Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный

медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

# Д Н Е В Н И К

**ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

Наименование практики «Технология оказания медицинских услуг»

Ф.И.О. \_Ондар Чойгаана Чечен-ооловна

Место прохождения практики :Производственная практика в форме ЭО И ДО

 (медицинская организация, отделение)

с « 18 » 05 2020 г. по « 30 » 05 2020 г.

Руководители практики:

Общий - Ф.И.О. (должность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Непосредственный - Ф.И.О. (должность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Методический руководитель - Ф.И.О. (должность) Битковская В.Г

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Красноярск

20 20 г.

Содержание

1. Цели и задачи практики

2. Знания, умения, практический опыт, которыми должен овладеть обучающийся после прохождения практики

3. Тематический план

4. График прохождения практики

5. Инструктаж по технике безопасности

6. Содержание и объем проведенной работы

7. Манипуляционный лист

8. Отчет (цифровой, текстовой)

**Цели и задачи прохождения производственной практики**

**Цель** производственной практики МДК «Технология оказания медицинских услуг» состоит в закреплении и углублении теоретической подготовки обучающегося, приобретении им практических умений, формировании компетенций, составляющих содержание профессиональной деятельности младшей медицинской сестры.

**Задачи**:

1. Ознакомление со структурой поликлиники, лечебного отделения стационарного учреждения и организацией работы младшего и среднего медицинскогоперсонала;
2. Формирование основ социально-личностной компетенции путем приобретения студентами навыков межличностного общения с медицинским персоналом и пациентами;
3. Обучение студентов оказанию профессионального сестринского ухода за пациентами.
4. Обучение студентов оформлению медицинской документации.
5. Формирование навыков общения с больным с учетом этики и деонтологии в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов.
6. Формирование умений и приобретение первичного опыта при оказании медицинских услуг.
7. Адаптация студентов к условиям работы в учреждениях здравоохранения.

**Знания, умения, практический опыт, которыми должен овладеть обучающийся после прохождения практики**

**Практический опыт:**

ПО 1. выявления нарушенных потребностей пациента;

ПО 2. оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий;

ПО3. планирования и осуществления сестринского ухода;

ПО 4. ведения медицинской документации;

**Умения:**

У 1.собирать информацию о состоянии здоровья пациента;

У 2.определять проблемы пациента, связанные с состоянием его здоровья;

У 3.оказывать помощь медицинской сестре в подготовке пациента к лечебно-диагностическим мероприятиям;

У 4.оказывать помощь при потере, смерти, горе;

У 5.осуществлять посмертный уход;

У 8.составлять памятки для пациента и его окружения по вопросам ухода и самоухода, инфекционной безопасности, физических нагрузок, употребления продуктов питания;

У 10. заполнять документацию по инструкции;

**Знания:**

З 1.способы реализации сестринского ухода;

З 2.технологии выполнения медицинских услуг;

З 3. последовательность посмертного ухода;

З 4. перечень основной учетно-отчетной документации.

**Тематический план**

|  |  |
| --- | --- |
| **1**. | **Поликлиника**  |
| **2.** | **Стационар:** Приемное отделениеОтделение немедикаментозной терапииПост медицинской сестрыПроцедурный кабинетКлизменная |

**График прохождения практики**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование разделов и тем практики** | **Всего часов** |
|
|
| **1**. | **Поликлиника**  | **6** |
| **2.** | **Стационар**  | **60** |
| 2.1 | Приемное отделение | 6 |
| 2.2 | Пост медицинской сестры | 36 |
| 2.3 | Процедурный кабинет | 12 |
| 2.4 | Клизменная  | 6 |
| **3.** | Дифференцированный зачет | **6** |
|  | **Итого** | **72** |
| **Вид промежуточной аттестации** | дифференцированный зачет |  |

###### Инструктаж по технике безопасности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место печати МО

Подпись общего руководителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись непосредственного руководителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись студента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 18.05.2020. |  **1) Заполнить направления для проведения анализов.**

|  |
| --- |
| Отделение 56 № палаты 407  НАПРАВЛЕНИЕВ клиническую лабораториюАнализ мочи на сахарФИО: Сарыглар Инга АлександроваСуточный диурез: 1,6лДата: 18.05.2020Подпись м/с: Ондар |

**2) Обучить пациента технике сбора мочи для различных исследований**.**Подготовка пациента:**1.Установить доверительные отношения, объяснить ход процедуры, получить согласие на процедуру.2.Обучить пациента правилам сбора мочи на сахар.3. Объяснить необходимость соблюдения обычного водно-пищевого и двигательного режимов.4.Обучить пациента правилам подготовки посуды и оформлению направления (для сбора мочи в амбулаторных условиях).5.Попросить пациента повторить всю полученную от медсестры информацию.**Техника выполнения** (**выполняется пациентом):**1.Утром в 6.00 утра опорожнить мочевой пузырь в унитаз.2.Собрать всю выделившуюся мочу за сутки (до 6.00 следующего дня) в емкость объемом 3,0 литра.3.Измерить общее количество мочи (суточный диурез) и вписать данную цифру в направление.4.Перемешать стеклянной палочкой мочу, собранную за сутки и отлить 150,0- 200,0 мл в емкость, объемом 250,0 мл; прикрепить направление.5.Доставить в лабораторию.**3) Обучить пациента технике сбора фекалий для исследований.****1.**Накануне исследования объясните пациенту ход и цель процедуры.**2.**Проинформируйте пациента о том, что за 3 дня до исследования исключаются пищевые продукты, содержащие железо: мясо, рыба, все виды зеленых овощей; отменяются медикаменты, изменяющие внешний вид фекалия и усиливающие перистальтику кишечника. Кал берется для исследования на 4-й день.**3.**При необходимости изучения степени усвоения пищи целесообразно применить диеты, содержащие точно дозированные определение наборы продуктов (диета Шмидта и Повзнера) за 5 дней до исследования кала. Кал берется для исследования на 6-й день.**4.**Объясните пациенту, что кал для исследования следует брать утром в день исследования.**5.**Обучите пациента технике сбора кала на исследование:- пациент перед взятием кала должен надеть перчатки.- после опорожнения кишечника в судно без воды, пациент лопаточкой берет 5-10 г кала из разных мест и помещает в приготовленную посуду, закрывает крышкой.**6.**Пациент должен снять перчатки, вымыть и осушить руки.**7.**Доставьте посуду с содержимым и с направлением (отделение, № палаты, ФИО пациента, цель исследования, дата, подпись м/с) в клиническую лабораторию.**4) Измерить АД, пульса и ЧДД, температуры тела.**Измерение артериального давления.**Алгоритм действий:**1.      Усадить или уложить пациента в зависимости от его состояния2.      Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца3.      Подложить валик или кулак под локоть пациента4.      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 локтевой аптерии пульсацию, приложить фонендоскоп6.      Соединить манжету с тонометром7.      Нагнетать постепенно воздух баллоном до исчезновения пульсации +20-30 мм ртутного столба сверх того8.      С помощью вентиля баллона снижать постепенно движение в манжетке, приоткрыв вентиль большим и указательным пальцами правой руки против часовой стрелки9.      Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона - это систолическое давление10.  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 руках12.  Взять минимальное значение А\Д и записать данные в лист динамического наблюдения.Измерение пульса.**Алгоритм действий:**1. Объяснить пациенту суть и ход исследования. Получить его согласие на процедуру.2. Вымыть руки.3. Прижать 2,3,4-м пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента и почувствовать пульсацию ( 1 палец находится со стороны тыла кисти ).4. Определить ритм пульса в течение 30 сек.5. Взять часы или секундомер и исследовать частоту пульсации артерии в течение 30 сек: если пульс ритмичный, умножить на два, если пульс неритмичный - считать частоту в течение 1 мин.6. Сообщить пациенту результат.7. Прижать артерию сильнее чем прежде к лучевой кости и определить напряжение.8. Сообщить пациенту результат исследования.9. Записать результат.10. Помочь пациенту занять удобное положение или встать. 11. Вымыть руки.12. Отметить результаты исследования в температурном листе.Измерение ЧДД.**Алгоритм действий:**1. Вымыть и высушить руки.2.Придать пациенту удобное положение – лежа или сидя.3. Взять руку пациента как для исследования пульса на лучевой артерии (чтобы пациент думал, что медсестра исследует пульс).4.Положите другую руку на грудь пациента.5.Подсчитать число вдохов за минуту, пользуясь секундомером.6.Оценить частоту, глубину, ритм и тип дыхательных движений.7.Объяснить пациенту, что ему сосчитали частоту дыхательных движений.8.Вымыть и высушить руки.9.Провести регистрацию данных в температурном листе (цифровым и графическим способами.Измерение температуры тела.**Алгоритм действий:**1.      Вымыть руки теплой водой с мылом2.      Осмотреть подмышечную впадину и вытереть ее насухо3.      Взять термометр и стряхнуть ртуть ниже 354.      Расположить термометр в подмышечной впадине так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом5.      Измерять температуру каждые 10 мин6.      Обратить внимание, чтобы между телом и термометром не было белья7.      Вынуть термометр и зафиксировать цифровые данные в истории болезни по ходу дневника пациента, а также в температурном листе в виде линии, в соответствии с цифровым значением8.      Встряхнуть термометр9.      Обработать термометр в специальном лотке с дезинфицирующим раствором в течении 30 мин10.  Затем промыть термометр под проточной водой, вытереть насухо и поставить в чистую емкость с надписью: «Чистые термометры».**5) Провести дуоденальное зондирование.****Подготовка к процедуре:**1. Уточнить у пациента понимание хода и цели предстоящей процедуры и его согласие на процедуру. 2. Определить расстояние, на которое пациент должен проглотить зонд, с тем чтобы он оказался в субкардинальном отделе желудка (в среднем – около 45 см) и в 12-перстной кишке: расстояние от губ и вниз по передней брюшной стенке, чтобы олива располагалась на 6 см ниже пупка.3. Предложить пациенту сесть на стул или кушетку.4. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки. Положить полотенце на грудь и шею пациента.5. Взять зонд на расстоянии 10-15 см от оливы, а левой рукой поддерживать его свободный конец.**Выполнение процедуры:**6. предложить пациенту открыть рот, положить оливу на корень языка, а затем продвинуть зонд поглубже в глотку: пациент должен при этом делать глотательные движения. При каждом глотательном движении зонд будет продвигаться в желудок но нужной метки (4-й или 5-й). Во время заглатывания зонда в желудок пациент может сидеть или ходить.7. Проверить местонахождение зонда: подсоединить шприц к зонду: если при аспирации в шприц поступает мутноватая жидкость желтого цвета – олива находится в желудке; если нет – подтянуть зонд на себя и предложить заглатывать его вновь.8. Если зонд в желудке – уложить пациента на левый бок, подложив под таз валик или свернутое одеяло, а под правое подреберье – теплую грелку. В таком положении пациент продолжает заглатывать зонд до 7-8-ой метки. 9. При заглатывании зонда до 9-ой метки (80-85 см), опустить его свободный конец в пробирку.10. После получения порции А шприцем Жанэ ввести стимулятор сокращения желчного пузыря (25-40 мл 33% раствора сульфата магния, или 10% спиртовый раствор сорбита, или желчегонное средство гормональной природы, например, холецистокинин – 75 ед. в/м). Переместить зонд в следующую пробирку.11. Через 10-15 минут после введения стимулятора, в пробирку поступает порция В – пузырная желчь.12. Переместить зонд в следующую пробирку для получения порции С – печеночная порция.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Заполнение направления для проведения анализов. | 1 |
|  | Обучить пациента технике сбора мочи. | 1 |
|  | Обучить пациента технике сбора фекалий. | 1 |
|  | Измерить ад, пульс, чдд и температуру тела. | 1 |
|  | Провести дуоденальное зондирование. | 1 |

 |  |  |
| 19.05. 2020.20.05. 2020.21.05. 2020.22.05.2020.23.05.2020.25.05.202026.05.2020.27.05.2020.28.05.2020.29.05.2020. |  **1) Заполнить документацию при приеме пациента.** |  |  |
|  Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Медицинская документация\_\_\_\_\_Республиканская больница №1 Форма № 001/у наименование учреждения Утверждена Минздравом СССР 04.10.80 г. № 1030**ЖУРНАЛ****учета приема больных и отказов в госпитализации****Начат ".19.." \_\_\_\_\_\_05\_\_\_ 20 г. Окончен ".25.." \_\_\_\_05\_\_\_ 20 г.** Для типографии! при изготовлении документа формат А4 96 страниц

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Поступление | Фамилия, И., О. | Дата рождения | Постоянное место жительства или адрес родственников, близких и № телефона | Каким учреждением был направлен или доставлен | Отделение, в которое помещен больной |
| дата | час |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 16 | 19.05.2002 | 13:46 | Ондар Ч.Ч | 17.05.2002 | Г.Кызыл ул. Дружбы 1/3 кв 78. | Гбуз рт | Терапевтическое  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

и т.д. до конца страницыф. № 001/у продолжение

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № карты стационарного больного (истории родов) | Диагноз направившего учреждения | Выписан, переведен в другой стационар, умер (вписать и указать дату и название стационара, куда переведен) | Отметка о сообщении родственникам или учреждению | Если не был госпитализирован | Приме-чание |
| указать причину ипринятые меры | отказ в приеме первичный,повторный (вписать) |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 118 | Пневмония  | Выписан 31.05.2020 | 5 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **2) Провести осмотр и осуществить мероприятия при выявления педикулеза.**Подготовка к процедуре 1. Сообщить пациенту о наличии педикулеза и получить согласие на обработку.2. Надеть дополнительный халат, косынку, тапочки, перчатки, маску, фартук.3. Усадить пациента на кушетку, покрытую клеенкой.4. Укрыть плечи пациента клеенчатой пелериной.Выполнение процедуры 1. Обработать волосы одним из дезинсектицидных растворов согласно инструкции к дезинсектицидному средству (например, смочить волосы и втереть 20% эмульсию бензилбензоата и оставить на 30 мин, или ниттифор — на 40 мин). Примечание: следить, чтобы средство не попало в глаза пациента,
 |
| волосы были равномерно смочены.1. Накрыть волосы пациента полиэтиленовой косынкой, обвязать полотенцем (20 мин).
2. Промыть волосы теплой водой, затем с моющим средством, осушить полотенцем.
3. Обработать волосы пациента подогретым 6% р-ром столового уксуса.
4. Накрыть волосы полиэтиленовой косынкой, обвязать полотенцем на 20 минут.
5. Промыть волосы теплой проточной водой, высушить полотенцем.
6. Вычесать волосы частым гребнем, наклонив голову над белой бумагой, последовательно разделяя волосы на пряди и вычесывая каждую прядь.
7. Осмотреть волосы пациента повторно. Убедиться, что вшей и гнид нет.

Окончание процедуры 1. Сжечь бумагу.
2. Снять и сложить белье и одежду пациента, спецодежду медсестры в клеенчатый мешок.
3. Отправить мешок в дезкамеру, обработать гребень методом протирания 70% спиртом или обдать кипятком, обработать помещение инсектицидным средством.
4. Сделать отметку на титульном листе истории болезни пациента (медицинской карты стационарного больного), сделать отметку о выявленном педикулезе («Р») или в амбулаторной карте и в журнале осмотра на педикулез.
5. Отправить экстренное извещение об инфекционном заболевании в ЦГСЭН, зарегистрировать факт выявления педикулеза по месту жительства пациента.
6. Повторить осмотр волосистой части головы пациента через семь дней. При необходимости — провести санитарную обработку.
7. Примечание: если необходимо подстричь волосы, делают это над тазом и волосы сжигают.

**3) Выполнить полную или частичную обработку пациента.**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды при подготовке и проведении гигиенической ванны пациенту: 1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Определите температуру воздуха в ванной комнате (она должна быть не менее 25 градусов Цельсия).
2. Наденьте перчатки и фартук.
3. Вымойте ванну щеткой с любым моющим раствором, затем обработайте 1% раствором хлорамина. Ополосните ванну горячей водой.
4. Снимите перчатки.
5. Наполните ванну сначала холодной водой, а замет горячей до 1/2 объема ванны. Температура воды должна быть не ниже 36- 37 градусов Цельсия.
6. Помогите пациенту удобно расположиться в ванне, чтобы пациент не соскользнул, поставьте подставку для упора ног,
7. Наденьте перчатки.
8. Вымойте пациента: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность.
9. Помогите пациенту выйти из ванны.
10. Вытрите пациента и оденьте.
11. Снимите перчатки и обработайте в соответствии с требованиями санэпидрежима.
12. Вымойте руки.
13. Отведите пациента в палату.
14. Сделайте отметку в истории болезни, температурном листе.

 **Последовательность действий при подготовке и проведении гигиенического душа.** 1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Наденьте перчатки и фартук.
3. Обработайте ванну с помощью дезинфицирующих средств.
4. Снимите перчатки.
5. Поставьте в ванну скамейку и усадите на нее пациента.
6. Наденьте перчатки.
7. Помогите пациенту помыться в следующей последовательности: голова, туловище, верхние и нижние конечности, промежность.
8. Снимите перчатки и обработайте в соответствии с требованиями санэпидрежима.
9. Вымойте руки.
10. Помогите пациенту вытереться полотенцем и одеться.
11. Сделайте отметку в листе истории болезни, температурном листе.

 **Последовательность действий при обтирании пациента (частичная санитарная обработка)** 1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Отгородите пациента ширмой, наденьте перчатки.
3. Подложите клеенку под пациента.
4. "Варежкой" или губкой смоченной в воде, оботрите пациенту шею, грудь, руки.
5. Вытрите эти части тела полотенцем насухо и прикройте его одеялом.
6. Оботрите затем живот, потом спину и нижние конечности и вытрите их насухо и закройте одеялом.
7. Уберите клеенку, ширму, снимите перчатки.
8. Обработайте губку, перчатки, клеенку в соответствии и требованиями санэпидрежима.

**4) Заполнить температурный лист при регистриции показателей.** Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Медицинская документация Форма № 004/у Утверждена Минздравом СССР\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 04.10.80 г. № 1030 наименование учреждения**ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ**Карта № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия, имя, о. больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Палата № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| День болезни  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| День пребыванияв стационаре  | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10  | 11  | 12  | 13  | 14  | 15  |
| П АД Т  | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в |
| 140 200 41  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 120 175 40  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100 150 39  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 125 38  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 100 37  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 75 36  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 50 35  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дыхание  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Вес  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Выпито жидкости  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Суточное количество мочи  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Стул  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ванна  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**5) Антропометрия.****Алгоритм измерения роста пациента в положении стоя**Оснащение. Ростомер, клеенка, мыло, полотенце, дезраствор.1. Выполните психологическую подготовку пациента.2. Предложите пациенту снять верхнюю одежду и обувь.3. Вымойте руки с мылом, вытрите полотенцем.4. Положите на основание ростомера чистую клеенку или лист бумаги.5. Станьте сбоку ростомера и поднимите горизонтальную планку выше предполагаемого роста пациента.6. Предложите пациенту встать на основу ростомера так, чтобы пятки, ягодицы, лопатки и затылок касались вертикальной планки, а голова была в таком положении, чтобы угол глаза и раковина уха образовывали горизонтальную линию.7. Планшетку ростомера опустите на темя пациента и определите рост на шкале.8. Сообщите пациенту его рост.9. Предложите пациенту сойти с основы ростомера.10. Проведите дезинфекцию клеенки и ростомера.11. Вымойте и высушите руки.12. Полученный результат занесите в «медицинскую карту стационарного больного» (температурный лист).**Алгоритм измерения роста пациента в положении сидя** Оснащение. Ростомер, мыло, полотенце, дезраствор. 1. Выполните психологическую подготовку пациента.2. Предложите пациенту снять верхнюю одежду и обувь.3. Вымойте руки с мылом, вытрите полотенцем.4. Установите скамью ростомера и поднимите планшетку выше предполагаемой высоты.5. Помогите пациенту сесть на скамейку ростомера так, чтобы ягодицы, лопатки и затылок касались планки ростомера.6. Планшетку ростомера опустите на темя пациента.7. К показателю на планке добавьте расстояние от пола до скамейки ростомера.8. Сообщите пациенту его рост.9. Продезинфицируйте ростомер.10. Вымойте и высушите руки.11. Полученный результат занесите в «медицинскую карту стационарного больного» (температурный лист).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Заполнить документацию при приеме пациента | 1 |
|  | Провести осмотр и провести мероприятии при выявлении педикулеза. | 1 |
|  | Выполнить полную или частичную обработку пациента | 1 |
|  | Заполнить температурный лист при регистриции показателей. | 1 |
|  | Антропометрия  | 1 |

**1) Заполнить порционное требование.****Порционное требование**Порционное требование составляется в двух экземплярах – на раздаточную и старшей сестре.Наименование отделения :Терапевтическое отделение .**Порционное требование**На раздаточную на**:** 20 мая 2020г.**Дата: число, месяц, год****Палата № 7 Палата № 9**1.Иванов И.И. – диета № 1 1.Бунько В.И. – диета № 102. Васечкин Р.О. – диета № 7а 2.Кускова С.С. – диета № 10 3.Рогова А.Ф. – диета № 15 4.Шарова С.Ю. – диета № 15**Палата № 8 Палата № 9**1.Кубикова Ю.А. – диета № 5 1.Колгегов К.Н. – диета № 102. Рогова А.Ф. – диета № 5 2.Фокус Н.Б – диета № 10 3.Пацук В.И – диета № 15 4.Петров А.А – диета № 15 5.Жданов С.Б – диета № 1Всего: 13 человек \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Палатная м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_Ондар\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /подпись/**Порционное требование на пищеблок**Составляет старшая медицинская сестра отделения, она суммирует порционные требования палатных медицинских сестер и составляет порционник по форме № 1-84Форма № 1-84**ПОРЦИОННИК** на питание больных «\_20\_» \_\_\_\_\_\_мая\_\_\_\_\_\_ 2020г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование отделения | Количество больных | Стандартные диеты  |
| **Терапевтическое** | **13 человек** | **1** | **5** | **10** | **15** |  |

Зав. отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) Ст. мед. сестра отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) Мед. сестра диетическая отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)**2) Ввести мазь за нижнее веко по назначению врача.**Подготовка:1.Предупредить пациента о проведении манипуляции.2.Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.3.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.4.Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики.5.Помочь пациенту занять удобное положение.Выполнение процедуры1.Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). 2.Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему ватным шариком нижнее веко вниз.3.Выдавить из тюбика мазь, продвигая её от внутреннего угла глаза к наружному так, чтобы мазь вышла за наружную спайку век. Отпустить нижнее веко, пациент должен закрыть глаза.4.Попросить пациента закрыть глаза.5.Попросить пациента удалить, вытекающую из под сомкнутых век мазь или сделать это за него.6.При необходимости заложить мазь за нижнее веко другогоглаза, повторить те же действия.7.Помочь пациенту занять удобное положение.8.Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта.Завершение процедуры1.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.2.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходовкласса «Б». 3. Провести гигиеническую обработку рук.4.Сделать запись о выполненной процедуре.**3) Закапать сосудосуживающие, масляные капли в нос**.А) Сосудосуживающие капли.Подготовка:1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.2. Провести гигиеническую обработку рук.3. Надеть перчатки.4. Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики.5. Помочь пациенту занять удобное положение (сидя).Выполнение процедуры:1. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача.2. Попросить пациента сесть, слегка запрокинув голову и склонить её (при закапывании в левую ноздрю - влево, в правую - вправо).3. Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос).4. Попросить пациента прижать пальцем крыло носа к перегородке сразу после закапывания капель и сделать лёгкие круговые движения, не отнимая пальца.5. Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры.6. Закапать капли во вторую ноздрю(при наличии назначения врача), повторив те же действия.7. Спросить у пациента об облегчении носового дыхания через 1-2 минуты.Завершение процедуры:1. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.2.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 3. Провести гигиеническую обработку. Б) Масляные капли.Подготовка:1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.3. Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики4. Помочь пациенту занять удобное положение (сидя или лежа).Выполнение:1. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача.2.Попросить пациента сесть или лечь, запрокинув голову. Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос).3.Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры.4. Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия.5. Спросить у пациента о том, ощутил ли он вкус капель во рту. Попросить пациента полежать несколько минут.Завершение процедуры1 Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.2. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 3. Провести гигиеническую обработку рук.4. Сделать запись о выполненной процедуре.**4) Ввести мазь в носовые ходы по назначению врача.**Подготовка: 1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.3. Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные ватные турунды, марлевые шарики.Выполнение процедуры:1. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). 2. Выдавить на ватную турунду 0,5-0.7 см мази (если мазь во флаконе, воспользоваться стерильной стеклянной лопаточкой).3 Ввести ватную турунду вращательными движениями в нижний носовой ход (с одной стороны) на 10-15 минут.4. Извлечь турунду и положить её в ёмкость для использованного материала.5. Повторить предыдущие действия при введении мази в другой носовой ход.6. Марлевым шариком, при необходимости, удалить остатки мази с кожи после процедуры.7. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.Завершение процедуры:1. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.2.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 3. Провести гигиеническую обработку рук.4. Сделать запись о выполненной процедуре.**5) Закапать капли в ухо.**Подготовка:1. Предупредить пациента о проведении манипуляции Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.2. Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, подогреть лекарственный препарат до температуры тела на водяной бане (поставить флакон в ёмкость с горячей водой, температуру контролировать водным термометром).3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.4. Выложить пинцетом в лоток стерильные марлевые шарики.5. Помочь пациенту занять удобное положение (лежа на боку или сидя, наклонив голову в сторону).Выполнение процедуры:1. Набрать в пипетку 2-3 капли лекарственного средства (в одно ухо – по назначению врача).2. Оттянуть ушную раковину назад и вверх и закапать 2-3 капли ухо.3. Повторить те же действия (при наличии назначения врача) при закапывании в другое ухо через несколько минут (чтобы не вытекло лекарственное средство) .4. Помочь пациенту занять удобное положение. 5. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённойпроцедурой.Завершение процедуры:1.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.2. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 3. Провести гигиеническую обработку рук.4. Сделать запись о выполненной процедуре.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Заполнить порционное требование. | 1 |
|  | Ввести мазь за нижнее веко по назначению врача. | 1 |
|  | Закапать сосудосуживающие, масляные капли в нос. | 1 |
|  | Ввести мазь в носовые ходы по назначению врача. | 1 |
|  | Закапать капли в ухо | 1 |

**1) Кормить тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника.**Предупредить пациента за 15 минут о приеме пищи, получить его согласие. Проветрить помещение. * Приготовить прикроватный столик.
* Приподнять головной край кровати (подложить под голову и спину дополнительную подушку).
* Помочь пациенту вымыть руки.
* Прикрыть грудь пациента салфеткой.
* Вымыть руки.
* Принести пациенту пищу (температура горячих блюд - 50°С).
* Кормить медленно: называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту; наполнить на 2/3 ложку мягкой пищей; коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот; прикоснуться ложкой к языку, оставив пищу в полости рта; извлечь пустую ложку; дать время прожевать и проглотить пищу; предложить питье после нескольких ложек мягкой пищи; приложить "носик" поильника к нижней губе; вливать питье небольшими порциями. Вытирать (при необходимости) губы пациента салфеткой.
* Предложить пациенту прополоскать рот водой из поильника после приема пищи.
* Убрать после еды из комнаты пациента посуду и остатки пищи.
* Убрать дополнительную подушку и придать пациенту удобное положение.

 Для пациента желательно выделить индивидуальную посуду, которую после кормления очищают от остатков пищи и моют обезжиривающим средством, затем проводят дезинфекцию.**2) Дать пациенту жидкую пищу через гастростому, назогастральный зонд.**А) Кормление пациента и уход за гастростомой 1. Кормление пациента начинается со вторых суток.2. На чистые руки наденьте резиновые перчатки.3. Снимите зажим с трубки.4. На конец трубки подключите воронку или цилиндр шприца Жане и вливайте жидкую пищу по назначению врача.5. Еду вводите подогретую, небольшими порциями (150-200 мл) 5 – 6 раз в сутки. Объем пищи постепенно увеличивайте до 450-500 мл, а количество вводов уменьшайте до 3-4 раз.6. После кормления пациента влейте небольшое количество воды для промывки трубки, резиновую трубку перекройте зажимом для предотвращения вытекания желудочного содержимого.7. Кожу вокруг гастростомы просушите стерильной салфеткой, смажьте цинковой мазью или пастой Лaccapa для предотвращения раздражения кожи и наложите стерильную сухую повязку.8. Зафиксируйте повязку полосками лейкопластыря, местоположение которых каждый раз меняйте с целью профилактики раздражения кожи. 9. Вымыть и прокипятить воронку в двухпроцентном содовом растворе в течение 15 минут с момента закипания. Просушить воронку и поставить на прикроватную.Б) Алгоритм введения назогастрального зонда и кормление пациента.Подготовка к манипуляции:1. Установить доверительные отношения с пациентом (или с его родственниками).2. Объяснить цель процедуры, получить его (их) согласие, объяснить последовательность действий за 15 минут до кормления. Рассказать пациенту, чем его будут кормить.3. Вымыть руки, осушить. 4. Придать пациенту высокое положение Фаулера и определить длину вводимого зонда, измерив расстояние от полости рта до желудка. 5. Налить в лоток раствор фурациллина 1:2000 и погрузить в него зонд до отметки.6. Уложить пациента на спину, подложив подушку под голову и шею, поместив на грудь салфетку.Выполнение процедуры:1. Надеть перчатки. 2. Ввести через носовой ход тонкий желудочный зонд на глубину 15 - 18 см, затем придать пациенту положение Фаулера (полусидя) и предложить заглатывать зонд до метки. 3. Набрать в шприц Жане воздух 30 - 40 мл и присоединить его к зонду.4. Ввести воздух через зонд в желудок под контролем фонендоскопа.5. Отсоединить шприц и наложить зажим на зонд, поместив наружный конец зонда в лоток.6. Зафиксировать зонд отрезком бинта и завязать его вокруг лица и головы пациента.7. Снять зажим с зонда, подсоединить воронку или использовать шприц Жане без поршня и опустить до уровня желудка8. Наклонить слегка воронку и влить в нее подготовленную пищу, подогретую на водяной бане до 38 - 40° С, постепенно поднимать воронку до тех пор, пока пища не останется только в устье воронки.9. Опустить воронку до уровня желудка и повторить введение пищи в желудок.10. Промыть зонд чаем или кипяченой водой после кормления.ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ1. Наложить зажим на конец зонда, снять воронку и обернуть конец зонда стерильной салфеткой, зафиксировать. 2. Поместить конец зонда с зажимом в лоток, или зафиксировать петлей бинта на шее пациента до следующего кормления.3. Снять перчатки, продезинфицировать. 4. Вымыть руки, осушить 5. Уложить пациента в удобное положение, создать полный покой, наблюдение.**3) Подать судно и мочеприемник (мужчине и женщине).****Подача судна пациенту** Оснащение: - судно, - клеенка, - ширма, - перчатки. Алгоритм действия: 1. Наденьте перчатки. 2. Отгородите пациента ширмой. 3. Ополосните судно теплой водой, оставив в нем немного воды. 4. Левую руку подведите под крестец сбоку, помогая пациенту приподнять таз. При этом ноги у пациента должны быть согнуты в коленях. 5. Подложите под таз пациента клеенку и пеленку6. Правой рукой подведите судно под ягодицы пациента, чтобы промежность оказалась над отверстием судна. 7. Прикройте пациента одеялом и оставьте на некоторое время его одного. 8. По окончании дефекации правой рукой извлеките судно, по­могая при этом левой рукой пациенту приподнять таз. 9. Осмотрев содержимое судна, вылейте его в унитаз, судно обработайте в соответствии с требованиями санэпидрежима. При наличии патологических примесей (слизи, крови и так далее), оставьте содержимое судна до осмотра врачом. 10. Подмойте пациента, сменив предварительно перчатки и подставив чистое судно. 11. После выполнения манипуляции уберите судно и клеенку. 12. Судно продезинфицируйте. 13. Накройте судно клеенкой и поставьте на скамеечку под кровать пациента или поместите в специально выдвигающееся уст­ройство функциональной кровати. 14.Уберите ширму. 15.Снимите перчатки, вымойте руки. **Подача судна тяжелобольным пациентам** Алгоритм действия: 1. Наденьте перчатки.
2. Отгородите пациента ширмой.
3. Поверните пациента слегка набок, при этом ноги у пациента согнуты в коленях.
4. Подведите судно под ягодицы пациента.
5. Поверните пациента на спину так, чтобы его промежность оказалась над отверстием судна.
6. Укройте пациента и оставьте его на некоторое время одного.
7. По окончании дефекации поверните пациента слегка набок.
8. Уберите судно.
9. Осмотрев содержимое судна, вылейте его в унитаз. судно обработайте в соответствии с требованиями санэпидрежима.
10. Сменив перчатки и подставив чистое судно, подмойте па­циента.
11. После выполнения манипуляции уберите судно и клеенку.
12. Продезинфицируйте судно.
13. Уберите ширму.
14. Снимите перчатки, вымойте руки.

**Пациентам, находящимся на постельном, строгом постельном и палатном режимах выделяют индивидуальные судна и мочеприемники.**Алгоритм выполнения процедуры1. Попросить всех, кто может, выйти из палаты, оставив пациента одного на некоторое время.
2. Отгородить пациента ширмой.
3. Подавать пациентy только теплые судно и мочеприемник.
4. Придать пациентy, если нет противопоказаний, более удоб­ное для мочеиспускания и дефекации положение с помощью функ­циональной кровати или других приспособлений (сидячее или по­лусидячее ). Для обеспечения мочеиспускания можно открыть кран с во­дой. Звук льющейся воды рефлекторно вызывает мочеиспускание.

**4) Уход за наружными половыми органами мужчины и женщины.**Алгоритм действия: 1. Вымойте руки, наденьте перчатки.
2. Отгородите пациента ширмой.
3. Уложите пациента на спину, ноги у него должны быть со­гнуты в коленях и разведены.
4. Постелите под пациента клеенку и поставьте судно.
5. Возьмите в правую руку корнцанг с салфеткой или ватным тампоном, а в левую руку кувшин с теплым раствором антисептика (слаборозовым раствором марганцовки или раствором фурацилина 1:5000) или водой при температyре 30-35° С. Вместо кувшина мож­но использовать кружку Эсмарха с резиновой трубкой, зажимом и наконечником.
6. Поливайте раствором на половые органы, а салфеткой (или тампоном) производит движения сверху вниз (от половых органов к заднему проходу), меняя по мере загрязения тампона.

 Последовательность подмывания пациента: - вначале подмывают половые органы (половые губы у жен­щин, половой член и мошонку у мужчин); - затем паховые складки; - в последнюю очередь подмывают область промежности и ануса. 1. Высушите в той же последовательности: сухим тампоном или
2. Примечание: если подмыть пациента вышеописанным салфеткой.
3. Уберите судно, клеенку и ширму.
4. Снимите перчатки, вымойте руки. способом невозмож­но в силу тяжести его состояния (нельзя поворачивать, приподни­мать, чтобы подставить судно), можно поступить следующим обра­зом. Варежкой, смоченной в теплой воде или растворе антисептика протереть половые органы пациента (половые губы, вокруг половой щели - у женщин, половой член и мошонку - у мужчин), паховые складки и промежность. Затем высушить.

 У пациентов с недержанием мочи и кала после подмывания кожу в паховой области смазывают жиром (вазелиновым или под­солнечным маслом, детским кремом и т.д.). Можно припудрить ко­жу тальком. Подмывание женщин.Подготовка к процедуре:1. Установить доброжелательные отношения (если пациентка самостоятельно может выполнить процедуру, предложить ей это сделать).2. Подстелить клеенку и пеленку под таз пациентке3. Попросить пациента согнуть ноги в коленях или помочь ему сделать это.4. Подвести левую руку под крестец, помогая больному приподнять таз. Правой рукой подведите судно под таз больного так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна.5. Убедится, что поверхность судна, соприкасающаяся с кожей, сухая.6. Приготовить мыльный раствор (сделать стружку из куска хозяйственного мыла, взбить пену в воде).7. Взять резиновую трубку от кружки Эсмарха или кувшин в левую руку, а корнцанг со смоченной в мыльном растворе марлевой салфеткой, в правую руку.Выполнение процедуры:1. обработать наружные половые органы и промежность в следующей последовательности: область лобка, наружные половые органы, промежность, область анального прохода. (Менять салфетки необходимо так же последовательно, как и обработку. (Использованные салфетки сбросить в лоток для дезинфекции).2. Раздвинуть половые губы одной рукой и вымыть одну половую губу, сменить салфетки.3. Вымыть промежность в направлении от лобка к анальному отверстию.4. Ополоснуть промежность пациентки в той же последовательности, как и мытье. (Вытереть кожу насухо в той же последовательности и направлении, меняя салфетки).5. Вымыть, ополоснуть и тщательно осушить промежность и область анального отверстия пациентки.Окончание процедуры.1. Убрать судно, клеенку, снять перчатки.2. Расправить постельное белье, укрыть пациентку.3. Вымыть и осушить руки.Подмывание мужчин.Подготовка к процедуре:такая же, как у женщины.Выполнение процедуры.1. Взять одной рукой половой член, сдвинуть крайнюю плоть.2. Вымыть головку полового члена круговыми движениями в направлении от мочеиспускательного канала к области лобка, осушить. (Менять салфетки необходимо так же последовательно, как и обработку).3. Вернуть крайнюю плоть в естественное положение.4. Тщательно обработать, ополоснуть и высушить остальную часть полового члена, кожу мошонки, анального отверстия.Окончание процедуры: такое же, как у женщины.**5) Сменить подгузник.**Сначала перевернём больного на бок, подгузник надо расправить и растенуть. После кладём больного назад в изначальное полажение, так чтобы подгузник был строго по центру.Дальше нам необходимо подтенуть переднею часть подгузника ближе к животу нашего больного. Теперь надо заднею часть подгузника оптенуть вокруг бедер, теперь закрепляем обе части переднию и заднею с помощью застёжек липучек. И наконец разглаживаем и расправляем подгузник для того чтобы исключить складки и натирания кожи больного в особо плотных местах.Как пользоваться многоразовыми липучкамиОтлепляем липучку, захватив синий стикер.Теперь залепляем синий стикер там, где нам больше нужно. Помнив о том, что подгузник не должен очень плотно прилегать к телу, и сдавливать его. Если нам потребуется расстегнуть подгузник- то мы отлепляем верхний слой от синего слоя и делаем все действия, после застёгиваем всё назад и так можно проделывать несколько раз.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Кормить тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника. | 1 |
|  | Дать пациенту жидкую пищу через гастростому, назогастральный зонд. | 1 |
|  | Подать судно и мочеприемник (мужчине и женщине). | 1 |
|  | Уход за наружными половыми органами мужчины и женщины | 1 |
|  | Сменить подгузник. | 1 |

 **1) Мытье ног пациента, стрижка ногтей на руках и ногах пациента.**Мытье ног:Алгоритм действия: 1. Вымойте руки, наденьте перчатки. 2. Постелите клеенку на ножном конце кровати. 3. Поставьте на клеенку таз. 4. Поместите в таз ноги пациента (ноги при этом слегка согну­ты в коленях). 5. Поливайте из кувшина теплой водой на ноги, вымойте их (можно предварительно налить воду в таз). 6. Уберите таз. 7. Высушите ноги пациента полотенцем, особенно тщательно между пальцами. 8. Уберите клеенку. 9. Накройте ноги пациента одеялом. 10. Снимите перчатки, вымойте руки. Стрижка ногтей:Тяжелобольным пациентам необходимо регулярно, но не реже 1 раза в неделю подстригать ногти на руках и ногах. Ногти необхо­димо подстригать так, чтобы свободный край был округлым (на руках) или прямым (на ногах). Слишком коротко ногти срезать не следует, так как кончики пальцев будут чрезмерно чувствительны к давлению. Оснащение: ножницы, щипчики-кусачки, пилочка для ногтей, полотенце, клеенка, тазик с горячим мыльным раствором. Алгоритм действия: 1. Подстелите клеенку под руку или ногу пациента (в зависи­мости от того, где Вы будете стричь ногти).
2. Поставьте на клеенку тазик с горячим мыльным раствором.
3. Опустите пальцы в горячий мыльный раствор на 10-15 минут для размягчения ногтей.
4. Затем пальцы поочередно вытрите насухо полотенцем и уко­ротите ногти до требуемой длины, используя для этого ножницы или щипчики-кусачки.
5. При помощи пилочки, свободному краю ногтей придайте не­обходимую форму, (прямую на ногах, округлую - на руках). Опи­ливать ногти глубоко с боков не следует, так как можно травмиро­вать кожу боковых валиков и тем самым вызвать трещины и уси­ленное ороговение кожи.

Повторите те же действия с другой конечностью.**2) Бритье пациента.**Оснащение: - станок для бритья, - мыльная пена или крем для бритья, - салфетка, - емкость (лоток) с водой, - полотенце, - перчатки. Алгоритм действия: 1. Вымойте руки, наденьте перчатки. 2. Намочите салфетку в горячей воде и отожмите ее. 3. Положите салфетку на лицо пациента на 5-7 минут. 4. Нанесите на лицо мыльную пену или крем для бритья. 5.Оттягивая кожу в направлении, противоположном движению станка, аккуратно побрейте пациента. 6. Протрите лицо пациента влажной салфеткой. 7. Высушите лицо полотенцем. 8. Снимите перчатки, вымойте руки. **3) Мытье головы.** Подготовка к процедуре:1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.2. Подготовить всё необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности.3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.4. Надеть одноразовый фартук. Надеть перчатки.Выполнение процедуры:1. Расчесать волосы пациенту. Удалить все заколки, шпильки. Снять очки.2. Поставить в изголовье кровати с той стороны, где вы работаете, стул;пустую ёмкость для воды поставить на стул.3. Наполнить другую ёмкость тёплой водой, поставить рядом.4. Подстелить под голову и плечи пациента клеёнку, конец которойопустить в ёмкость, стоящую на стуле; по краю клеёнки, вокруг головы положить свёрнутое валиком полотенце.5. Глаза пациента закрыть полотенцем или клеёнкой.6. Наполнить кувшин водой и аккуратно смочить волосы пациента.7. Нанести немного шампуня и обеими руками вымыть волосы, бережномассируя кожу головы пациента.8. Налить в кувшин воду и смыть весь шампунь (если пациент просит,вымойте его волосы шампунем ещё раз).9. Развернуть чистое сухое полотенце, поднять голову пациента и вытереть его волосы насухо. Если ему холодно, оберните голову в полотенце, или косынкой.Окончание процедуры:1. Клеёнку, полотенце, лежащие под головой положить в непромокаемый мешок.2. При необходимости сменить простыню.3. Расчесать волосы пациента. Предложить ему зеркало.4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.4) Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.)**4) Санитарная обработка тяжелобольного в постели.**Выполнение процедуры:1. У головного конца постели матрац подвернуть валиком к лопаточной области больного.2. На сетку кровати подстелить клеенку, поставить таз.3. Голову больного слегка запрокинуть над тазом).4. Мыть голову больного поливая теплой водой из кувшина, применяя мыло.5. Сполоснуть волосы чистой водой, вытереть, покрыть голову косынкой.6. Все убрать, верхнюю часть туловища вернуть в исходное положение.7. Налить в лоток теплую воду, под больного постелить клеенку с пеленкой.8. Обнажить верхнюю часть тела больного, смочить один конец полотенца, слегка отжав его, протереть больного в следующей последовательности: шею, руки, спину, грудь.9. Сухим концом полотенца вытереть тело больного в той же последовательности и прикрыть простыней.10. Таким же образом обтереть живот, бедра, ноги и насухо вытереть.11. Закатать валиком матрац под колени больного.12. На сетку постелить клеенку, поставить таз с теплой водой.13. Вымыть в тазу ноги больного с помощью губки и мыла.14. Ноги вытереть, подстричь ногти, все убрать.15. Сменить нательное и постельное белье.**5) Смена нательного и постельного белья.**А) Смена постельного белья поперечным способом.Подготовка к процедуре 1. Объяснить пациенту (если это возможно) ход процедуры, получить согласие.2. Приготовить комплект чистого белья: простынь свернуть по ширине в рулон (при необходимости свернуть подкладную клеенку и пеленку).3. Надеть перчатки, поставить рядом мешок для грязного белья.4. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня (если позволяет состояние пациента). Выполнение процедуры:1. Стать со стороны кровати, опустить поручни.2. Снять пододеяльник с одеяла, временно укрыть пациента чистым пододеяльником, одеяло сложить и повесить на спинку стула (убедитесь, что чистые постельные принадлежности, приготовленные вами, находятся рядом).3. Обойти кровать, встать с противоположной стороны, освободить края простыни из-под матраца.4. Поднять боковой поручень.5. Вернуться на противоположную сторону кровати, освободить края простыни из-под матраца с этой стороны. 6. Примечание: если есть дренажные трубки — убедитесь, что они не перегнуты.7. Подвести руки одной медсестры, держа их ладонями вверх, под голову и плечи пациента, приподнять над постелью.8. Другой медсестре скатать в рулон грязную простыню по направлению к пояснице пациента (если есть клеенка с пеленкой — скатать их вместе с простынею в рулон). Примечание: если кожа пациента сильно загрязнена (выделениями, кровью), провести влажное обтирание кожи.9. Одновременно застелить край кровати чистой простыней, свернутой в рулон, раскатать рулон по ширине к пояснице пациента. I 9. Уложить пациента на кровать.10. Подвести руки одной медсестры, держа их ладонями вверх, под таз и бедра пациента, приподнять их над постелью.11. Другой медсестре раскатать рулон с чистой простыней, а грязную простыню одновременно скатать по направлению к ступням ног пациента (если есть клеенка с пеленкой — скатать их вместе с простынею в рулон).12. Опустить таз и бедра пациента начистую, расправленную простыню, а грязную простыню убрать в клеенчатый мешок для грязного белья.13. Вернуться на противоположную сторону кровати, опустить поручень.14. Заправить чистую простыню под матрац (при необходимости— клеенку с пеленкой, убедиться, что пеленка закрывает края клеенки).15. Убедиться, что пациент лежит посередине постели.16. Вдеть одеяло в чистый пододеяльник, которым был укрыт пациент. Примечание: положить одеяло поверх пододеяльника. Одной медсестре придержать верхний край пододеяльника, другой — вдеть в него и расправить одеяло так, чтобы оно одинаково свисало с обеих сторон кровати.17. Заправить края одеяла под матрац.18. Сменить наволочку обычным способом, убрав подушку из-под головы пациента.19. Приподнять голову и плечи пациента и подложить подушку.20. Поднять боковой поручень кровати.Окончание процедуры:1. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции, вымыть и высушить руки.2. Убедиться, что пациент лежит удобно, в физиологическом положении. Б) Смена постельного белья продольным способом.1. Снимите с одеяла пациента грязный пододеяльник, наденьте чистый пододеяльник. Сложите одеяло и отложите его в «чистую» зону. 2. Скрутите чистую простыню валиком в продольном направлении и положите в «чистой» зоне до замены. 3. Пациента поверните на бок от себя так, чтобы больной оказался спиной к расстиланию простыни. 4. Края грязной простыни высвободите из-под матраса, и скрутите валиком продольно в направлении спины пациента. Докрутив до тела лежащего, оставьте грязную простыню, подоткнув ее под тело пациента. 5. Приготовленную в виде валика чистую простыню разложите на кровати и раскручивайте в направлении спины пациента. Избегайте прямого контакта грязного и чистого постельного белья.6. Поверните пациента сначала на спину, а затем на другой бок.7. Скрутите грязную простыню и бросьте ее в ведро.8. Раскрутите чистую простыню, тщательно разгладьте, чтобы не было складок, заломов и других неровностей. 9. Заправьте края чистой простыни под матрас. 10. Поменяйте подушки или наволочки на них. 11. Подстелите подкладную пелёнку. 12. Накройте пациента одеялом с чистым пододеяльником.13. Убедитесь, что больному удобно; узнайте, как он себя чувствует.В) Смена нательного белья. Снятие нательного белья:1. Объясните подопечному, что Вы собираетесь делать.2. Снимите одеяло.3. Расстегните все застежки на белье подопечного. 4. Скатайте ночную сорочку или рубашку пижамы со спины пациента: если сорочка длинная сначала приподнимите ноги пациента, затем таз;5. с помощью поддерживающего захвата приподнимите больного;6. одной рукой поддерживайте подопечного подмышку, а второй подтяните рубашку как можно выше;7. положите больного; попросите его поднять руки, удерживая здоровой рукой больную;8. поднимите голову больного и стяните поднятую рубашку через голову со стороны лица по направлению к затылку;9. подопечный кладет голову, освобождает больную руку;10. снимите рукав со здоровой руки, а затем аккуратно, не причиняя дискомфорта, с больной.11. Если рубашка короткая, то приподнимают голову и плечи пациента при возможности помогают сесть, далее также скручивают рубашку со спины. После снимают бельё через голову. 12. Использованную ночную рубашку кладут в ведро.Смену брюк производят аналогичным образом: сначала снимают с больной стороны, затем - со здоровой.Одевание нательного белья:1. Одной рукой соберите рукав рубашки больного, предназначенный для одевания на больную конечность.2. Вторую руку просуньте в собранный рукав.3. Положите кисть больной руки себе на ладонь. 4. Перенесите рукав рубашки со своей руки на больную руку больного до плеча.5. Положите руку больного.6. Наденьте второй рукав на здоровую руку.7. Попросите подопечного, чтобы он, удерживая здоровой рукой больную, поднял руки и голову.8. Через голову со стороны лица по направлению к затылку надевают ночную сорочку или рубашку, придерживая пациента под плечи и голову. 9. Попросите пациента положить голову и освободить руки.10. При помощи поддерживающего захвата приподнимите подопечного.11. Одной рукой поддерживайте больного подмышку, другой рукой опустите рубашку как можно ниже.12. Аккуратно положите пациента.13. Приподнимите ягодицы больного и опустите рубашку вниз до конца.14. Застегните рубашку.15. Смену брюк производят аналогичным образом: положите пациента на спину и наденьте штанины на ноги, начиная с больной стороны. Затем поочерёдно переворачивают на бок и надевают брючины на ягодицы, тщательно расправляют одежду.16. Расправьте одежду, чтобы не было складок и заломов.17. Помогите удобно лечь, укройте подопечного. 18. Унесите ведро с использованным нательным бельем.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Мытье ног пациента, стрижка ногтей на руках и ногах пациента. | 1 |
|  | Бритье пациента. | 1 |
|  | Мытье головы. | 1 |
|  | Санитарная обработка тяжелобольного в постели. | 1 |
|  | Смена нательного и постельного белья. | 1 |

**1) Разместить пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе.**А) Алгоритм укладывания пациента в «положение Фаулера»1. Поднять изголовье постели под углом 45-60 градусов. Возвышенное положение улучшает вентиляцию легких, кроме того создаются условия комфорта для общения с пациентом.2. Положить голову пациента на матрац или низкую подушку, что уменьшит сгибательную контрактуру шейных мышц.3. Если пациент не может самостоятельно двигать руками и кистями, подложить под них подушки. Наличие опоры для рук уменьшает венозный застой и предупреждает сгибательную контрактуру мышц руки и кисти. Кроме того, наличие опоры предупреждает травму плеча под воздействием тяжести руки, направленной вниз.4. Для уменьшения изгиба позвоночника и поддержки поясничных позвонков подложить пациенту под поясницу подушку.5. Положить небольшую подушку или валик под бедра пациента для предупреждения сдавливания подколенной артерии под действием тяжести тела и переразгибания колена.6. Положить небольшую подушку или валик под лодыжки, чтобы предупредить продолжительное давление матраца на пятки.7. Подставить упор для стоп для предупреждения их отвислости. Если у пациента имеется гемиплегия, стопы подпереть мягкой подушкой. Твердая опора у таких пациентов увеличивает мышечный тонус. 8. На надкроватном столике для парализованной руки обеспечить опору, отодвинув руку пациента от туловища и подложив под локоть подушку. Б) Алгоритм укладывания пациента в «положение Симса»Подготовка к процедуре:1. Объяснить цель и ход размещения, получить согласие.2. Подготовить необходимое оснащение: 2 подушки, валик, упор для ног (мешочек c песком).3. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.4. Выполнение процедуры 5. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медсестра.6. Убедиться, что пациент лежит на спине посредине кровати, и убрать подушки.7. Перевезти изголовье кровати в горизонтальное положение.8. Переместить пациента к краю кровати.9. Переместить пациента в положение лежа на боку и частично на живот.10. Подложить подушку под голову пациента.11. Под согнутую, находящуюся сверху руку поместить подушку на уровне плеча. Другую руку пациента положить на простыню.12. Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку так, чтобы нога оказалась на уровне бедра.13. У подошвы стопы положить мешочек с песком.Окончание процедуры: 1. Убедиться, что пациент лежит удобно. Расправить простыню и подкладную пеленку.2. Поднять поручни.3. Вымыть и высушить руки.В) Алгоритм укладывания пациента в «положение на животе» Выполнение процедуры:1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, убедиться, что он ее понимаети получить его согласие на проведение.2. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормозакровати.3. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где находится сестра.4. Опустить изголовье кровати (или убрать подушки). Убедиться, что пациентлежит горизонтально.5. Приподнять аккуратно голову пациента, убрать обычную и положить маленькуюподушку. 6. Переместить пациента к краю кровати.7. Разогнуть руку пациента, прижать ее к туловищу.8. Поднять боковые поручни. Перейти на другую сторону кровати и опуститьтам боковые поручни.9. Поставить колено на кровать. Подложить свернутое одеяло (полотенце) илинебольшую подушку под верхнюю часть живота пациента. Положить одну руку наплечо, а другую — на бедро, находящиеся дальше от вас, поставить колено на кроватьпациента, подложив под него небольшую подушку (протектор).10. Перевернуть пациента на живот в сторону сестры. Голова пациента на боку.11. Подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались постели.12. Согнуть одну руку пациента в локтевом суставе под углом 90°, другую положить вдоль туловища. 13. Подложить подушки (или поролон в чехле) под локти, предплечья и кисти.14. Подложить небольшие валики рядом со стопами (с наружной стороны).15. Расправить простыню и подкладную пеленку.16. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни.Г) Перемещение и размещение пациента с гемиплегией в положение «на животе» (выполняет одна или две медсестры по назначению врача, пациент не может помочь)Подготовка к процедуре:1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, убедиться, что он понимает,2. и получить его согласие.3. Оценить его состояние и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.4. Подготовить дополнительную подушку, валики, упор для ног, 1/2 резинового мячика, вымыть руки.Выполнение процедуры:1. Опустить боковые поручни (если они есть) с обеих сторон.2. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки).3. Передвинуть пациента к краю кровати в направлении не парализованной стороны4. тела.5. Перейти на другую сторону. Встать коленом на край кровати (на протектор)6. и повернуть пациента набок (парализованную сторону тела).7. Поместить подушку под живот пациента.8. Выпрямить локоть парализованной руки, прижать ее к туловищу и подсунуть9. кисть под бедро, или поднять руку вверх.10. Осторожно перевернуть пациента через парализованную руку на живот.11. Повернуть голову пациента набок (в сторону парализованной половины тела).12. Согнутую в локте руку отвести в сторону (кисть — к изголовью кровати);13. пальцы руки по возможности разогнуть (можно использовать 1/2 мячика) 14. Слегка согнуть оба колена пациента и подложить подушку (от колен до лодыжек).15. С помощью высокой подушки приподнять пальцы стоп на матраце, чтобы16. угол между стопой и голенью составлял 90 °.Завершение процедуры:1. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни.2. Вымыть руки.Д) Размещение пациента в положение «на спине». Подготовка к процедуре:1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, убедиться, что он понимает,2. и получить его согласие на размещение.3. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.4. Подготовить подушки, валики из одеял, упор для ног.Выполнение процедуры: 1. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медсестра.2. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придав постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.3. Придать пациенту правильное положение: положить подушку под голову (или поправить оставшуюся); расположить руки вдоль туловища ладонями вниз;4. расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами.5. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею.6. Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком, полотенце.7. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль бедер, с наружной8. стороны, от области большого вертела бедренной кости.9. Подложить небольшую подушку или валик под голень в нижней части.10. Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90 ° .11. Подложить под предплечья небольшие подушки. Завершение процедуры:1. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни.2. Вымыть руки.**2) Применить грелку по назначению врача.**Цель: Применить резиновую грелку по показаниям. Показания. 1. Согревание пациента. 2. По назначению врача.Противопоказания: 1. боли в животе (острые воспалительные процессы в брюшной полости). 2. Первые сутки после ушиба. 3. Нарушение целостности кожных покровов в месте приложения грелки. 4. Кровотечения. 5. Новообразования. 6. Инфицированные раны. 7. Другие выявляются, в процессе обследования врачом и медицинской сестрой.Оснащение: 1. Грелка. 2. Горячая вода (температура 60 - 80 градусов Цельсия). 3. Полотенце. 4. Водный термометр.Возможные проблемы пациента: Снижение или отсутствие кожной чувствительности (отеки). Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды: 1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. 2. Возьмите грелку в левую руку за узкую часть горловины. 3. Заполните грелку водой t° - 60° на 2/3 объема. 4. Вытесните из грелки воздух, сжав ее у горловины. 5. Завинтите пробку. 6. Проверьте на герметичность, перевернув грелку пробкой вниз. 7. Оботрите грелку и оберните ее полотенцем. 8. Приложите грелку к нужному участку тела. 9. Узнайте через 5 минут об ощущениях пациента. 10. Прекратите процедуру через 20 минут. 11. Осмотрите кожу пациента. **2) Применить пузырь со льдом.**Алгоритм постановки пузыря со льдомПоказания: 1. Ушибы в первые часы и сутки. 2. По назначению врача. Противопоказания: Выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой. Последовательность действий м/с для обеспечения безопасности: 1. Приготовьте кусочки льда. 2. Положите пузырь на горизонтальную поверхность и вытесните воздух. 3. Заполните пузырь кусочками льда на 1/2 объема и налейте один стакан холодной воды 14 – 16 C°. 4. Положите пузырь на горизонтальную поверхность и вытесните воздух. 5. Завинтите крышку пузыря со льдом. 6. Оберните пузырь со льдом полотенцем в четыре слоя (толщина прокладки не менее 2 см). 7. Положите пузырь со льдом на нужный участок тела. 8. Оставьте пузырь со льдом на 20–30 минут. 9. Снимите пузырь со льдом. 10. Слейте из пузыря воду и добавьте кусочки льда. 11. Положите пузырь со льдом (по показанию) к нужному участку тела еще на 20–30 минут. 12. Обработайте пузырь в соответствии с требованиями санэпидрежима. 13. Вымойте руки. 14. Храните пузырь в сухом виде и с открытой крышкой. Оценка результатов: Пузырь со льдом поставлен на нужный участок тела.**3) Поставить согревающий компресс по назначению врача.**Подготовка:1. Установить доброжелательные конфиденциальные отношения.2. Объяснить смысл и правила поведения во время процедуры 3. Осмотреть кожные покровы пациента на месте постановки компресса. Выполнение процедуры:1. Наложить на кожу марлевую, хорошо отжатую салфетку, сложенную в 6-8 слоев, смоченную одним из растворов.2. Покрыть ткань куском компрессной бумаги (клеенки), которая на 1,5 - 2 см шире влажной салфетки.3. Положить слой ваты4. Зафиксировать компресс бинтом.Окончание процедуры:1. Спросить пациента о его ощущениях через 5-30 минут. 2. Зафиксировать время.3.Проверить правильность наложения компресса, подсунув палец под прилегающий к коже слой.4. Снять компресс, просушить кожу. 5. Наложить сухую теплую повязку на место постановки компресса.**4) Поставить горячий компресс по назначению врача.**Показания:Горячие компрессы применяют для рассасывания местных воспалительных очагов.Оснащение: 1. плотную ткань;2. клеенку;3. шерстяную ткань или грелку.Выполнение процедуры:1. смочить ткань в горячей воде;2. хорошо отжать ткань;3. приложить смоченную ткань к телу;4. поверх ткани плотно наложить клеенку;5. поверх клеенки положить грелку или теплую шерстяную ткань;6. менять компресс каждые 10-15 ми**5) Поставить холодный компресс по назначению врача**.Показания:Холодные компрессы, или примочки, применяются при ушибах, травмах, кровоподтеках. Они вызывают местное охлаждение и уменьшают отек и боль.Оснащение: 1. свинцовая примочка (специальную жидкость аптечного приготовления) или холодная вода;2. кусок плотного полотенца, сложенного в несколько слоев.Выполнение процедуры:1. смочить кусок полотенца в свинцовой примочке или холодной воде;2. хорошо отжать ткань;3. приложить полотенце к больному месту;4. при согревании полотна снова смочить его в свинцовой примочке или воде и приложить к больному месту;5. менять примочку через каждые 2-3 мин.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Разместить пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе. | 1 |
|  | Применить пузырь со льдом. | 1 |
|  | Поставить согревающий компресс по назначению врача. | 1 |
|  | Поставить горячий компресс по назначению врача. | 1 |
|  | Поставить холодный компресс по назначению врача. | 1 |

**1) Заполнить журнал учета лекарственных средств.**Наименование средства: Акрихин (Acrichinum) Единица измерения: таблетки

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п\п | Дата получения | Поставщик, номер накладной | Количество препарата | Фамилия получившего | подпись |
| 1 | 25.05.2020 | Аптека №143 | 50 таблеток (1 упаковка) | Ондар | Ондар |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Расход

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата выдачи | № поста | Количество препарата | Получил  | Отпустил  | подпись | Остаток  |
| ФИО | Подпись  | ФИО |
| 26.05.2002 | 23 | 10 таблеток | Ондар Ч.Ч | Ондар | Донгак А.А | Донгак  | 40 таблеток |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**2) Осуществить посмертный уход.**1. Надеть защитные халаты и перчатки медицинской сестре и помощнику.2. Убрать все подушки и одеяла и т.д.3. Снять одежду умершему.4. Уложить умершего на спину, руки вдоль туловища.5. Опустить веки. Возможно, для утяжеления положить влажные тампоны.6. Снять ценности в присутствии врача. Сделать опись. Расписаться, отдать старшей медсестре на хранение или вручить родственникам под расписку сразу же или позже.7. При необходимости обмыть тело пациента. Убрать зонды, дренажи, катетеры мочевого пузыря. Позаботиться о ранах.8. Надеть белье. Положить руки одна на другую. Закрыть рот, вставить, если нужно, зубные протезы.9. По возможности не закреплять нижнюю челюсть марлевым бинтом. Соблюдать особые религиозные пожелания.10. Снять перчатки, сбросить в емкость для последующей дезинфекции.11. Вымыть, осушить руки.12. Надеть перчатки. Заполнить ножную карточку (ФИО умершего, номер истории болезни, диагноз, дату и время смерти), прикрепить ее к голеностопному суставу. У инфекционного умершего пациента сделать маркировку в ножной карточке при помощи желтой наклейки. Внести соответствующую запись в ножную карточку.13. Накрыть тело умершего чистой простыней.14. Поместить умершего в отдельную комнату в соответствии с ситуацией.15. Распорядиться о перевозке в патолого-анатомическое отделение через 2 ч.16. Провести уборку использованного белья в соответствии с требованиями. При наличии загрязнений основательно очистить комнату при помощи дезинфицирующих средств.17. Очистить и продезинфицировать аппараты и приборы. Подготовить к последующему применению.**3) Уход за лихорадящим больным.**В развитии лихорадки различают три периода.**I период** – это период подъема температуры. В этом периоде теплопродукция преобладает над теплоотдачей, которая резко снижается за счет сужения сосудов кожи.Жалобы пациента в этом периоде:1. Головная боль.2. Ломота в теле.3. Озноб.Объективно: - кожа бледная, холодная на ощупь, имеет вид «гусиной кожи», сознание не изменено.Уход:1. Постельный режим и покой.2. Укрыть потеплее, можно дополнительно положить грелку к ногам.3. Напоить горячим чаем.4. Контроль за температурой тела, пульсом, частотой дыхательных движений, артериальным давлением.**II период** – это период относительного постоянства температуры. Сосуды кожи в этом периоде расширяются, поэтому теплоотдача увеличивается и выравнивается с теплопродукцией. Прекращается дальнейшее повышение температуры, и она стабилизируется. Этот период может длиться от нескольких часов до нескольких дней.**Жалобы пациента в этом периоде:**1. Головная боль.2. Чувство жара.3. Сухость во рту.4. Жажда.5. Сердцебиение.**Объективно:** - кожные покровы горячие, лицо гиперемировано, пульс частый, на губах корочки, трещины.**Осложнение:** - бред, галлюцинации.**Уход:**1. Постельный режим и покой.2. Теплое одеяло можно заменить легким или простыней.3. Витаминизированное прохладное питье (как можно чаще!) – морс, настой шиповника, сок, минеральная вода без газов приблизительно 3 литра в сутки.4. Следить за полостью рта (периодически обрабатывать слабым раствором соды, а губы смазывать вазелином или другим жиром).5. При сильной головной боли для предупреждения нарушения сознания на лоб пациента положить пузырь со льдом или холодный компресс (можно смочить раствором уксуса из расчета 2 столовые ложки на 0,5 литра воды).6. При очень высокой температуре – индивидуальный пост медсестры.7. Следить за пульсом, частотой дыхательных движений, артериальным давлением.8. Кормить пациента 5-6 раз в сутки высококалорийной и легкоусвояемой пищей в жидком и полужидком виде.9. Ограничить в рационе поваренную соль, что приведет к усилению диуреза, и будет способствовать вместе с обильным витаминизированным питьем удалению из организма токсических веществ, которые всасываются в кровь во время лихорадки.10. Осуществлять уход за кожей и проводить мероприятия по профилактике пролежней.11. Осуществлять контроль за стулом и диурезом.12. Все физиологические отправления пациент с тяжелой лихорадкой должен осуществлять в постели. При задержке стула более 2-х суток – очистительная клизма.**III период** – период снижения температуры. В этом периоде теплопродукция уменьшается по сравнению с теплоотдачей. Снижение температуры может протекать по разному. В большинстве случаев температура падает литически – постепенно, что сопровождается появлением небольшой испарины на коже и слабостью.**Уход:**1. Покой и постельный режим.2. Смена нательного и постельного белья3. Витаминизированное питье.При критическом снижении - температура быстро падает с высоких цифр до низких (например с 400 до 360С), в течение нескольких часов, возможно развитие осложнения – **коллапса.****Жалобы пациента в этом периоде:**1. Слабость.2. Головокружение.3. Потемнение в глазах.4. Тошнота.**Помощь и уход:**1. Вызвать врача2. Приподнять ножной конец кровати и убрать подушки из-под головы.3. Измерить, подсчитать пульс.4. Согреть пациента грелками.5. Приготовить к приходу врача укладку для оказания неотложной помощи при острой сосудистой недостаточности.6. Осуществлять контроль за температурой тела, пульсом, частотой дыхательных движений, артериальным давлением.7. Организовать индивидуальный пост медицинской сестры.8. Рекомендовать строгий постельный режим.9. При улучшении состояния пациента осушить кожу, сменить нательное и постельное белье.**4) Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером.**Подготовка к процедуре1. установить доброжелательные отношения с пациентом и объяснить ход процедуры;
2. подстелить клеёнку и пелёнку под таз пациенту, поставить судно под крестец на клеёнку;
3. помочь согнуть ноги в коленях и слегка развести их в стороны;
4. встать справа от пациента;
5. приготовить мыльный раствор;
6. взять резиновую трубку от кружки Эсмарха или кувшин в левую руку, а корцанг со смоченной в мыльном растворе марлевой салфеткой, в правую руку.

Выполнение процедуры1. вымыть половые органы и промежность по принятой методике;
2. вымыть ватными тампонами, затем высушить 10 см катетера от участка, где он выходит от уретры;
3. осмотреть область уретры от катетера;
4. осмотреть кожу промежности на предмет признаков инфекции;
5. убедится, что происходит дренирование (отток) мочи из мочевого пузыря;
6. убедится, что трубка катетера приклеена к бедру и не натянута.

Окончание процедуры1. убедится, что дренажный мешок прикреплён к кровати или бедру;
2. убрать судно, клеёнку, снять перчатки;
3. расправить постельное бельё, укрыть пациента.

 **5) Опорожнить мочевого дренажного мешка.****Подготовка к процедуре.**1. Надеть перчатки.
2. Поместить мерную емкость под отводной трубкой дренажного мешка.

**Выполнение процедуры**3. Освободить отводную трубку из держателя; открыть зажим трубки; слить мочу в мерную емкость .**Завершение процедуры.**1. Снять перчатки и выбросить их в емкость для мусора.
2. Убедиться, что трубки, соединяющие катетер и дренажный мешок, не перегнуты.
3. Доложить врачу и/или сделать запись о количестве мочи, времени ее измерения, цвете, запахе и прозрачности мочи.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Заполнить журнал учета лекарственных средств. | 1 |
|  |  Осуществить посмертный уход. | 1 |
|  | Уход за лихорадящим больным. | 1 |
|  | Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером. | 1 |
|  | Опорожнить мочевого дренажного мешка. | 1 |

**1) Втирание мази в кожу, нанесение мази на кожу пациента.****Оснащение**: перчатки, мазь, стерильный аппликатор, ножницы, бинт или лейкопластырь, вода (37-38оС), раствор антисептика для обработки кожи (по необходимости), лоток, ширма, ёмкость с дез. раствором, стерильные: салфетки, шпатель, перевязочный материал, перчатки.Последовательность действий:Втирание мази в кожу :Внимательно изучить инструкцию по применению мази. Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции.Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента.Отгородить пациента ширмой. Помочь пациенту занять удобное положение.Обработать руки, надеть перчатки.Осмотреть участок кожи для применения мази.Обработать и высушить кожу салфеткой или полотенцем.Нанести мазь из тюбика на аппликатор; при его отсутствии втирать мазь только в перчатках.Втирать мазь лёгкими вращательными движениями 3-4 минуты до полного всасывания, в некоторых случаях имеются точные инструкции о том, когда следует прекратить втирание (обеспечить тепло, если указанно в инструкции по применения мази). Аппликатор в лоток для отработанного материала.Снять перчатки и сбросить в лоток для отработанного материала.Обеспечить пациенту комфортные условия.Надеть перчатки, провести дезинфекцию отработанного материала. После снять перчатки, обработать руки.Сделать отметку о выполнении назначения.Нанесение мази на кожу:Внимательно изучить инструкцию по применению мази. Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции.Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента.При необходимости отгородить пациента ширмой. Помочь пациенту занять удобное положение.Обработать руки, надеть перчатки.Осмотреть участок кожи для применения мази.Выдавить из тюбика на аппликатор нужное количество мази.Нанести тонкий слой мази на кожу и оставить кожу открытой в течение 10-15 минут до полного всасывания.Снять перчатки, сбросить в ёмкость для отработанного материала. Обработать руки.Через 10-15 мин. осмотреть кожу, убедиться, что мазь впиталась.Сделать отметку в документации о выполнении назначения.**2) Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.****Уход за полостью рта:** Подготовка к процедуре:1) По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.2) Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.3) Приготовить лоток с марлевыми шариками и часть залить антисептическим раствором.4) Помочь пациенту повернуть голову на бок, шею и грудь накрыть клеенкой, под подбородок подставить лоток.5\_ Попросить пациента сомкнуть зубы (снять зубные протез, если они есть).Выполнение процедуры:1) Отодвинуть шпателем щёку пациента, и пинцетом с марлевым шариком, смоченным в антисептическом растворе, обработать каждый зуб от десны, начиная от коренных зубов к резцам, с наружной стороны, слева, затем справа, предварительно сменив шарик.2) Попросить пациента открыть рот и сменив марлевый шарик, обработать каждый зуб от десны, начиная от коренных к резцам, с внутренней стороны.3) Сменить марлевый шарик, и обработать язык.4) Помочь пациенту прополоскать рот или повести орошение с помощью грушевидного баллончика.5) Оттянуть шпателем угол рта, поочерёдно промыть левое, затем правое защечное пространство раствором.6) Вытереть кожу вокруг рта сухой салфеткой, смазать губы вазелином, трещины обработать 1% раствором бриллиантового зеленого.Завершение процедуры:1) Использованные лотки, пинцеты, шпатель, марлевые шарики и салфетки поместить в соответствующиесемкости для дезинфекции с последующей обработкой изделий многоразового использования и утилизацией в отходы класса «Б» – одноразового.2) Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».3) Провести гигиеническую обработку рук.4) Сделать запись о проведенной процедуре.**Обработка носовых ходов:** Подготовка к процедуре:1) По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.2) Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.3) Налить вазелиновое масло в мензурку.4) Приготовить лоток с ватными турундами.Выполнение процедуры:1) Взять турунду, смочить в вазелиновом масле, Отжать о стенки мензурки.2) Ввести турунду вращательными движениями в носовой ход на 1-3 минуты.3) Извлечь турунду из носового хода вращательными движениями. При необходимости для очищения использовать несколько турунд.4) Обработать другой носовой ход тем же способом.Завершение процедуры:1) Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Ватные турунды сбросить в емкость для сбора отходовкласса «Б».2) Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».3) Провести гигиеническую обработку рук.4) Сделать запись о проведенной процедуре.**Обработка наружного слухового прохода:** Подготовка к процедуре:1) По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.2) Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.3) Налить в мензурку перекись водорода 3%.4) Приготовить лоток с ватными турундами.Выполнение процедуры:1) Взять турунду, смочить в 3% раствор перекиси водорода, отжать о стенки мензурки.2) Оттянуть, левой рукой ушную раковину так, чтобы выровнять слуховой проход (к верху и кзади).3) Ввести турунду вращательными движениями в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см. на 2-3 минуты.4) Извлечь турунду из слухового прохода вращательными движениями. При необходимости для очищения использовать несколько турунд.5) Обработать другой слуховой проход тем же способом.Завершение процедуры:1) Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Ватные турунды сбросить в емкость для сбора отходовкласса «Б».2) Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».3) Провести гигиеническую обработку рук.4) Сделать запись о проведенной процедуре.**Обработка глаз:** Подготовка к процедуре:1) По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.2) Провести гигиеническую обработку рук.3) Осмотреть глаза, оценить состояние.4) Приготовить лоток с марлевыми шариками и часть залить стерильным вазелиновым маслом, другую часть водным антисептическим раствором илистерильной водой, можно использовать разные мензурки для масла и раствора.Выполнение процедуры:1) Протереть веки по направлению от наружного угла к внутреннему углу глаза шариком, смоченным в вазелиновом масле (шарики отдельно для каждого глаза).2) Протереть веки сухими ватным шариком в том же направлении (шарики отдельно для каждого глаза).3) Взять шарик, смоченный в антисептическом растворе или стерильной воде и протереть веки по направлению от наружного угла к внутреннему углуглаза (шарики отдельно для каждого глаза).4) Протереть веко сухим ватным шариком в том же направлении.Завершение процедуры:1) Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Марлевые шарики и салфетки сбросить в емкостьдля сбора отходов класса «Б».2) Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».3) Провести гигиеническую обработку рук.4) Сделать запись о проведенной процедуре.**Умывание лица:** Выполнение манипуляции:1) Вымойте руки с мылом высушите, наденьте перчатки2) Смочите в воде конец полотенца или наденьте на руку рукавичку, смочите ее3) Слегка отожмите "лишнюю" воду4) Протрите влажным полотенцем (рукавичкой) лицо в следующей последовательности: веки, лоб, щеки, нос, уши, область вокруг рта, подбородок, а также шею.5) Вытрите лицо пациента насухо другим концом полотенца.Окончание манипуляции: 1) Снимите перчатки и поместите их в дезраствор2) Вымойте руки.**3) Провести катетеризацию мочевого пузыря мягким или одноразовым катетером мужчины.**Подготовка к процедуре:1) Предупредить пациента о проведении манипуляции.2) Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен).3) Вымыть руки. Поставить ширму. Положить на кушетку адсорбирующую пеленку. Попросить пациента лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помочь пациенту.4) Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.5) Подготовить оснащение: достать из упаковки стерильный лоток, корнцанг и 2 пинцета. 6) Вскрыть упаковку и пинцетом переложить в лоток стерильные марлевые салфетки.7) Между ног пациента поставить емкость для сбора мочи.8) Обработать перчатки антисептическим раствором.9) Провести туалет половых органов:встать справа от пациента, в левую руку взять стерильнуюсалфетку, обернуть ею половой член ниже головки.1 и 2 пальцами слегка отодвинуть крайнюю плоть.10) Взять корнцангом марлевый тампон, смочить в растворе фурацилина или другого водного антисептика и обработать головку полового члена сверху вниз от мочеиспускательного канала к периферии, меняя тампоны.11) Сбросить тампоны и корнцанг в лоток для использованного материала.12) Влить несколько капель стерильного вазелинового масла в открытое наружное отверстие мочеиспускательного канала.Выполнение процедуры:1) Взять стерильными пинцетами, катетер (катетер можно при подготовке оснащения стерильным пинцетом переложить в стерильный лоток, а можно воспользоваться помощью коллеги, который вскроет упаковку с катетером,а Вам останется извлечь его из упаковки одним из стерильных пинцетов) так, чтобы первый пинцет располагался на расстоянии 5 - 7 см от его клюва (клювкатетера опущен вниз), а второй пинцет находился на дистальном конце катетера.2) Обвести дистальный конец катетера над кистью и зажать между 4 и 5 пальцами (катетер располагается над кистью в виде дуги).3) Облить катетер стерильным вазелиновым маслом на длину 20 см над лотком.4) Вводить катетер пинцетом, первые 4-5 см, фиксируя 1-2 пальцами левой руки головку полового члена.5) Перехватить пинцетом катетер еще на 3 - 5 см от головки и медленно погружать в мочеиспускательный канал на длину 19-20 см, опуская, одновременно, левой рукой половой член.6) Оставшийся конец катетера должен находиться над емкостью для сбора мочи.Завершение процедуры:1) Извлечь осторожно катетер пинцетом, вложенным в правую руку (в обратной последовательности) после прекращения мочевыделения струей. Надавить напереднюю брюшную стенку над лобком левой рукой (омыть мочеиспускательный канал остатками мочи для профилактики ВБИ).2) Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.3) Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 4)Провести гигиеническую обработку рук.5) Сделать запись о проведенной процедуре.**4) Провести катетеризацию мочевого пузыря мягким или одноразовым катетером женщины.** Подготовка к процедуре: 1) Предупредить пациента о проведении манипуляции. 2) Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен). 3)Вымыть руки. Поставить ширму. Положить на кушетку адсорбирующую пеленку. 4) Попросить пациента лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помочь пациенту. 5) Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.6) Подготовить оснащение: достать из упаковки стерильный лоток, корнцанг и 2 пинцета. Вскрыть упаковку и пинцетом переложить в лоток стерильные марлевые салфетки. Между ног пациента поставить емкость для сбора мочи. 7) Обработать перчатки антисептическим раствором. 8) Провести туалет половых органов: раздвинуть левой рукой при помощи салфетки половые губы, правой рукой с помощью корнцанга взять марлевые салфетки, смочить в растворе антисептика на водной основе и обработать отверстие мочеиспускательного канала движением сверху вниз между малыми половыми губами. 9) Сменить марлевую салфетку. Приложить марлевую салфетку, смоченную в растворе антисептика на водной основе к отверстию мочеиспускательного канала. 10) Сбросить салфетку и корнцанг в лоток для использованного материала. Выполнение процедуры: 1) Взять стерильными пинцетами, катетер (катетер можно при подготовке оснащения стерильным пинцетом переложить в стерильный лоток, а можно воспользоваться помощью коллеги, который вскроет упаковку с катетером, а Вам останется извлечь его из упаковки одним из стерильных пинцетов) так, чтобы первый пинцет располагался на расстоянии 4 - 6 см от его клюва (клюв катетера опущен вниз), а второй пинцет находился на дистальном конце катетера. 2) Обвести дистальный конец катетера над кистью и зажать между 4 и 5 пальцами (катетер располагается над кистью в виде дуги). 3) Облить катетер стерильным вазелиновым маслом.4) Вводить катетер пинцетом - 3-5 см, фиксируя 1-2 пальцами левой руки половые губы. 5) Оставшийся конец катетера должен находиться над емкостью для сбора мочи. Завершение процедуры: 1) Извлечь осторожно катетер пинцетом, вложенным в правую руку (в обратной последовательности) после прекращения мочевыделения струей. 2) Надавить на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой (омыть мочеиспускательный канал остатками мочи для профилактики ВБИ).3) Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 4) Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».5) Провести гигиеническую обработку рук. 6)Сделать запись о проведенной процедуре.**5) Осуществить посмертный уход.**Последовательность действий1. Надеть защитные халаты и перчатки медицинской сестре и помощнику.2. Убрать все подушки и одеяла и т.д.3. Снять одежду умершему.4. Уложить умершего на спину, руки вдоль туловища.5. Опустить веки. Возможно, для утяжеления положить влажные тампоны.6. Снять ценности в присутствии врача. Сделать опись. Расписаться, отдать старшей медсестре на хранение или вручить родственникам под расписку сразу же или позже.7. При необходимости обмыть тело пациента. Убрать зонды, дренажи, катетеры мочевого пузыря. Позаботиться о ранах.8. Надеть белье. Положить руки одна на другую. Закрыть рот, вставить, если нужно, зубные протезы.9. По возможности не закреплять нижнюю челюсть марлевым бинтом. Соблюдать особые религиозные пожелания.10. Снять перчатки, сбросить в емкость для последующей дезинфекции.11. Вымыть, осушить руки.12. Надеть перчатки. Заполнить ножную карточку (ФИО умершего, номер истории болезни, диагноз, дату и время смерти), прикрепить ее к голеностопному суставу. У инфекционного умершего пациента сделать маркировку в ножной карточке при помощи желтой наклейки. Внести соответствующую запись в ножную карточку.13. Накрыть тело умершего чистой простыней.14. Поместить умершего в отдельную комнату в соответствии с ситуацией.15. Распорядиться о перевозке в патолого-анатомическое отделение через 2 ч.16. Провести уборку использованного белья в соответствии с требованиями. При наличии загрязнений основательно очистить комнату при помощи дезинфицирующих средств.17. Очистить и продезинфицировать аппараты и приборы. Подготовить к последующему применению.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  |  Втирание мази в кожу, нанесение мази на кожу пациента. | 1 |
|  |  Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица. | 1 |
|  | Провести катетеризацию мочевого пузыря мягким или одноразовым катетером мужчины. | 1 |
|  | Провести катетеризацию мочевого пузыря мягким или одноразовым катетером женщины. | 1 |
|  | Осуществить посмертный уход. | 1 |

**1) Набрать лекарственное средство из ампулы и поставить внутрикожную инъекцию.**А) Набрать лекарственное средство из ампулы.Последовательность выполнения:1. Выполните гигиеническую обработку рук, наденьте перчатки
2. Проверить срок годности, наименование, дозировку, процентную концентрацию, способ введения лекарственных средств (соответственно листу врачебного назначения)
3. Вынимаем ампулу и уточняем, нет ли помутнения, сверяем наименование лекарства, дозировку с листом назначения.
4. Встряхиваем ампулу так, чтобы раствор оказался в широкой её части, ставим на стол.
5. Проводим сборку шприца.
6. Берём стерильным пинцетом ватные шарики/салфетки из стерильной упаковки на стерильный лоток, смачиваем их 70 % этиловым спиртом или антисептическим раствором, а затем обрабатывает узкую часть ампулы в направлении от широкой части к узкой.
7. Пилочкой надпиливаем узкую часть ампулы, тем же шариком/салфеткой обрабатывает ампулу и отламываем (кладем в лоток для использованного материала). *Если на ампуле имеется специальное обозначение для отламывания кончика ампулы надпиливание не требуется*.
8. Вскрытую ампулу ставим на стол.
9. Заранее приготовленный шприц берём в правую руку, придерживая муфту иглы указательным пальцем, а цилиндр - большим и мизинцем. Ампулу берём в левую руку между 2 и 3 пальцами, переворачивая вверх дном, поднимая на уровень глаз.
10. Не касаясь краёв ампулы, ввести иглу в ампулу на 0,5 мм.
11. В левую руку перехватываем цилиндр шприца:
12. большим пальцем и мизинцем обхватываем цилиндр;
13. безымянным пальцем фиксируем муфту иглы.
14. Правой рукой оттягиваем поршень на себя, набираем необходимую дозу, выпускаем воздух из шприца в ампулу.
15. Меняем иглу. Пинцетом надевает другую иглу для инъекции, фиксирует её, проверяет проходимость иглы, не снимая с неё колпачок.
16. Готовый шприц кладем в стерильный лоток, шарики рядом с цилиндром.

Б) Постановка внутрикожной инъекции:Последовательность действий:После набора лекарственных средств в шприц медицинская сестра остается в перчатках и маске.1. Смочить 2 ватных шарика спиртом,2. Обработать место инъекции последовательно двумя шариками со спиртом, делая движения в одном направлении, вначале большую площадь, затем непосредственно место инъекции; шарики поместить в лоток для отработанного материала.3. Подождать пока кожа высохнет.4. Натянуть кожу в области инъекции, взяв левой рукой предплечье пациента с наружной стороны.5. Взять шприц, в правую руку расположив его параллельно коже в области инъекции и ввести в кожу конец иглы срезом вверх так, чтобы скрылся только ее просвет.6. Левую руку перенести на поршень шприца, и надавливая на него ввести лекарственное вещество (0,1 мл).7. Извлечь иглу (шарик со спиртом не прикладывается).8. Положить шприц в лоток для отработанного материала.9. Провести дезинфекцию шприца, иглы, шариков.10. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим средством, вымыть руки.**2) Постановка подкожной инъекции**.Последовательность действий:1. Объясните пациенту ход проведения манипуляции, получите от него согласие.
2. Наденьте чистый халат, маску обработайте руки на гигиеническом уровне, наденьте перчатки.
3. Наберите лекарственное средство, выпустите из шприца воздух, положите в лоток.
4. Усадите или уложите пациента, в зависимости от выбора места инъекции и ЛС.
5. Осмотрите и пропальпируйте область инъекции.
6. Обработайте место инъекции последовательно в одном направлении 2 ватными шариками, смоченными 70% раствором спирта: вначале большую зону, затем вторым шариком непосредственно место инъекции, заложите его под мизинец левой руки.
7. Возьмите в правую руку шприц (указательным пальцем правой руки держите канюлю иглы, мизинцем - поршень шприца, 1,3,4 пальцами держите цилиндр).
8. Соберите левой рукой кожу в складку треугольной формы, основанием вниз.
9. Введите иглу под углом 45° срезом вверх в основание кожной складки на глубину 1-2 см (2/3 длины иглы), придерживайте указательным пальцем канюлю иглы.
10. Перенесите левую руку на поршень и введите лекарственное средство (не перекладывайте шприц из одной руки в другую).
11. Прижмите место укола ватным шариком с 70 % спиртом.
12. Извлеките иглу, придерживая ее за канюлю.
13. Сбросьте одноразовый шприц и иглу в ёмкости c 3% хлорамином на 60 мин.
14. Снять перчатки, поместить вёмкость с дезинфицирующим раствором.
15. Вымыть руки, осушить.

**3) Постановка внутривенной инъекции.**Подготовка к процедуре: 1) Подготовить все необходимое к манипуляции. Проверить фамилию больного, соответствие препарата врачебному назначению, прозрачность, цвет, срок годности. 2) Уточнить аллергологический анамнез. Разъяснить пациенту смысл манипуляции. 3) Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 4) Провести гигиеническую антисептику рук. 5) Обработать шейку ампулы (крышку флакона) шариками со спиртом-двухкратно. 6) Подготовить шприц и иглу для набора препарата. 7) Набрать лекарство в шприц из ампулы или флакона. Произвести смену иглы (надеть на конус шприца иглу для в/м инъекции). 8) Использованную иглу поместить в емкость с дез. р-ром. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа. 9) Определите место инъекции (выбрать, осмотреть, пропальпировать). 10) Надеть перчатки (стерильные), непосредственно перед проведением инъекции целесообразно обработать нестерильные перчатки раствором антисептика Выполнение процедуры: 1) Пропальпируйте вену. Выберите наиболее наполненную вену. 2) Обработайте инъекционное поле двумя шариками последовательно, сначала большую поверхность, затем непосредственно место инъекции. Второй шарик положить под мизинец. 3) Взять шприц, держа иглу срезом вверх и фиксируя указательным пальцем канюлю иглы На расстоянии 5 см ниже от места венепункции, кожу в области локтевого сгиба натянуть (зафиксировать) свободной рукой по направлению к периферии Под углом 10-15° пунктировать вену одномоментно или двумоментно. 4) Осторожно ввести иглу на 1⁄3 или 1⁄2 длины иглы При попадании в вену будет ощущение попадания в пустоту и появление крови в канюле Потянуть поршень на себя. Если игла в вене, в цилиндр начнет поступать кровь Попросите пациента разжать кулак. 5) Снимите жгут. Потяните поршень на себя (для проверки, не вышли ли вы из вены). 6) Медленно вводите лекарство, следите за состоянием больного Достаньте из-под мизинца и приложите ватный шарик, смоченный 70° спиртом, извлеките иглу, попросите больного согнуть руку. Завершение процедуры: 1) Извлеките иглу, придерживая ее за канюлю. 2) Сбросьте одноразовый шприц и иглу в ёмкости c 3% хлорамином на 60 мин. 3) Снять перчатки, поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором. 4) Вымыть руки, осушить.**4) Развести антибиотик.**Подготовка к процедуре: 1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, получить согласие на выполнение процедуры, уточнить информированность о применяемом антибиотике. 2. Надеть маску, подготовить руки к работе, надеть перчатки. 3. Проверить пригодность антибиотика и растворителя ( прочитать на упаковке и ампулах название, дозу, срок годности). 4. Обработать шейку ампулы ( крышку флакона) спиртовым шариком 2-кратно.5. Вскрыть ампулу с растворителем и флакон с антибиотиком. Вскрыть пакет, собрать шприц. 6. Набрать в шприц необходимое количество растворителя. Правила разведения: На 100 000 ЕД ( 0,1 г)антибиотика берётся 1 мл растворителя (или соответственно аннотации к ним). 7.Взять флакон ссухим антибиотиком в левую руку, а в правую шприц с растворителем. 8. Проколоть пробку в центре флакона под углом 900 и ввести иглу на 2мм. 9. Ввести растворитель, снять флакон вместе с иглой, положить шприц в стерильный лоток. 10. Осторожно встряхнуть флакон до полного растворения антибиотика. 11. Надеть иглу с флаконом на конус шприца. Поднять флакон вверх дном, набрать назначенную дозу антибиотика. 12. Снять иглу с флаконом с конуса шприца, надеть другую стерильную иглу, закрепить, выпустить воздух из шприца так, чтобы на конце иглы появилась 1 капля лекарственного средства. 13. Положить шприц в стерильный лоток. Выполнение процедуры:1. Уложить пациента в удобную позу. 2. Взять шприц в правую руку иглой вниз, фиксируя конус иглы пальцем. 3.Определить место для в/м инъекции, пропальпировать его , обработать двумя спиртовыми шариками левой рукой. Использованные шарики сбросить в дез. раствор. 4.Ввести иглу под прямым углом на глубину 2-5 см ( в зависимости от возраста ребёнка), потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что не попали в сосуд. 5. Ввести антибиотик, надавливая на поршень первым пальцем левой руки. 6. Приложить спиртовый шарик к месту инъекции, извлечь иглу быстрым движением, придерживая её за канюлю. 7. Спиртовый шарик прижать и не отниматьот кожи 1-2 минуты. Завершение процедуры:1. Провести дезинфекцию шприца, игл, использованных спиртовых шариков, перчаток. 2. Вымыть и осушить руки. 3. Сделать запись о выполнении процедуры в листе назначений. **5) Постановка внутримышечной инъекции.**Подготовка к процедуре:1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры.2. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство.3. Надеть маску.4. Обработайте руки гигиеническим способом спиртсодержащим антисептиком (СанПиН 2.1.3.2630 -10, п.12).5. Наденьте стерильные одноразовые перчатки (СанПиН 2.1.3.2630 -10, п.12).6. Набрать необходимое количество лекарственного препарата.7. Предложить/помочь пациенту занять удобное положение: лежа на боку или животе. Выбор положения зависит от состояния пациента.8. Осмотреть/пропальпировать место инъекции.9. Обработайте стерильные одноразовые перчатки спиртсодержащим антисептиком (СанПиН 2.1.3.2630 -10, п.12).Выполнение процедуры:10. Обработать место инъекции не менее чем 2 салфетками, смоченными антисептиком (одной салфеткой большую поверхность, другой - непосредственно место инъекции в направлении от центра к периферии). Использованные салфетки сбрасывайте в грязный лоток11. Третью салфетку зажмите между 3-м и 4-м пальцами левой руки.12. Взять шприц правой рукой, придерживая канюлю иглы мизинцем, а остальные пальцы равномерно распределить по цилиндру шприца.13. Растянуть кожу в месте инъекции большим и указательным пальцами левой руки (у ребёнка и старого человека сделайте мышечную складку, что увеличит массу мышцы и облегчит введение иглы).14. Правой рукой ввести иглу быстрым движением под углом 90 градусов на 2/3 её длины15. Перенести левую руку на поршень шприца и ввести лекарственное средство в мышцу.16. Левой рукой прижать к месту инъекции салфетку с кожным антисептиком, извлечь иглу со шприцем, не отрывая руки с шариком. Слегка помассировать место введения лекарств.Окончание процедуры:1. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал (МУ 3.1.2313-08). Для этого из контейнера «Для дезинфекции шприцев», через иглу, в шприц набрать дез.средство, снять иглу с помощью иглосъемника, шприц поместить в соответствующий контейнер. Салфетки поместить в контейнер «Для использованных салфеток». (МУ 3.1.2313-08). Подвергнуть дезинфекции лотки.
2. 23. Снять перчатки, поместить их в непромокаемый пакет соответствующего цвета для последующей утилизации (отходы класса «Б или В») (Технологии выполнения простых медицинских услуг; Российская Ассоциация Медицинских Сестер. Санкт-Петербург. 2010, п.10.3).
3. 24. Обработать руки гигиеническим способом, осушить (СанПиН 2.1.3.2630 -10, п.12).
4. 25. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в листе наблюдений сестринской истории болезни, Журнале процедурной мед.сестры.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  |  Набрать лекарственное средство из ампулы и поставить внутрикожную инъекцию | 1 |
|  | Постановка подкожной инъекции. | 1 |
|  | Постановка внутривенной инъекции. | 1 |
|  | Развести антибиотик. | 1 |
|  | Постановка внутримышечной инъекции. | 1 |

**1) Выполнить внутривенное капельное вливание.**Подготовка к процедуре:1) Подготовить пациента к предстоящей процедуре. 2) Подтвердить наличие информационного согласия пациента. Объяснить цели и ход предстоящей процедуры. Уточнить наличие аллергической реакции на лекарственные средства. 3) Попросить сходить в туалет Вымыть, осушить руки. 4) Приготовить оснащение Проверить лекарственное средство – название, срок годности на упаковке, ампуле, флаконе, стерилизационную коробка – дата стерилизации и вскрытия, упаковку системы для внутривенного капельного вливания – срок годности, герметичность. 5) Извлечь стерильный лоток из упаковки 6) Приготовить не менее 5-6 ватных шариков и стерильную салфетку. Смочить 1 ватный шарик кожным антисептиком7) Подготовить лекарственные средства. 8)Чистым пинцетом вскрыть крышку, прикрывающую резиновую пробку на флаконе. 9) Ватным шариком протереть крышку флакона. Сбросить использованный ватный шарик в лоток для использованных материалов. 10)Подготовить систему для внутривенного капельного вливания. 11) Заполнить систему для внутривенного капельного вливания. Несколько раз нажать на капельницу, заполнив ее до половины. 12) Открыть воздуховод. Снять иглу (держать ее в руке).Открыть зажим и заполнить систему до полного вытеснения воздуха (в специально отведенную емкость). 13) Надеть иглу на соединительную канюлю Проверить проходимость иглы Три кусочка пластыря длиной до 10 см закрепить на штативе 14) Смочить оставшиеся ватные шарики кожным антисептиком 15) Транспортировать в палату 2. Выполнение процедуры: Место инъекции:вены локтевого сгиба, но можно использовать и более мелкие вены 1) Помочь пациенту занять удобное положение. 2) Под локоть пациента положить подушечку. Наложить жгут на средней трети плеча. 3) Попросить пациента поработать кулачком. 4) Надеть перчатки. 5) Попросить пациента зажать кулачок Пропальпировать вену на локтевом сгибе. 6) Дважды обработать внутреннюю поверхность локтевого сгиба. 7) Снять колпачок с иглы. Фиксировать вену. Пунктировать вену. 8) Ввести иглу на 1\3 длины параллельно вене, рядом с веной под углом 10-15°. Слегка изменить направление иглы и осторожно пунктировать вену (должно появится чувство попадания в пустоту). Возможно введение иглы непосредственно над веной. 9) Убедиться, что игла находится в вене. Если вена пунктирована правильно, в канюле иглы появится кровь (при необходимости можно несколько раз нажать на соединительную резинку ) Развязать жгут. 10) Попросить пациента разжать кулачок. 11) Открыть винтовой зажим. Отрегулировать скорость поступления лекарственного средства согласно назначениям врача. Закрепить иглу лейкопластырем. 11) Снять перчатки, вымыть и осушить руки. 12) Наблюдать за состоянием пациента. Окончание процедуры:1) Вымыть, осушить руки. Надеть перчатки. 2) Закрыть винтовой зажим. 3) Извлечь иглу и приложить ватный шарик. Наложить повязку. 4) Отсоединить систему от флакона.5) Через 7-10 мин снять повязку и забрать ватный шарик у пациента. 6) Провести дезинфекцию использованного оборудования. 7) Снять перчатки. Вымыть, осушить руки.**2) Взять кровь из вены для различных видов исследования под руководством медицинского работника или ассистировать медицинскому работнику при проведении процедуры.** Подготовка к манипуляции:1.Приготовить все необходимое для проведения процедуры (заполнить направление, пронумеровать пробирку, сделать запись в журнале). 2. Установить доброжелательное отношение с пациентом. 3. Объяснить пациенту цель и ход исследования и получить его согласие. 4. При необходимости проинструктировать пациента о ходе манипуляции или обеспечить пациента памяткой по подготовке к процедуре. 5. Помочь пациенту принять удобное положение для проведения венепункции. 6. Обработать руки гигиеническим способом, надеть спец. одежду и стерильные перчатки. 7. Подготовить шприц с иглой для забора крови (см. манипуляции) 2. Выполнение процедуры: 1. Освободить место для инъекции (место локтевой вены). 2. Под локоть пациента подложить клеёнчатый валик. 3. Наложить жгут на плечо пациента на 5 см выше локтевого сгиба, покрытое салфеткой (или его одеждой). Примечание: при наложении жгута пульс на лучевой артерии не должен изменяться. Кожные покровы ниже места наложения жгута багровеют, вена набухает. При ухудшении наполнения пульса жгут необходимо ослабить. 4. Попросить пациента поработать кулачком (сжать-расжать). 5. Обработать перчатки шариками со спиртом. 6. Обработать место инъекции шариком со спиртом от периферии к центру (снизу-вверх), диаметром 10х10 см. 7. Взять шприц с иглой в правую руку так, чтобы указательный палец фиксировал иглу сверху. 8.Обработать место инъекции шариком со спиртом, попросить пациента зажать кулачок. 9. Зафиксировать вену большим пальцем левой руки, проколоть кожу (игла срезом вверх) и войти в вену на 1/3 длины иглы.10. Оттянуть поршень на себя, убедиться в появлении крови в шприце. 11. Продолжать тянуть поршень на себя, набирая нужное количество крови, не снимая жгута. 12. Левой рукой развязать жгут, прежде чем извлечь иглу и попросить пациента разжать кулачок. 13. Приложив шарик со спиртом к месту инъекции, извлечь иглу, попросить пациента согнуть руку в локте и подержать ватку со спиртом 5-7 минут (затем этот шарик поместить в дез.раствор). 14. Выпустить медленно кровь по стенке пробирки, находящейся в штативе. Закрыть пробирку пробкой. Окончание процедуры:15. Шприцы, иглы поместить в емкости для дезинфекции, с заполнением всех каналов. 16. Жгут, валик дезинфицировать после каждого пациента. 17. Направление поместить в целлофановый пакет. 18. Штатив с пробиркой поместить в контейнер, закрыть крышкой и вместе с направлением отправить в лабораторию. 19. Снять перчатки, погрузить их в дез. раствор. 20. Провести гигиеническую антисептику рук.21. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинскую документацию.**3) Взять промывные воды из желудка на исследование.**Подготовка к процедуре:1. Измерить артериальное давление, подсчитать пульс.2. Снять зубные протезы у пациента (если они есть).3. Медицинскому работнику надеть перчатки, фартук.4. Поставить таз к головному концу кушетки.5. Измерить шёлковой нитью расстояние от резцов до пупка плюс ширина ладони пациента.6. Перенести метку на зонд, начиная от закруглённого конца.7. Взять зонд в правую руку как «писчее перо» на расстоянии 10 см от закруглённого конца.Выполнение процедуры:7. Встать сбоку от пациента8. Уложить пациента на левый бок, подстелив клеенку.9. Раскрыть рот и зафиксировать его роторасширителем.10. Захватить и зафиксировать язык языкодержателем.11. Ввести пациенту зонд, проталкивая его по задней стенке глотки в пищевод и желудок.12. Убедиться, что зонд не попал в дыхательные пути: к наружному концу зонда поднести несколько волокон ваты или тонкое перышко. Их колебание означает, что зонд находится в дыхательных путях.13. Присоединить к зонду воронку, заполнить ее водой, держа на уровне кровати.14. Поднять воронку выше головы пациента.15. Как только вода достигнет устья воронки, быстро опустить воронку ниже уровня желудка, чтобы содержимое желудка наполнило воронку полностью.16. Осторожно вылить содержимое воронки в таз для промывных вод.17. Повторить промывание несколько раз до чистых промывных вод.Окончание процедуры:18. Воронку снять, конец зонда опустить в таз на 15-20 минут.19. Зонд извлечь через салфетку, смоченную дезинфицирующим средством, предварительно пережав его непосредственно перед ртом пациента.20. Поместить зонд, воронку в контейнер с дезинфицирующим средством, салфетку в контейнер с отходами класса Б.21. Обработать полость рта пациента, обтереть полотенцем вокруг.22. Пациента тепло укрыть, наблюдать за состоянием.23. Снять перчатки, положить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.24. Вымыть руки, обработать антисептиком или мылом.25. Написать направление и отправить емкости с промывными водами в лабо­раторию.26. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента.**4) Оказать помощь пациенту при рвоте.**1) Информируйте пациента о предстоящей [манипуляции](https://studopedia.ru/10_244974_obshchenie-medsestri-s-patsientom.html) и ходе ее выполнения.2) Успокойте пациента.3) Усадите пациента, если позволяет его состояние.4) Наденьте на него клеенчатый фартук или повяжите салфетку.5) Поставьте таз или ведро к ногам пациента.6) Придерживайте голову пациента, положив ему ладонь на лоб.7) Дайте пациенту стакан с водой для полоскания рта после рвоты.8) Снимите с пациента клеенчатый фартук или салфетку.9) Помогите пациенту лечь.10) Наденьте на себя клеенчатый фартук и перчатки.11) Уберите емкость с рвотными массами из палаты, предварительно показав их врачу.12) Уберите все на полу, проветрите палату.13) Снимите фартук и перчатки.14) Обработайте их в соответствии с требованиями санэпидрежима.15) Вымойте руки.**5) Поставить лекарственную клизму.**1. Пациента предупреждают о предстоящей процедуре. Так как после нее необходимо лежать, лучше ставить клизму на ночь в палате.2. За 30 - 40 мин до постановки лекарственной микроклизмы ставят очистительную клизму.3. Лекарственное средство в указанной дозе отливают в чистую баночку и подогревают на водяной бане до температуры +37...+38°С.4. Набирают лекарство (50 - 200 мл), подогретое на водяной бане, в шприц Жане или резиновый баллончик.5. Подстилают под пациента клеенку, потом пеленку и просят его лечь на левый бок, подтянув ноги, согнутые в коленях, к животу.6. В прямую кишку вводят вращательными движениями на 20 см ректальную трубку (или катетер) и соединяют со шприцем Жане (или баллончиком).7. Медленно толчками вводят лекарство в прямую кишку.8. Закончив введение, зажимают пальцами трубку, снимают шприц, набирают в него немного воздуха, снова соединяют шприц с трубкой и, выпуская из него воздух, проталкиваю! остатки лекарства из трубки в кишечник.9. Снимают шприц, зажимают трубку, осторожно вращательными движениями извлекают трубку из прямой кишки.10. Рекомендуют пациенту принять удобное положение, не вставать.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Выполнить внутривенное капельное вливание. | 1 |
|  | Взять кровь из вены для различных видов исследования под руководством медицинского работника или ассистировать медицинскому работнику при проведении процедуры. | 1 |
|  | Взять промывные воды из желудка на исследование. | 1 |
|  | Оказать помощь пациенту при рвоте. | 1 |
|  | Поставить лекарственную клизму. | 1 |

**1) Ввести газоотводную трубку.**Последовательность выполнения:1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры и получить его согласие.
2. Отгородить пациента ширмой, если есть другие люди в палате.
3. Помочь пациенту лечь ближе к краю кровати на левый бок, ноги прижать к животу (если пациенту противопоказано положение на левом боку, газоотводную трубку можно ставить лежа на спине).
4. Положить под ягодицы клеенку, пеленку.
5. Поставить на пеленку (или моющийся стул рядом с пациентом) между его ногами, если он лежит на спине, судно с небольшим количеством воды.
6. Вымыть руки, надеть перчатки.
7. Смазать вазелином закругленный конец газоотводной трубки на протяжение 20-30 см с помощью шпателя.
8. Перегнуть трубку посередине, зажать свободный конец 4-м и 5-м пальцами, а закругленный конец взять как пишущее перо.
9. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.
10. Опустить свободный конец газоотводной трубки в судно на 1 час, но не более 2-х часов.
11. Снять перчатки, опустить в дезинфицирующий раствор.
12. Обеспечить пациенту безопасность, если он лежит на краю кровати.
13. Укрыть пациента.
14. Вымыть руки.
15. По истечении заданного времени надеть перчатки и извлечь газоотводную трубку из анального отверстия.
16. Поместить газоотводную трубку в емкость с дезинфицирующим раствором.
17. Провести туалет анального отверстия.
18. Убрать клеенку и пеленку и поместить в непромокаемый мешок.
19. Снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.
20. Вымыть руки.

**2) Поставить очистительную клизму.**Последовательность выполнения:1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры и получить его согласие на проведение процедуры.
2. Если процедура проводится в палате и там есть другие люди, отгородить пациента ширмой.
3. Надеть клеенчатый фартук.
4. Вымыть руки, надеть перчатки.
5. Присоединить наконечник к кружке Эсмарха, закрыть вентиль, налить в кружку воды 1,5-2 л.
6. Укрепить кружку Эсмарха на штативе.
7. Открыть вентиль и слить немного воды через наконечник, вытесняя воздух, закрыть вентиль.
8. Смазать наконечник вазелином с помощью шпателя.
9. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня.
10. Уложить пациента на левый бок, при этом его правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу.
11. Подложить под ягодицы пациента клеенку, свисающую в таз, покрытую пеленкой.
12. Обработать перчатки антисептическим раствором.
13. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести наконечник в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см.
14. Открыть вентиль на системе.
15. Ввести необходимое количество жидкости.
16. Закрыть вентиль.
17. Осторожно извлечь наконечник из прямой кишки.
18. Попросить пациента в течение 10 минут полежать на спине и удерживать воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно.
19. Снять клизменный наконечник с системы, снять перчатки, фартук, поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором.
20. Вымыть руки.
21. Надеть перчатки.
22. Провести туалет анального отверстия.
23. Убрать клеенку, пеленку и сбросить их в дезинфицирующий раствор.
24. Снять перчатки и погрузить их в дезинфицирующий раствор.
25. Вымыть руки.

**3) Поставить сифонную клизму.**Последовательность выполнения:1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры и получить его согласие на проведение процедуры.
2. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня и помочь пациенту лечь на левый бок, правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу.
3. Подложить под ягодицы клеенку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод, сверху клеенки постелить пеленку.
4. Надеть фартук.
5. Вымыть руки, надеть перчатки.
6. Приготовить систему, смазать слепой конец зонда вазелином на протяжении 30-40 см с помощью шпателя.
7. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см.
8. Взять воронку, присоединенную к зонду, держать ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента и налить в нее 0,5-1 л воды.
9. Медленно поднимать воронку выше ягодиц так, чтобы вода уходили в кишечник лишь до устья воронки.
10. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнит воронку полностью.
11. Слить воду из воронки в приготовленную емкость.
12. Повторить промывание до чистых промывных вод, но с использованием не более 10-12 л воды.
13. Отсоединить воронку по окончании процедуры, медленно извлечь зонд из кишечника.
14. Погрузить использованные предметы в дезинфицирующий раствор.
15. Провести туалет анального отверстия.
16. Снять перчатки, фартук; погрузить их в дезинфицирующий раствор.
17. Вымыть руки.

**4) Ввести лекарственное средство в прямую кишку.**Подготовка к процедуре:1. Проинформируйте пациента о назначенном ему лекарственном препарате и о ходе манипуляции.*2.*Вымойте руки. Наденьте перчатки.Выполнение процедуры:3. Пациента уложите на левый бок с согнутыми в коленях и прижатыми к животу ногами.4. Вскройте упаковку и достаньте свечу.5. Левой рукой раздвиньте ягодицы.6.Правой рукой введите узким концом всю свечу в анус, за наружный сфинктер прямой кишки.Окончание процедуры:7.Предупредите пациента, что он должен полежать 10-15 минут и 1 - 1,5 часа не ходить в туалет.**5) Промыть желудок пациенту, находящемуся в сознании.****Алгоритм выполнения:**1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции2. Объясните пациенту ход проведения манипуляции, получите согласие пациента.3. Надеть чистый халат. Вымойте руки. Наденьте перчатки.4. Подготовьте систему для промывания желудка.5. Усадите пациента на стул (спина плотно прилегает к спинке стула).6. Поставьте емкость для промывных вод между ног пациента.7. Наденьте на себя и на пациента клеенчатые фартуки.8. Определите расстояние, на которое нужно ввести зонд (рост пациента в сантиметрах - 100 см или расстояние от пупка до резцов + расстояние ладонь пациента), сделайте отметку на зонде.9. Встаньте сбоку от пациента.10. Смочите конец зонда кипяченой водой и попросите пациента открыть рот.11. Положите слепой конец зонда на корень языка и предложите пациенту делать глотательные движения и глубоко дышать через нос.12. Проведите осторожно и медленно зонд до нужной отметки.13. Убедиться, что зонд находиться в желудке, при помощи шприца Жане.14. Подсоедините воронку. Опустите зонд с воронкой ниже уровня желудка, слегка наклонив её, влейте в воронку 1 литр воды.15. Поднимите медленно воронку вверх, как только вода достигнет устья воронки, опустите ее ниже исходного положения.16. Вылейте содержимое воронки в таз.17. Проводите промывание желудка до чистых промывных вод.18. Удалите зонд осторожно, но быстро.19. Отсоедините воронку.20. Извлеките осторожно зонд через полотенце.21. Дайте пациенту стакан с водой для полоскания рта.22. Уберите таз с промывными водами.23. Снимите с пациента и себя клеенчатые фартуки.24. Снимите перчатки.25. Сопроводите пациента к постели и помогите ему лечь.26. Обработайте систему, перчатки, фартуки, согласно приказам.27. Вымойте руки.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Ввести газоотводную трубку. | 1 |
|  | Поставить очистительную клизму. | 1 |
|  | Поставить сифонную клизму. | 1 |
|  | Ввести лекарственное средство в прямую кишку. | 1 |
|  | Промыть желудок пациенту, находящемуся в сознании. | 1 |

 |
|  |
|  |
|  |

**МАНИПУЛЯЦИОННЫЙ ЛИСТ**

Производственной практики по профилю специальности

«Технология оказания медицинских услуг»

ПМ 04. Младшая медицинская сестра по уходу за больными

обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО

Специальность 34.02.01 – Сестринское дело

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Перечень манипуляций**  | **дата практики** | **всего манипуляций** |
| **Поликлиника**  |
| 1 | Заполнение направлений для проведения анализов | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Взятие мазка из зева и носа для бактериологического исследования |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Обучение пациента технике сбора мочи для различных исследований | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Обучение пациента технике сбора фекалий для исследований | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Обучение пациента технике сбора мокроты для различных исследований |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Обучение пациента подготовке к рентгенологическим методам исследования |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Обучение пациента подготовке к эндоскопическим методам исследования |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Обучение пациента подготовке к ультразвуковым методам исследования |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Обучение пациента самоконтролю АД, пульса и ЧДД, температуры тела | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Обучение пациента самостоятельной постановки банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Обучение пациента ингаляции лекарственного средства через рот и нос |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Дуоденальное зондирование | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Стационар**  |
| 14 | Подача увлажненного кислорода |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  16 | Заполнение документации при приеме пациента |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  17 | Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Полная санитарная обработка пациента |  | 1 |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Частичная санитарная обработка пациента |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Смена нательного и постельного белья |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.) |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |
| 22 | Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Уход за лихорадящим больным |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 25 | Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Опорожнение мочевого дренажного мешка |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Уход за лихорадящим больным |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | Работа со стерильным биксом, стерильным материалом |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Транспортировка и перекладывание больного |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | Катетеризация мочевого пузыря |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |
| 32 | Постановка банок |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | Постановка горчичников |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | Постановка согревающего компресса |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | Применение грелки, пузыря со льдом |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | Постановка горячего компресса |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | Постановка холодного компресса |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | Разведение антибиотиков |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |
| 39 | Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, внутривенные капельные |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  |
| 40 | Забор крови из вены на исследование |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |
| 41 | Антропометрия |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 | Измерение пульса | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 43 | Измерение температуры тела | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 44 | Заполнение температурного листа при регистрации показателей: масса тела, рост; частота пульса, АД, ЧДД, температуры тела |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 45 | Измерение артериального давления | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 46 | Подсчет частоты дыхательных движений | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 47 | Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 48 | Поставка пиявки на тело пациента |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 49 | Профилактика пролежней. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 | Заполнение порционного требования |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 51 | Раздача пищи больным |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5253 | Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильникаИскусственное кормление пациента |  |  |  | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 54 | Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 55 | Раздача лекарств пациентам |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 56 | Заполнение журнала учета лекарственных средств |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 57 | Заполнение накладной - требования на лекарственные средства |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 58 | Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 59 | Закапывание капель в глаза |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 | Введение мази за нижнее веко |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 61 | Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 62 | Введение мази в носовые ходы |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 63 | Закапывание капель в ухо |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 64 | Нанесение мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |
| 65 | Подача судна и мочеприемника (мужчине и женщине) |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 66 | Постановка газоотводной трубки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |
| 67 | Постановка лекарственной клизмы |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |
| 68 | Постановка очистительной клизмы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |
| 69 | Постановка масляной клизмы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 | Постановка сифонной клизмы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |
| 71 | Постановка гипертонической клизмы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 72 | Введение лекарственного средства в прямую кишку |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |
| 73 | Оказать помощь пациенту при рвоте |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |
| 74 | Промывание желудка |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |
| 75 | Осуществить посмертный уход |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |

Методический руководитель практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка подписи

Непосредственный

руководитель практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка подписи

Общий руководитель практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка подписи

М.П. организации

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

ФИО обучающегося**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

группы**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** специальности 34.02.01 – Сестринское дело

проходившего (ей) производственную практику

с\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г

за время прохождения практики мной выполнены следующие виды работ

**1.Цифровой отчет**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Виды работ** | **Количество** |
|  | Заполнение направлений для проведения анализов | 2 |
|  | Взятие мазка из зева и носа для бактериологического исследования |  |
|  | Обучение пациента технике сбора мочи для различных исследований | 1 |
|  | Обучение пациента технике сбора фекалий для исследований | 1 |
|  | Обучение пациента технике сбора мокроты для различных исследований | 1 |
|  | Обучение пациента подготовке к рентгенологическим методам исследования. |  |
|  | Обучение пациента подготовке к эндоскопическим методам исследования. |  |
|  | Обучение пациента подготовке к ультразвуковым методам исследования |  |
|  | Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей |  |
|  | Обучение пациента самоконтролю АД, пульса и ЧДД, температуры тела | 1 |
|  | Обучение пациента самостоятельной постановки банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов | 1 |
|  | Обучение пациента ингаляции лекарственного средства через рот и нос |  |
|  | Дуоденальное зондирование | 1 |
|  | Подача увлажненного кислорода |  |
|  | Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии |  |
|  | Заполнение документации при приеме пациента  | 1 |
|  | Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза | 1 |
|  | Полная санитарная обработка пациента | 1 |
|  | Частичная санитарная обработка пациента | 1 |
|  | Смена нательного и постельного белья | 1 |
|  | Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.) | 1 |
|  | Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе | 1 |
|  | Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента |  |
|  | Уход за лихорадящим больным | 1 |
|  | Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером | 1 |
|  | Опорожнение мочевого дренажного мешка | 1 |
|  | Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника | 1 |
|  | Уход за лихорадящим больным | 1 |
|  | Работа со стерильным биксом |  |
|  | Транспортировка и перекладывание больного |  |
|  | Катетеризация мочевого пузыря  | 2 |
|  | Постановка банок |  |
|  | Постановка горчичников | 1 |
|  | Постановка согревающего компресса | 1 |
|  | Применение грелки, пузыря со льдом | 1 |
|  | Постановка горячего компресса | 1 |
|  | Постановка холодного компресса | 1 |
|  | Разведение антибиотиков | 1 |
|  | Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, капельные. | 1 |
|  | Забор крови из вены на исследование | 1 |
|  | Антропометрия  | 1 |
|  | Измерение пульса | 1 |
|  | Измерение температуры тела | 1 |
|  | Заполнение температурного листа при регистрации показателей: масса тела, рост; частота пульса, АД, ЧДД, температуры тела  | 1 |
|  | Измерение артериального давления | 1 |
|  | Подсчет частоты дыхательных движений |  |
|  | Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков | 1 |
|  | Поставка пиявки на тело пациента |  |
|  | Профилактика пролежней. |  |
|  | Заполнение порционного требования | 1 |
|  | Раздача пищи больным |  |
|  | Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника | 1 |
|  | Искусственное кормление пациента | 1 |
|  | Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного |  |
|  | Раздача лекарств пациентам |  |
|  | Заполнение журнала учета лекарственных средств | 1 |
|  | Заполнение накладной - требования на лекарственные средства |  |
|  | Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения |  |
|  | Закапывание капель в глаза | 1 |
|  | Введение мази за нижнее веко | 1 |
|  | Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос | 1 |
|  | Введение мази в носовые ходы | 1 |
|  | Закапывание капель в ухо | 1 |
|  | Втирание мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента | 1 |
|  | Подача судна и мочеприемника мужчине и женщине | 1 |
|  | Постановка газоотводной трубки | 1 |
|  | Постановка лекарственной клизмы | 1 |
|  | Постановка очистительной клизмы | 1 |
|  | Постановка масляной клизмы | 1 |
|  | Постановка сифонной клизмы | 1 |
|  | Постановка гипертонической клизмы | 1 |
|  | Введение лекарственного средства в прямую кишку | 1 |
|  | Оказать помощь пациенту при рвоте | 1 |
|  | Промывание желудка  | 1 |
|  | Осуществить посмертный уход | 1 |

Текстовый отчет:

Умения, которыми хорошо овладел обучающийся:

1) Заполнение направления для проведения анализов.

2) Обучение пациента технике сбора мочи.

3) Обучение пациента технике сбора фекалий.

4) Измерение ад, пульс, чдд и температуру тела.

5)Проведение осмотра и проведение мероприятия при выявления педикулеза.

6) Выполнение частичной и полной обработки пациента.

7) Антропометрия.

8) Заполнение порционного требования.

9) Смена подгузника.

10) Смена нательного и постельного белья пациента.

11) Постановка горячего, согревающего, холодного компресса.

12)Уход за лихорадящим пациентом.

13) Опорожнение мочевого дренажного мешка.

14) Втирание мази на кожу пациента.

15) Набор лекаственного средства из ампулы.

Что проделано самостоятельно:

1)Оказание помощи пациенту при рвоте.

2) Постановка лекарственной клизмы.

3) Введение газоотводной трубки.

4) Промывание желудка пациенту, находящемуся в сознании.

5) Закапывание сосудосужавающих и масляных капель в нос.

6) Введение мази в носовые ходы по назначению врача.

7) Смена подгузника.

8) Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника.

9) Бритье пациента.

10) Смена нательного и постельного белья.

11) Применения пузыря со льдом.

12) Уход за лихорадящим пациентом.

13) Опорожнение дренажного мешка.

14) Втирание мази в кожу, нанесение мази на кожу пациента.

15) Постановка внутривенной инъекции.

Какая помощь оказана обучающемуся со стороны методического непосредственного руководителей практики:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ замечания и предложения по практике:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись обучающегося Ондар Чойгаана Чечен-ооловна Ондар

Общий руководитель практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.О. Фамилия

 (подпись)

 МП организации