунгин • Вориконазол	Интравенска примена у болничким условима	Медицинска сестра у болници	Медицинска документација у стационарним установама	
Лечење вирусних инфекција		Интравенска примена следећих лекова • Ганцикловир • Ацикловир	Интравенска примена у болничким условима			
Профилактика инфекције изазване херпес симплекс вирусом		Перорална примена ацикловира	Перорална примена код куће или у болници	Родитељи/медицинска сестра		

СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ 7.1.6. Обезбеђивање психолошке подршке детету, породици и пружаоцима збрињавања

Када	Сврха – циљ	Шта се ради	Садржај – начин како се ради	Ко/Где	Документација	Напомена
Од момента постављања дијагнозе неизлечиве болести код детета	Обученост и спремност свих чланова тима да пруже општу психолошку и психосоцијалну помоћ и подршку	<ul style="list-style-type: none"> - Успостављање адекватног односа који се базира на емпатији и капацитету да се успостави однос сарадње и разумевања - Разумевање концепта психосоцијалне подршке и примена у пракси опште психолошке подршке - очекује се од свих чланова тима - Разумевање фактора који утичу на ПЗ и 5 базичних интервенција 	Примереном комуникацијом и интервенцијама базираним на доброј процени физичких симптома и психолошких реакција и потреба оболелог детета/породице	Сви чланови мултидисциплинарног тима у палијативном збрињавању	Евиденције о интервенцијама	

СПЕЦИФИЧНИ ЦИЉ 7.1.9. Збрињавање оболелог у последњој фази живота, уз подршку породици.

Када	Сврха – циљ	Шта се ради	Садржај – начин како се ради	Ко/Где	Документација	Напомена
Потврда дијагнозе тешке, неизлечиве болести са прогресивним током и почетак лечења / прогресија болести / терминална фаза болести	Информисање родитеља / детета према узрасту детета са циљем да се адекватном комуникацијом ублажи патња због лоших налаза, прогресије и смртног исхода	Примењују се протоколи комуникације и саопштавања лоших вести SOLER техника WPC Chunk метод саопштавања лоших вести CLASS протокол Шест практичних корака за саопштавање лоших вести	Праћење детаљних упутстава о успостављању адекватног контакта и комуникације лоших вести из СМУ и специфична континуирана медицинска едукација акредитована од стране Здравственог савета Републике Србије	Здравствени радници и сарадници здравствених установа примарног, секундарног и терцијарног нивоа ЗЗ, здравствени радници хосписа за ПЗ	Евиденција у посебном евиденционом листу који се односи на комуникацију и саопштавање лоших вести	Прилог 1 Евиденциони лист о комуникацији и саопштавању лоших вести Види детаљније у тексту СМУ.
Током терминалне фазе болести, најчешће у кућним условима	Постизање потпуне процене и ефикасне контроле бола оболелог у последњој фази живота, уз подршку породици.	1) Детету се обезбеђују одговарајући услови за физичку удобност, емоционалну и потпору, као и мир и достојанство у последњим часовима живота 2) Усвајају се етичка правила поступања која чувају интегритет детета, не убрзавају, али и не одлажу неизбежан смртни исход 3) Стварају се услови за задовољење различитих потреба и захтева родитеља у последњој фази живота детета 4) Спроводи кућне посете поливалентне патронажне сестре породицама са децом Редовна кућна посета поливалентне патронажне сестре породици и детету спроводи се према Водичу добре праксе за рад поливалентне патронажне сестре у породици који је издало Министарство здравља Републике Србије	У оквиру кућне посете, патронажна сестра обавља следеће активности: 1) Процену бола детета према скалама прилагођеним узрасту, уз обезбеђење адекватне неге детета (постављање у адекватан положај у постељи који се у одређеним интервалима мења; обезбеђивање течних облика хране 2) Примењује фармаколошку и нефармаколошку аналгезију Потребна примена одговарајућих лекова по двостепеном систему (парацетамол и/или ибупрофен за благе болове и опиоиде (пожељно морфин) за умерене и јаке болове За пробој бола додати лек по потреби 3) Позива лекара по потреби*	Патронажна сестра лекар Место рада: стан/кућа	Налог патронажној сестри за посету Извештај патронажне сестре о нађеном стању приликом посете породици	Када год је могуће лекове применити орално, по потреби неким другим путем али никада интрамускуларно *Ако медицинска сестра процени да је дошло до битне промене у јачини бола, позива лекара да прегледа дете у стану/кући и ревидира аналгетску терапију

Код деце која захтевају палијативно лечење, ограниченост кретања и пасивност у физичким активностима.	<p>Одржавање покретљивости у свим зглобовима и спречавање настанка контрактура</p> <p>Спречавање настанка декубиталних рана</p> <p>Покретање (ослобађање) секрета из дисајних путева</p> <p>Едукација родитеља за спровођење физикалне терапије у кућним условима</p>	<p>Примена процедура:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Кинезитерапија - Позиционирање - Респираторна физикалне терапије - Рад са родитељима у циљу учења вежби које ће спроводити у кућним условима 	<ul style="list-style-type: none"> - Спровођење пасивних покрета у свим слободним зглобовима кроз пуну амплитуду до физиолошке тј. анатомске границе - Постављање детета у одговарајући положај који ће превенирати компликације - Спровођење постуралне перкусионе дренаже у циљу покретања и смањења секрета из респираторног система - Примена заштитних положаја 	<p>Медицинске сестре/техничари, физиотерапеути на кућа, амбуланта или болница</p> <p>Родитељ/старатељ</p>	<p>Листа здравствене неге, картон евиденције</p> <p>Налог евиденције патронажне службе</p> <p>Дневник евиденције родитеља</p>	
---	---	---	--	---	---	--

9.1. Палијативне хируршке интервенције

Када	Сврха – циљ	Шта се ради	Садржај – начин како се ради	Ко/Где	Документација	Напомена
Опструкција горњих респираторних путева и дуготрајна механичка вентилација	Обезбеђивање дисања	Трахеостома	Нега трахеостоме: аспирација трахеје кроз канилу, одстранити канилу (и унутрашњи и спољашњи део) ради тоалете под млазом воде, пребрисати антисептицима околну кожу 3 пута и поново вратити канилу у трахеостому	Лекар амбулантно	Лекарски извештај	
Повраћање	Евакуација садржаја горњих партија ГИТ-а	НГ или ОГ сонда	Измерити одговарајућу дужину сонде линијом нос-трагус-	Родитељ код куће		Додатна симптоматска терапија (антиеметици)

			ксифоид грудне кости Пласирање НГ сонде кроз ноздрву до желуца у одговарајућој дужини и фиксирати фластером/ Одржавање сонде повременом лаважом желуца кроз сонду, заменом фластера за фиксирање сонде, уз чишћење сонде и околне коже бензином и алкохолом, као и заменом сонде на недељном нивоу или чешће			
Опструкција једњака	Дренажа плувачке	Цервикална езофагостома	Нега езофагостоме чишћењем околне коже антисептицима, кремом за негу коже око стоме и заштитити је стерилном газом			
Немогућност гутања и опструкција горњих партија ГИТ-а	Ентерална исхрана	Гастростома (ПЕГ)	Нега гастро/јејуностоме чишћењем околне коже антисептицима, кремом за негу коже око стоме и пласирањем стерилне газе са шлицом на месту где катетер излази из коже испод <i>buttona</i> .			Храњење кроз <i>button</i> : пласирањем продужног катетера у <i>button</i> одозго, подударањем црних цртица, а закључава се (Lock) померањем у страну. На другом крају продужног катетера се налази шприц којим се лагано убацује млеко или пасирана храна
		Јејуностома (ПЕГ)	<i>Button</i> уметак се осигирава у стоми надувавањем балончића дестилованом водом кроз улаз са стране у количини која на њему пише.			
Опстипација	Евакуација столице	Клистирање или лаважа дебелог црева	Ректални катетер се пласира кроз анус до 2/3 своје дужине, при чему је пацијент у положају на леђима или на боку и кроз катетер се убацује физиолошки раствор или млака сапуница у укупној количини од 10-30мл/кг телесне тежине са додатком глицерина (од 1/10 укупне количине течности)			Додатна симптоматска терапија (прокинетици, лаксативи)
Дистална цревна опструкција	Пражњење црева	Илеостома	Нега ентеростоме чишћењем околне коже антисептицима, кремом за негу коже око стоме и пласирањем кесе за ентеростому уз коришћење	Родитељ код куће		Кесе за илеостому могу бити једноделне и једнократне или за колостому са диском за вишекратно коришћење
		Колостома				

			пасте за лепљење кесе, односно диска и њеним мењањем на дневном нивоу			
Дистална дисфункција цревног тракта	Доживотна деривација столице	Клистирање или лаважа дебелог црева кроз континентну колостому	Свакодневно клистирање или лаважа дебелог црева физиолошким раствором или млаком сапуницом преко катетера који се пласира у колостому, у укупној количини од 10-30мл/кг телесне тежине са додатком глицерина у износу од 1/10 укупне течности			
Опструкција уринарног тракта	Доживотна деривација урина	Уростома	Нега уростоме чишћењем околне коже антисептицима, кремом за негу коже око стоме и пласирањем кесе за уростому и њеним мењањем на дневном нивоу			
Проксимална ретенција урина (опструкција уретера)	Дренажа урина	Пласирање уретералног стента	Ендоскопски	Дечји хирург-уролог у болници	Оперативна листа Листа праћења Терапијска листа Отпусна листа	Додатна симптоматска терапија (антибиотска профилакса)
Ретенција урина (субвезикална опструкција)	Евакуација урина	Катетеризација мокраћне бешике	Спољашњи отвор уретре се у Зпотеза пребрише антисептичким раствором, у њега се пласира уринарни катетер с балончићем на дисталном крају који први улази у бешику и који се кроз посебан крак пуни физиолошким раствором или дестилованом водом у количини која је означена на краку. Спољашњи крак катетера се конектује са кесом за урин /Одржавање катетера се врши повременим лаважом бешике кроз катетер, допуном или заменом воде у балончићу и	Лекар амбулантно	Листа праћења Терапијска листа Отпусна листа Лекарски извештај	Додатна симптоматска терапија (антибиотици,)

			заменом катетера на месечном нивоу или чешће.			
Страни садржај и излив у грудној дупљи	Евакуација страног садржаја и излива из грудне дупље	Дренажа	Простор у нивоу од 3-6 ребра се у 3потеза пребрише антисептичким раствором, затим се кроз засечену кожу, боде у 4, 5 или 6. међуребарном простору на предњој или средњој аксиларној линији дренажом са мандреном док не уђе у грудну дупљу, затим се мандрен вади, дрен се до одговарајуће ознаке пласира у грудну дупљу, фиксира концем, превије стерилном газом и самолепљивом водоотпорном фолијом и повеже са подводном дренажом	Дечји хирург у болници	Оперативна листа Листа праћења Терапијска листа Отпусна листа	Одржавање дрена се врши превијањем у стерилним болничким условима на 2-3. дан. Додатна симптоматска терапија (диуретици)
Страни садржај и излив у трбушној дупљи	Евакуација страног садржаја и излива из трбушне дупље	Дренажа	Простор у пределу споја средње и спољашње трећине линије која спаја пупак и леву SIAS, пребрише се антисептичким раствором у 3потеза, затим се скалпелом засеку сви слојеви предњег трбушног зида, до перитонеума који се уз придржавање пеаном отвори маказама и кроз тај отвор се пласира абдоминални дрен до одговарајуће ознаке, фиксира концем, прекрије стерилном газом, фиксира фластером и конектује са кесом за урин.			
Дехидрираност и парентерална терапија малнутриција	Интравенска рехидратација, терапија и ППИ	Интравенска канулација	Претходно се на место венепункције нанесе локални анестетик. Есмархова повеска се пласира изнад места венепункције а кожа на самом месту венепункције се у 3потеза пребрише алкохолном. Одговарајућа ив канила се под углом кроз кожу пласира у вену, чим у њу почне да се	Лекар/мед.сестра у болници		Одржавање ив каниле се врши превијањем у стерилним условима на 2-5. дан. Канила се одржава проходном, инстилацијом хепаринског раствора великог разблажења у количини која

			враћа крв, извлачи се оштри мандрен, пласира шприц са стерилним физиолошким раствором и уз лагано убризгавање физиолошког раствора канила се пласира до краја у вену. Фиксира се стерилним тупфером и фластером или провидном самолепљивом фолијом.			испуњава само пластичну цевчицу каниле.
Малнутриција и парентерална терапија	Интравенска рехидратација терапија И ТПИ	Пласирање ЦВК	Оперативно и/или под контролом ултразвука/Нега ЦВК се врши превијањем у стерилним условима на 2-5. дан.	Дечји хирург или анестезиолог у болници/Лекар или мед.сестра у болници	Оперативна листа Листа праћења Терапијска листа Отпусна листа	Катетер се одржава проходним, инстилацијом хепаринског раствора великог разблажења у количини која испуњава само ЦВК

Палијативне хируршке процедуре

Када	Сврха – циљ	Шта се ради	Садржај – начин како се ради	Ко/Где	Документација	Напомена
Цијаногене и друге урођене срчане мане (<i>D-TGA</i>)	Повећање протока и оксигенације крви у плућима	<i>Raskhind</i> -ова процедура	Катетеризација срца/ Атријална септостомија балон катетером	Педијатар-интервентни кардиолог у болници	Листа праћења Терапијска листа Отпусна листа	
Цијаногене и друге урођене срчане мане (једнокоморско срце,)	Повећање протока и оксигенације крви у плућима	Атријална септостомија	Оперативно	Дечји хирург-кардиохирург у болници	Оперативна листа Листа праћења Терапијска листа Отпусна листа	
Цијаногене и друге урођене срчане мане (тетралогичка <i>Fallot</i>)	Повећање протока и оксигенације крви у плућима	Шант операције				
Обилно крварење из тумора	Заустављање крварења	Лигација крвних судова	Оперативно или ендоскопски	Дечји хирург у болници		Додатна симптоматска терапија (крв и деривати крви)
Опструкција горњих респираторних путева и дуготрајна механичка вентилација	Обезбеђивање дисања	Трахеостомија	Оперативно	ОРЛ хирург у болници		
Немогућност гутања и опструкција горњих партија ГИТ-а	Ентерална исхрана	Гастростомија (ПЕГ)	Ендоскопски или оперативно	Дечји хирург и гастроентеролог, у болници		Button уметак се осигурава у стоми надувавањем балончића дестилованом водом кроз улаз са стране у количини која на њему пише. Храњење кроз <i>button</i> : пласирањем продужног катетера у <i>button</i> одозго, подударењем црних цртица, а закључава се (Lock) померањем у страну. На другом крају продужног катетера се налази шприц којим се лагано убацује млеко или
		Јејуностомија (ПЕГ)				

						пасирана храна	
Опструкција гастро-дуодено-јејunalне пасаже	Ентерална исхрана	Гастро-ентерални <i>bypass</i>	Оперативно	Дечји хирург у болници		Додатна симптоматска терапија (антациди, ИПП)	
Опструкција једњака	Дренажа пљувачке	Цервикална езофагостомија			Оперативна листа Листа праћења Отпусна листа		
Опструкција секреције жучи	Доживотна деривација жучи	Хепатико(холедохо-порто)-јејunalна анастомоза <i>Roux-Y</i>			Оперативна листа	Додатна симптоматска терапија (холеретици)	
Дистална цревна опструкција	Пражњење црева	Илеостомија			Листа праћења Терапијска листа Отпусна листа	Кесе могу бити једноделне и једнократне за илеостому или за колостому, са диском за вишекратно коришћење	
		Колостомија					
Дистална дисфункција цревног тракта	Доживотна деривација столице	Континентна колостомија				Свакодневно клистирање или лаважа дебелог црева физиолошким раствором или млаком сапуницом преко катетера који се пласира у колостому, у укупној количини од 10-30мл/кг телесне тежине са додатком глицерина у износу од 1/10 укупне течности	
Недостатак доњег дела уринарног тракта	Доживотна деривација урина	Уретеро-сигмоидостомија			Дечји хирург-уролог у болници	Оперативна листа Отпусна листа	
Опструкција уринарног тракта	Доживотна деривација урина	Уростома				Оперативна листа Листа праћења Терапијска листа	Свакодневно катетеризовање на 3-4 ч (родитељ)
Дистална дисфункција уринарног тракта	Доживотна деривација урина	Континентна уростома	Отпусна листа				
Хидроцефалус	Дренажа ликвора	ВП-шант	Дечји хирург-неурохирург у болници				