

VARIANTA II - ASISTENT DEURTANT

1. ANGORUL PECTORAL - Atitudine de urgență
2. EPISTAXIS - cauze.
3. ÎNTRACRUC MILOCARDIC ACUT - conduită de urgență.
4. COLICA RENALĂ - cauze.
5. COMA NEUROLOGICĂ - enumerări și descrieri gradele.
6. BPOC - măsuri de urgență.
7. COMUȘIA CEREBRALĂ - Simptomatologia
8. CARE SUNT OBIECTIVELE SUPRAVEGHERII IAAH?
9. PENTRU CE SUNT UTILIZATE PRODUSELE BLOCIDE ÎNCADRATE ÎN TIPUL 2.
10. ENUMERATI CRITERIILE DE ALEGERE CORECTĂ A DEINFECTANTELOR.

Touze
Cg. in
Jhu.



04.02.2020

AS. DEBUTANT - MĂRYNITA II

	<p>e) Proba terapeutică cu nitroglicerină este un test patognomonic. Dispariția durerii la nitroglicerină în 2-3 minute este un semn clinic major, constituind în același timp un test clinic de diferențiere față de infarct și sindromul intermediar.</p> <ul style="list-style-type: none">● Alte semne care însoțesc durerea:— anxietate, senzația morții iminente.
--	--

De reținut. În afara formei clasice de angor se descriu diverse forme ca:
— angina pectorală Prinzmetal (sau "spontană", "cu orar fix"), crize care apar la ore aproximativ fixe. Durerea survine în repaus sau în timpul unei activități obișnuite;

— angina pectorală instabilă (sindrom intermediar) se caracterizează prin modificarea caracterelor atacurilor de angor în ceea ce privește frecvența, intensitatea, ineficiența terapeutică a nitroglicerinei (precedând cel puțin cu două săptămâni instalarea unui infarct miocardic acut).

SUBIECTUL NR. 1

2.8.3. Atitudinea de urgență	<ul style="list-style-type: none">● Repaus - oprirea imediată a efortului fizic. Dacă este la domiciliu: repaus la pat sau fotoliu. Înălțurarea stresului psihic.● Nitroglicerină - tablete a 0,5 mg sublingual.● Nitrit de amid: 2-5 picături pe batistă, de inhalat. Acționează în aproximativ 10 secunde.● Primul acces de angor pectoral major trebuie considerat ca o stare de preinfarct, iar bolnavul trebuie internat de urgență. De asemenea, schimbarea caracterului unui angor pectoral vechi în sensul că: survine mai frecvent cu durată mai mare, cu răspuns terapeutic diminuat la administrarea nitroglicerinei, trebuie considerată stare de urgență care necesită internare (angor instabil).● În spital se vor elucida problemele de diagnostic diferențial și diagnosticul etiologic prin:<ul style="list-style-type: none">— E.C.G. - în angor pectoral traseul electrocardiografic nu este semnificativ (poate fi normal).— Alte examinări (transaminaze, glicemie, leucocite, V.S.H., radioscopie toracică etc.) pot fi necesare pentru diagnosticul diferențial cu infarctul miocardic, cu sindromul intermediar etc. și cu durerile toracice extracardiace sau necoronariene.
2.8.4. Tratamentul de durată	<p>— <i>Instituirea de măsuri igieno-dietetice</i></p> <p>a) regim dietetic (reducerea aportului caloric). Alimentația echilibrată cu evitarea grăsimilor animale, reducerea cantității de hidrocarbonate, evitarea alimentelor bogate în colesterol (creier, carne grasă, mezeluri, unt, ouă, brânzeturi grase, smântână, ciocolată),</p>

04.02.2020

AS. JERUȘANU - VARIANTA II

inflamator
comprimă
jenă exa-
re,
e decubit,
producând
perforației
nită puru-
tive pot
oxice, fie
vaselor
jugulară,
ză, exa-
nd sunt
vical și
ie puse
a face
aturală
elor.
rviciu
lui și
dicu-
sub
l +
uco-
pen-
e.

	<p>Atenție! Sunt contraindicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> — procedeele oarbe de extragere sau împingere a corpului străin în stomac, — provocarea de vărsături, — ingerare de miez de pâine (aceste procedee care pot determina leziuni grave ale esofagului).
--	--

9.2. HEMORAGIILE OTORINOLARINGOLOGICE

Hemoragiile otorinolaringologice cuprind pierderile de sânge nazale, auriculare, bucofaringiene, laringiene, traheobronșice, esofagiene.

9.2.1. Hemoragia nazală (epistaxisul)

Prin epistaxis se înțelege orice hemoragie care ia naștere în fosele nazale (pierdere de sânge prin nas). Se mai numește și *rinoragie*.

În funcție de sediul epistaxisului distingem:

- epistaxis anterior din pata vasculară (zona Valsalva-Kisselbach),
- epistaxis posterior,
- epistaxis viu, difuz în mai multe puncte ale mucoasei pituitare

(indică de cele mai multe ori existența unei discrazii sanguine, tulburări de coagulabilitate sanguină).

subiectul nr. 2

<p>9.2.1.1. Cauze</p>	<p>Cauzele epistaxisului sunt locale și generale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cauze locale: <ul style="list-style-type: none"> — grataj digital, — tusea, strănutul, — prezența unor ulcerații ale septului nazal (ulcer Hayek), — afecțiuni inflamatoare (viroze), — unele tumori benigne sau maligne, — polip sângerând al septului. ● Cauze generale: <ul style="list-style-type: none"> — hipertensiunea arterială, — lipsa vitaminei C și K (avitaminoze), — boli ale sângelui: leucemie, hemofilie, purpură, agranulocitoză etc., — boli cardiovasculare (stenoză mitrală), — insuficiențe hepatice și renale, — boli contagioase (scarlatina, gripa, febra tifoidă etc.) ● Cauze traumatice accidentale sau chirurgicale.
-----------------------	---

04.02.2020

AS - FEBRUARIU - VARIANTA II

SUBIECTUL NR 3

	<ul style="list-style-type: none">● <i>Febra</i>, absentă la început, apare la 12-24. de ore de la debut (în jur de 38°C).● <i>Alte semne</i>: Uneori starea de șoc domină tabloul clinic de la început, manifestat prin paloare, tegument rece și umed, puls rapid filiform, alterarea stării generale, oligurie gravă. Șocul „inexplicabil”, edemul pulmonar, insuficiența cardiacă rapid progresivă, tulburările de ritm atrag atenția asupra unui infarct miocardic chiar în absența durerii. <i>De reținut</i>: debutul atipic este frecvent, îndeosebi la vârstnici; debut nedureros, mascat de unele din simptomele și semnele menționate anterior, care aparțin complicațiilor infarctului miocardic acut. I.M.A. este una din afecțiunile în care evoluția poate să ducă la moarte, iar îngrijirea acestor bolnavi constituie o urgență medicală. Asistenta medicală trebuie să știe să acorde primul ajutor oricând și oriunde va fi solicitată.
2.3.2. Conduita de urgență	În faza de prespitalizare. Faza de prespitalizare este intervalul de la debutul infarctului miocardic și până în momentul sosirii bolnavului în spital. Deoarece mortalitatea cea mai mare (2/3 din cazuri) are loc în această fază, asistenta medicală trebuie să fie familiarizată cu principalele probleme de rezolvat în această perioadă.
— prevenirea morții subite	● Așezarea bolnavului în decubit dorsal și interzicerea efectuării oricărei mișcări. <i>Atenție!</i> Să nu se uite psihoterapia.
— preîntâmpinarea altor complicații	● <i>Sedarea durerii</i> : (la indicația medicului) — morfina 0,01 g - 0,02 g (1 fiolă = 0,02 g) subcutanat sau intramuscular, eventual intravenos, încet diluat în ser fiziologic, sub controlul respirației; — mialgin 0,10 g subcutanat sau intramuscular, eventual intravenos, diluat în 10 ml ser fiziologic sau glucoză 10%, — fortral 30 mg intravenos sau intramuscular. <i>Atenție!</i> Morfina poate provoca o hipotensiune arterială și deprimarea ventilației pulmonare. Asocierea cu atropină (1 mg subcutanat sau intramuscular, eventual 0,5 mg i.v.) poate preveni aceste fenomene. Dacă durerile sunt de mai mică intensitate se poate încerca liniștirea lor cu algoalmin, fenobarbital, codeină.

04 02 2020

AS. SEBUTIANI - VARIANTA 1

SUBIECTUL NR. 3 (continuare)

	<ul style="list-style-type: none"> Urmărirea T.A. și P. Menținerea T.A. cu perfuzii de glucoză 5%, dextran, marisang și H.H.C. Urmărirea pulsului și corectarea extrasistolelor cu xilină de uz cardiologic. Menținerea permeabilității căilor aeriene prin aspirație. Oxigenoterapie.
— scurtarea timpului până la internarea în spital	<ul style="list-style-type: none"> Transportul de urgență într-o unitate spitalicească cu autosanitare și obligatoriu cu targa. Pentru reducerea mortalității prin infarct miocardic, ideale sunt ambulanțele dotate cu aparatură de monitorizare, defibrilare și reanimare și însoțite de un medic și un cadru mediu - așa-zisele „unități mobile coronariene”.

Pentru a se acorda îngrijiri în unitățile spitalicești și pentru a se putea interveni de urgență, asistenta medicală trebuie să aibă pregătită o trusă de prim ajutor, care să cuprindă:

- medicație pentru calmarea durerii, sedative, anticoagulante, xilină, coronarodilatatoare (intensain), hemisuccinat de hidrocortizon (HHC);
- seringi sterile, soluții de perfuzat, aparat de perfuzie, deschizător de gură, pipe Guedel, aspirator de secreții, aparat de respirație artificială de tip Ruben, aparatură pentru monitorizare și defibrilare.

2.3.3. Îngrijirea în unitățile spitalicești	
1 - instalarea bolnavului în pat	<ul style="list-style-type: none"> Transportul bolnavului de la „Salvare” se face direct în secție (cardiologie, terapie intensivă sau interne), cu targa, într-un timp cât mai scurt. Mutarea bolnavului de pe targă în pat o face personalul sanitar fără să permită bolnavului nici o mișcare, pentru ca să nu i se agraveze situația. Asistenta medicală va avea grijă să îi fie asigurat un climat de liniște, salon bine încălzit, aerisit. Poziție cât mai comodă, în pat (este bine ca paturile să fie prevăzute cu somiere reglabile pentru a se evita pozițiile forțate).
2 - aplicarea în continuare a măsurilor de prim ajutor	<p>La indicația medicului:</p> <ul style="list-style-type: none"> — <i>sedarea durerii</i>: derivații de opiacee (morfină, mialgin), fortral sau amestecuri litice (romergan + largactil + mialgin); — <i>combaterea anxietății</i>: sedative (fenobarbital, diazepam). Pe cât posibil se evită administrarea sedativelor concomitent cu a opiaceelor; — oxigenoterapie.

na oră.
toneală o can-
luce în partea
se fixează în
sondă se
se introduce

chid în vasul
fel, încât în
l de lichid.

ea circulația
i abdominale

., respirația.
oment!

luse de deza-

deu: se face
ombilic, pe
37 grade în-
toneu o oră,
și alți 2 litri
introduce este



Important! Insuficiența renală acută poate evalua spre vindecare sau cronicizare. În caz de evoluție favorabilă, restabilirea funcțiilor renale se face după 12-14 zile de anurie, după care urmează *etapa poliurică*. Și în această fază de reluare a diurezei pot să apară complicații (deshidratare, infecții urinare, complicații cardiovasculare etc.). De aceea, în îngrijirea bolnavului, asistenta va respecta cu strictețe tratamentul prescris de medic.

4.1.7. Trecerea progresivă la un regim dietetic

- Regimul se îmbogățește treptat prin introducerea proteinelor de mare valoare (ouă, lapte, brânză, carne).
 - Creșterea rației calorice (regim ușor hipercaloric, hiperglucidic, normolipidic, hiposodat).
 - Se introduc alimente bogate în potasiu (sucuri de fructe, sucuri de legume etc.).
 - Când diureza atinge 1-1,5 litri, bolnavul va putea primi regim normal sărat.
 - Bolnavul poate să bea 500-800 ml lichide peste pierderile zilnice.
- Atenție! Incapacitatea de muncă durează 2-3 luni.

04.02.2020

AP- SEBUTANU

4.2. COLICA RENALĂ (nefretică)

VARIANȚA II

Este un sindrom dureros acut, paroxistic, de obicei apiretic, însoțit de agitație și iradieri uretero-vezico-genitale, provocat de un spasm al căilor urinare excretoare superioare.

SUBIECTUL NR. 4

4.2.1. Cauze

- **Litiază reno-ureterală:** prezența de calculi în cavitățile renale, de unde pot migra în ureter și în celelalte segmente ale căii excretoare (vezi fig. 4.5 înfățișând rinichiul și căile excretoare) constituie afecțiunea care este cauza colicii.
 - **Inflamațiile urogenitale:**
 - pielonefrită (infecția interesează căile urinare, bazinetul și parenchimul renal),
 - pionefroză (formarea unei pungi cu conținut purulent, prin distensie și distrugerea parenchimului renal),
 - tuberculoza renală.
- Inflamațiile urogenitale determină (însă rar) colici renale prin inflamație ureterală; obliterări ureterale prin mucus și puroi; iritația plexului renal
- **Tumorile renale** și ale organelor de vecinătate (uter, colon, rect) provoacă foarte rar colici prin compresiune ureterală extrinsecă și spasm asociat.

04.02.2020

AC SEQUITANI - VARANIT

Dar în fața unei stări comatoase, personalul mediu nu va temporiza măsurile terapeutice de absolută urgență pentru considerentul că trebuie lămurit diagnosticul etiologic.

Indiferent de cauza care a dus la pierderea cunoștinței, cadrul mediu trebuie să se orienteze - la primul contact cu bolnavul - asupra complicațiilor care îi pun viața în pericol imediat (insuficiență respiratorie acută, o sângerare, o insuficiență circulatorie acută).

SUBIECTUL NR. 5

5.1.2. În funcție de gravitatea ei, coma poate fi de 4 grade:

• coma *superficială*: cunoștința nu este complet pierdută, reflexele, circulația și respirația sunt normale;

• coma *de profunzime medie* se caracterizează prin: pierderea completă a cunoștinței, bolnavul nu răspunde la întrebări și nu execută ordine, reflexele osteotendinoase și corneean sunt păstrate; funcțiile vieții vegetative sunt păstrate (respirație, circulație).

Este important ca la bolnavii în comă de profunzime medie să se urmărească atent respirația, micțiunea și îndeosebi deglutiția, deoarece aceste funcții neurovegetative vitale se alterează pe măsură ce coma evoluează spre coma profundă;

• coma *profundă (carus)* se caracterizează prin pierderea totală a stării de conștiință; reflexele osteo-tendinoase, pupilare și de deglutiție se abolesc treptat. Deglutiția și micțiunea nu mai sunt controlate de centrii cerebrali. Apar tulburări respiratorii (polipnee sau bradipnee, respirație Cheyne-Stokes sau Kussmaul), circulatorii (șoc), și metabolice (deshidratare, acidoză sau alcaloză);

• coma *ireversibilă (depășită)*. Apar tulburări cardiovasculare și respiratorii grave. Bolnavul este menținut în viață numai prin respirație mecanică.

După un prealabil examen neurologic se poate stabili gravitatea comei prin reflexul de deglutiție.

Reflexul de deglutiție, examinat succesiv, dă relații valoroase asupra evoluției progresive sau regresive a comei.

Urmărirea se face prin introducerea unui lichid în cavitatea bucală a bolnavului. Întâi nu se observă nici o mișcare mai mult sau mai puțin adaptată a buzelor în contactul cu recipientul.

Dacă coma se aprofundează, lichidul este păstrat în gură mai mult timp înainte de a fi dirijat spre faringe.

Într-un grad mai avansat al comei, lichidul stă un timp îndelungat în gură fără să declanșeze mișcări de deglutiție, scurgându-se apoi în afara cavității bucale prin comisuri. În coma de profunzime medie atingerea buzelor cu lingura nu declanșează mișcarea de apucare a alimentelor.

5.1.3. Diagnosticul diferențial se face cu alte stări, în care survin tulburări ale funcțiilor de relație și/sau vegetative:

- *obnubilarea* = bolnavul își păstrează parțial cunoștința, sesizează numai parțial evenimentele din jurul său;

- *starea de somn* = hipersomnie profundă, bolnavul poate fi trezit numai cu excitanți foarte puternici;

- *letargia* se manifestă prin somn anormal profund și prelungit, din care bolnavul poate fi trezit prin excitații foarte puternice;

alterarea
rțială a
asupra
(paren-
ropatii
craniu
nează
ază:
secto-
coma
iper-
mulți
itală,
t.

04.02.2020

AS. DEBUTANT - VARIANTA !!

subiectul nr. 6

1.6.2. Măsurile de urgență

- Oxigenoterapie pe sondă nasofaringiană, pentru combaterea hipoxemiei. Oxigenoterapia necesită o deosebită atenție și prudență, deoarece administrarea unor cantități mari de oxigen la bolnavii cu hiperemie cronică este periculoasă. Centrii respiratori la hiperemici nu mai sunt sensibili la CO_2 , singurul stimulent rămânând hipoxemia. Înlăturarea bruscă a hipoxemiei prin administrarea de cantități mari de O_2 înseamnă înlăturarea stimulului, deprimarea centrilor respiratori și agravarea pe această cale a hipoventilației alveolare și hiperemiei.
- De aceea O_2 trebuie administrat în doze moderate, cu supravegherea îndeaproape a bolnavului. Administrarea oxigenului se începe cu un debit de 1-2 l/minut.
- Perfuzie cu următorul cocteil: hemisuccinat de hidrocortizon 200 mg, cloramfenicol hemisuccinat 1 g, miofilin 2 fiole a 0,24 g, deslanosid 1 fiolă a 0,4 mg, 30-40 picături pe minut (supravegheat).
- Sub strictă supraveghere se transportă la spital, unde se va face un tratament complex.

— în spital

- *combaterea obstrucției* prin drenaj postural, aspirație bronșică și spălătură bronșică. Utilizarea drenajului postural, asociat cu percuția toracelui, determină mobilizarea secrețiilor bronșice și creșterea expectorației. Aspirația endobronșică se execută prin cateter introdus pe cale nazală sau pe bronhoscop. Spălătura bronșică se execută după aspirație, prin introducerea la interval de 5-10 minute de cantități mici de bisolvon (3-5 ml), care apoi se aspiră;
- *combaterea inflamației* cu antibiotice: ampicilină 2-3 g în 24 ore sau tetraciclină 2 g/zi timp de 7-10 zile. Se continuă apoi antibioterapia cu vibramicin 100 mg/zi. În forme mai ușoare, penicilină asociată cu streptomycină. Când există intoleranță la peniciline se va administra eritromicină 1-2 g, eventual cu biseptol 3-4 tablete/zi;
- corticoizii sunt indicați pentru acțiunea lor antiinflamatoare, antisecretoare și anti-bronhospastică: prednison în doze 20-30 mg/zi (4-6 tablete, a 5 mg) timp de 7-10 zile (doză descrescândă);

07402-2020

(Confirmare)

AS. SEBUTANI - VARICHOITA

Lucretia
nr. 4

- combaterea spasmului prin:
 - bronhodilatatoare: aminofilină administrată i.v. lent sau perfuzie (2-3 fiole miofilin) 24 ore în soluție glucozată izotonică 5% 1 000-1 500 ml;
- administrarea de fluidifiante ale secreției bronșice:
 - bromhexin, 30 de picături de 3 ori pe zi
 - alfachimotripsină în aerosoli de 2-3 ori pe zi;
- la nevoie: tonicardice, diuretice, anticoagulante, sîngerare, ventilație mecanică.

Observație: BPOC se întâlnește mai ales la fumători, la cei supuși noxelor (pulberi și vapori iritanți).

07.02.2020

AS. SEBUTANI - VARANTA II

	<ul style="list-style-type: none"> ● Dacă este vorba de un bolnav labil psihic se pot administra sedative sau tranchilizante și somnifere 2-3 zile (diazepam, nozinan, luminal). <p>Atenție asupra faptului că un accidentat considerat ca un simplu comotat cerebral poate să aibă totuși o leziune intracraniană neevidentă clinic și care se poate manifesta clinic peste câteva ore sau zile. De aceea, fără să alarmeze accidentatul, i se atrage atenția ca la apariția oricărui semn ca: cefalee persistentă, vărsături, vertijele etc. să se prezinte cât mai urgent într-un serviciu neurochirurgical.</p>
--	--

12.1.1.2. *Contuzia cerebrală* este o afecțiune cranio-cerebrală traumatică, în care există leziuni anatomopatologice ale creierului. Contuzia cerebrală poate fi de diferite grade: minoră, moderată, gravă.

climatic
caz
edem
tabla durală).
orba
că a
anzi-
eno-
rece
va
erat
ații
ie.
ent,

subiectul
Nr. 7

<p>1. Simptomatologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Abolirea sau alterarea stării de conștiință cu durata de una sau câteva ore (contuzia cerebrală minoră) până la 24 ore (contuzia cerebrală moderată). Alterări profunde și de lungă durată ale stării de conștiință = comă prelungită (contuzia cerebrală gravă). ● Modificări tranzitorii de puls, respirație, tensiune arterială, vărsături (contuzie minoră): <ul style="list-style-type: none"> — dispnee, tahicardie, rar oscilații ale T.A. (contuzia cerebrală moderată), — alterări importante ale funcțiilor vegetative și vitale (domină perturbările respiratorii cu încărcare traheobronșică, dispnee tip Cheyne-Stokes, Kussmaul, hipertermie, tahicardie (rar bradicardie), vărsături, puseuri de hipertensiune (contuzie gravă). ● Deglutiție dificilă sau abolită (contuzii grave). ● Semne neurologice inconstante: modificări de reflexe, abolire de reflex plantar (contuzie minoră), redoare a cefei, asimetrie de reflexe miostatice, exstensie a halucelui, pareze oculomotorii (contuzie moderată), sindrom bipiramidal egal sau inegal, uneori crize convulsive generalizate, perturbări tonigene = rigiditate prin decerebrare (contuzie gravă). ● Semne oftalmologice: midriază bilaterală sau mioză (egală sau inegală), mișcări pendulare ale globilor oculari (contuzie gravă).
---------------------------	---

04.02.2020

AS. SEBUTANI - VARIANTA 10.

SUBIECTUL NR. 7 (continuare)

- În staționare se poate pune în evidență lichidul cefalorahidian:
 - rozat sau clar (contuzie minoră);
 - sanguinolent sau rozat (contuzie moderată),
 - intens sanguinolent (contuzie gravă).

Observație: lichidul cefalorahidian nu respectă întotdeauna gradul contuziei cerebrale. Are o netă valoare practică orientativă și o certă valoare în evoluția leziunii; menținerea modificărilor în timp arată persistența leziunii; reducerea modificărilor arată o normalizare a procesului.

- Alte semne care pot persista în toate formele de contuzii: cefalee, amețeli, vertijee, uncori vărsături.

De reținut: gradul de contuzie cerebrală, pornind de la cea medie, se identifică pe baza profunzimii comei.

Profunzimea comei se apreciază cel mai ușor și mai practic în funcție de precizarea abolirii timpilor deglutiției.

Precizarea modificării reflexului de deglutiție este deosebit de importantă pentru a aprecia gradul de profunzime a comei și adâncirea acesteia. Urmărirea dereglării timpului bucal al deglutiției dă relații valoroase asupra evoluției progresive sau regresive a comei, atunci când este examinat succesiv. Urmărirea se face prin introducerea de lichid în cavitatea bucală a bolnavului. Întâi nu se constată decât o mișcare mai mult sau mai puțin adaptată a buzelor la contactul cu recipientul. Când coma devine mai profundă, se observă cum lichidul este păstrat în gură mai mult timp, înainte de a fi dirijat către faringe. Într-un grad mai avansat al comei, lichidul stă un timp îndelungat în gură, fără să declanșeze mișcări de deglutiție, scurgându-se apoi în afara cavității bucale prin comisuri. Într-un stadiu și mai avansat, lichidul poate pătrunde în faringe, fără însă ca această pătrundere să fie controlată de activitatea reflexă. În coma de profunzime medie, atingerea buzelor cu lingura nu declanșează mișcarea de apucare a alimentelor. Lichidele introduse în gură sunt înghițite dar, pe măsură ce coma se adâncește, deglutiția devine mai dificilă.

2. Prim ajutor	<ul style="list-style-type: none">— Se face un examen riguros și rapid, controlându-se funcțiile vitale, starea de conștiență, se inventariază leziunile.— Asigurarea respirației prin control digital al permeabilității căilor respiratorii și îndepărtarea corpurilor străine din cavitatea buco-faringiană.— Poziționarea victimei (fig.12.1 a, b, c) în decubit lateral sau ventral, cu fruntea sprijinită pe antebraț (fig.12.1 d). În felul acesta se asigură:<ul style="list-style-type: none">● menținerea permeabilității căilor respiratorii,● prevenirea căderii limbii (aceasta se poate preveni și prin aplicarea unei pipe Guedel),
----------------	---

04.02.2020

ASISTENT MEDICAL DEBUTANT

- VARIANTA II

SUBIECTUL NR. 8

1. Obiectivele supravegherii sunt:

- a) creșterea interesului personalului medical pentru depistarea, declararea și, în final, reducerea infecțiilor;
- b) cunoașterea prevalenței și descrierea distribuției infecțiilor pe secții și tipuri de infecție, precum și monitorizarea tendințelor;
- c) identificarea secțiilor care necesită programe de prevenire intensive și susținute, precum și evaluarea impactului implementării programelor preventive.

Subiectul nr.9

(4) Produsele biocide încadrate, conform prevederilor legale în vigoare, în tipul 2 de produs sunt utilizate pentru:

- a) dezinfectia suprafețelor;
- b) dezinfectia manuală a dispozitivelor medicale, dezinfectia prin imersie, dezinfectia la mașini automate;
- c) dezinfectia lenjeriei/material moale.

Subiectul nr. 10

ART. 22 Criteriile de alegere corectă a dezinfectantelor sunt următoarele:

- a) spectrul de activitate adaptat obiectivelor fixate;
- b) timpul de acțiune;
- c) în funcție de secția din unitatea sanitară în care sunt utilizate, dezinfectantele trebuie să aibă eficiență și în prezența substanțelor interferente: sânge, puroi, vomă, diaree, apă dură, materii organice;
- d) să aibă remanență cât mai mare pe suprafețe;
- e) să fie compatibile cu materialele pe care se vor utiliza;
- f) gradul de pericolozitate (foarte toxic, toxic, nociv, coroziv, iritant, oxidant, foarte inflamabil și inflamabil) pentru personal și pacienți;
- g) să fie ușor de utilizat;
- h) să fie stabile în timp;
- i) natura suportului care urmează să fie tratat;
- j) riscul de a fi inactivat de diferite substanțe sau condiții de mediu, așa cum este prevăzut în fișa tehnică produsului;
- k) să fie biodegradabile în acord cu cerințele de mediu.