

Дата	Содержание работы	Оценка	Подпись
19.06	<p style="text-align: center;">План 1 рабочего дня</p> <p>I. Заполнение направлений для проведения анализов: Заявки на анализы должны быть согласованы со всеми врачами – специалистами, участвующими в лечении больного, чтобы при венепункции взять материал для всех необходимых исследований и не повторять процедуру. Медицинская сестра должна собрать все заявки данного пациента и дать суммарную заявку на анализы. Если пациент будет переведен в другое отделение, то она также должна предупредить лабораторию об этом, чтобы результаты исследований были направлены в нужное отделение и не утеряны. В направлении на лабораторные исследования (заявке) должны быть отображены следующие данные:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ф.И.О. пациента - отделение, номер истории, номер палаты; - возраст, пол; - диагноз; - Ф.И.О. лечащего врача; - перечень необходимых исследований; - дата и время назначения; - дата и время взятия крови (сбора биологического материала) - подпись специалиста, проводившего взятие крови или другого биологического материала. <p>II. Обучить пациента технике сбора мочи для различных исследований:</p> <p>1. Обучение сдачи мочи по Нечипоренко:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Идентифицировать пациента. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Получить согласие пациента на предстоящее исследование. Дать направление на исследование, заполнив его по форме. Объяснить пациенту/семье, куда и в какое время нужно принести емкость с мочой и направление. В течение суток до забора материала, не принимать мочегонные препараты, так как эти препараты изменяют удельный вес, кислотность и количество выделяемой мочи, не следует употреблять продукты (свекла, морковь) способные окрашивать мочу. Перед сбором мочи необходимо обработать наружные половые органы теплой водой с мылом. Утром, после гигиенической процедуры, начать мочеиспускание в унитаз, затем задержать мочеиспускание, открыть емкость и собрать в нее утреннюю порцию мочи в объеме 10 мл по Нечипоренко мл, закрыть крышкой. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мочи. При необходимости дать ему письменную инструкцию. <p>2. Обучение сдачи мочи по Земницкому:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Идентифицировать пациента. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Получить согласие пациента на предстоящее исследование. Дать направление на исследование, заполнив его по форме. Объяснить пациенту/семье, куда и в какое время нужно принести емкость с мочой и направление. В течение суток до забора материала, не принимать мочегонные препараты, так как эти препараты изменяют удельный вес, кислотность и количество выделяемой мочи, не следует употреблять 	Боя	сг ечс ВВ

продукты (свекла, морковь) способные окрашивать мочу. В 6. 00 часов предложить пациенту выпустить мочу в унитаз ; далее собирать мочу в течение суток, каждые три часа в отдельную пронумерованную емкость; (объяснить, что при отсутствии мочи за временной промежуток, соответствующая емкость остается пустой, на бирке отмечается «отсутствие порции мочи» и доставляется вместе с остальными в лабораторию) .Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мочи. При необходимости дать ему письменную инструкцию.

3. Обучение сдачи мочи на сахар:

- Идентифицировать пациента. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Получить согласие пациента на предстоящее исследование. Дать направление на исследование, заполнив его по форме. Объяснить пациенту/семье, куда и в какое время нужно принести емкость с мочой и направление. В течение суток до забора материала, не принимать мочегонные препараты, так как эти препараты изменяют удельный вес, кислотность и количество выделяемой мочи, не следует употреблять продукты (свекла, морковь) способные окрашивать мочу. Моча собирается в течение суток в одну емкость; в 6 часов – пациент мочится в унитаз; в течение суток до 6 часов – мочится в одну емкость. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мочи. При необходимости дать ему письменную инструкцию.

4. Обучение сдачи суточной мочи:

- Идентифицировать пациента. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Получить согласие пациента на предстоящее исследование. Дать направление на исследование, заполнив его по форме. Объяснить пациенту/семье, куда и в какое время нужно принести емкость с мочой и направление. В течение суток до забора материала, не принимать мочегонные препараты, так как эти препараты изменяют удельный вес, кислотность и количество выделяемой мочи, не следует употреблять продукты (свекла, морковь) способные окрашивать мочу. Пациент собирает мочу в течение 24 часов, соблюдая обычный питьевой режим. Утром в 6–8 часов он опорожняет мочевого пузыря и отмечает время (эту порцию мочи выливают), а затем в течение суток собирают всю мочу в чистый широкогорлый сосуд емкостью не менее 2 л, с плотно закрывающейся крышкой. Последняя порция берется точно в то же время, когда накануне был начат сбор (время начала и конца сбора отмечают). Если не вся моча направляется в лабораторию, то количество суточной мочи измеряют мерным цилиндром, отливают часть в чистую посуду, в которой ее доставляют в лабораторию, и обязательно указывают объем суточной мочи. В эти сутки обязательно учитывают количество выпитой жидкости во всех видах (в том числе и во фруктах: арбузы, виноград, яблоки и т. п.). У здорового человека в норме в течение суток выводится примерно 3/4 (65–80 %) выпитой жидкости. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мочи. При необходимости дать ему письменную инструкцию.

5. Обучение сдачи мочи по Амбурже:

- Идентифицировать пациента. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Получить согласие пациента на предстоящее исследование. Дать направление на исследование, заполнив его по форме. Объяснить пациенту/семье, куда и в какое время нужно принести емкость с мочой и направление. В течение суток до забора материала, не принимать мочегонные препараты, так как эти препараты изменяют удельный

вес, кислотность и количество выделяемой мочи, не следует употреблять продукты (свекла, морковь) способные окрашивать мочу. При исследовании этим методом больной ограничивает прием жидкости днем и исключает ночь. Мочу собирают за 3 часа. Утром больной опорожняет мочевой пузырь (эта моча отбрасывается), отмечает время и ровно через 3 часа собирает мочу для исследования. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мочи. При необходимости дать ему письменную инструкцию.

III. Обучить пациента самоконтролю АД, пульса и ЧДД, температуры тела:

1. Обучение пациента самоконтролю АД:

Для того чтобы избежать ошибки при изменении АД необходимо строго придерживаться определенных правил. Эти универсальные правила следует соблюдать независимо от типа аппарата:

- за 30 мин до измерения не следует курить и пить кофе, крепкий чай;
- перед измерением АД нужно спокойно посидеть в течение 5 мин.;
- измеряйте АД всегда в положении сидя. Руку для измерения АД необходимо расслабить и освободить от одежды. На этой руке не должно быть шрамов от разрезов плечевой артерии, отека или фистул для проведения гемодиализа;
- расположите руку так, чтобы локтевой сгиб был на уровне сердца. Лучше всего положить руку на стол, чуть выше уровня пояницы;
- наложите манжету на плечо так, чтобы ее нижний край был на 2,5 см (на 2 пальца) выше локтевого сгиба. Закрепите манжету так, чтобы она плотно облегла плечо, но не вызывала ощущения сдавления или боли;
- измерив АД, повторите измерение через 2 мин. Если два показания прибора различаются более чем на 5 мм. рт. ст., нужно измерить АД еще раз. Рассчитайте среднее значение.

2. Обучение пациента измерению пульса:

- Расположите 1-й палец на тыльной стороне предплечья; 2, 3, 4-й последовательно от основания большого пальца на лучевой артерии.
- Прижмите артерию к лучевой кости и прощупайте пульс
- Определите симметричность пульса. Если пульс симметричен, дальнейшее исследование можно проводить на одной руке. Если пульс не симметричен, дальнейшее исследование проводите на каждой руке отдельно.
- Определите ритмичность, частоту, наполнение и напряжение пульса.
- Производите подсчет пульсовых ударов не менее 30 секунд. Полученную цифру умножьте на 2. При наличии аритмичного пульса подсчет производите не менее 1 минуты.

3. Обучение измерению ЧДД:

Считать дыхательные движения за 1 минуту. Норма 12-20/мин.

4. Обучение измерению температуры тела:

- Приготовить сухой чистый термометр: проверить его целостность, при необходимости – протереть насухо чистой салфеткой.
- Осмотреть кожу в подмышечной области (при наличии гиперемии, местных воспалительных процессов нельзя проводить измерение температуры, т. к. показания термометра будут выше, чем температура тела).
- Посмотреть показания термометра и встряхнуть его так, чтобы ртутный столбик опустился в резервуар ниже 35° С.
- Расположить резервуар термометра в подмышечную впадину так, чтобы он полностью соприкасался с кожей

Время измерения температуры – 10 минут.

- Извлечь термометр, посмотреть его показания.

IV. Размещение пациента в постели:

1. Размещение пациента в постели в положении Фаулера:

- поднять изголовье кровати под углом 45- 60 градусов (в таком положении легче дышать, общаться; чувствует себя комфортно);

- положить под голову пациента небольшую подушку или оставить лежать без подушки;

- подложить под руки пациента подушки (если пациент не в состоянии двигать руками), чтобы снять нагрузку на капсулу плечевого сустава;

- под поясницу положить подушку для уменьшения нагрузки на поясничный отдел позвоночника;

- под бедра и коленные суставы подложить подушку или валик для предупреждения переразгибания в коленных суставах;

- подложить небольшую подушку или валик под нижнюю треть голени для предупреждения длительного давления матраца на пятки;

- подставить скамейку для упора стоп пациента под углом 90 для предупреждения «провисания» стопы;

- уложить пациента, убедиться, что он чувствует себя комфортно.

2. Размещение пациента в постели в положении Симса:

- привести кровать пациента в горизонтальное положение;

- перевести пациента в положение лежа на боку и частично лежа на животе (на постели должна находиться лишь часть живота пациента);

- подложить небольшую подушку под голову пациента, повернуть ее на бок;

- подложить подушку под «верхнюю», согнутую в локтевом и плечевом суставе руку под углом 90, «нижнюю» руку положить на постель ладонью вверх (таким образом сохраняется правильная биомеханика тела).

3. Размещение пациента на боку:

- Передвинуть пациента ближе к краю кровати, противоположной стороне поворота

- Попросить пациента скрестить руки на груди

а) - согнуть левую ногу пациента (если он сам не может) в коленном суставе, подставив левую стопу в правую подколенную впадину, причем правая рука медсестры охватывает голень, другая подколенную впадину.

б) - переместить руки медсестры: правую - на левое бедро, а левую - на левое плечо.

Повернуть пациента на правый бок

- Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение. Рука находящая сверху, лежит на подушке на уровне плеча.

4. Размещение пациента на спине:

- Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медсестра.

- Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придав постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.

- Придать пациенту правильное положение:

- положить подушку под голову (или поправить оставшуюся);
- расположить руки вдоль туловища ладонями вниз;
- расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами.

- Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею.
- Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком, полотенце.
- Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль бедер, с наружной стороны, от области большого вертела бедренной кости.
- Подложить небольшую подушку или валик под голень в нижней части.
- Обеспечить упор для поддержания стоп под углом 90°.
- Подложить под предплечья небольшие подушки.

5. Размещение пациента на животе:

- приведите кровать пациента в горизонтальное положение;
- уберите подушку из-под головы;
- разогните руку пациента в локтевом суставе, прижмите ее к туловищу по всей длине и, подложив кисть пациента под бедро, «перевалите» пациента через его руку на живот;

- передвиньте тело пациента на середину кровати;
- поверните голову пациента на бок и подложите под нее низкую подушку (таким образом уменьшается сгибание или переразгибание шейных позвонков);

V. Транспортировка и перекладывание больного:


Тяжелобольных можно транспортировать на носилках 2 или 4 человека. По отделению несут головой вперед, удерживая носилки в горизонтальном положении. При спуске по лестнице несут ногами вперед, идущие впереди поднимают носилки до уровня плеч. При подъеме по лестнице несут головой вперед, идущие сзади поддерживают конец носилок до уровня плеч. Идущие сзади должны наблюдать за состоянием пациента. Если кто-то из носильщиков почувствовал усталость, следует немедленно сообщить другому члену бригады и остановиться.

VI. Смена нательного и постельного белья:

- Продольный способ (применяется в тех случаях, когда больному разрешено поворачиваться). Больного передвигают на край постели. Скатывают грязную простыню по длине в валик, расправляют на ее месте чистую. Перекладывают или поворачивают больного на другой край кровати. Убирают грязную и расправляют чистую простыню.

- Поперечный способ (применяется в тех случаях, когда больному запрещены активные движения в постели). Поднимают голову больного и верхнюю часть туловища. Убирают подушку. Грязную простыню складывают в виде валика, а на ее место помещают и расправляют до середины кровати чистую, кладут подушку, опускают голову. Приподнимают таз больного, скатывая грязную простыню, на ее место кладут чистую. Опускают таз больного. Поднимают ноги – полностью убирают грязную, заменяя ее чистой простыней.

Итог дня:	Выполненные манипуляции	Количество
	Заполнение направлений для проведения анализов	1
	Обучение пациента технике сбора мочи для различных исследований	3
	Обучить пациента самоконтролю АД, пульса и ЧДД, температуры тела	1
	Транспортировка и перекладывание больного	5
	Смена нательного и постельного белья	7
	Размещение пациента в постели	

Дата	Содержание работы	Оценка	Подпись
20.06	<p align="center">План 2 рабочего дня</p> <p>I. Взятие мазка для бактериологического исследования:</p> <p>Из зева:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Провести гигиеническую обработку рук. - Надеть маску и стерильные перчатки. - Сесть напротив пациента, достаточно близко, ноги сдвинуть тоже в сторону. - Попросить пациента запрокинуть голову и повернуть её в сторону медсестры, широко открыть рот. - Взять в левую руку шпатель и пробирку с тампоном и меткой «З», надавить шпателем на язык, но не касаясь корня, а правой рукой извлечь из пробирки стерильный тампон (держась только за пробку) и ввести его в глотку. - Осторожно провести тампоном сначала по правой дужке, правой миндалине, далее - по левой миндалине и левой дужке (снимая налёт), не касаясь слизистой оболочки рта и языка. - Извлечь тампон из полости рта и осторожно опустить его в стерильную пробирку, не касаясь наружной поверхности пробирки. - Поставить пробирку с тампоном в штатив. <p>Из носа:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Взять пробирку с тампоном и меткой «Н» в левую руку и предложить пациенту слегка запрокинуть голову, правой рукой извлечь из пробирки тампон. - 1 пальцем левой руки слегка приподнять кончик носа пациента, правой осторожно, стараясь не касаться наружной поверхности носа, легким вращательным движением ввести тампон в нижний носовой ход с одной, а затем с другой стороны. - Извлечь тампон из полости носа и осторожно опустить в пробирку, не касаясь наружной поверхности пробирки - Поставить пробирку в штатив. <p>II. Обучить пациента технике сбора фекалий для исследований:</p> <p>I. Для копрологического (общего) исследования (копрограмма) - определение переваривающей способности различных отделов пищеварительного тракта.</p> <p><i>Подготовка пациента:</i> за 7—10 дней до сдачи анализа отменить лекарственные препараты (все слабительные, препараты висмута, железа, ректальные свечи на жировой основе, ферменты и другие препараты, влияющие на процессы переваривания и всасывания). Нельзя накануне делать клизмы. После рентгенологического исследования желудка и кишечника проведение анализа кала возможно не ранее, чем через двое суток.</p> <p>За 3 дня до сбора необходимо избегать пищевых продуктов, содержащих железо: мясо, рыба, все виды зелёных овощей. Если необходимо изучить степень усвоения пищи целесообразно применить диеты Шмидта и Певзнера, содержащие точно дозированные определенные наборы продуктов. Диету выбирают с учетом состояния органов пищеварения. При пробной щадящей</p>	5 577	

диете Шмидта в условиях нормального пищеварения, пищевые остатки в кале не обнаруживаются. В кале здорового человека, получившего диету Певзнера (диета с нагрузкой), содержится большое количество неперевариваемой клетчатки. Диету соблюдают в течение 4-5 дней. Анализ собирается через 3-5 дней троекратно с учётом ежедневного опорожнения кишечника. *Сестринская информация пациенту:* объяснить всю подготовку к взятию кала на исследование. Собрать кал в количестве 5-10 г из различных мест без примесей (мочи, воды) и поместить в ёмкость. Доставить в клиническую лабораторию.

2. Для исследования на скрытую кровь (реакция Грегерсона) – подтверждение, выявление скрытого кровотечения из верхних отделов пищеварительной системы.

Проба на скрытую кровь основана на способности пигментов крови, расщеплять перекись водорода. Выделяющийся при этом атомарный кислород окисляет вещества с образованием продуктов характерной окраски, при этом цвет может указать на источник кровотечения, а примесь крови объективно указывает на кровотечение в области желудочно-кишечного тракта.

Подготовка пациента: за 3 дня до исследования назначается диета, исключающая железосодержащие продукты (мясо, рыба, помидоры, яйца, печень, икра, гречневая каша, все зеленые овощи). Одновременно отменяются все лекарственные препараты, содержащие железо, висмут, бром, йод. При кровоточивости дёсен исключить чистку зубов щёткой, обработку полости рта проводить полосканием.

Сестринская информация пациенту: объяснить всю подготовку к взятию кала на исследование. На четвёртый день кал собирать в горшок или судно, а затем деревянной лучиной взять 10-20 г кала из мест, преимущественно подозрительных на наличие крови (тёмных) и поместить в ёмкость.

Доставить в клиническую лабораторию.

3. Для исследования на простейшие - выявление простейших (лямблий).

Предварительная подготовка к исследованию не требуется.

Сестринская информация пациенту: необходимо выполнение главного условия - Кал должен быть теплым, т.к. в остывшем кале вегетативные формы простейших быстро гибнут и невозможно отличить патогенные формы от непатогенных. Собранный кал (5-10 г) необходимо доставить в клиническую лабораторию теплым, не позднее, чем через 15-20 минут, если каловые массы жидкие, если оформленные не более чем через 2 часа. Исследование желательно повторить 5 раз с интервалом 2 дня.

Если нет возможности сразу доставить в лабораторию свежесобраный кал, то в ёмкость добавляют консервант.

4. Для исследования на яйца гельминтов - выявление глистной инвазии (аскаридоз, трихинеллез, анкилостомоз).

Исследование кала на яйца гельминтов - важная составная часть общего анализа кала, нередко проводится как самостоятельное.

Предварительная подготовка к исследованию не требуется.

Сестринская информация пациенту: собрать кал (5-10 г) из 3-5 мест без посторонних примесей в приготовленную ёмкость.

Доставить в клиническую лабораторию.

5. Для бактериологического исследования (на микрофлору) - выявление больных и бактерионосителей патогенной кишечной флоры (сальмонелёзом, дизентерией, гепатитом А).

Подготовка пациента: исследование проводят до начала антибактериальной терапии или за 3 дня до взятия кала её необходимо отменить.

Сестринская информация пациенту: кал на исследование берут непосредственно из прямой кишки с помощью стерильной петли.

III. Подготовка к рентгенологическому исследованию печени и желчевыводящих путей:

Это исследование основано на способности печени выделять с желчью йодсодержащие препараты, что и дает возможность получить изображение желчных путей (внутривенная и инфузионная холангиохолецистография).

При подготовке к исследованию желчного пузыря пациент принимает контрастный препарат внутрь (пероральная холецистография).

В последнее время для диагностики заболеваний желчных путей и поджелудочной железы применяют метод эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ), при котором контрастное вещество (60 % верографин) вводят через катетер в желчные и панкреатические протоки через большой дуоденальный сосочек при фибродуоденоскопии.

IV. Подготовка к рентгенологическому исследованию почек и мочевыводящих путей.

При рентгенологическом исследовании почек применяют чаще всего обзорную рентгенографию почек и мочевыводящих путей и внутривенную (экскреторную) урографию, при которой контрастный препарат, выделяющийся почками, вводят внутривенно.

Поскольку почки расположены забрюшинно, то достоверные результаты их рентгенологического исследования получаются лишь в том случае, если нет значительного скопления газов в петлях кишечника, расположенных впереди почек. Данное обстоятельство обуславливает необходимость в соответствующей подготовки.

Основной целью подготовки пациента к рентгенологическому исследованию почек и мочевыводящих путей (внутривенная урография) является тщательное очищение кишечника от газов и каловых масс, мешающих получению качественных рентгеновских снимков. Для каждого пациента в зависимости от возраста, особенностей и характера заболевания, функционального состояния его пищеварительного тракта врач определяет индивидуальный план подготовки. Однако существуют и общие рекомендации для подготовки пациента к внутривенной урографии.

За 2—3 дня до рентгенологического исследования необходимо исключить из рациона продукты, способствующие газообразованию (винегрет, фрукты, сахар, молоко, черный хлеб). Накануне исследования со второй половины дня рекомендуют ограничить прием жидкости. Вечером и утром за 2—3 ч до исследования кишечник очищают с помощью клизмы. При ежедневном стуле, отсутствии жалоб на запор и урчание в животе необходимости в клизме нет.

V. Подготовка к ультразвуковым методам исследования.

1. УЗИ желудочно-кишечного тракта (печени, поджелудочной железы, желчного пузыря).

Информация пациенту: за 2-3 дня до исследования по назначению врача принять активированный уголь по 0,5-1,0 гр - 3-4 раза в день (при метеоризме) и исключить продукты из пищевого рациона, вызывающие метеоризм. Исследование проводится утром, натощак, не принимать жидкость, лекарства, не курить. При себе иметь полотенце (салфетки), пелёнку.

2. УЗИ органов малого таза (мочевой пузырь, матка, яичники, предстательная железа), почек.

Информация пациенту: полноценное исследование выполнимо только при наполненном мочевом пузыре. Это связано с необходимостью осмотра нижних отделов мочеточников, которые можно увидеть, только если наполнен мочевой пузырь. Для этого необходимо примерно за 1,5 - 2 часа до исследования необходимо не мочиться и выпить воды. Вместо воды можно выпить чай, компот, но только не газированную воду и не молоко. Пить лучше через

трубочку, чтобы меньше заглатывать воздух.

VI. Подготовка к эндоскопическим методам исследования.

ФГДС - фиброгастроуденоскопия, исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, ФГС - фиброгастоскопия проводится с помощью гибких эндоскопов на волоконной оптике - гастродуоденоскопов.

Информация пациенту: исследование проводится утром натощак, не пить воду и не принимать лекарственные препараты, не курить. Накануне ужин должен быть не позднее 21 часа. Во время исследования нельзя разговаривать и глотать слюну. На исследование можно прийти с полотенцем.

Итог дня:	Выполненные манипуляции	Количество
	Взятие мазка из зева и носа для бактериологического исследования	1
	Обучить пациента технике сбора фекалий для исследований	1
	Обучить пациента подготовке к рентгенологическим методам исследования	1
	Обучить пациента подготовке к ультразвуковым методам исследования	1
	Обучить пациента подготовке к эндоскопическим методам исследования	1

Дата	Содержание работы	Оценка	Подпись
21.06	<p style="text-align: center;">План 3 рабочего дня</p> <p>I. Утренний туалет больного:</p> <p style="text-align: center;">Обработка глаз</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать руки, надеть перчатки. 2. Взять два шарика правой и левой руками. 3. Смочить одномоментно шарики в растворе антисептика, слегка отжать и протереть веки по направлению от наружного угла глаза к внутреннему. Сбросить шарики в дезинфектант. 4. Повторить процедуру по мере необходимости; каждый раз использовать отдельные шарики для каждого глаза. 5. Осушить глаза сухими ватными шариками/салфетками. Сбросить в дезинфектант. 6. Снять перчатки, сбросить в дезинфектант, вымыть и осушить руки. 7. Обеспечить комфорт пациенту. <p style="text-align: center;">Обработка носа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать руки, надеть перчатки. 2. Смочить турунды масляным раствором. 3. Приподнять кончик носа, другой рукой ввести турунду вращательным движением в один носовой ход, а затем вторую турунду — в другой носовой ход. 4. При необходимости оставить турунду на 1-3 минуты для размягчения носовых корочек. 5. Сбросить турунды в дезинфектант. 6. Снять перчатки, сбросить в дезинфектант, вымыть и осушить руки. 7. Обеспечить комфорт пациенту. <p style="text-align: center;">Обработка ушей</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать руки, надеть перчатки. 2. Смочить ватную турунду в теплом растворе перекиси водорода, слегка отжать. 3. Оттянуть одной рукой ушную раковину кверху и кзади и ввести ватную турунду в наружный слуховой проход, сбросить в дезинфектант. 4. Осушить ватной турундой наружный слуховой проход, сбросить в дезинфектант. 5. Увлажнить салфетку в мыльном растворе и обработать ушную раковину, заушное пространство. 6. Обмыть водой ушную раковину, заушное пространство и высушить. 7. Снять перчатки, сбросить в дезинфектант, вымыть и осушить руки. Обеспечить комфорт пациенту. <p style="text-align: center;">Умывание пациента</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать руки, надеть перчатки. 2. Прикрыть грудь салфеткой. 3. Дать в руки пациента мыло или намылить рукавичку. 4. Полить теплую воду на руки, дать возможность умыться: руки — лицо — шея. 5. Высушить кожу полотенцем легкими промокающими движениями. 6. Убрать лоток и салфетку. 7. Снять перчатки, сбросить в дезинфектант, вымыть, осушить руки. 	5 отт	С. М. А. М.

8. Придать комфортное положение пациенту.

II. Частичная санитарная обработка пациента.

Мытье головы тяжелобольного в постели

1. Обработать руки, надеть перчатки.
2. Создать удобное положение пациенту для мытья головы с помощью подголовника или подручных средств.
3. Поместить под голову клеенку, на шею, плечи — полотенце.
4. Поставить таз у изголовья.
5. Смочить волосы водой, намылить шампунем волосы, помассировать кожу и смыть.
6. Осушить волосы полотенцем/феном и расчесать.
7. Убрать предметы ухода, снять печатки, сбросить в дезинфектант, вымыть и осушить руки.
8. Обеспечить комфорт пациенту.

III. Дуоденальное зондирование.

1. Объясните пациенту порядок проведения процедуры.
2. Правильно усадите пациента: опираясь на спинку стула, наклонив голову вперед.
3. Вымыть руки, надеть перчатки.
4. На шею и грудь пациента положить полотенце, если есть съемные протезы, снять их.
5. Рассчитать длину зонда: рост – 100 см.
6. Стерильным пинцетом достать зонд. Взять его в правую руку, а левой рукой поддерживать свободный конец.
7. Смочить теплой кипяченой водой или смазать стерильным вазелиновым маслом.
8. Предложить пациенту открыть рот.
9. Положите конец зонда на корень языка, предложите пациенту делать глотательные движения, дыша через нос.
10. Вводите до нужной отметки.
11. С помощью 20 мл шприца получите мутноватую жидкость – желудочный сок. Значит зонд в желудке.
12. Предложите пациенту медленно походить, заглатывая зонд до 7-ой метки.
13. Уложите пациента на кушетку на правый бок, подложив под правое подреберье грелку, а под таз – валик (облегчается прохождение оливы в 12-ти перстную кишку и раскрытие сфинктеров).
14. В течение 10-60 мин пациент заглатывает зонд до 9-ой метки. Наружный конец зонда опущен в емкость для желудочного сока.

IV. Полная санитарная обработка пациента:

1. Приготовить ванную комнату для проведения процедуры: закрыть форточки, поместить деревянную решетку на пол около ванны.
2. Проверить температуру воздуха в ванной комнате (25 °С).
3. Заполнить ванну на половину ее объема водой температурой 37 °С.
4. Надеть медицинской сестре фартук, перчатки.
5. Помочь раздеться пациенту.
6. Усадить пациента в ванну, в ножной конец для упора поставить подставку, вода должна доходить до уровня мечевидного отростка.
7. Вымыть голову пациента, мыть пациента мочалкой с мылом в последовательности: туловище, верхние конечности, нижние конечности, паховая область, промежность.
8. Ополоснуть пациента чистой водой.

9. Помочь пациенту выйти из ванны, вытереть в той же последовательности согретым полотенцем.
10. Помочь пациенту одеться в чистое белье и высушить волосы.
11. Подстричь при необходимости пациенту ногти на руках и на ногах.
12. Сопроводить пациента в палату (при необходимости транспортировать).
13. Белье, использованные полотенца сложить в мешок для грязного белья.
14. Спустить воду и провести санитарную обработку ванны, дезинсекцию предметов ухода.
15. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор, вымыть руки

V. Проведение осмотра на педикулез.

1. Осмотреть волосистые части тела пациента: для выявления головного педикулеза — височную и затылочную области, брови, ресницы;
 - для выявления лобкового педикулеза — область лобка, подмышечные впадины;
 - для выявления платяного педикулеза — внутренние швы и складки белья.
2. При выявлении головного педикулеза изолировать пациента в санпропускник.
3. Надеть медицинской сестре спецодежду.
4. Отлить в лоток приготовленное овоцидное средство.
5. Постелить на кушетку клеенку, обработать ее одним из овоцидных средств, усадить на нее пациента.
6. Обработать салфеткой, смоченной овоцидным средством, внутреннюю поверхность клеенчатого мешка.
7. Раздеть пациента, поместить одежду пациента в мешок из х/б ткани, а затем в клеенчатый, прикрыть обнаженное тело простыней, накрыть клеенчатой пелериной плечи.
8. Поставить таз перед пациентом.
9. Наложить жгут из х/б ткани (косынки) на лоб пациента.
10. С помощью корнцанга взять ватный тампон, смочить в лотке с овоцидным средством, слегка отжать.
11. Обработать смоченным тампоном последовательно всю поверхность головы у корней волос, распределяя волосы гребешком на пряди.
12. Положить гребешок и ватные тампоны в лоток для отработанного материала.
13. Покрыть волосы клеенчатой косынкой, затем косынкой из х/б ткани, герметично завязать, оставить на 20 мин.
14. Снять косынки, поместить их в прорезиненный мешок.
15. Промыть волосы, поливая теплой водой из кувшина над тазом.
16. Ополоснуть волосы 6%-ным раствором столового уксуса, экспозиция 30 секунд.
17. Высушить волосы полотенцем и прочесать частым гребнем до полного вычесывания вшей и гнид.
18. Отправить пациента на общую санитарно-гигиеническую обработку.
19. Погрузить предметы ухода, используемые при обработке, в овоцидное средство на 30 мин.
20. Обработать помещение тем же раствором, используя распылитель.
21. Снять спецодежду медицинской сестры и поместить во второй прорезиненный мешок.
22. Обработать горловины мешков тампоном с овоцидным средством и отправить в дезкамеру.
23. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором,

вымывать руки.

24. Сделать отметку о выявлении педикулеза и проведении дезинсекции на титульном листе истории болезни больного: поставить дату проведения обработки и подпись медицинской сестры.

25. Заполнить экстренное извещение и в течение 2-х часов отправить в центр санитарно-эпидемиологического надзора (ЦСЭН) по месту выявления педикулеза.

26. Внести сведения о выявлении педикулеза в «журнал учета инфекционных заболеваний».

Итог дня:	Выполненные манипуляции	Количество
	Утренний туалет больного	2
	Частичная санитарная обработка пациента	2
	Полная санитарная обработка пациента	1
	Заполнение документации	3
	Проведение осмотра на педикулез	1
	Дуоденальное зондирование	1

Дата

22.06

Содержание работы

Оценка

Подпись

План 4 рабочего дня

I. Подача увлажненного кислорода:

1. Объясните пациенту ход предстоящей манипуляции;
2. Вымойте руки, наденьте перчатки.
3. Вскройте упаковку, извлеките катетер и смочите его дистиллированной водой.
4. Введите катетер в нижний носовой ход на глубину, равную расстоянию от мочки уха до крыльев носа.
5. Зафиксируйте катетер лейкопластырем, чтобы он не выпал и не причинял неудобств.
6. Соедините катетер к источнику увлажненного кислорода с заданной концентрацией и скоростью подачи.
7. Обеспечьте достаточную свободу движений катетера или кислородных трубок и прикрепите их к одежде безопасной булавкой.
8. Проверьте состояние катетера, скорость потока кислорода, концентрацию через каждые 8 часов.
9. Наблюдайте за тем, чтобы увлажнитель в аппарате Боброва был постоянно.
10. Осматривайте слизистую носа пациента для выявления ее возможного раздражения.

II. Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии:

- Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления.
- Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке.
- Подсоединить шприц с 10-20 куб. см (10 куб. см для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в области эпигастрия при помощи стетоскопа (булькающие звуки).
- Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение – манипуляции, связанные с оксигенотерапией).
- Каждые 4 часа выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы.
- Каждые 3 часа (по назначению врача) промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в отдельную жидкость.
- Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен.
- Прозеинфицировать и утилизировать использованные материалы.
- Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком.
- Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции
- Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

5
БТН15
МЧ

III. Разведение антибиотиков:

1. Надеть маску. Обработать руки (гигиенический уровень), надеть перчатки, обработать перчатки спиртовым шариком антисептиком для перчаток.
2. Проверить упаковку со шприцем на целостность и срок годности.
3. Вскрыть упаковку со шприцем со стороны поршня, присоединить иглу для набора лекарственного средства к шприцу.
4. Прочитать название антибиотика на флаконе, срок годности, дозировку.
5. Сопоставить дозу с записью в листе назначений.
6. На ампуле прочитать концентрацию и количество растворителя, срок годности прочитать на коробке.
7. Обработать спиртовым шариком металлическую крышку на флаконе.
8. Нестерильным пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки.
9. Обработать резиновую пробку флакона спиртовым шариком.
10. Вскрыть ампулу с растворителем и набрать нужное количество растворителя в шприц.
11. Проколоть резиновую пробку флакона и ввести иглу на половину длины стержня иглы.
12. Ввести во флакон растворитель – сначала 1 – 2мл, затем отсоединить шприц от иглы (выпустить во флакон воздух), снова подсоединить шприц к игле и ввести ещё 1 – 2мл растворителя, выпустить воздух и так ввести весь раствор.
13. Обращать внимание на то, чтобы срез иглы не был в растворе, иначе из иглы выльется разведённый антибиотик.
14. После разведения иглу оставить во флаконе.
15. Подождать, пока растворится антибиотик, раствор должен быть прозрачным.
16. Разведённый антибиотик храниться в холодильнике и используется в течение 12 часов.
17. Перед использованием антибиотика необходимо поставить пробу на чувствительность к данному препарату.

Итог дня:	Выполненные манипуляции	Количество
	Подача увлажненного кислорода	1
	Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии	1
	Обучить окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей	1
	Обучить пациента ингаляции лекарственного средства через рот и нос	1
	Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента	1
	Разведение антибиотиков	1

Дата

13.06

Содержание работы

Оценка

Подпись

План 5 рабочего дня

I. Катетеризация мочевого пузыря мягким или одноразовым катетером мужчины:

1. Подложить под больного клеёнку, сверху неё постелить пелёнку.
2. Попросить больного принять положение лёжа (на столе, кушетке, кровати и пр.), ноги согнуть в коленях, развести бёдра и упереть ступни в матрас.
3. Между ногами поставить ёмкость для мочи.
4. Подготовиться к процедуре: тщательно вымыть руки с мылом тёплой проточной водой, надеть стерильные перчатки.
5. Удерживая половой член в вертикальном положении, сдвинуть крайнюю плоть и обнажить головку полового члена, левой рукой зафиксировать её средним и безымянным пальцами и раздвинуть наружное отверстие мочеиспускательного канала большим и указательным пальцами.
6. Правой рукой, взяв корнцангом марлевый тампон, смочить его в антисептическом растворе и обработать головку полового члена вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала в направлении сверху вниз (от мочеиспускательного канала к периферии), меняя тампоны.
7. Влить 3-4 капли стерильного вазелинового масла в открытое наружное отверстие мочеиспускательного канала и нанести на катетер (на длину 15-20 см) стерильное вазелиновое масло (для облегчения введения катетера и предупреждения неприятных ощущений у больного).
8. Правой рукой взять стерильным пинцетом катетер на расстоянии 5-7 см от его конца («клюва»), ввести конец катетера в наружное отверстие мочеиспускательного канала.
9. Постепенно, легко надавливая на катетер, передвигать катетер глубже по мочеиспускательному каналу на глубину 15-20 см, заново перехватывая катетер пинцетом каждые 3-5 см (при этом следует левой рукой постепенно опускать половой член в сторону мошонки, что способствует продвижению катетера по мочеиспускательному каналу с учётом анатомических особенностей). Если при введении катетера ощущается сильное сопротивление, следует немедленно остановить процедуру!
10. При появлении мочи опустить наружный конец катетера в лоток для сбора мочи.
11. По окончании процедуры (когда сила струи мочи начинает значительно ослабевать) осторожно извлечь катетер из мочеиспускательного канала. Катетер следует извлечь ещё до полного опорожнения мочевого пузыря, чтобы оставшаяся моча промыла мочеиспускательный канал.
12. Поместить катетер (если использовался многоразовый набор для катетеризации) в ёмкость с дезинфицирующим раствором.
13. Снять перчатки, вымыть руки.

II. Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером:

1. Объяснить ход предстоящей манипуляции и получить информированное согласие пациента, процедура проводится не менее 2-х раз в день.
2. Рассказать пациенту правила ухода за катетером, мочеприёмником (дренажным мешком) и промежностью.

5
отнсг
мч
ФН

3. Отгородить пациента ширмой. Опустить изголовье кровати. Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента клеенку и пеленку. Необходимое положение пациента для проведения процедуры.
4. Провести гигиеническую дезинфекцию рук. Надеть стерильные перчатки.
5. Провести туалет наружных половых органов (подмывание) по алгоритму. Сменить перчатки!
6. Обработать стерильными марлевыми салфетками, смоченными антисептиком, проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см от выхода из уретры, затем просушить.
7. Осмотреть область уретры вокруг катетера и кожу промежности на предмет признаков инфекции. Гнойное отделяемое, гиперемия, отечность, мацерация кожи, являются признаками инфекции.
8. Убедиться, что происходит дренирование (отток) мочи из мочевого пузыря по системе «катетер - мочеприемник», проверить, не скручены ли трубки системы; следить, чтобы система «катетер – мочеприемник» была замкнутой, разъединять ее только в случае необходимости промывания катетера: промывать катетер только при подозрении на его закупорку; при необходимости промывания катетера соблюдать правила асептики; осторожно отсоединять мочеприемник, избегая загрязнения соединительной трубки.
9. Устранить другие возможные нарушения в работе системы «катетер - мочеприемник». При наличии крови в моче или возникновении боли в мочевом пузыре немедленно сообщить врачу!
10. Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута. Если трубка катетера натянута, необходимо осторожно снять пластырь, сменить его и приклеить к бедру на другое место без натяжения.
11. Использованное оснащение подвергнуть дезинфекции. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

III. Накрытие стерильного стола:

- Стерильный стол накрывается стерильной простыней в один слой так, чтобы она свисала на 15-20 см ниже поверхности стола. Вторая простыня складывается вдвое и укладывается поверх первой. После выкладывания инструментов стол накрывается простыней (сложенной в 2 слоя), которая должна закрывать все предметы и плотно скрепляться зажимами с нижней простыней. Стерильный стол накрывается на 6 часов.

IV. Пользование стерильным биксом:

1. Наденьте перчатки, маску.
2. Продезинфицируйте рабочий стол.
3. Обработайте бикс дезинфицирующим средством снаружи.
4. Поставьте на бирке бикса дату и час вскрытия и свою подпись.
5. Откройте крышку бикса и извлеките стерильным пинцетом мешочек с ватными шариками и положите на стерильный лоток.
6. Извлеките из бикса стерильное полотенце стерильным пинцетом.
7. Уложите полотенце осторожно не касаясь посторонних предметов на лоток, так, чтобы оно было сложено на лотке удобно: 2 слоя снизу, 2 - сверху.
8. Достаньте стерильным пинцетом стерильный халат и наденьте его.
9. Достаньте стерильным пинцетом стерильную пеленку и положите ее в левую руку.
10. Разверните на вытянутых руках стерильную пеленку над лотком, ничего не касаясь, так чтобы она была сложена в 2 слоя.
11. Разложите стерильную пеленку на лотке.
12. Положите вторую стерильную пеленку в той же последовательности.
13. Выложите стерильным пинцетом на стерильный лоток стерильные инструменты.

V. Опорожнение мочевого дренажного мешка:

1. Вымыть руки, надеть перчатки;
2. Поставить емкость для сбора мочи под отводной трубкой дренажного мешка;
3. Освободить отводную трубку от держателя;
4. Открыть зажим трубки, слить мочу в емкость (отводная трубка не должна прикасаться к стенке емкости для сбора мочи);
5. Закрывать зажим;
6. Протереть конец отводной трубки тампоном, смоченным 70-градусным спиртом (двукратно);
7. Закрепить отводную трубку в держателе;
8. Снять перчатки.
9. Убедиться, что трубки, соединяющие катетер и дренажный мешок, не перегнуты.

Итог дня:	Выполненные манипуляции	Количество
	Катетеризация мочевого пузыря мягким или одноразовым катетером мужчины	1
	Накрытие стерильного стола	1
	Пользование стерильным биксом	1
	Обучение пациента и его семью уходу за катетером	1
	Опорожнение мочевого дренажного мешка	2
	Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером	2
	Профилактика пролежней	1

Дата	Содержание работы	Оценка	Подпись
24.06	<p style="text-align: center;">План 6 рабочего дня</p> <p>I. Измерение температуры тела:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Протрите насухо подмышечную область больного (влажная кожа искажает показания термометрии). - Осмотрите подмышечную область: при наличии гиперемии, местных воспалительных процессов нельзя проводить измерение температуры (показания термометра будут выше, чем температура всего тела). - Вынуть термометр из стакана с дезинфицирующим раствором. После дезинфекции термометр следует ополоснуть проточной водой и тщательно вытереть насухо. - Встряхнуть термометр таким образом, чтобы ртутный столбик опустился до отметки ниже 35°C. - Поместить термометр в подмышечную впадину таким образом, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом пациента; попросить больного плотно прижать плечо к грудной клетке (при необходимости медицинский работник должен помочь больному удерживать руку). - Вынуть термометр через 10 мин., снять показания. - Встряхнуть ртуть в термометре до отметки ниже 35 °С. - Поместить термометр в ёмкость с дезинфицирующим раствором. - Зафиксировать показания термометра в температурном листе. <p>II. Измерение пульса:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Получите информированное согласие пациента. - Охватите пальцами правой руки левое предплечье пациента, пальцами левой руки правое предплечье пациента в области лучезапястных суставов. (Необходимо определять пульс одновременно на правой и левой лучевых артериях, сравнивая их характеристики, которые в норме должны быть одинаковыми.) - Расположите 1-й палец на тыльной стороне предплечья; 2, 3, 4-й последовательно от основания большого пальца на лучевой артерии. - Прижмите артерию к лучевой кости и прощупайте пульс - Определите симметричность пульса. Если пульс симметричен, дальнейшее исследование можно проводить на одной руке. Если пульс не симметричен, дальнейшее исследование проводите на каждой руке отдельно. - Определите ритмичность, частоту, наполнение и напряжение пульса. - Производите подсчет пульсовых ударов не менее 30 секунд. Полученную цифру умножьте на 2. При наличии аритмичного пульса подсчет производите не менее 1 минуты. - Зарегистрируйте полученные данные в температурном листе. <p>III. Измерение артериального давления:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Усадить или уложить пациента в зависимости от его состояния. 2. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца. 3. Подложить валик или кулак под локоть пациента. 4. Наложить манжету тонометра на плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба (между манжеткой и рукой пациента должен свободно проходить палец). 5. Найти пальпаторно на плечевой артерии пульсацию, приложить фонендоскоп. 	5 5/11	СГ ЛС ЛС

6. Соединить манжету с тонометром.
7. Нагнетать постепенно воздух баллоном до исчезновения пульсации +20-30 мм ртутного столба сверх того.
8. С помощью вентиля баллона снижать постепенно движение в манжетке, приоткрыв вентиль большим и указательным пальцами правой руки против часовой стрелки.
9. Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона - это систолическое давление.
10. Отметить по шкале на тонометре прекращение последнего громкого тона, при постепенном снижении давления - это диастолическое давление.
11. Для получения точных результатов измерить давление 3 раза на разных руках.
12. Взять минимальное значение АД и записать данные в лист динамического наблюдения.

IV. Подсчет частоты дыхательных движений:

- Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения, установите с ним доверительные отношения и получите согласие на проведение манипуляции.
- Приготовьте часы с секундомером или секундомер.
- Вымойте руки.
- Попросите пациента лечь удобно, чтобы вы видели верхнюю часть передней поверхности грудной клетки.
- Возьмите руку пациента, как для исследования пульса на лучевой артерии, чтобы пациент думал, что вы исследуете его пульс.
- Смотрите на грудную клетку: вы увидите, как она поднимается и опускается.
- Если вам не удастся увидеть движение грудной клетки, положите свою руку на грудную клетку пациента, и вы почувствуете эти движения.
- Подсчитайте частоту за 1 минуту (только количество вдохов).
- По окончании процедуры помогите пациенту сесть удобнее, уберите все лишнее.
- Вымойте руки.
- Зарегистрируйте данные измерения в температурном листе пациента.

Итог дня:	Выполненные манипуляции	Количество
	Заполнение температурного листа при регистрации показателей	4
	Построение графика температурной кривой	4
	Измерение температуры тела	4
	Измерение пульса	3
	Измерение артериального давления	1
	Подсчет частоты дыхательных движений	2