

TEORIA ȘI PRACTICA NURSING

Volumul IV

TEHNICI NURSING ȘI ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR

înregistrarea pacientului, igiena, prevenirea escarelor,
mobilizarea, alimentația, sondaje, spălături, clisme,
pansamentul, bandajul, recoltări, injecții, perfuzia, transfuzia,
administrarea medicamentelor, diagnostice nursing NANDA-I
care pot fi asociate tehnicilor

CUPRINS

Prefață. Despre structura și conținutul acestei cărți.....	11
--	----

CAPITOLUL I TEHNICI NURSING

I.1. Tehnici de evidență și mișcare a bolnavilor.....	19
I.1.1. Internarea	19
I.1.2. Externarea	22
I.1.3. Transferul	23
I.1.4. Aspecte privind îngrijirea pacienților în stadiu terminal și decesul	25
I.2. Tehnici pentru asigurarea igienei și confortului pacientului.....	31
I.2.1. Efectuarea toaletei pe regiuni a bolnavului imobilizat/ inconștient.....	31
I.2.2. Îngrijirea ochilor, mucoasei nazale, urechilor, cavității bucale, unghiilor, părului.....	35
I.2.2.a. Îngrijirea ochilor	35
I.2.2.b. Îngrijirea mucoasei nazale	37
I.2.2.c. Îngrijirea urechilor	38
I.2.2.d. Îngrijirea cavității bucale	40
I.2.2.e. Îngrijirea părului	43
I.2.3. Baia/ Dușul.....	45
I.2.4. Captarea dejecțiilor la pat	48
I.2.4.a. Captarea urinei	48

I.2.4.b. Captarea materiilor fecale	49
I.2.4.c. Captarea sputei	51
I.2.4.d. Captarea vărsăturilor	52
I.2.5. Schimbarea lenjeriei de pat și de corp	54
I.2.5.a. Schimbarea lenjeriei de pat fără pacient	54
I.2.5.b. Schimbarea lenjeriei de pat cu pacientul imobilizat	55
I.2.5.c. Schimbarea lenjeriei de corp a pacientului imobilizat la pat	58
I.2.6. Efectele curățeniei asupra stării bolnavului	62
I.3. Tehnici pentru prevenirea unor complicații legate	
de decubitul prelungit	64
I.3.1. Leziunile de decubit. Aspecte generale	64
I.3.2. Evaluarea aspectului pielii și observarea poziției bolnavului în pat (activă, pasivă, forțată/ patognomonică)	65
I.3.3. Prevenirea escarelor sau a complicațiilor de decubit	65
I.3.4. Mobilizarea și transportul pacientului	68
I.3.4. a. Mobilizarea pacientului	68
I.3.4. b. Transportul pacientului	70
I.4. Tehnici privind alimentația bolnavului	75
I.4.1. Alimentația naturală	75
I.4.1.a. Aspecte generale	75
I.4.1.b. Alimentația naturală activă	75
I.4.1.c. Alimentația naturală pasivă	76
I.4.2. Alimentația artificială	78
I.4.2.a. Alimentația artificială enterală	78
I.4.2.b. Alimentația artificială parenterală	80
I.4.3. Regimurile alimentare	82
I.4.4. Diagnostice nursing NANDA-I care pot fi identificate în timpul sau în legătură cu aceste proceduri:	86
I.5. Tehnici de evaluare și control	88
I.5.1. Măsurarea, notarea, interpretarea și reprezentarea grafică în foaia de temperatură a funcțiilor vitale și vegetative	88

I.5.1.a. Măsurarea, notarea, interpretarea și reprezentarea grafică a temperaturii în foaia de temperatură	88
I.5.1.b. Măsurarea, notarea, interpretarea și reprezentarea grafică a pulsului în foaia de temperatură	93
I.5.1.c. Măsurarea, notarea, interpretarea și reprezentarea grafică a presiunii sângelui în foaia de temperatură (tensiunea arterială - T.A.)	97
I.5.1.d. Măsurarea, notarea, interpretarea și reprezentarea grafică a respirației în foaia de temperatură	101
I.5.2. Observarea și notarea eliminărilor patologice: expectorația, vărsăturile	105
1.5.2.a. Expectorația	105
1.5.2.b. Vărsăturile	106
I.6. Sondaje, spălături, clisme	109
I.6.1. Sondajul gastric aspirativ	109
I.6.2. Spălătura gastrică	113
I.6.3. Sondajul vezical la femeie și bărbat	117
I.6.4. Spălătura vezicală	121
I.6.5. Clisma evacuatoare	124
I.7. Pansamente, bandaje	130
1.7.1. Pansamentul	130
1.7.2. Bandajul	135

CAPITOLUL II

INVESTIGAȚII NURSING

II.1. Recoltarea produselor bio-patologice pentru examene de laborator	141
II.1.1. Recoltarea sângelui prin puncție venoasă pentru examene biochimice, hematologice, serologice, bacteriologice	141

II.1.2. Recoltarea urinei pentru examene de laborator	147
Respectiv II.1.3. Recoltarea materiilor fecale pentru examene	152
de laborator	152
II.1.4. Recoltarea exsudatului faringian; recoltarea sputei pentru examen citologic, bacteriologic	158
II.1.5. Recoltarea secrețiilor purulente din plagă	163
II.2. Recoltarea vărsăturilor	164

CAPITOLUL III

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR

III.1. Elemente defnitorii și reguli generale de administrare a medicamentelor	169
III.1.2. Regulile de bază în administrarea medicamentelor	170
III.2. Căi de administrare, criteriile de alegere a căii de administrare.....	172
III.2.1. Calea de administrare enterală	172
III.2.2. Calea de administrare parenterală	173
III.2.3. Calea de administrare transcutanată.....	175
III.3. Condiția de medicamente, circuitul medicamentelor în spital	176
III.4. Administrarea medicamentelor pe cale orală	178
III.5. Administrarea medicamentelor pe cale parenterală	180
III.5.1. Elemente defnitorii	180
III.5.2. Injecția intravenoasă (I.V.): definiție, scopuri, tehnica injecției.....	183
III.5.2.a. Repere de bază privind perfuzia intravenoasă	185
III.5.1.b. Repere de bază privind transfuzia sanguină	188
III.5.3. Injecția intramusculară (I.M.): definiție, scopuri, tehnica injecției	191
III.5.4. Injecția subcutanată (S.C.): definiție, scopuri, tehnica injecției.....	195
III.5.5. Injecția intradermică (I.D.): definiție, scopuri, tehnica injecției	198
III.6. Administrarea medicamentelor pe suprafața mucoasei căilor respiratorii	201
III.6.1. Inhalația.....	201
III.6.2. Oxigenoterapia	202

III.6.3. Instilația	204
III.6.4. Aerosoloterapia/ nebulizarea	207
III.7. Administrarea medicamentelor pe suprafața tegumentelor și mucoaselor	210
III.7.1. Administrarea medicamentelor pe tegumente	210
III.7.2. Administrarea medicamentelor pe mucoasa conjunctivală	212
III.8. Administrarea antibioticelor și chimioterapicelor, dozarea medicamentului, verificarea sensibilității organismului, evitarea incompatibilităților și a reacțiilor adverse	216
III.8.1. Aspecte generale.....	216
III.8.2. Chimioterapicele	218
III.8.3. Antibioticele	220
III.9. Administrarea insulinei.....	223
III.10. Administrarea medicamentelor pe cale rectală	226
III.11. Diagnostiche nursing NANDA-I care pot fi asociate administrării medicamentelor	228

CAPITOLUL IV

ANEXE

IV.1. Lista diagnosticelor NANDA-I, pe domenii și clase, cu codurile specifice și denumirile originale în limba engleză.....	231
IV.2. Lista „de lucru” (scurtă) a diagnosticelor NANDA-I, pe domenii și clase, pentru utilizare eficientă în procesul didactic și în practică.....	245
IV.3. Listă cu diagnostiche nursing NANDA-I care pot fi asociate unor diagnostiche clinice	251
IV.4. Listă cu obiective nursing standard (NOC) frecvent întâlnite în practica îngrijirilor nursing.....	263
IV.5. Listă cu intervenții nursing standard (NOC) frecvent întâlnite în practica îngrijirilor nursing.....	266
IV.6. Foaie de îngrijiri nursing (model orientativ).....	269

IV.7. Foaie de îngrijiri nursing/ Plan de îngrijire Resp (model orientativ pentru elevii școlilor postliceale sanitare).....	276
IV.8. Foaie de temperatură adulți	283
Bibliografie consultată	284

CAPITOLUL I

TEHNICI NURSING

**I.1. TEHNICI DE EVIDENȚĂ ȘI MIȘCARE
A BOLNAVILOR**

I.1.1. Internarea

I.1.2. Externarea

I.1.3. Transferul

I.1.4. Îngrijirea pacienților în stadiu terminal și decesul

I.1. TEHNICI DE EVIDENȚĂ ȘI MIȘCARE A BOLNAVILOR

I.1.1. Internarea

Aspecte generale

Indiferent dacă internarea se face conform unei programări sau ca urgență medicală, procedurile îl pregătesc pe pacient pentru șederea în unitatea spitalicească și presupun respectarea câtorva pași:

- verificarea identității pacientului de către cel puțin două persoane;
- evaluarea statusului pacientului din punct de vedere clinic;
- asigurarea confortului minim;
- efectuarea prezentărilor în salon și cu membrii stafului;
- instruirea cu privire la mediul spitalicesc și reguli;
- dotarea cu materialele necesare îngrijirii zilnice.

Asigurarea intimității pacientului și a confidențialității în timpul culegerii de date și a interviului este obligatorie.

Atenția față de pacient arătată într-o manieră profesională (nici exagerată, nici foarte tehnică) reduce anxietatea și crește disponibilitatea pentru colaborare.¹¹

Materiale necesare

- echipament de protecție (halat, mănuși etc.);
- document de înregistrare a bunurilor personale;

¹¹Lippincott's Nursing Procedures, 6 edition: Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health, [2013]

- documente de înregistrare a internării (registru, foaie de observație etc.);
 - foaie de îngrijiri nursing (cu rubrică pentru culegerea datelor inițiale, dacă spitalele au implementat acest document);¹²
 - stetoscop;
 - tensiometru;
 - termometru;
- Suplimentar: vas de colectare a vărsăturilor, urinar, prosop.

Procedura

- igiena mâinilor;
- identificarea pacientului de către cel puțin două persoane;¹³
- verificarea rapidă a prescripțiilor medicului;
- notarea motivelor internării, a restricțiilor privind activitatea sau dieta și a indicațiilor pentru investigații și teste necesare diagnosticării;
- adresarea către pacient cu politețe, pe nume, clar;
- însoțirea pacientului la salon;
- efectuarea prezentărilor, cu condiția ca pacientul să nu fie în stare de stres, indisponibil pentru comunicare;
- asistarea pacientului în îmbrăcarea pijamalei și asigurarea intimității;
- instruirea pacientului cu privire la amplasarea toaletei;
- măsurarea și înregistrarea funcțiilor vitale, ale greutății și înălțimii;
- instruirea pacientului cu privire la utilizarea aparaturii din salon, inclusiv a butonului de semnalare a unei situații de urgență, a telecomenzii pentru pat, a celei pentru televizor, a telefonului și a sistemului de iluminat;
- instruirea pacientului cu privire la rutina zilnică a secției, a orarului mesei, administrării medicamentelor, vizitelor echipei medicale, a intervalului în care sunt permise vizitele din afară;

¹²În capitolul Anexe poate fi consultat un model de „foaie de îngrijiri nursing” cu rubrici pentru datele personale, semne și simptome, analize și investigații, diagnostice nursing NANDA-I identificate, intervenții de educație pentru sănătate specifice bolii și evaluări.

¹³The Joint Commission. (2012). Standard NPSG.01.01.01. *Comprehensive accreditation manual for hospitals: The official handbook*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission. (Level I)

- obținerea unui sumar al antecedentelor/ istoricului pacientului (internări, alte afecțiuni, alergii, restricții de dietă);
- asigurarea că lista completă a medicamentelor (cu doze și orar) pe care pacientul le-a luat până la internare este scrisă în documentele de internare și cunoscută de medic și echipa de îngrijire.
- evaluarea durerii;
- igiena mâinilor;
- înregistrarea datelor rămase neînregistrate.

Observații

- internarea pacientului în situație de urgență solicită proceduri speciale care pun pe primul plan menținerea funcțiilor vitale și stabilizarea hemodinamică;
- pacientul va fi instruit să nu mai ia niciun medicament fără consultarea medicului;
- pacientul cu risc de transmitere a infecțiilor va fi instalat într-un salon special pentru izolare;
- pacientul va fi instruit să aibă în vedere igiena mâinilor pentru prevenirea răspândirii infecțiilor.

Diagnostic nursing NANDA-I care pot fi identificate în timpul sau în legătură cu această procedură:

Anxietate (00146: Anxiety)

Lipsă de cooperare (00079 : Noncompliance);

Afectarea capacității de auto-îngrijire: spălatul - 00108: Bathing self-care deficit; îmbrăcatul/ dezbrăcatul - 00109: Dressing self-care deficit; hrănirea - 00102: Feeding self-care deficit; folosirea toaletei - 00110: Toileting self-care deficit)

Lipsă de cunoștințe (00126: Deficient knowledge)

Risc de afectare a demnității (00174: Risk for compromised human dignity)

Afectarea stimei de sine: situațional (00120: Situational low self-esteem)

Risc de afectare a stimei de sine: situațional (00153: Risk for situational low self-esteem)

Afectarea abilității de a fi părinte (00056: Impaired parenting)

Afectarea funcționalității familiei (00063: Dysfunctional family processes)

Risc de afectare a relațiilor sociale (00229: Risk for ineffective relationship)

Risc de sindrom de stres al relocării (00149: Risk for relocation stress syndrome)

Frică (00148: Fear)

Risc de infecție (00004: Risk for infection)

Afectarea confortului: ambiental (00214 Impaired comfort)

Risc de singurătate (00054: Risk for loneliness)

Afectarea comunicării verbale (00051: Impaired verbal communication)

Notă: Pentru elemente definitorii, PES-uri, obiective, intervenții și evaluări în cazul unora dintre aceste diagnostice nursing, a se vedea volumul I!

I.1.2. Externarea

Chiar dacă externarea este o procedură de rutină, aceasta presupune planificarea în avans pe tot parcursul internării, chiar de la intrarea în spital. (Lippincott's Nursing Procedures, 2013)

Planul de externare va include:

- educarea pacientului și a familiei în legătură cu boala sa și cu impactul pe care îl are asupra vieții sale de fiecare zi;
- instruirea pacientului cu privire la îngrijirile la domiciliu;
- comunicarea reperelor dietetice și ale activității după externare;
- explicarea scopurilor, efectelor adverse și a orarului medicamentelor;
- asigurarea transportului (dacă este cazul);
- asigurarea unui scaun cu roțile (dacă este cazul și sunt posibilități);

- oferirea unui bilet de ieșire și a altor documente care să includă lista cu medicamente și recomandările;
- o sacoșă în care pacientul să-și pună lucrurile personale.

Procedura

- verificarea dispoziției scrise de externare și a medicației prescrise;
- informarea pacientului și a familiei privind data exactă a externării;
- igiena mâinilor;
- confirmarea identității pacientului de către cel puțin două persoane;
- instruirea pacientului și a familiei cu privire la îngrijirile, medicația și precauțiile care vor fi avute în vedere la domiciliu;
- instruirea pacientului cu privire la viitoare programări și consultații de verificare;
- înapoierea bunurilor pacientului după verificarea lor;
- sprijinirea pacientului în îmbrăcarea hainelor;
- igiena mâinilor;
- înregistrarea externării.

Diagnostiche nursing NANDA-I care pot fi identificate în timpul sau în legătură cu această procedură

Anxietate (00146: Anxiety)

Lipsă de cunoștințe (00126: Deficient knowledge)

Afectarea comunicării verbale (00051: Impaired verbal communication)

Notă: Pentru elemente definatorii, PES-uri, obiective, intervenții și evaluări în cazul unora dintre aceste diagnostice nursing, a se vedea volumul I!

I.1.3. Transferul

Aspecte generale

Transferul pacientului dintr-o secție în alta a aceluiași spital sau dintr-un spital în altul presupune minime pregătiri și o atentă verificare

a documentelor. Pacientului și familiei trebuie să li se explice motivele transferului.¹⁴

De asemenea, este necesară o discuție cu personalul secției sau spitalului unde urmează să fie transferat pacientul cu privire la starea pacientului și planul de îngrijire, pentru asigurarea continuității îngrijirilor și protecția personalului în legătură cu respectarea normelor.¹⁵

Materiale necesare

- inventarul lucrurilor aparținând pacientului;
- rețeta recomandată și semnată de medic;
- sacoșa sau geanta cu lucrurile pacientului;
- scaun cu rotile, dacă este necesar.

Procedura

- igiena mâinilor;
- confirmarea identității pacientului de către cel puțin două persoane;
- explicarea motivelor transferului (pacientului și familiei);
- evaluarea stării fizice a pacientului pentru a decide dacă sunt necesare un scaun rulant și un mijloc de transport adecvat;
- comunicarea transferului către secția sau unitatea spitalicească unde pacientul urmează să fie internat;
- prezentarea pacientului către staful secției în care se face transferul;
- înregistrarea transferului (data, ora, statusul de sănătate al pacientului, precauții privind tratamentul, dieta);
- igiena mâinilor.

Diagnostică nursing NANDA-I care pot fi identificate în timpul sau în legătură cu această procedură:

Anxietate (00146: Anxiety)

Lipsă de cunoștințe (00126: Deficient knowledge)

Afectarea comunicării verbale (00051: Impaired verbal communication)

¹⁴Lippincott's Nursing Procedures, 6 edition: Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health, [2013]

¹⁵The Joint Commission. (2012). Standard PC.04.01.01. *Comprehensive accreditation manual for hospitals: The official handbook*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission. (Level I)

Afectarea capacității de auto-îngrijire: spălatul - 00108: *Bathing self-care deficit*; îmbrăcatul/ dezbrăcatul - 00109: *Dressing self-care deficit*; hrănirea - 00102: *Feeding self-care deficit*; folosirea toaletei - 00110: *Toileting self-care deficit*)

Risc de afectare a demnității (00174: *Risk for compromised human dignity*)

Afectarea stimei de sine: situațional (00120: *Situational low self-esteem*)

Risc de afectare a stimei de sine: situațional (00153: *Risk for situational low self-esteem*)

Risc de sindrom de stres al relocării (00149: *Risk for relocation stress syndrome*)

Afectarea confortului: ambiental (00214 *Impaired comfort*)

Afectarea comunicării verbale (00051: *Impaired verbal communication*)

Notă: Pentru elemente defnitorii, PES-uri, obiective, intervenții și evaluări în cazul unora dintre aceste diagnostice nursing, a se vedea volumul I!

I.1.4. Aspecte privind îngrijirea pacienților în stadiu terminal și decesul

Aspecte generale

Pacientul aflat în stadiu terminal necesită sprijin fizic și emoțional intensiv.

Semnele și simptomele morții iminente sunt:

- reducerea frecvenței și amplitudinii respirației;
- scăderea sau absența tensiunii arteriale;
- scăderea frecvenței pulsului;
- scăderea temperaturii corpului;
- scăderea gradului de conștiență;
- diminuarea senzorialității și a controlului neuro-muscular;
- transpirație, paloare, cianoză, rigiditate.

Sprijinul emoțional pentru acești pacienți și familiile lor înseamnă adesea încredere și prezența fizică pentru a diminua frica și sentimentul de singurătate. Acest tip de sprijin este necesar încă din fazele incipiente ale bolii incurabile cauzatoare a decesului.

În funcție de legislația țării, unii pacienți semnează declarații privind neutilizarea mijloacelor de menținere a vieții după apariția stării de comă. În acest caz, dorința pacientului trebuie respectată și comunicată medicilor și echipei de îngrijire. (Lippincott's Nursing Procedures, 2013)

Materiale necesare

- cearșafuri curate;
- echipament de protecție;
- recipient cu apă și săpun;
- prosoape;
- mușama de protecție;
- dacă este necesar: cateter urinar, echipament de aspirație.

Proceduri

- pregătirea materialelor și echipamentelor la îndemână, aproape de patul pacientului;
- confirmarea identității pacientului de către cel puțin două persoane din staf;
- igiena mâinilor și punerea mănușilor;
- observarea palorii, transpirației și scăderii nivelului de conștiență;
- măsurarea funcțiilor vitale;
- administrarea medicației antialgice conform prescripției, recomandabil intravenos pentru efecte mai rapide;
- explicarea pentru pacient a tratamentelor și îngrijirilor pentru că acesta ar putea încă să audă;
- dacă are această abilitate, pacientului i se va oferi ocazia și timpul de a vorbi despre sentimentele sale;
- anunțarea membrilor familiei, dacă nu sunt prezenți, despre dorința pacientului de a-i vedea;

- contactarea unui preot dacă acest lucru este solicitat;
- igiena mâinilor;
- înregistrarea activităților.

Considerații speciale

- dacă pacientul a semnat un document de renunțare la susținerea artificială a vieții (pe baza legislației specifice), medicul va consemna aceasta în foaia pacientului pentru a fi în atenția stafului din turele următoare;
- instruirea familiei cu privire la nevoile, tratamentele și planul de îngrijire specifice pacientului și oferirea suportului emoțional;
- discutarea cu familia a opțiunii privind donarea de organe, pe baza legislației specifice.

Înregistrarea procedurilor

- înregistrarea schimbării valorilor semnelor vitale, a ingestiei și eliminărilor, precum și a nivelului de conștiență;
- înregistrarea momentului în care se constată oprirea funcției inimii și a respirației și anunțarea medicului în legătură cu acestea;

Diagnostiche nursing NANDA-I care pot fi identificate în timpul sau în legătură cu această procedură:

Risc de dezechilibru al volumului fluidelor: în deficit (00028: Risk for deficient fluid volume)

Incontinență urinară funcțională (00020: Functional urinary incontinence)

Incontinență fecală (00014: Bowel incontinence)

Afectarea schimbului de gaze (00030: Impaired gas exchange)

Respirație ineficientă (00032: Ineffective: breathing pattern)

Afectarea ventilației pulmonare spontane (00033: Impaired spontaneous ventilation)

Risc de scădere a circulației sanguine în țesutul cerebral (00201: Risk for ineffective cerebral tissue perfusion)

Ineficiență a circulației sanguine în țesuturile periferice (00204: Ineffective peripheral tissue perfusion)

- Risc de ineficiență a circulației sanguine în țesuturile periferice (00228: Risk for ineffective peripheral tissue perfusion)*
- Ventilație pulmonară asistată disfuncțională (00034: Dysfunctional ventilatory weaning response)*
- Afectarea capacității de auto-îngrijire: spălatul - 00108: Bathing self-care deficit; îmbrăcatul/ dezbrăcatul - 00109: Dressing self-care deficit; hrănirea - 00102: Feeding self-care deficit; folosirea toaletei - 00110: Toileting self-care deficit)*
- Confuzie acută (00128: Acute confusion)*
- Afectarea comunicării verbale (00051: Impaired verbal communication)*
- Risc de afectare a demnității (00174: Risk for compromised human dignity)*
- Adaptare ineficientă (00069: Ineffective coping)*
- Anxietate cauzată de ideea morții (00147: Death anxiety)*
- Negare ineficientă (00072: Ineffective denial)*
- Frică (00148: Fear)*
- Stare de doliu - la persoanele apropiate, în cazul decesului (00136 Grieving)*
- Complicarea stării de doliu - la persoanele apropiate, în cazul decesului (00135 Complicated grieving)*
- Risc de complicare a stării de doliu (00172 Risk for complicated grieving; la persoanele apropiate, în cazul decesului)*
- Lipsă de putere fizică (00125 Powerlessness)*
- Risc de afectare a religiozității (00170: Risk for impaired religiosity)*
- Eliberarea ineficientă a căilor respiratorii (00031: Ineffective airway clearance)*
- Risc de escare (00249: Risk for pressure ulcer)*
- Afectarea integrității pielii (00046: Impaired skin integrity)*
- Risc de afectare a integrității pielii (00047: Risk for impaired skin integrity)*
- Risc de dezechilibru termic (00005: Risk for imbalanced body temperature)*
- Hipotermie (00006: Hypothermia)*

Risc de hipotermie (00253: Risk for hypothermia)

Risc de hipotermie perioperatorie (00254: Risk for perioperative hypothermia)

Termoreglare ineficientă (00008: Ineffective thermoregulation)

Durere acută (00132: Acute pain)

Durere cronică (00133: Chronic pain)

Notă: Pentru elemente definitorii, PES-uri, obiective, intervenții și evaluări în cazul unora dintre aceste diagnostice nursing, a se vedea volumul I!