



.....
Pieczętka oddziału

PIELĘGNIARSKA KARTA INFORMACYJNA DLA PACJENTÓW PO PRZEBYTYM ZAKAŻENIU CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Imię i nazwisko pacjenta

1. Po powrocie do domu możesz podjąć codzienne czynności. Aby zmniejszyć prawdopodobieństwo ponownego zakażenia lub przeniesienia choroby na inne osoby przestrzegaj poniższych zasad.
2. W przypadku otrzymania leku zwalczającego clostridium przyjmuj go ściśle według wskazań lekarza. Nie zmniejszaj dawek i nie przerywaj przyjmowania leku przedwcześnie. W przypadku nasilenia się biegunki niezwłocznie skontaktuj się z lekarzem, informując go o wcześniejszej hospitalizacji.
3. Dbaj o higienę osobistą i higienę swojego otoczenia.
4. Bezwzględnie przestrzegaj zasad higieny rąk tj. myj ręce ciepłą wodą z mydłem, szczególnie po skorzystaniu z toalety oraz przed posiłkami.
5. Toaleta powinna być dezynfekowana środkami na bazie chloru, po każdorazowym skorzystaniu z niej przez osobę zakażoną, ze szczególnym uwzględnieniem miejsc często dotykanych (kran, deska sedesowa, spłuczka, umywalka, klamki).
6. Wskazana jest dezynfekcja powierzchni dotykowych czyli: poręcze, blaty, włączniki światła, słuchawki telefonu. Tu również stosuj preparaty na bazie chloru.
7. Osoba z clostridium przybywająca w domu opieki u której występuje biegunka powinna być izolowana. Brudną bieliznę należy przekazywać do pralni w specjalnie zamkniętym worku.
8. Unikać nieuzasadnionej antybiotykoterapii.
9. Zadbaj o właściwe odżywianie i odpowiednią dietę (zależnie od stopnia nasilenia biegunki, ogólnego stanu zdrowia chorego, oraz indywidualnej tolerancji produktów i potraw).
Wyklucz produkty i potrawy przyśpieszające perystaltykę jelit, wzmagające procesy fermentacyjne w jelitach, powodujące wzdęcia i długo zalegające w żołądku.
Dieta powinna być lekkostrawna z ograniczeniem tłuszczu, błonnika nierozpuszczalnego, laktozy i cukrów prostych.
Spożywane posiłki powinny być częste (4-5 w ciągu doby) i małe objętościowo.
Do doprawiania potraw stosuj wyłącznie łagodne przyprawy.
Wskazane jest picie około 1,5-2 litrów płynów w ciągu doby.

.....
Data i podpis pielęgniarki

.....
Podpis pacjenta