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**

**Преддипломной практики**

По профессиональному модулю:

«Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах»

Междисциплинарный курс «Сестринская помощь при различных заболеваниях и состояниях»

студента (ки) 3 курса 311 группы

специальности 34.02.01.Сестринское дело  
очной формы обучения

Бакановой

Ксении

Алексеевны

Преддипломная практика проходила в форме ЭО и ДОТ с 11.05.2020 по 08.06.2020

ЭО – электронное обучение

ДОТ – дистанционные образовательные технологии

Руководители практики:

Бодров Юрий Иванович

Фукалова Наталья Васильевна

Овчинникова Татьяна Вениаминовна

**Содержание**

1. Цели и задачи практики.
2. Знания, умения, практический опыт, которыми должен овладеть обучающийся после прохождения практики.
3. График прохождения практики.
4. Инструктаж по технике безопасности.
5. Содержание и объем выполненной работы.
6. Манипуляционный лист.
7. Отчет.

**Цели и задачи практики**

**Цель:** проверка профессиональной готовности будущего специалиста к самостоятельной трудовой деятельности и сбор материалов для написания выпускной квалификационной работы

**Задачи:**

1. Углубление студентами первоначального профессионального опыта.
2. Закрепление и совершенствование приобретенных в процессе обучения в колледже профессиональных умений, по уходу за больными различного профиля.
3. Развитие общих и профессиональных компетенций
4. Адаптация обучающихся к конкретным условиям деятельности учреждений здравоохранения.
5. Формирование основ социально-личностной компетенции путем приобретения студентом навыков межличностного общения с медицинским персоналом и пациентами
6. Формирование навыков общения с больным с учетом этики и деонтологии в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов.
7. Освоение современных методов работы в медицинских организациях практического здравоохранения.
8. Наблюдение и сбор практического материала для обобщения и подготовке к выполнению выпускной квалификационной работы.

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

**Практический опыт:**

* Проведения профилактических мероприятий при осуществлении сестринского ухода;
* Осуществления ухода за детьми при различных заболеваниях и состояниях;
* Проведения реабилитационных мероприятий в отношении пациентов с различной патологией;
* Оказания доврачебной помощи при неотложных состояниях

**Умения:**

* Обучать население принципам здорового образа жизни,
* Проводить и осуществлять оздоровительные и профилактические мероприятия;
* Консультировать пациента и его окружение по вопросам иммунопрофилактики;
* Консультировать по вопросам рационального и диетического питания;
* Организовывать мероприятия по проведению диспансеризации;
* Готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
* Осуществлять сестринский уход за детьми при различных заболеваниях и состояниях;
* Консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
* Осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
* Осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
* Проводить комплексы упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
* Проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
* Вести утвержденную медицинскую документацию;
* Проводить мероприятия по восстановлению и поддержанию жизнедеятельности организма при неотложных состояниях самостоятельно и в бригадах
* Оказывать помощь при воздействии на организма токсических и ядовитых веществ самостоятельно и в бригаде

**Знания:**

* Современные представления о здоровье в разные возрастные периоды, возможные факторы, влияющие на здоровье, направления сестринской деятельности по сохранению здоровья;
* Основы иммунопрофилактики различных групп населения;
* Принципы рационального и диетического питания;
* Роль сестринского персонала при проведении диспансеризации населения и работе «школ здоровья»
* Причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента, принципы организации и способы оказания сестринской помощи;
* Принципы применения лекарственных средств;
* Виды, формы и методы реабилитации;
* Правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения;
* Причины, стадии и клинические проявления терминальных состояний;
* Алгоритмы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях.

**2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ**

**2.1 Объем преддипломной практики и тематический план**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование разделов практики** | | | **часы** |
| **1** | **Сестринское дело в терапии(работа в терапевтическом стационаре или и поликлинике)** | | | **50** |
| 1.1 | Работа на посту (терапевтическом участке) | | | 32 |
| 1.2 | Работа в процедурном кабинете | | | 18 |
| **2** | **Сестринское дело в педиатрии (Работа в педиатрическом отделении или детской поликлинике)** | | | **50** |
| 2.1 | Работа на посту (педиатрическом участке) | | | 32 |
| 2.2 | Работа в процедурном и прививочном кабинетах | | | 18 |
| **3** | **Сестринское дело в хирургии** | | | **36** |
| 3.1 | Работа на посту | | | 12 |
| 3.2 | Работа в процедурном кабинете | | | 12 |
| 3.3 | Работа в перевязочном кабинете | | | 12 |
| **Вид промежуточной аттестации** | | | дифференцированный зачет | **8** |
| **Итого** | |  | | **144** |

###### Инструктаж по технике безопасности

1.Перед началом работы в отделении необходимо переодеться.

2.Форма одежды: медицинский халат, медицинская шапочка, медицинская маска, сменная обувь (моющаяся и на устойчивом каблуке). Ногти должны быть коротко острижены, волосы убраны под шапочку, украшения не должны касаться одежды. При повреждении кожи рук, места повреждений должны быть закрыты лейкопластырем или повязкой.

3.Требования безопасности во время работы:

3.1Всех пациентов необходимо рассматривать как потенциально инфицированных ВИЧ-инфекцией и другими инфекциями, передающимися через кровь. Следует помнить и применять правила безопасности для защиты кожи и слизистых при контакте с кровью и жидкими выделениями любого пациента.

3.2 Необходимо мыть руки до и после любого контакта с пациентом.

3.3Работать с кровью и жидкими выделениями всех пациентов только в перчатках.

3.4Сразу после проведения инвазивных манипуляций дезинфицировать инструменты, приборы, материалы в соответствии с требованиями санитарно-противоэпидемического режима. Не производить никакие манипуляции с использованными иглами и другими режущими и колющими инструментами, сразу после использования – дезинфицировать их.

3.5Пользоваться средствами защиты глаз и масками для предотвращения попадания брызг крови и жидких выделений в лицо (во время хирургических операций, манипуляций, катетеризаций и других лечебных процедур).

3.6Рассматривать всё бельё, загрязнённое кровью или другими жидкими выделениями пациентов, как потенциально инфицированное.

3.7Рассматривать все образцы лабораторных анализов как потенциально инфицированные. Транспортировку биоматериала осуществлять в специальных контейнерах.

3.8 Разборку, мойку и полоскание инструментов, лабораторной посуды и всего, соприкасавшегося с кровью или другими жидкими выделениями пациента проводить только после дезинфекции, в перчатках.

3.9В рабочих помещениях, где существует риск инфицирования, запрещено есть, пить, курить, наносить косметику и брать в руки контактные линзы.

3.10 Необходимо использовать индивидуальные средства защиты при работе с дезинфицирующими и моющими средствами (перчатки, халат, маска, респиратор при необходимости, очки).

Подпись проводившего инструктаж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Печать ЛПУ

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 12. 05. 20 | **Алгоритм №1 «Контрольное взвешивание» (педиатрия)**  1.Объяснить маме (родственникам) цель и ход  выполнения процедуры.  2.Подготовить необходимое оснащение.  3.Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.  4.Надеть на ребенка памперс и запеленать.  5.Подготовить мать к кормлению.  6. Обработать весы дезинфицирующим раствором и подготовить их к работе.  7.Взвесить ребенка и зафиксировать полученную  массу.  8.Передать ребенка матери для кормления грудью в  течение 20 минут.  9.Повторно взвесить ребенка ( не меняя пеленок в  случае мочеиспускания и дефекации) и  зафиксировать результат. Определить разницу  полученных данных ( при взвешивании ребенка до и  после кормления).  10.Передать ребенка маме или положить в кроватку.  11.Протереть весы дезинфицирующим раствором,  снять перчатки. Вымыть и осушить руки.  12.Рассчитать необходимое ребенку количество молока  на одно кормление( объемный или калорийный  метод).  13.Оценить соответствие фактически высосанного  молока ребенком долженствующему количеству.  **Алгоритм №2 «Промывание желудка» (терапия)**  1.Убедился в отсутствии противопоказаний и получил согласие родственников ребенка на процедуру.  2.Подготовил необходимое оснащение .  3.Надел фартук. Провел гигиеническую обработку рук, надел перчатки, при необходимости обработал пеленальный столик и постелил на него пеленку.  4.Усадил ребенка на руках у помощника. Который зафиксировал ноги, руки и голову ребенка (ребенка младшего возраста можно завернуть в пеленку и уложить на пеленальном столе).  5.Надел фартук поверх рук фиксирующего.  6.Поставил таз для промывных вод у ног ребенка.  7.Измерил зондом расстояние до желудка (от мочки уха до кончика носа и до мечевидного отростка) .  8.Смочил «слепой» конец зонда в воде.  9.Открыл рот ребенка с помощью шпателя (если не открывает сам, возможно использовать роторасширитель) .  10.Ввести зонд по средней линии языка до метки( следить за дыханием ребенка) и завести указательным пальцем за зубы.  11.Присоединить к зонду воронку и, опустив ниже уровня желудка, подождать появления желудочного содержимого.  12.При появлении содержимого желудка в устье воронки – заполнить воронку физ. раствором или водой и медленно поднять вверх, следить за поступлением жидкости в желудок жидкость опускается до устья воронки.  13. Быстро, но плавно опустить воронку ниже уровня желудка и вылить ее содержимое в таз (следить чтобы количество введенной и выведенной жидкости было одинаковым).  14.Повторить промывание до получения «чистой воды».  15.Отсоединить воронку, быстро извлечь зонд.  16.Прополоскать рот ребенку и передать его маме.  17.Весь инструментарий, фартуки подвергнуть дезинфекции.  18.Содержимое желудка при необходимости собрать в  стерильную емкость и отправить в лабораторию.  **Алгоритм №3 «Наложение повязки «Варежка» » (хирургия)**  1.Объяснил пациенту цель и ход предстоящей процедуры .  2.Встал лицом к пациенту .  3.Обработал кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положил на травмированное место (рану) стерильную салфетку и салфетку между пальцев.  4.Фиксирующий тур наложил в области лучезапястного сустава.  5.Далее бинт перегнул и повел по тыльной стороне кисти до кончиков пальцев.  6.Затем по ладонной стороне до нижней трети предплечья и вновь перегнул.  7.Несколькими возвращающимися турами полностью закрыл пальцы.  8.Повязку закончил спиральными восходящими оборотами бинта от пальцев на кисть и закрепил на предплечье фиксирующим туром.  9.Проверил правильность, эффективность и эстетичность данной повязки. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 13. 05. 20 | **Алгоритм №1 «Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка» (педиатрия)**  1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход  выполнения процедуры.  2. Подготовить необходимое оснащение.  3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.  Обработать пеленальный столик дезинфицирующим  раствором и постелить на него пеленку.  4. Уложить ребенка на пеленальном столе.  5. Хорошо растянуть края пупочной ранки  указательным и большим пальцами левой руки.  6. Капнуть из пипетки в ранку 1-2 капли 3% раствора  перекиси водорода, удалить образовавшуюся в ранке  «пену» и корочку стерильной ватной палочкой  (сбросить палочку в лоток).  7. Сохраняя растянутыми края пупочной ранки,  обработать её стерильной ватной палочкой,  смоченной 70% этиловым спиртом, движением  изнутри к наружи (сбросить палочку в лоток).  Обработать кожу вокруг ранки этиловым спиртом с  помощью ватной палочки движениями от центра к  периферии (сбросить палочку в лоток).  8. Обработать (по необходимости) пупочную ранку  (не затрагивая вокруг ранки) 5%раствором  перманганата калия или спиртовым раствором бриллиантовой зелени с помощью ватной палочки  (сбросить палочку в лоток).  9.Запеленать ребенка и положить в кроватку.  10.Убрать пеленку с пеленального стола и поместить её в мешок для грязного белья. Использованные палочки замочить в дез. растворе. Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезинфицирующим раствором, снять перчатки, вымыть и осушить руки.  **Алгоритм №2 «Термометрия» (терапия)**  1.Получил согласие пациента (родственников).  2. Вытер салфеткой кожу подмышечной области насухо.  3.Извлек термометр из контейнера с маркировкой «чистые термометры», встряхнул, проверил шкалу деления.  4.Поместил термометр нижним концом в подмышечную область так, чтобы резервуар ртути со всех сторон соприкасался с кожей.  5. Зафиксировал/привел к груди руку.  6. Засек время.  7. Извлек термометр из подмышечной области.  8. Определил показания термометра.  9. Термометр встряхнул и поместил в емкость для дезинфекции. 10. Снял перчатки и погрузил их в контейнер с маркировкой «Отходы. Класс Б».  11. Провел гигиеническую обработку рук.  12. Записал результат в температурный лист.  **Алгоритм №3 «Катетеризация мочевого пузыря у женщин» (хирургия)**  1.Предупредил пациентку о проведении манипуляции. Получил согласие на проведение процедуры.  2. Обеспечил изоляцию пациентки.  3. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки. 4. Попросил пациентку лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помог пациентке. Подложил под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку, поставил судно.  5.Подготовил оснащение к подмыванию пациентки.  6. Взял в левую руку емкость с раствором для подмывания, в правую - корнцанг с салфетками. Подмыл пациентку движениями сверху вниз, последовательно от лобка к анальному отверстию, меняя салфетки.  7. Осушил кожу в той же последовательности.  8. Салфетки сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Корнцанг в емкость для дезинфекции.  9. Снял перчатки. Поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. Надел стерильные перчатки.  10.Подготовил оснащение для катетеризации: стерильный лоток, 2 стерильных пинцета, стерильные марлевые салфетки, стерильное вазелиновое масло, раствор водного антисептика.  11.Провел туалет половых органов - раздвинул левой рукой половые губы, правой рукой с помощью пинцета взял марлевые салфетки, смоченные в растворе антисептика на водной основе, и обработал отверстие мочеиспускательного канала движением сверху вниз между малыми половыми губами, использовал не менее двух салфеток.  12. Сменил марлевую салфетку. Приложил марлевую салфетку, смоченную в растворе антисептика на водной основе к отверстию мочеиспускательного канала. Сбросил салфетку и корнцанг в лоток для использованного материала.  13.Сменил пинцет. Взял пинцетом клюв мягкого катетера на расстоянии 4-6 см от его конца. Обвел наружный конец катетера над кистью и зажал между 4 и 5 пальцами правой руки. Облил конец катетера стерильным вазелиновым маслом над лотком.  14.Развел левой рукой половые губы, а правой ввел катетер пинцетом на 4-6 см, до появления мочи. Оставшийся конец катетера опустил в емкость для сбора мочи. Пинцет положил в лоток для использованного материала.  15. После прекращения мочевыделения струей, извлек катетер, одновременно надавливая на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой.  16. Катетер поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Лотки, и пинцеты погрузил в емкости для дезинфекции. Одноразовую пеленку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  17. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 14. 05. 20 | **Алгоритм №1 «Мазок из зева и носа» (педиатрия)**  1.Объяснить ребенку (маме) цель и ход выполнения процедуры.  2. Подготовить все необходимое оснащение.  Выписать направление в лабораторию.  3. Вымыть и осушить руки, надеть маску, перчатки.  4.Поставить на инструментальный столик необходимое оснащение (расположив по правую руку). Стеклографом промаркировать пробирки «Н», «З» (нос, зев).  5.Усадить ребенка лицом к источнику света и при необходимости зафиксировать его с помощью помощника (мамы):  - ноги ребенка помощник охватывает своими коленями;  - руки и туловище фиксирует одной рукой;  - голову держит, положив ладонь другой руки на лоб ребенку.  6. Извлечь ватный тампон из пробирки, маркированный знаком «Н» (нос), взяв его правой рукой за пробку в которую он вмонтирован.  Большим пальцем левой руки приподнять кончик носа ребенка. Осторожно ввести тампон вращательными движениями в один носовой ход, затем в другой плотно прикасаясь к их стенкам.  Собрав материал, поместить тампон в пробирку, не касаясь ее краев.  7. Попросить ребенка широко открыть рот и шпателем нажать на корень языка.  *Примечание:* ребенку младшего возраста открыть рот с помощью шпателя, взяв его как писчее перо левой рукой, ввести в ротовую полость до зубов, повернуть ребром и провести по боковой поверхности десен до места окончания зубов, после чего перевернуть его плашмя, поместить на корень языка и резко нажать на него.  Извлечь ватный тампон из пробирки, маркированной знаком «З» (зев) взяв его правой рукой за пробку, в которую он вмонтирован.  Осторожно не касаясь языка и щек ввести тампон в полость рта. Снять слизь с небных дужек и миндалин в следующей последовательности: дужка – миндалина – язычок- дужка- миндалина.  Примечание: при наличии пленки в зеве и подозрении на дифтерию- материал собирать на границе здоровой и пораженной ткани.  Извлечь тампон из ротовой полости и поместить в пробирку, не касаясь ее краев.  8.Вымыть и обработать антисептиком руки в перчатках. Снять маску, перчатки, вымыть и осушить руки.  9.Отправить материал в бактериологическую лабораторию в сопровождении направления (не позднее 2 часов после забора при условии хранения в холодильнике).  **Алгоритм №2 «Забор материала на энтеробиоз» (терапия)**  1.Убедился в отсутствии противопоказаний и получил согласие родственников ребенка на процедуру и предложил раздеть ребенка.  2. Поставил стеклографом номер на стекле, соответствующий номеру направления.  3. Подготовил липкую ленту.  4. Провел гигиеническую обработку рук.  5. Надел медицинские перчатки.  6. Обеспечил правильное положение пациента.  7. Приклеил ленту к перианальным складкам липкой стороной.  8. Отклеил ленту от кожи.  9. Приклеил ленту липкой стороной с исследуемым материалом к чистому сухому предметному стеклу.  10. Поместил предметное стекло в чистый одноразовый пакет.  11.Снял перчатки и погрузил их в контейнер с маркировкой «Отходы. Класс Б».  12. Провел гигиеническую обработку рук.  **Алгоритм №3 «Остановка венозного кровотечения путем наложения давящей повязки» (хирургия)**  1.Установил источник кровотечения.  2.Надел стерильные перчатки .  3.Приготовил набор для манипуляции: стерильный лоток, пинцет, стерильные салфетки, 5% спиртовой раствор йода, пакет перевязочный индивидуальный, бинты .  4.Обработал кожу вокруг раны 5% спиртовым раствором йода.  5.Уложил пациента, бинтуемая область тела неподвижна и доступна .  6. Встал лицом к больному .  7.Наложил на кровоточащую рану подушечку пакета перевязочного индивидуального, комок ваты в марле или матерчатый пелот .  8. Раскатал бинт слева направо, сделал 2-3 закрепляющих тура около раны на неповрежденной области .  9.Сделал несколько туров, каждый из которых перекрывал предыдущий тур на ½ - ¾ ширины .  10.Завершил бинтование 2-3 турами в проекции первых закрепляющих туров .  11.Закрепил конец бинта, узел не должен находиться на поврежденной области .  12.Снял и утилизировал перчатки как медицинские отходы «Класс Б» |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 15. 05. 20 | **Алгоритм №1 «Пеленание новорожденного» (педиатрия)**  1.Подготовить необходимое оснащение.  2.Отрегулировать t воды в кране, проверить её  запястьем.  3.Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором.  4.Уложить на пеленальном столике пеленки послойно  (снизу вверх: фланелевая пеленка, тонкая пеленка, подгузник или памперс).  5. Распеленать ребенка в кроватке (при необходимости подмыть и осушить пеленкой), положить на  пеленальный столик.  6. Надеть подгузник, для этого:  а) уложить ребенка на пеленки так, чтобы широкое основание подгузника приходилось на область  поясницы;  б) провести нижний угол подгузника между ножками малыша;  в) обернуть боковые концы подгузника вокруг тела.  *Примечание:* подгузник можно заменить памперсом.  7. Завернуть ребенка в тонкую пеленку:  а) расположить ребенка на тонкой пеленке так, чтобы верхний её край был на уровне шеи;  б) одним краем пеленки накрыть плечо ребенка и  провести пеленку под другую ручку и между ножек;  в) другим краем накрыть и зафиксировать второе  плечо;  г) подвернуть нижний край пеленки так, чтобы  оставалось свободное пространство для движения  ножек ребенка;  д) зафиксировать пеленку на уровне середины плеч  (выше локтевых суставов), «замочек» расположить  спереди.  8. Запеленать ребенка в теплую пеленку с ручками:  а) расположить ребенка на фланелевой пеленке так,  чтобы её верхний край располагался на уровне  козелка;  б) одним краем пеленки накрыть и зафиксировать  одно плечо, завести его под спину;  в) другим краем пеленки накрыть и зафиксировать  второе плечо;  г) нижний край пленки завернуть как тонкую.  9. Уложить ребенка в кроватку.  10.Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезинфицирующим раствором, снять перчатки,  вымыть и осушить руки.  **Алгоритм №2 «Постановка согревающего компресса» (терапия)**  1.Доброжелательно и уважительно представился. Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, получил его согласие .  2. Вымыл руки на гигиеническом уровне .  3. Надел чистые перчатки.  4. Достал чистый лоток для подготовки материала на четыре слоя компресса.  5. Отрезал ножницами необходимый ( соответствии с площадью области применения) кусок бинта , сложил бинт в 8 слоев и положил в лоток.  6. Вырезал слой компрессной бумаги на 2 см. больше с каждого края, чем бинт и положил ее в лоток.  7. Подготовил слой ваты, большего размера, чем компрессная бумага, и положил в лоток.  8. Достал чистый лоток и налил в него лекарственное средство для компрессов.  9. Смочил бинт в растворе, отжал его и наложил на область применения.  10. Укрыл бинт слоем компрессной бумаги .  11.Обложил компресс слоем ваты и закрепил несколькими турами бинтования .  12. Проверил плотность прилегания компресса ( не смещается, не стесняет движений) .  13.Поместил лоток в емкость для использованного инструментария .  14.Снял перчатки и также поместил их в емкость с дез. раствором.  **Алгоритм №3 «Наложение повязки на молочную железу» (хирургия)**  1. Объяснил пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Усадил пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встал лицом к нему.  2. Обработал кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положил на травмированное место (рану) стерильную салфетку.  3. Первый тур бинта фиксирующий, наложил вокруг грудной клетки под обеими грудными железами. Затем тур бинта перевел на заднюю поверхность грудной клетки косо вверх на противоположное надплечье.  4. Огибая надплечье, спустил косо вниз на больную сторону, прикрывая положенную салфетку на грудной железе, начиная с нижних отделов. Последующие туры бинта повторяются в такой же последовательности до полного закрытия раны железы.  5.Проверил правильность, эффективность и эстетичность данной повязки. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 16. 05. 20 | **Алгоритм №1 «Постановка пробы Манту» (педиатрия)**  1. Подготовить все необходимое оснащение.  2. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.  3. Достать из упаковки ампулу с туберкулином, протереть шейку ампулы ватным шариком, смоченным в 70% спирте.  4. Надрезать диском и надломить (отработанный ватный шарик сбросить в емкость с дез. раствором).  Ампулу поставить в мензурку.  5.Вскрыть упаковку туберкулинового шприца, проверив герметичность.  Надеть на него иглу с колпачком и зафиксировать ее на канюле. Снять с иглы колпачок.  6.Взять ампулу с туберкулином и набрать в шприц 0,2 мл препарата, снять иглу с колпачком.  7. Ампулу с оставшимся туберкулином возвратить в мензурку и прикрыть стерильным марлевым колпачком.  8.Надеть на шприц иглу для инъекции и выпустить воздух из шприца до 0,1 мл.  Положить шприц внутрь стерильного столика.  9.Ватным шариком, смоченным в 70% этиловым спирте обработать внутреннюю поверхность средней трети предплечья пациента (сбросить ватный шарик в емкость с дез. раствором).  Сухим ватным шариком протереть поле.  10.Растянуть кожу инъекционного поля, поддерживая предплечье пациента левой рукой с тыльной стороны.  Ввести иглу срезом вверх под углом не более 50 на глубину среза.  Переместить руку на поршень, ввести туберкулин под визуальным контролем образования лимонной корочки.  11.Извлечь иглу. Место инъекции спиртом не обрабатывать.  12.Сбросить туберкулиновый шприц в лоток с дез. раствором (предварительно промыв).  13.Снять перчатки и сбросить их в дез. раствор.  Вымыть и осушить руки.  14.Пригласить пациента для оценки пробы Манту на 3 день после ее проведения.  **Алгоритм №2 «Выполнение внутрикожной инъекции» (терапия)**  1. Предупредил пациента о проведении манипуляции. Получил согласие на проведение процедуры, выяснил аллергоанамнез.  2. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки.  3.Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток.  4.Подготовил лекарственный препарат: сверился с листом врачебных назначений, проверил срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедился, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности.  5.Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу, набрал дозу лекарственного средства в приготовленный шприц. Сменил иглу для инъекции, вытеснил воздух (не снимая колпачок).  6. Придал пациенту удобное положение (сидя). Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком.  7.Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции, подождал пока кожа высохнет.  8.Зафиксировал левой рукой кожу легким натяжением, обхватив предплечье снизу. Ввел правой рукой иглу, срезом вверх под углом 5 °, только срез иглы. Приподнял кверху срез иглы, левую руку переместил на поршень и ввел медленно лекарство. На месте инъекции образуется папула в виде «лимонной корочки». Вывел иглу быстрым движением правой руки.  9.Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б»).  10. Снял перчатки, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **Алгоритм №3 «Наложение повязки на культю» (хирургия)**  1.Объяснил пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Уложил пострадавшего на перевязочный стол и во время выполнения манипуляции и встал лицом к нему.  2. Обработал кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положил на травмированное место (рану) стерильную салфетку.  3. Наложил фиксирующие круговые туры бинта выше культи, бинт перегнул под прямым углом и провел в продольном направлении по культе, обогнув конец культи, провел бинт по задней поверхности, где снова перегнул.  4.Закрепил перегиб круговым ходом бинта. Туры бинта повторял до тех пор, пока вся культя не была закрыта.  5.Повязку закрепил на циркулярном туре. Проверил правильность, эффективность и эстетичность данной повязки. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 18. 05. 20 | **Алгоритм №1 «Туалет слизистой полости рта» (педиатрия)**  1.Объяснить матери и ребенку ход и цель процедуры.  Подготовить необходимое оснащение. Налить лекарственный раствор в мензурку.  Накрыть грудь ребенка пеленкой или фартуком.  Вымыть руки, надеть перчатки.  2.Подставить почкообразный лоток к сидящему ребенку.  Примечание: ребенку младшего возраста можно проводить процедуру в положении на боку, предварительно запеленав его с руками.  3.Набрать раствор в резиновый баллон и оросить лекарственным средством слизистую оболочку ротовой полости, протереть кожу вокруг ватным шариком.  Примечание: ребенку грудного возраста обработку слизистой рта можно проводить стерильной марлевой салфеткой, смоченной в растворе и намотанной на указательный палец медсестры.  При наличии язвочек и афт провести обработку элементов ватной палочкой с лекарственным веществом, открыв рот с помощью шпателя (при этом помощник удерживает голову и руки ребенка.).  4.Передать ребенка маме.  5.Убрать использованный материал в дез. раствор.  6.Снять перчатки, вымыть руки.  **Алгоритм №2 «Внутривенная инъекция» (терапия)**  1.Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры.  2.Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску. Надел перчатки.  3.Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  4.Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток.  5.Подготовил лекарственный препарат: сверил лекарственный препарат с листом врачебных назначений. Проверил срок годности лекарственного средства. Визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности.  6.Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц.  7.Сменил иглу для инъекции. Вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок.  8.Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациента.  9.Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  10. Пропальпировал вены локтевого сгиба у пациента. Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.  11.Надел очки. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  12.Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле движением снизу вверх. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  13. Большим пальцем левой руки зафиксировал вену. Ввел иглу в вену срезом вверх.  14.Потянул поршень на себя, убедился, что игла в вене.  15.Ослабил жгут. Еще раз проверил положение иглы.  16.Медленно ввел лекарственный препарат, не меняя положение шприца. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик. Быстрым движением извлек иглу.  17.Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут.  18.Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики погрузил в емкость для сбора отходов класса «Б».  19. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  20.Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработал тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором.  21.Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  22.Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **Алгоритм №3 «Снятие швов с послеоперационной раны» (хирургия)**  1. Объяснил пациенту цель и ход предстоящей процедуры.  2. Одел колпак, маску, стерильные перчатки .  3. Кожу вокруг раны обработал антисептиком.  4.Подтянул за усики узла анатомическим пинцетом, извлек часть нити из кожи, пока не появился участок нити белого цвета, который находился в ткани, и в этом месте нить пересек остроконечными ножницами или скальпелем и извлек еѐ, подтягивая в направлении раны, таким образом швы снимаем через один или два подряд, если собираемся вводить в этом месте дренаж .  5.После снятия швов кожу обработал антисептиком, наложил стерильную повязку. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 19. 05. 20 | **Алгоритм №1 «Кормление новорожденного через зонд» (педиатрия)**  1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход  выполнения процедуры. 2. Подготовить необходимое оснащение.  3. Надеть косынку, маску, вымыть и осушить руки,  надеть перчатки.  4. Уложить ребенка на бок с приподнятым головным  концом, зафиксировать такое положение с помощью пеленки.  5. Измерить глубину введения зонда: от мочки уха,  через переносицу до конца мечевидного отростка  грудины (не касаясь ребенка), сделать метку.  6.Заполнить шприц молоком, присоединить зонд, взять свободный конец зонда стерильной перчаткой или пинцетом, приподнять его и заполнить зонд молоком (до появления первой капли молока из отверстия на конце зонда).  7. Отсоединить шприц, закрыть зажим и смочить  слепой конец зонда в молоке.  8. Ввести зонд со средней линии языка (по нижнему  носовому ходу) до метки, не прилагая усилий. Во  время введения следить за состоянием ребенка (нет  ли кашля, цианоза, одышки).  *Примечание*: можно ввести зонд в желудок ребенка без предварительного его заполнения. В этом случае после введения зонда в желудок ребенка, присоединить шприц и потянуть поршень на себя, заполнить его желудочным содержимым.  9. Присоединить шприц, приподнять его и очень  медленно ввести назначенный объем молока.  *Примечание*: при необходимости повторного  использования зонда, фиксировать его  лейкопластырем к коже щеки и ввести небольшое  количество физиологического раствора. 10.Положить ребенка в кроватку на бок с приподнятым головным концом.  11.Снять перчатки, вымыть и осушить руки.  Использованный инструментарий поместить в дезинфицирующий раствор.  **Алгоритм №2 «Постановка гипертонической клизмы» (терапия)**  1.Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры, получил согласие, если пациент контактен.  2.Приготовил гипертонический раствор, подогрев его на водяной бане, измерил температуру раствора водным термометром, 38°С.  3. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки. 4. В грушевидный баллон набрал гипертонический раствор 100-150 мл.  5.Положил адсорбирующую пеленку на кушетку. Попросил пациента принять правильное положение.  6. Обработал перчатки антисептическим раствором.  7.Извлек газоотводную трубку из упаковки и облил вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки. 8. Ввел газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 20-30 см.  9.Выпустил остатки воздуха из баллона. Присоединил к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввел набранный раствор.  10.Отсоединил, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  11. Марлевой салфеткой провел туалет анального отверстия, у женщин обязательно по направлению кзади. Напомнил пациенту, что эффект наступит через 20-30 минут.  12.По окончании процедуры адсорбирующую пеленку газоотводную трубку, марлевые салфетки поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». Флакон из-под гипертонического раствора поместил в емкость для сбора отходов класса «А».  13. Грушевидный баллон поместил в емкость для дезинфекции. 14. Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  15.После дефекации пациента, убедился, что процедура проведена успешно.  **Алгоритм №3 «Уход за подключичным катетером» (хирургия)**  1.Обработать руки на гигиеническом уровне, при контакте с катетером использовать перчатки.  2.Осматривать кожные покровы вокруг катетера и сам катетер не менее 2-х раз в сутки:  - катетер должен быть закрыт стерильной повязкой или плёнчатым одноразовым фиксатором (место введения катетера должно быть доступно визуальному осмотру без удаления повязки);  - конец или все концы катетера (если он многопросветный) должны быть закрыты инъекционными колпачками.  3.Проводить смену повязки в соответствии с врачебными назначениями 2-3 раза (лейкопластырную) в неделю (при промокании - немедленно). Обрабатывать кожу вокруг катетера одним из антисептических растворов. Указывать дату и время перевязки, фамилию медсестры.  4.Быстро проводить подключение и отключение системы:  -попросить пациента задержать дыхание на момент разгерметизации системы;  - немедленно закрыть катетер стерильной пробкой сразу после отключения системы (снова попросить пациента задержать дыхание).  5.Проводить гепаринизацию катетера, «гепариновый замок» каждые 24 часа и после каждого использования катетера. Время гепаринизации следует отражать в карте пациента.  6.Менять:  - инъекционные колпачки 2-3 раза в неделю;  -инфузионные системы каждые 24 часа. Проводить отметку в карте пациента, с указанием фамилии медсестры.  7.Немедленно оповестить врача если катетер перестал функционировать. Поставить в известность лечащего врача или заведующего отделением в случае каких-либо осложнений, особенностей.  8.Помнить, что удалять или менять катетер может только врач.  9.Проследить, чтобы дата постановки и удаления катетера были зафиксированы в истории болезни пациента. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 20. 05. 20 | **Алгоритм №1 «Уход за ногтями ребенка» (педиатрия)**  1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход  выполнения процедуры.  2. Подготовить необходимое оснащение.  3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки,  обработать режущую часть ножниц ватным  тампоном, смоченным в спирте.  4. Удобно зафиксировать ребенка у себя на руках.  5. Подстричь ногти ребенка:  - на руках округло;  - на ногах прямолинейно.  6. Уложить в кроватку.  **Алгоритм №2 «Внутримышечная инъекция» (терапия)**  1.Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры.  2.Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки.  3.Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток.  5. Подготовил лекарственный препарат (проверил срок годности лекарственного средства, целостность ампулы).  6.Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц.  7.Сменил иглу для инъекции, вытеснил воздух (не снимая колпачок).  8. Придал пациенту удобное положение.  9.Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком.  10.Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  11. Ввел иглу в мышцу, глубоко на 2/3 длины иглы под углом 90°.Ввел медленно лекарственное средство.  12.Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлек иглу.  13.Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в соответствующие ѐмкости для сбора отходов класса «Б».  14. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  15.Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  16.Снял перчатки, маску, погрузил их в емкость для сбора отходов класса «Б».  17.Провел гигиеническую обработку рук.  **Алгоритм №3 «Временная остановка кровотечения путем наложения жгута» (хирургия)**  1.Приподнял конечность.  2.Поместил прокладку из мягкой ткани на место наложения жгута или наложил жгут на одежду пострадавшего проксимально от ранения .  3. Захватил жгут правой рукой у края с застежкой, а левой в 30-40 см ближе к середине.  4.Растянул жгут, подвел под конечность и наложил первый циркулярный тур таким образом, чтобы начальный участок перекрывался следующим туром .  5. Наложил следующие туры жгута по спирали в проксимальном направлении с нахлестом друг на друга, не натягивая.  6.Закрепил конец жгута цепочкой или кнопочным замком.  7.Оформил сопроводительную записку: указал дату, час и минуты наложения жгута, указал Ф.И.О. накладывающего жгут  8. Поместил записку под одним из туров жгута. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 21. 05. 20 | **Алгоритм №1 «Гигиеническая ванна(для грудного ребенка)» (педиатрия)**  1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход  выполнения процедуры.  2. Подготовить необходимое оснащение.  3. Поставить ванночку в устойчивое положение.  4. Обработать внутреннюю поверхность ванночки  дезинфицирующим раствором. Вымыть ванночку  щеткой и сполоснуть кипятком.  5.Протереть пеленальный столик дезинфицирующим раствором и приготовить на нем пеленки.  6. Положить на дно ванночки пеленку, сложенную в  несколько слоев ( края пеленки не должны  заходить на боковые стенки ванночки).  7. Положить в ванну водный термометр. Наполнить  ванну водой на ½ или 1/3 t воды 36-370С.  *Примечание*: при заполнении ванны водой  чередовать холодную и горячую воду, при  необходимости добавить несколько капель 5%  раствора перманганата калия до бледно-розового окрашивания воды.  8. Набрать из ванны воду в кувшин для  ополаскивания ребенка .  9. Раздеть ребенка при необходимости подмыть  Проточной водой.  10.Взять ребенка на руки, поддерживая левой рукой  спину и затылок, правой - ягодицы и бедра.  Медленно погрузить малыша в воду ( сначала ножки  и ягодицы, затем-верхнюю половину туловища).  Вода должна доходить до уровня сосков ребенка,  верхняя часть груди остается открытой. Освободить  руку, продолжая левой поддерживать голову и  верхнюю половину туловища ребенка.  11. Надеть на свободную руку рукавичку, помыть  ребенка в следующей последовательности: голова  ( от лба к затылку) – шея – туловище - конечности  (особенно тщательно промыть естественные складки кожи). Последними обмыть половые органы, межъягодичную область.  12. Снять рукавичку. Приподнять ребенка над водой  и перевернуть ребенка вниз лицом. Ополоснуть  малыша водой из кувшина (желательно иметь  помощника).  13. Накинув полотенце, положить ребенка на  пеленальный столик. Осушить кожные покровы промокательными движениями.  14. Обработать естественные складки кожи стерильным растительным маслом. Одеть ребенка и уложить в  кроватку.  15. Использованные пеленки, «рукавичку» поместить в  мешок для грязного белья ( рукавичку  прокипятить). Слить воду из ванны. Обработать внутреннюю поверхность ванны и рабочую  поверхность пеленального стола дез. раствором.  Вымыть и осушить руки.  **Алгоритм №2 «Постановка масляной клизмы» (терапия)**  1.Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен.  2.Приготовил масло, подогрев его на водяной бане, измерил температуру раствора водным термометром, 38°С.  3.Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки. 4.В грушевидный баллон набрал масло 100-200 мл.  5.Отгородил пациента ширмой, положил адсорбирующую клеенку на постель. Попросил пациента принять правильное положение.  6.Обработал перчатки антисептическим раствором.  7.Извлек газоотводную трубку из упаковки и облил вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки. 8.Ввел газоотводную трубку на глубину 20-30 см.  9.Выпустил остатки воздуха из баллона. Присоединил к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввел набранный раствор.  10.Отсоединил, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  11.Марлевой салфеткой провел туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади. Напомнил пациенту, что эффект наступит через 10-12 часов. Адсорбирующую пеленку оставил под пациентом.  12.По окончании процедуры газоотводную трубку, марлевые салфетки поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». Флакон из-под масла поместил в емкость для сбора отходов класса «А».  13.Грушевидный баллон поместил в емкость для дезинфекции.  14.Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  15.После дефекации убедился, что процедура прошла успешно.  **Алгоритм №3 «Накрытие стерильного стола» (хирургия)**  1.Обработать стол двух кратно антисептиком с перерывом 15 минут.(Крышку, ножки, дно стола).  2.Открыть универсальный стерильный бикс ножной педалью (или открывает санитарка).  3.Оценить состояние термоиндикатора.  4.Отогнуть выстилающую бикс салфетку так, чтобы она закрыла края бикса.  5.Стерильным инструментом достать полотенце или салфетку, обсушить руки, начиная с пальцев. Для разных рук использовать разные концы полотенца или 2 салфетки.  6.Обработать руки антисептиком, надеть стерильный халат, повторно обработать руки, надеть стерильные перчатки, обработать их.  7.Застелить стол «от себя». При подготовке большого инструментального стола две стерильные простыни, каждых из которых сложена вдвое, раскладывают на левую и правую половины стола местами сгиба – к стене. Простыни располагают «внахлест» таким образом, чтобы по центру стола края одной простыни заходили на другую простыню не менее чем на 10 см, а края простыней со всех сторон стола свисали примерно на 15 см. Поверх этих простыней выстилают третью простыню в развернутом виде так, чтобы ее края свисали не менее чем на 25 см. Стол с разложенными на нем инструментами сверху накрывают стерильной простыней, сложенной вдвое по длине простынного полотна, или двумя простынями в развернутом виде.  8.Закрыть стерильные корнцанги на свободный край простыни №4 и № 5, открыть ее «гармошкой», оставив «полку» для корнцангов.  9.Застелить открытую часть стола полотенцами (слева вдоль стола, справа сложенное вдвое).  10.Разместить на столе необходимое оснащение: Дальний третий ряд – слева – перевязочный материал (салфетки, турунды, бинты); раскрыть мешочки с шариками; справа – полотенца, салфетки, шовный материал и редко используемые инструменты. Средний второй ряд – часто используемые инструменты (пинцеты, зажимы, зонды); справа в полотенце сложенное вдвое –шприцы, иглы, скальпели, ножницы. У свободного края стола оставить зону для работы медсестры (15-20см).  11.Закрыть «крышу» стола спереди корцангами.  12.Закрыть задний край стола, прокалывая цапками все слои, под последнюю цапку-стерильную бирку , убрать цапки в образовавшиеся карманы.  13.Прикрепить к столу стерильную бирку с указанием даты и времени накрывания стола. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 22. 05. 20 | **Алгоритм №1 «Обработка волосистой части головы при гнейсе » (педиатрия)**  1.Объяснить маме цель и ход прове­дения процедуры.  **2.**Подготовить оснащение.  **3.**Обработать руки гигиеническим способом, надеть стерильные резиновые перчатки.  **4.**Усадить или уложить ребенка на столик.  **5.**Ватным тампоном, обильно смочен­ным маслом, обработать волосистую часть головы промокательными дви­жениями в местах локализации гнейса.  **6.**Положить на обработанную поверх­ность марлевые салфетки и надеть шапочку (минимум на 2 часа).  **7.**Передать ребенка маме. Убрать пе­ленку и поместить ее в мешок для грязного белья, столик обработать.  **8.**Через 2 часа провести гигиениче­скую ванную, во время мытья осто­рожно удалить корочки.  **Алгоритм №2 «Разведение и введение антибиотиков» (терапия)**  1.Ознакомился с назначением врача.  2.Пригласил и проинформировал пациента. Выяснил аллергоанамнез. Получил согласие на проведение процедуры.  3.Провел гигиеническую обработку рук (студент проговаривает, но не выполняет). Надел маску. Надел перчатки.  4.Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  5.Подготовил шприц к работе. Подготовил лекарственный препарат.  6.Сверил лекарственный препарат с листом врачебных назначений; проверил срок годности лекарственного средства; визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности; Развел антибактериальное средство и набрал лекарственный препарат в шприц:  7.Обработал наружную крышку флакона с лекарственным препаратом (порошком), вскрыл центральную часть металлической крышки флакона нестерильным пинцетом при ее наличии, обработал резиновую пробку ватным шариком;  8.Обработал ампулу с растворителем и вскрыл ее;  9.Набрал в шприц из ампулы необходимое количество растворителя по инструкции антибактериального препарата;  10.Ввел под углом 90° иглу во флакон с лекарственным средством (порошком), проколов резиновую пробку, выпустил растворитель во флакон с порошком антибиотика, придерживая канюлю иглы, снял иглу вместе с флаконом с подыгольного конуса, соблюдая инфекционную безопасность, положил шприц в стерильный лоток, перемешал аккуратно лекарственное средство во флаконе до полного его растворения;  11. Набрал содержимое флакона (по назначению врача) в шприц, сменил иглу, вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок с иглы, готовый шприц положил в стерильный лоток.  12.Придал пациенту удобное положение. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  13.Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  14.Ввел иглу под углом 90 градусов к поверхности кожи, в мышцу и ввел лекарственное средство.  15.Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, смоченный антисептиком, быстрым движением извлек иглу, придерживая канюлю.  16.Снял иглу со шприца при помощи иглосъемника. Шприц и ватные шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Лоток и пинцет погрузил в емкости для дезинфекции. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» флаконы – отходы класса «Б».  17.Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **Алгоритм №3 «Туалет гнойной раны» (хирургия)**  1. М/с надевает клеенчатый фартук и стерильные перчатки.  2. Снимает старую повязку с помощью пинцетов, вдоль раны, придерживая сухим шариком кожу и не давая ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% р-ре перекиси водорода, а если повязка на кисти или стопе, ее лучше удалять после применения ванны из теплого 0,5% р- ра перманганата калия.  3.После снятия поверхностных слоев повязки обильно смачивает внутренний слой 3% р-ром перекиси водорода или раствором любого антисептика, промокшие салфетки осторожно снимает пинцетом.  4.Осматривает рану и прилежащие участки.  5. Производит туалет кожи вокруг раны марлевыми шариками от краев раны к периферии.  6.Меняет пинцет, производит туалет раны (удаление гноя промыванием растворами перекиси водорода или фурациллина.  7.При наличии гнойно-некротических процессов производит дренирование раны.  8.Накладывает повязку с необходимым препаратом по назначению врача и фиксирует ее.  9.Контролирует состояние пациента, доставляет его в палату.  10.Использованный материал обрабатывается в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения.  11. Провести дезинфекцию и утилизацию медицинских отходов в соответствии с Сан-ПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений». |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 23. 05. 20 | **Алгоритм №1 «Подача кислорода через маску » (педиатрия)**  1.Объяснил родственникам смысл манипуляции и необходимость её выполнения.  2.Приготовил оснащение.  3.Провёл гигиеническую обработку рук.  4.Заполнил аппарат Боброва дистиллированной водой на 2/3 объема.  5.Собрал кислородный контур, присоединив кислородную подушку к трубке аппарата Боброва, спущенной в воду.  6.К короткой трубке через переходник присоединить маску.  7.Открыл зажим, проверил поток кислорода.  8.Надел маску на рот и нос ребенка и поддавил подушку.  9.Контролировать скорость подачи кислорода (1,5-2 л/мин – при подаче из системы или баллона).  10.Продолжил ингаляцию 30-120 мин (по состоянию ребенка).  11.Снял маску и закрыл вентиль.  12.Маску поместил в емкость для отходов класса Б. Провел дезинфекцию подушки двукратно с интервалом 15 мин.  **Алгоритм №2 «Смена постельного белья продольным способом» (терапия)**  1. Наденьте перчатки.  2. Оцените положение и состояние пациента.  3.Снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья.  4. Чистую простыню скатайте по длине до половины.  5. Поднимите голову пациента и уберите из под нее подушку.  6. Подвиньте пациента к краю кровати, повернув его на бок.  7. Грязную простыню скатайте по всей длине по направлению к пациенту.  8.На освободившейся части постели расстелите чистую простыню.  9. Поверните пациента на спину, а затем на другой бок, чтобы он оказался на чис­той простыне.  10. Уберите грязную простыню в мешок и расправьте чистую..  11. Осторожно положите подушку под голову.  12. Края простыни подверните под матрац.  13. Надеть чистый пододеяльник. Укрыть пациента.  14. Поместите грязный пододеяльник в мешок для белья.  15. Спросите пациента, удобно ли ему лежать.  16. Снимите перчатки, погрузите в дез. раствор.  17.Вымойте руки.  **Алгоритм №3 «Измерение артериального давления» (хирургия)**  1.Подготовить все необходимое для манипуляции (оснащение).  2.Доброжелательно представиться пациенту и уточнить, как к нему обращаться.  3.Объяснить пациенту цель и ход процедуры. Получить его согласие  4. Вымыть руки и осушить их.  5. Усадить или уложить пациен­та (в зависимости от его состоя­ния), расположив аппарат на уровне грудной клетки.  6. Наложить манжетку на об­наженное плечо пациента на 2-3 см. выше локтевого сгиба (одеж­да нe должна сдавливать плечо выше манжеты), закрепить ман­жету так, чтобы между ней и плечом проходил только один палец.  Примечание: не следует изме­рять АД на руке со стороны, произведенной мастоэктомии, на слабой руке после инсульта и на парализован­ной руке, а также руке, где стоит игла для внутривенно­го вливания. Желательно, чтобы пациент спокойно по­сидел с наложенной манже­той в течение 5 минут.  7Предложить пациенту правильно положить руку; в разо­гнутом положении локтевого сустава ладонью вверх (если па­циент сидит, попросить его по­ложить под локоть сжатый кулак кисти свободной руки или ва­лик).  8.Соединить манометр с манже­той и проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы.  9.Протереть мембрану фонендо­скопа спиртом.  10. Найти место пульсации плечевой артерии в области локте­вой ямки (пальпаторно) и поста­вить на это место мембрану фо­нендоскопа. 11.Спросить пациента о показа­телях его давления.  12. Свободной рукой закрыть вентиль на "груше", повернуть его вправо, этой же рукой быст­ро нагнетать в манжету воздух до тех пор, пока давление в ней не превысит на 20-30 мм рт. ст. уровень, при котором исчезают тоны Короткова (или пульсация лучевой артерии)  13.Выпускать воздух из манже­ты со скоростью 2-3 мм рт. ст./сек., повернув вентиль влево, одновременно фонендоскопом выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за пока­зателями шкалы манометра. При появлении первых звуков (тоны Короткова) запомнить цифру, соответствующую систоличе­скому давлению. Продолжая вы­пускать воздух, отметить вели­чину диастолического давления, которое соответствует полному исчезновению тонов или их ос­лаблению. Запомнить цифру, соответствующую диастолическому давлению. Примечание: во время измерения АД наблюдать за состоянием пациента.  14.Сообщить пациенту результат измерения.  15. Повторить процедуру через 2-3 минуты.  Примечание: измеряют АД обычно 2-3 раза, выпуская воздух из манжеты каждый раз полностью.  16.Снять наложенную манжету. Протереть мембрану фонендоскопа 70 % спиртом. Вымыть руки.  17.Зафиксировать данные изме­рения (при необходимости ок­руглив их до "О" или "5") в сес­тринскую историю болезни и температурный лист, проведя предварительную коррекцию ре­зультатов с учетом окружности плеча. Примечание: смотри таблицу № 2. В сестринской истории бо­лезни АД записывается в ви­де дроби (в числителе - сис­толическое давление, в зна­менателе - диастолическое). В температурном листе данные измерения АД регистрируются в виде столбика, верхняя граница которого означает систолическое, а нижняя диастолическое давле­ние. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 25. 05. 20 | **Алгоритм №1 «Подача кислорода через носовой катетер» (педиатрия)**  1.Объяснил родственникам смысл манипуляции и необходимость её выполнения.  2.Приготовил оснащение.  3.Провёл гигиеническую обработку рук.  4.Заполнил аппарат Боброва дистиллированной водой на 2/3 объема.  5.Собрал кислородный контур, присоединив кислородную подушку к трубке аппарата Боброва, опущенной в воду.  6.Убедился в проходимости дыхательных путей, при необходимости очистил носовые ходы.  7.Проверил герметичность и срок годности упаковки с катетером, скрыл и извлек катетер пинцетом в стерильный лоток.  8.Обработал руки антисептиком, надел стерильные перчатки.  9.Измерил глубину введения катетера (расстояние между крылом носа и козелком уха).  10.Увлажнил катетер и ввел его по нижнему носовому ходу до метки.  11.Проконтролировал положение катетера с помощью шпателя и закрепил лейкопластырем.  12.Открыл зажим, проверил поток кислорода.  13.Контролировал скорость подачи кислорода (1,5-2 л/мин – при подаче из системы или баллона).  14.Продолжил ингаляцию 30-120 мин (по состоянию ребенка) при необходимости продолжения ингаляции поменял положение катетера в другой носовой ход.  15.Снял маску и закрыл вентиль.  16.Маску поместил в емкость для отходов класса Б. Провел дезинфекцию подушки двукратно с интервалом 15 мин.  **Алгоритм №2 «Сбор мочи на общий анализ» (терапия)**  Подготовить:  1.Чистую сухую стеклянную банку 100-200мл.  2.Направление в лабораторию.  Подготовка пациента:  1.Сообщить пациенту о назначенной манипуляции, о времени и месте проведения.  2.Провести инструктаж по технике сбора мочи.  3. Утром после сна провести туалет половых органов пациента. Во время менструации женщины закрывают вход во влагалище тампоном.  Техника выполнения:  1.Пациент сначала мочится в унитаз, затем следующую порцию мочи собирает в чистую сухую банку в количестве 100 – 200 мл.  2.Ставит ёмкость с мочой в санитарную комнату и закрывает крышкой.  3. Медсестра оформляет направление и не позднее чем через час отправляет материал в клиническую лабораторию.  4.Использованный материал обрабатывается в дезинфицирующим растворе.  **Алгоритм №3 «Надевание стерильного халата и перчаток на себя» (хирургия)**  **Надевание халата:**  1. Проверить бирку стерилизации бикса.  2. Бикс закрепить на подставке и приоткрыть крышку.  3. Обработать руки одним из способов.  4. Открыть бикс ножной педалью подставки.  5. Не касаясь поверхности бикса, извлечь полотенце и осушить руки.  6. Обработать руки стерильной салфеткой, смоченной спиртом.  7. Проверить качество стерилизации белья, достав индикатор.  8.Развернуть края пеленки, выстилающей внутреннюю поверхность бикса.  9. Извлечь халат, развернуть его изнаночной стороной к себе, следя за тем, чтобы наружная поверхность стерильного халата не коснулась соседних предметов и вашей одежды.  10.Взять халат за края ворота так, чтобы левая кисть была прикрыта халатом, и осторожно набросить его на правую руку и предплечье.  11.Правой рукой с уже надетым стерильным халатом взять халат за левый край ворота так, чтобы правая кисть была прикрыта халатом, и вдевают левую руку.  12.Медицинская сестра вытягивает руки вперед и вверх, а санитарка подходит сзади, берет халат за тесемки, натягивает и завязывает их.  13.Медицинская сестра сама завязывает тесемки у рукавов своего стерильного халата, обернув 2 – 3 раза обшлаг рукава.  14.Сестра берет стерильный пояс из кармана халата и развертывает его, держа на расстоянии 30 – 40 см от себя, таким образом, чтобы санитарка смогла сзади захватить оба конца пояса, не касаясь стерильного халата и рук сестры, и завязать его.  15. Маску сестра прикладывает к лицу и удерживает ее за концы тесемок так, чтобы санитарка сзади смогла захватить тесемки и завязать их.  **Надевание перчаток:**  1.Развернуть упаковку с перчатками. 2.Попросить санитарку подать стерильное масло. 3.Взять правую перчатку двумя пальцами левой руки за отворот так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки. Держать ее вертикально. 4.Сомкнуть пальцы правой кисти и ввести ее в перчатку. 5.Разомкнуть пальцы правой кисти и натянуть перчатку на пальцы, не нарушая ее отворота. 6.Завести под отворот левой перчатки пальцы правой кисти, одетой в перчатку. 7.Держать левую перчатку пальцами правой руки вертикально. 8.Надеть перчатку на левую руку. 9.Расправить пальцами отвороты на перчатках в начале на левой, затем на правой, натянув их на рукава. 10.Перчатки обработать шариком, смоченным в спирте, расправляя их на руках. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 26. 05. 20 | **Алгоритм №1 «Подсчет пульса у детей» (педиатрия)**  1. Объяснить маме или ребёнку ход предстоящей манипуляции. 2. Получить согласие мамы или пациента. 3. Провести санитарную обработку рук. 4. Придать положение пациенту «сидя» или «лёжа». 5. Положить 2, 3,4 пальцы на область лучевой артерии, 1 палец должен находиться со стороны тыла кисти. 6. Прижать слегка артерию и почувствовать пульсацию артерии. 7. Взять часы или секундомер. 8. Подсчитать количество сокращений за 1 минуту в покое. 9. Вымыть и осушить руки. 10. Записать результат в температурный лист. **Примечание:** 1. У детей до 1 года пульс определяют на височной, сонной артерии, у детей старше 2-х лет - на лучевой. 2. Кисть и предплечье при подсчёте пульса не должны быть «на весу».  **Алгоритм №2 «Сбор мочи по методу Зимницкого» (терапия)**  1. Объяснить пациенту цель, ход предстоящей манипуляции, получить добровольное согласие пациента на выполнение манипуляции;  2. Объяснить пациенту, что сбор мочи на исследование будет в течении суток, пациент должен соблюдать обычный вводно-пищевой и двигательный режимы, не принимать диуретики, учитывать и записывать в «лист учета водного баланса» весь объем принятой жидкости за все время исследования;  3. Выписать направление с указанием отделения, палаты, Ф. И. О. пациента, № истории болезни, вида исследования, даты забора материала, назначить дату исследования;  4.Объяснить пациенту проведения исследования:  В 6. 00 часов предложить пациенту выпустить мочу в унитаз;  Далее собирать мочу в течение суток, каждые три часа в отдельную пронумерованную емкость;  Объяснить, что при отсутствии мочи за временной промежуток, соответствующая емкость остается пустой, на бирке отмечается «отсутствие порции мочи» и доставляется вместе с остальными в лабораторию:  - Порция № 1 6-9ч.  - Порция № 2 9-12ч.  - Порция № 3 12-15ч.  - Порция № 4 15-18ч.  - Порция № 5 18-21ч.  - Порция № 6 21-24ч.  - Порция № 7 24-3ч.  - Порция № 8 3-6ч.  5. Предупредить пациента, что ночью его разбудит персонал для сбора соответствующей порции мочи;  6.Объяснить и показать пациенту место, где хранятся емкости с мочой (туалетная комната);  7.Объяснить пациенту, что он должен.  8.Убедиться, что пациент понял полученную информацию, отдать пациенту емкости для сбора мочи и «лист учета водного баланса»;  9.После того, как пациент соберет мочу, обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки;  10.Поместить емкости с мочой в контейнер для транспортировки биологической жидкости, доставить вместе с заполненным направлением на диагностическое исследование в лабораторию;  11.Снять перчатки, маску, обработать руки на гигиеническом уровне;  12. Инфекционная безопасность:   * замочить перчатки в 3% р-р хлорамина-60 мин. * замочить маску в 3% р-р хлорамина - 120 мин; * замочить лоток для отраб. материала в 3% р-р хлорамина – 60 мин;   13. Обработать руки на гигиеническом уровне.  **Алгоритм №3 «Наложение шины Крамера на нижнюю(верхнюю) конечность » (хирургия)**  1.Успокоил пострадавшего, объяснил ему суть предстоящей манипуляции.  2. Проверил наличие элементов (пять шин Крамера, укутанных слоем ваты, закрепленных бинтом).  3. Разрезал одежду в предполагаемом месте травмы и осмотрев место травмы, убедился в наличии перелома. При наличии ран, ссадин наложил повязку.  4. Смоделировал шины по здоровой конечности.  5. По задней поверхности конечности наложил шину Крамера от кончиков пальцев стопы до подвздошной кости.  6. Наложил две шины на наружную поверхность конечности, от стопы до подмышечной впадины.  7. Наложил шину на внутреннюю поверхность голени с загибом на стопу.  8.Зафиксировал шину циркулярными турами бинта от голеностопного сустава к тазобедренному .  9.Оценил надежность иммобилизации (прочно фиксированы шины, плотно прилегают к конечности на всем протяжении).  10.Оценил состояние конечности: температуру, чувствительность и активные движения пальцев. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 27. 05. 20 | **Алгоритм №1 «Измерение артериального давления у детей разного возраста» (педиатрия)**  1.Вымыть руки. Руки должны быть чистые, сухие и теплые.  2. Рука ребенка, на которую накладывают манжету, должна быть в удобном, расслабленном положении и находиться на уровне cepдца. Ребенок может лежать в постели или сидеть, положив руки на стол.  3.Подобрать манжету (по ширине) в зависимости от возраста ребенка.  Размеры манжеток для детей разного возраста:  - до 1 года — 3,5-7 см,  - до 2 лет — 4,5-9 см,  - до 4 лет — 5,5-11 см,  - до 7 лет — 6,5-13 см,  - до 10 лет — 8,5-15 см,  - после 10 лет — стандартный размер.  4. Взять манжету и наложить ее на плечо так, чтобы ее нижний край был на 2,5 см выше локтевого сгиба. Между манжеткой и рукой должно быть пространство равное 2см.  5. Вставить ушные трубки стетоскопа в уши.  6. Пропальпировать пульс на локтевой артерии и к этому месту, без значительного давления, приложить стетоскоп.  7.Закрыть клапан на нагнетателе воздуха, поворачивая его по часовой стрелке. Сжимая нагнетатель воздуха, накачивать манжету, прослушивая пульс стетоскопом. После того как пульс не будет слышен, накачать манжету еще на 30 мм рт. ст.  8. Медленно приоткрывая воздушный клапан, поворачивая его против часовой стрелки, стравливать давление в манжете. Следить за тем, чтобы давление в манжете падало со скоростью 2-4 мм рт. ст. в секунду. Одновременно внимательно слушайте пульс.  9.Как только станут слышны слабые постукивания, считать показания сфигмоманометра — это **систолическое (мах) АД**.  10. Давление в манжете продолжит падать с той же скоростью (2-4 мм рт. ст. в сек.). Пульс слышен, но звуки будут изменяться. В отличие от первых резких ударов, они станут более мягкими, похожими на шуршание. В тот момент, когда пульс практически перестанет улавливаться, считать показания сфигмоманометра — это **диастолическое (мин) АД**.  10. Сравнить данные с возрастной нормой.  11. Провести дезинфекцию фонендоскопа, тонометра.  12. Зафиксировать данные артериального давления в «Истории развития ребенка» или в **листке сестринского наблюдения.**  **Алгоритм №2 «Сбор мочи по методу Нечипоренко» (терапия)**  1. Объяснить пациенту цель, ход предстоящей манипуляции, получить добровольное согласие пациента на выполнение манипуляции; 2. Обучить пациента технике туалета промежности; 3. Предупредить пациентку, что во время кровянистых выделений влагалище необходимо закрыть тампоном; 4. Обучить пациента технике сбора мочи на исследование: - После туалета промежности, выделить первую струю мочи в унитаз на счет «1», «2» и задержать мочеиспускание; - Выделить мочу в емкость в количестве не менее 10 мл. и задержать мочеиспускание; - Завершить мочеиспускание в унитаз; - Закрыть емкость крышкой; 5.Убедиться, что пациент понял полученную информацию, отдать пациенту емкость для сбора мочи; 6.После сбора мочи, обработать руки на гигиеническом уровне надеть перчатки; 7.Поместить емкость с мочой в контейнер для транспортировки биологической жидкости, доставить вместе с заполненным направлением на диагностическое исследование в лабораторию; 8.Снять перчатки, маску, обработать руки на гигиеническом уровне; 9.Инфекционная безопасность: - замочить перчатки в 3% р-р хлорамина-60 мин. - замочить маску в 3% р-р хлорамина - 120 мин; - замочить лоток для отраб. материала в 3% р-р хлорамина – 60 мин; 10.Обработать руки на гигиеническом уровне.  **Алгоритм №3 «Профилактика пролежней» (хирургия)** 1.Осматривать места наиболее частого образования про­лежней (область крестца, копчика, лопаток, пятки, лок­ти, затылок).  2.Менять положение пациента в постели каждые 2 ч.  3.Следить за состоянием постели, чтобы не было крошек от еды, складок белья.  4.Своевременно менять загрязненное и мокрое нательное и постельное белье.  5.При необходимости подложить под крестец и копчик резиновый круг, обернутый пеленкой, так, чтобы крес­тец находился над его отверстием.  6.Подложить ватно-марлевые круги под локти, пятки, за­тылок, лопатки.  7.Использовать противопролежневый матрац (по воз­можности).  8.Обработать тампоном места возможного образования пролежней одним из асептических растворов с элемен­тами массажа. **Примечание:** перед применением раствор 10%-ный камфор­ного спирта необходимо подогреть до 38 °С. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 28. 05. 20 | **Алгоритм №1 «Лечебная ванна (для грудного ребенка)» (педиатрия)**  1.Объяснить маме цель и ход проведения процедуры.  2. Подготовить необходимое оснащение.  3. Поставить ванночку в устойчивое положение.  4.Обработать внутреннюю поверхность ванночки дез. раствором.  Вымыть ванночку щеткой и  сполоснуть кипятком.  5. Протереть пеленальный столик дез. раствором и приготовить на нем  пеленки.  6. Положить на дно ванночки пеленку, сложенную в несколько слоев (края пеленки не должны заходить на боковые стенки ванночки).  7. Положить в ванну водный термометр. Наполнить ванну водой на 1/2/ или 1/3 , температура воды 36-37°.  *Примечание:*  - при заполнении ванны водой чередовать холодную и горячую воду;  - добавить в воду лечебное средство.  Раздеть ребенка, при необходимости подмыть проточной водой.  8.Взять ребенка на руки, поддерживая одной рукой спину и затылок, правой - ягодицы и бедра. Медленно погрузить малыша в воду (сначала ножки и ягодицы, затем - верхнюю половину туловища). Вода должна доходить до уровня сосков ребенка, верхняя часть груди остается открытой. Освободить правую руку, продолжая левой, поддерживать голову и верхнюю половину туловища ребенка.  9.Свободной рукой мыть в следующей последовательности: голова - шея - туловище - конечности (особенно тщательно промыть естественные складки кожи). Последними обмыть половые органы, межъягодичную область.  10. Приподнять ребенка над водой и перевернуть ребенка вниз лицом. Накинув полотенце, положить ребенка на пеленальный стол. Осушить кожные покровы промокательными движениями.  11.Одеть ребенка и уложить в кроватку Использованные пеленки, «рукавичку» поместить в мешок для грязного белья (рукавичку прокипятить).  Слить воду из ванны. Обработать внутреннюю поверхность ванны и рабочую поверхность пеленального стола дез. раствором. Вымыть и осушить руки.  **Алгоритм №2 «Подача кислорода пациенту через аппарат Боброва» (терапия)**  1.Вымыть руки на гигиеническом уровне, одеть перчатки.  2.Подготовить к работе аппарат Боброва: налить в чистую стеклянную емкость дистиллированную воду на 2/3 объема, температурой 300С – 400С и завинтить винт до упора на пробке для обеспечения герметичности соединения. Провести контроль уровня воды в аппарате – в воду погружена только одна стеклянная трубка.  3.Подсоединить к стеклянной трубке аппарата (погруженной в воду) переходную поливинилхлоридную трубку и подсоединить ее свободный конец к вентилю на системе для централизованной подачи кислорода.  4.Подсоединить к другой стеклянной трубке аппарата (находится над водой) воронку. Можно присоединить носовую канюлю.  5. Открыть кран на системе подачи кислорода и отрегулировать скорость подачи кислорода (4-5 литров в минуту). Для контроля скорости подачи кислорода – поднести воронку, через которую поступает кислород, к ладони другой руки и убедиться, что кислород поступает с умеренной силой.  6.Поднести воронку ко рту пациента или присоединить к пациенту носовую канюлю.  7.Попросить пациента дышать правильно: вдох через рот, выдох через нос (если он дышит через воронку).  8.Осуществлять подачу кислорода в течение 40-60 минут.  9.Для прекращения подачи кислорода необходимо закрыть вентиль на централизованной системе подачи кислорода. Убрать от пациента воронку или носовую канюлю. Отсоединить воронку (или носовую канюлю) от аппарата. Освободить емкость аппарата Боброва от воды.  10.Уточнить самочувствие пациента.  **Алгоритм №3 «Наложение окклюзионной повязки» (хирургия)**  1. Подготовительный этап:   * информирование пациента о предстоящей процедуре, получение согласия на ее выполнение. Далее медсестра помогает пациенту принять положение сидя; * медработник готовится к процедуре – одевает защитную одежду, обрабатывает руки, надевает перчатки.   2. Основной этап:   * медсестра обрабатывает кожу вокруг раневой поверхности салфеткой на пинцете или марлевым шариком, смоченным в антисептике. Обработка проводится дважды – широко и узко; * на рану накладывается стерильная салфетка; * вокруг салфетки кожи смазывается стерильным вазелином при помощи ватно-марлевого шарика; * накладывается основной слой окклюзионной повязки. Края выбранного отреза материала должны плотно соприкасаться со слоем стерильного вазелина; * в проекцию раны помещается ватно-марлевая подушечка; * повязка фиксируется при помощи пластыря.   3. Заключительный этап:   * после того, как наложение окклюзионной повязки выполнено, медсестра проводит обезболивание по показаниям; * перевязочный материал, средства защиты и использованные инструменты помещаются в пакеты и контейнеры для их сбора; * после снятия перчаток проводится гигиеническая обработка рук; * медсестра вносит запись о процедуре в медицинскую документацию; * при необходимости – обеспечить срочную транспортировку больного в медучреждение. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 29. 05. 20 | **Алгоритм №1 «Проведение ингаляций детям разного возраста» (педиатрия)**  Подготовка к процедуре: 1.Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. 2.Открыть небулайзер. 3.Перелить жидкость из небулы (специального контейнера с лекарственным препаратом) или накапать раствор из флакона (разовую дозу препарата). 4.Добавить физиологический раствор до нужного объема 2-3 мл (по инструкции к небулайзеру). 5.Собрать небулайзер, проверить его работу. 6.Присоединить мундштук или лицевую маску.  Выполнение процедуры: 1.Объяснить ребѐнку/родственникам ход и суть выполнения манипуляции, получить согласие. 2.Усадить ребѐнка в удобном положении перед аппаратом или уложить. 3.Соединить небулайзер и компрессор, включить компрессор. 4.Выполнить ингаляцию до полного расходования раствора (20 – 30 мнут, при необходимости с перерывом в 5 –10 минут).  Завершение процедуры: 1.Прополоскать ребѐнку полость рта тѐплой кипячѐной водой, обеспечить покой, рекомендовать воздержаться от кашля и не разговаривать 20 – 30 минут. 2.Разобрать и обработать небулайзер. 3.Вымыть и осушить руки.  **Алгоритм №2 «Постановка очистительной клизмы с помощью одноразовой кружки Эсмарха» (терапия)**  1.Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, фартук, перчатки.  3. Извлек кружку Эсмарха из упаковки, упаковку поместил в емкость для сбора отходов класса «А».  4. При помощи запорного устройства перекрыл удлинительную трубку, заполнил мешок-емкость 1,5 л. воды, предварительно измерив ее температуру при помощи водного термометра. Подвешал кружку на штативе, на уровне одного метра от пола. Горловину мешка плотно закрыл крышкой.  5. Открыл запорное устройство и удалил воздух из системы, закрыл запорное устройство, закрепил трубку на штативе.  6. Положил адсорбирующую пеленку на кушетку так, чтобы она свисала в таз, попросил пациента принять правильное положение, оголить ягодицы. При необходимости помог пациенту.  7. Снял колпачок с дистального конца трубки, сбросил в отходы класса «А». Облил дистальный конец трубки вазелиновым маслом.  8. Раздвинул ягодицы и осторожно ввел дистальный конец трубки в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см.  9. Открыл запорное устройство на системе и ввел необходимое количество жидкости, оставив на дне мешка немного воды, закрыл кран, регулирующий поступление воды.  10. Извлек дистальный конец трубки из прямой кишки через салфетку или туалетную бумагу.  11. Попросил пациента в течение 10 минут полежать на спине, удерживая воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно.  12. Погрузил систему, адсорбирующую пеленку в емкость для сбора отходов класса «Б».  13. Снял фартук, провел его дезинфекцию, снял перчатки, поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б».  14. Провел гигиеническую обработку рук.  15. После дефекации пациента, убедился, что процедура проведена успешно.  **Алгоритм №3 «Подготовка пациента к эндоскопическим методам исследования» (хирургия)**  1.Записать пациента на назначенное исследование, при необходимости оформить направление по форме.  2.Объяснить пациенту цель исследования, сущность исследования, необходимость его проведения и получить согласие пациента. Начинать беседу с пациентом лучше указав Ваше имя и должность. Обращаться к пациенту на ВЫ и по имени отчеству.  3.Объяснить пациенту кто будет проводить исследования, сколько примерно времени оно займет, возможные субъективные ощущения пациента во время исследования и после него, характер подготовки.  4.Обратить внимание на самые важные аспекты подготовки. Попросить, чтобы пациент повторил основные пункты и всю полученную информацию.  5. Провести подготовку пациента к исследованию.  6. В день исследования убедиться, что пациент всё выполнил правильно и сопроводить (транспортировать) с историей болезни в эндоскопический кабинет.  7. Транспортировать пациента после исследования в отделение. Следить за состоянием пациента. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 30. 05. 20 | **Алгоритм №1 «Техника подмывания грудных детей» (педиатрия)**  1.Вымойте руки гигиеническим способом.  2.Обработайте пеленальный стол ветошью, смоченной одним из дез. средств.  3.Разложите на пеленальном столе комплект для пеленания или комплект чистого нательного белья.  4.Приготовьте чистую пеленку или полотенце.  5.Откройте кран и отрегулируйте температуру воды (37-38,5о,С) при помощи водного термометра или под контролем чувствительности кожи внутренней поверхности нижней трети предплечья (медперсонала).  6.Разверните ребенка в кроватке и осмотрите кожные складки.  7.Возьмите ребенка и положите его на левое предплечье таким образом, чтобы голова упиралась в локтевой сгиб, а туловище находилось на предплечье. Девочку - на спину, лицом вверх, чтобы направление воды было спереди назад, мальчика - на спину лицом вверх или на живот - лицом вниз.  8.Правой рукой еще раз проверьте температуруводы, при этом ребёнка держите над раковиной, но не под струей воды. Осторожными движениями правой руки, направленными спереди назад, промойте у ребенка наружные половые органы, ягодицы, паховые складки (у девочек только в этом порядке). При сильном загрязнении используйте детское мыло.  9.Просушите аккуратными промокательными движениями кожу ребенка чистой пеленкой или полотенцем. Использованную пелёнку (полотенце) сбросьте в ёмкость, для использованного белья.  10.Положите ребёнка на пеленальный стол.  11.Обработайте паховые, ягодичные, а у мальчиков мошоночные складки ватным шариком со стерильным вазелиновым или растительным маслом. Использованные ватные шарики  сбросьте в лоток для сброса, использованного материала.  12.Запеленайте ребенка, согласно алгоритму манипуляции или оденьте его.  **Алгоритм №2 «Подкожное введение лекарственных средств» (терапия)**  **I. Подготовка к процедуре.**  1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  2. Взять упаковку лекарственного препарата и проверить его пригодность (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду). Сверить назначения врача.  3.Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата.  4.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  5.Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.  6. Надеть перчатки.  7.Подготовить шприц. Проверить срок годности и герметичность упаковки.  8. Набрать лекарственный препарат в шприц.  9.Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток.  10.Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопоказаний во избежание возможных осложнений.  **II. Выполнение процедуры**  1.Обработать место инъекции не менее чем двумя салфетками или шариками, смоченными антисептическим раствором.  2.Собрать кожу пациента в месте инъекции одной рукой в складку треугольной формы основанием вниз.  3.Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем.  4. Ввести иглу со шприцем быстрым движением под углом 45° на 2/3 ее длины.  5.Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не попала в сосуд.  6.Медленно ввести лекарственный препарат в подкожную жировую клетчатку.  7. Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с кожным антисептическим раствором, не отрывая руки с шариком, слегка помассировать место введения лекарственного препарата.  III. Окончание процедуры.  1. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить их поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.  2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  3.Уточнить у пациента о его самочувствии. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию. Через 15-30 минут после инъекции обязательно узнать у пациента о его самочувствии и о реакции на введѐнное лекарство (выявление осложнений и аллергических реакций).  **Алгоритм №3 «Наложение повязки «Рыцарская перчатка»» (хирургия)**   1. 1.Расположитесь таким образом, чтобы быть лицом к пациенту. 2. 2.Поверните кисть пациента ладонью вниз. 3. 3.Сделайте первый циркулярный тур вокруг запястья (зафиксируйте повязку). 4. 4.Начинайте повязку на левой руке с пятого пальца, на правой - с первого. 5. 5.Проведите второй косой тур бинта по тыльной стороне кисти и ногтевой фаланге соответствующего пальца. 6. 6.Делайте 3-5 спиральных туров от конца пальца до основания. 7. 7.Ведите шестой косой тур от основания пальца через тыл кисти на запястье. 8. 8.Чередуйте ходы бинта, пока не забинтуете все пальцы.   9.Заканчивайте повязку циркулярным туром вокруг запястья. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 01. 06. 20 | **Алгоритм №1 «Антропометрия: измерение длины тела ребенка» (педиатрия)**  1.Вымойте руки гигиеническим способом.  2.Обработайте ростомер одним из дез. растворов.  3.Постелите пеленку на горизонтальный ростомер.  4.Уложите ребенка на горизонтальный ростомер головой к неподвижной планке, голову плотно прижмите к планке.  5.Выпрямите ноги ребенка в коленных суставах и приложите к подошвам подвижную планку ростомера.  6.Определите длину тела ребенка по  шкале на боковой планке ростомера.  7.Снимите ребенка с ростомера.  8.Положите ребёнка на пеленальный стол, запеленайте (согласно алгоритму) или оденьте его (или отдайте его матери).  9.Запишите полученный результат в «Историю развития ребенка».  **Алгоритм №2 «Определение водного баланса» (терапия)**  1.Приготовить все необходимое.  2.Установить доверительные отношения с пациентом, оценить его способность к самостоятельному проведению процедуры.  3. Убедиться, что пациент сможет проводить учет жидкости.  4.Объяснить цель и ход исследо­вания и получить согласие пациен­та на процедуру.  5.Объяснить пациенту необходи­мость соблюдения обычного вод­но-пищевого и двигательного ре­жима.  6.Убедиться, что пациент не при­нимал диуретики в течение 3 дней до исследования.  7.Дать подробную информацию о порядке записей в листе учета вод­ного баланса, убедиться в умении заполнять лист.  8. Объяснить примерное процент­ное содержание воды в продуктах питания для облегчения учета вод­ного баланса.  Примечание: твердые продукты питания могут содержать от 60 до 80% воды.  9.Объяснить, что в 6.00 необходимо выпустить мочу в унитаз.  10.Собирать мочу после каждого моче­испускания в градуированную емкость, измерять диурез.  11.Фиксировать количество выделенной жидкости в листе учета.  12.Фиксировать количество поступив­шей жидкости в листе учета.  13.Объяснить, что необходимо указы­вать время приема или введения жидко­сти, а также время выделения жидкости в листе учета водного баланса в течение суток, до 6.00 следующего дня.  14. В 6.00 следующего дня сдать лист учета медицинской сестре.  15. Определить медицинской сестре, какое количество жидкости должно выделиться вместе с мочой (в норме).  16.Сравнить количество выделенной жидкости с количеством рассчитанной жидкости (в норме).  17.Считать водный баланс отрицатель­ным, если выделяется меньше жидко­сти, чем рассчитано (в норме). Примечание: отеки нарастают (или есть).  18.Считать водный баланс положитель­ным, если выделено больше жидкости, чем рассчитано.  Примечание: это может быть результа­том действия диуретических лекарст­венных мочегонных продуктов питания, влияния холодного времени года.  19.Сделать записи в листе учета водного баланса.  **Алгоритм №3 «Остановка кровотечения путем максимального сгибания конечностей в суставах» (хирургия)**   1. Расположитесь лицом к пациенту. 2. Прижмите артерию пальцем к кости выше места повреждения. 3. Положите валик в область сгиба сустава. 4. Согните сегмент конечности в суставе. 5. Зафиксируйте конечность в таком положении бинтом, ремнем или косынкой. 6. Обработайте кожу в области повреждения на расстоянии 3-4 см вокруг краев раны раствором антисептика (5% раствор йода, 0,5% раствор хлоргексидина, 1% раствор иодоната, раствор АХД-2000). 7. Наложите на рану стерильную салфетку и зафиксируйте ее турами бинта.   ВНИМАНИЕ! Данный метод остановки кровотечения можно применить, сгибая верхнюю конечность в плечевом, локтевом суставах, нижнюю конечность в тазобедренном и коленном суставах . |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 02. 06. 20 | **Алгоритм №1 «Техника постановки газоотводной трубки ребенку грудного возраста» (педиатрия)**  1.Вымойте руки гигиеническим способом.  2.Наденьте резиновые перчатки.  3.Положите на пеленальный стол (предварительно обработанный дез раствором)  комплект для пеленания или комплект чистого нательного белья.  4.Закройте комплект для пеленания сверху клеенкой, поверх клеенки положите пеленку (при не использовании пеленания, пеленальный стол накройте клеёнкой, затем пелёнкой)  5.Уложите ребенка на пеленальный стол, на левый бок или на спину (детей первых месяцев жизни), согните его ноги в коленных и тазобедренных суставах приведите их к животу.  6.Смажьте закругленный конец газоотводной трубки стерильным вазелиновым маслом или вазелином.  7.Левой рукой раздвиньте ягодицы ребенка, смажьте кожу вокруг анального отверстия вазелином.  8.Правой рукой осторожно введите в прямую кишку газоотводную трубку на глубину, для соответствующего возраста и накройте ребёнка одеялом или пелёнкой.  9.После отхождения газов осторожно извлеките газоотводную трубку, сбросьте её в лоток для сброса, использованного материала.  10.Уберите пелёнку и клеёнку с пеленального стола в ёмкость для сброса, использованного белья.  11.Снимите перчатки и сбросьте их в лоток для сброса, использованного материала.  12.Подмойте ребенка при отхождении  каловых масс, согласно алгоритму.  13.Кожу вокруг анального отверстия смажьте детским кремом.  14.Запеленайте ребёнка согласно алгоритму или оденьте его.  15.Обработайте газоотводную трубку в соответствии с действующими приказами.  ***Примечание:*** Глубина введения газоотводной трубки детям в возрасте от года до 3-х лет – 7-10см; старше 3-х лет – 10-15 см.  **Алгоритм №2 «Технология сбора мочи для бактериологического исследования» (терапия)**  1.Объяснить пациенту цель, ход предстоящей манипуляции, получить добровольное согласие пациента на выполнение манипуляции;  2.Обучить пациента технике туалета промежности:   * Зайти в туалетную комнату и раздеться; * Обработать руки на социальном уровне; * Расстелить стерильную, бумажную одноразовую салфетку на тумбочке; * Выложить стерильные салфетки и закрытую емкость для сбора мочи; * Сесть ближе к спинке унитаза и развести ноги;   (Подготовка женщины)   * Во время кровянистых выделений влагалище необходимо закрыть тампоном; * Раздвинуть половые губы пальцами и держать их раздвинутыми до окончания процедуры; * Подмыть половые губы, с мылом проводя рукой в направлении спереди назад; * Осушить половые губы и наружное отверстие мочеиспускательного канала, меняя стерильные салфетки;   (Подготовка мужчины)   * Взять половой член, как при мочеиспускании, отодвинув крайнюю плоть освободить головку и вымыть ее водой с мылом; * Осушить головку полового члена, используя три салфетки;   3.Обучить пациента технике сбора мочи на исследование:   * После туалета промежности, открыть, не касаясь внутренней поверхности, емкость для сбора мочи, крышку положить внутренней поверхностью вверх на салфетку; * Выделить первую струю мочи в унитаз на счет «1», «2» и задержать мочеиспускание; * Не касаясь половыми органами емкости, выделить мочу в количестве не менее 10мл., задержать мочеиспускание; * Закрыть емкость, крышкой не касаясь внутренней поверхности; * Завершить мочеиспускание в унитаз; * Обработать руки, одеться;   4. Убедиться, что пациент понял полученную информацию, отдать пациенту емкость для сбора мочи; стерильную одноразовую салфетку, стерильные салфетки;  5. После сбора мочи, обработать руки на гигиеническом уровне надеть перчатки;  6. Поместить емкость с мочой в контейнер для транспортировки биологической жидкости, доставить вместе с заполненным направлением на диагностическое исследование в лабораторию;  7.Снять перчатки, маску, обработать руки на гигиеническом уровне;  8.Инфекционная безопасность:   * замочить перчатки в 3% р-р хлорамина-60 мин. * замочить маску в 3% р-р хлорамина - 120 мин; * замочить лоток для отраб. материала в 3% р-р хлорамина – 60 мин;   9.Обработать руки на гигиеническом уровне.  **Алгоритм №3 «Изготовление дренажей: резиновых, марлевых, комбинированных» (хирургия)**  Марлевые дренажи:  Для этой цели можно использовать салфетки, турунды, тампоны  Резиновые дренажи:   1. из перчаточной резины нарезать полоски   Комбинированные дренажи:   1. приготовить марлевый дренаж 2. перевязать полоской перчаточной резины посередине   Трубчатые дренажи:  готовятся из фрагментов резиновых трубок, если нет фабрично изготовленных дренажных трубок. |  |  | |

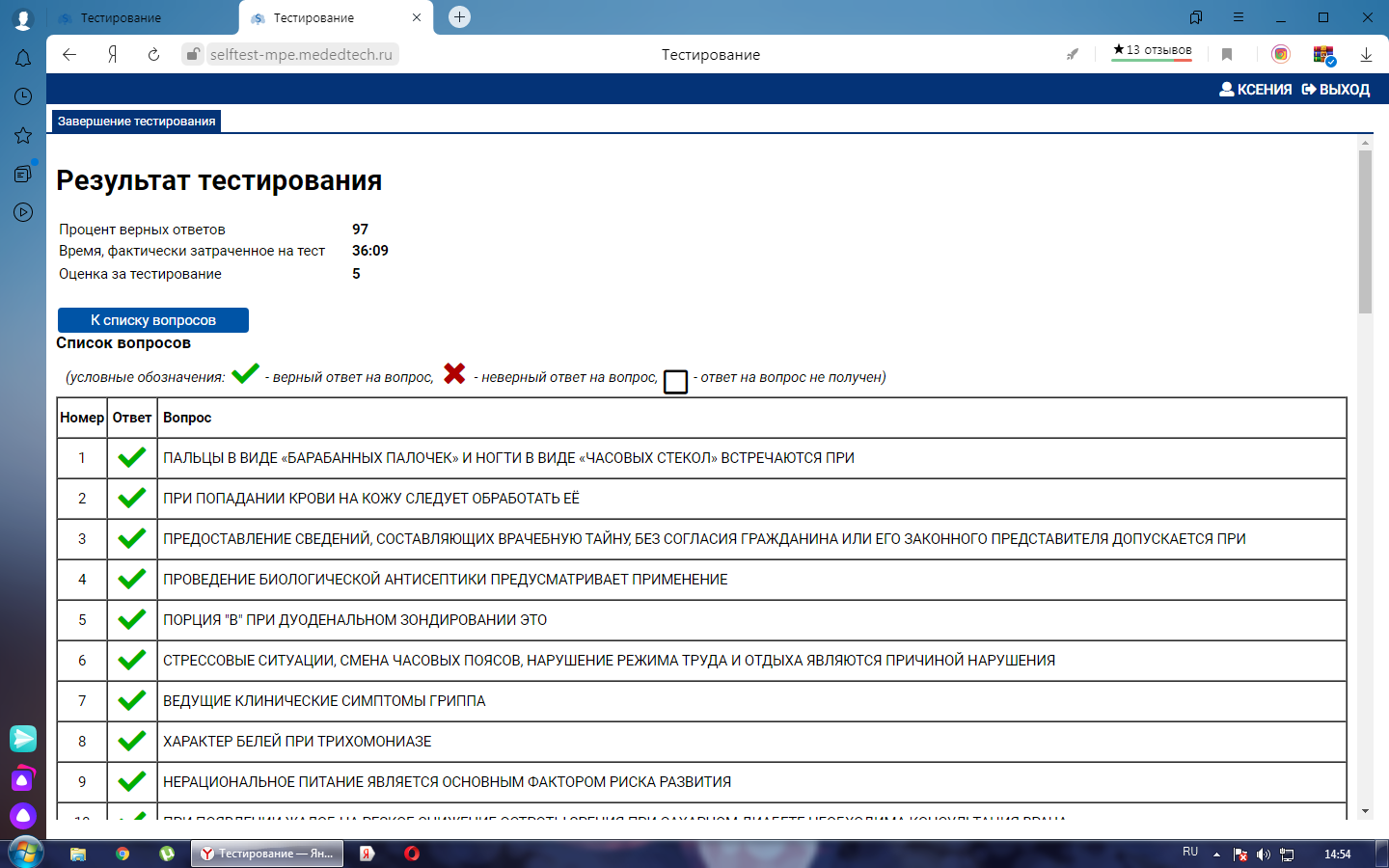
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 03. 06. 20 | **Алгоритм №1 «Обработка полости рта при стоматите» (педиатрия)**  1.Вымойте руки гигиеническим способом.  2.Обработайте пеленальный стол ветошью, смоченной одним из дез средств.  3.Положите ребёнка на пеленальный стол (ближе к источнику света).  4.Возьмите стерильным пинцетом стерильную марлевую салфетку из бикса.  5.Оберните указательный палец правой руки стерильной марлевой салфеткой, свободный конец которой зажмите в кулаке.  6.Левой рукой возьмите ёмкость с одним из приготовленных растворов и смочите марлевую салфетку над лотком для сброса, использованного материала.  7.Откройте левой рукой рот ребёнку, надавливая на подбородок и, опуская его вниз.  8.Осторожными движениями указательного пальца правой руки с помощью салфетки снимите налеты со слизистой оболочки сначала в преддверии рта (внутренняя поверхность щек и десны), затем в собственно ротовой полости (под языком, спинка языка, твердое небо).  9.Использованную марлевую салфетку сбросьте в лоток для сброса, использованного материала.  **Алгоритм №2 «Алгоритм взятия кала на скрытую кровь» (терапия)**  1.В течение 3 суток исключить из рациона питания пациента продукты, содержащие железо, йод, бром: мясо и мясные изделия, рыбу и рыбные изделия, все зелёные овощи и фрукты, все овощи, окрашенные в красный цвет, гречневую кашу. А также продукты, травмирующие слизистую полости рта (карамель, орехи, сушки, сухари). Не рекомендуется чистить зубы щёткой, предложить пациенту полоскать рот 2% раствором пищевой соды.  2.Объяснить пациенту важность соблюдения диеты в течение 3 суток.  3.Исключить из лечения на период подготовки (и предупредить об этом пациента) препараты, содержащие микроэлементы железа, брома, йода.  4.Дать пациенту ёмкость для кала или показать где он находится.  5.Чётко определить день забора кала и попросить пациента опорожнить кишечник в этот день с 6.00 до 7.00 в горшок, избегая попадания в него мочи, а затем палочкой положить в ёмкость 5 – 10г кала (желательно с трёх мест).  6.Приклеить этикетку и с направлением направить в лабораторию.  7.Результат исследования подклеить в медицинскую карту.  8.При положительном результате исследования немедленно сообщить врачу.  **Алгоритм №3 «Уход за трахеостомой» (хирургия)**  1.Поставить ширму.  2.Вымыть руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки и маску.  3. Отвести запор-флажок наружной трахеостомической трубки в положение «вверх».  4.Взять «ушки» внутренней трахеостомической трубки большим и указательным пальцами и плотно зафиксировать в руке.  5.Извлечь за «ушки» в направлении «от себя» дугообразным движением внутреннюю трубку из основной трубки.  6.Обработать внутреннюю трубку и отмыть ее от корок и слизи ершиком в емкости с мыльным раствором; промыть трубку под проточной водой.  7.Обработать трубку 0,02% раствором фурацилина; просушить трубку стерильной салфеткой.  8. Фиксировать пластинку наружной трубки большим и указательным пальцами правой руки.  9.Ввести в отверстие наружной трубки внутреннюю трубку, фиксируя ее и перевести замок-флажок в положение «вниз».  10.Чтобы избежать мацерации кожи вокруг трахеостомы, необходимо, не вынимая трубки, обрабатывать кожу.  11.Положить в стерильный почкообразный лоток достаточное количество ватных шариков и залить их раствором фурацилина используя стерильный пинцет, обработать кожу вокруг стомы этими шариками, затем стерильными салфетками нанести пасту Лассара.  12.Снять перчатки и опустить их в контейнер; вымыть (гигиенический уровень) и осушить руки; убрать ширму и заполнить документацию:  **Внимание!**  1.Чтобы трубка не смещалась при кашле и беспокойном поведении пациента, ее фиксируют с помощью тесемок, которые привязывают к ушкам на щитке трубки и завязывают сзади на шее.  2.Так как при дыхании через стому воздух не увлажняется и не согревается, необходимо поддерживать влажность воздуха в палате путем развешивания влажных простыней или накладывания на стому двухслойной, смоченной водой стерильной салфетки, которую меняют по мере высыхания.  3.Посоветовать пациенту во время прогулки в зимний период накладывать на отверстие трубки двухслойную марлевую повязку, а в летний период - повязку следует увлажнять водой. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 04. 06. 20 | **Алгоритм №1 «Техника обработки кожных складок для профилактики опрелости у грудного ребенка» (педиатрия)**  1.Вымойте руки гигиеническим способом  2.Осмотрите кожные покровы ребенка,  3.Подмойте ребенка проточной водой (37-380 С) при загрязнении кожных покровов каловыми массами или мочой,  4.Подсушите кожные покровы чистой пелёнкой,  5.Уложите ребенка на спину на чистую пеленку,  6.Помойте руки, наденьте стерильные перчатки,  7.Возьмите ватный шарик стерильным пинцетом из бикса, опустите его в мензурку со стерильным маслом комнатной температуры,  8.Достаньте рукой его рукой и слегка отожмите,  9.Осторожными движениями протрите кожные складки в следующей последовательности: заушные, шейные, подмышечные, локтевые, подколенные, паховые, ягодичные, межъягодичная.  10.Сбросьте использованный ватный шарик в лоток, для сброса, использованного материала,  11.При необходимости ватный шарик можно поменять.  12.Сбросьте использованный ватный шарик и перчатки в лоток для сброса, использованного материала,  13.Запеленайте ребенка, согласно алгоритму манипуляции или оденьте его.  **Примечание:**  Стерильное вазелиновое масло можно приобрести в аптеке, а растительное приготовить в домашних условиях: взять флакон, налить в него рафинированное растительное масло, закрыть пробкой и опустить в емкость с водой, чтобы уровень воды превышал уровень масла во флаконе, поставить емкость на огонь, довести до кипения, прокипятить в течение 20-30 минут, вынуть флакон с маслом и остудить.  **Алгоритм №2 «Правила пользования карманным ингалятором» (терапия)**  1. Снять с баллончика защитный колпачок, повернув баллончик вверх дном.  2.Баллончик хорошо встрянуть.  3. Сделать глубокий выдох.  4. Баллончик с аэрозолем взять в руку и обхватить губами мундштук.  5. Сделать глубокий вдох и одновременно сильно нажать на дно баллончика: в этот момент выдается доза аэрозоля.  6. Задержать дыхание на несколько секунд, затем вынуть мундштук изо рта и сделать медленный выдох (если глубокий вдох в результате тяжести состояния больного невозможен, то первая доза аэрозоля распыляется в полости рта).  7. После ингаляции надеть на баллончик защитный колпачок.  Количество доз аэрозоля определяет врач. После вдыхания глюкокортикоидов больной должен прополоскать рот водой для профилактики развития кандидоза полости рта.  **Алгоритм №3 «Определение группы крови» (хирургия)**  1.В углубления на тарелке нанесите стандартные гемагглютинирующие сыворотки 1, 2, 3 групп крови двух серий по одной капле.  2.В каждую каплю сыворотки пипеткой добавьте по одной капле исследуемой крови. Соотношение сыворотки и крови 1:10.  3.Предметным стеклом смешайте сыворотку и кровь. Экспозиция 5 минут.  4.Оценка результатов:   1. агглютинация не произошла ни в одной капле -1 группа крови; 2. агглютинация произошла с сывороткой 1 и 3 групп крови - 2 группа крови; 3. агглютинация произошла с сывороткой 1 и 2 групп крови - 3 группа крови; 4. агглютинация произошла во всех каплях: добавляем во все капли по 1 капле 0,9% раствор хлорида натрия, перемешиваем раствор. Если агглютинация не исчезла, то в 7 ячейку добавляем сыворотку 4 группы крови и добавляем каплю исследуемой крови. Если через 5 минут агглютинация в ячейке не произошла, то кровь 4 группы; 5. панагглютинация - появление агглютинации во всех 7 ячейках (появляется при температуре ниже 12°, при тяжелых заболеваниях печени); 6. псевдоагглютинация - склеивание эритроцитов в «монетные столбики». Исчезает после добавления физиологического раствора. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 05. 06. 20 | **Алгоритм №1 «Применение мази» (педиатрия)**   1. **Втирание мази в кожу** 2. Внимательно изучить инструкцию по применению мази. Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции. 3. Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента. 4. Отгородить пациента ширмой. Помочь пациенту занять удобное положение. 5. Обработать руки, надеть перчатки. 6. Осмотреть участок кожи для применения мази. 7. Обработать и высушить кожу салфеткой или полотенцем. 8. Нанести мазь из тюбика на аппликатор; при его отсутствии втирать мазь только в перчатках.   **Не втирайте мазь пациенту незащищёнными руками – это небезопасно для Вашего здоровья!**   1. 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). 2. Аппликатор в лоток для отработанного материала. 3. Снять перчатки и сбросить в лоток для отработанного материала. 4. Обеспечить пациенту комфортные условия. 5. Надеть перчатки, провести дезинфекцию отработанного материала. После снять перчатки, обработать руки. 6. Сделать отметку о выполнении назначения. 7. **Нанесение мази на кожу** 8. Внимательно изучить инструкцию по применению мази. Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции. 9. Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента. 10. При необходимости отгородить пациента ширмой. Помочь пациенту занять удобное положение. 11. Обработать руки, надеть перчатки. 12. Осмотреть участок кожи для применения мази. 13. Выдавить из тюбика на аппликатор нужное количество мази. 14. Нанести тонкий слой мази на кожу и оставить кожу открытой в течение 10-15 минут до полного всасывания. 15. Снять перчатки, сбросить в ёмкость для отработанного материала. 16. Обработать руки. 17. Через 10-15 мин. осмотреть кожу, убедиться, что мазь впиталась. 18. Сделать отметку в документации о выполнении назначения.   **Алгоритм №2 «Забор кала на бакпосев» (терапия)**  1.Объяснил пациенту/маме/родственникам цель исследования, получил согласие.  2.Подготовил необходимое оснащение. Поставил стеклографом номер на пробирке, соответствующий номеру направления.  3.Установил пробирку с консервантом в штатив.  4.Провел гигиеническую обработку рук.  5.Надел медицинские перчатки.  6.Обеспечил правильное положение пациента.  7.Ввел петлю в анальное отверстие на глубину 4-5 см.  8.Извлек петлю и поместил в стерильную пробирку с консервантом.  9.Плотно закрыл пробирку с консервантом ватномарлевым тампоном.  10.Снял перчатки и погрузил их в контейнер с маркировкой «Отходы. Класс Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **Алгоритм №3 «Обработка послеоперационных швов» (хирургия)**  1. Помочь пациентке снять одежду и лечь на перевязочный стол.  2. Накрыть пациентку до пояса чистой простыней.  3. Налить в стерильные банки антисептические средства.  4. Снять старую повязку пинцетом вдоль раны, придерживая пинцетом с сухим шариком кожу, не давая ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% растворе перекиси водорода. Осмотреть рану и окружающую ее область. На 1-2-е сутки после операции края зашитой раны могут быть слегка отечны, но по цвету не должны отличаться от остальной кожи. Мелкие складки, свойственные данной области, также должны сохранять свой рисунок. Швы не должны врезаться в кожу. Места вколов и выколов иглы должны быть сухими, без каких-либо выделений.  5. Проводить туалет кожи в окружности раны стерильными шариками, смоченными 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата. Протирать кожу от краев раны к периферии. Обработать края раны промокательными движениями стерильным шариком, смоченным 1% раствором йодоната, затем шариком, смоченным 70% спиртом.  6. Сменить пинцет.  7. Наложить стерильные салфетки на раневую поверхность.  8. Зафиксировать стерильные салфетки клеевой или бинтовой повязкой, в зависимости от области поражения.  Если края раны покраснели, кожа напряжена, швы врезаются в края раны, а при пальпации определяется болезненность, то это говорит о наличии отека кожи и подкожной клетчатки, т. е. можно думать о начинающемся воспалительном процессе. В таких случаях после туалета кожи и смазывания краев раны йодонатом рекомендуется снять 1—2 шва в месте наибольшего отека и гиперемии и осторожно пуговчатым или желобоватым зондом раздвинуть края раны, чтобы выпустить скопившуюся там кровь, лимфу и т. п. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 06. 06. 20 | **Алгоритм №1 «Постановка согревающего компресса на ухо» (педиатрия)**   1. В марлевой салфетке и вощеной бумаге сделайте средний разрез по размеру ушной раковины ребенка. 2. Смочите салфетку в теплом полуспиртовом растворе, отожмите ее и приложите к уху. Ушную раковину выведите через разрез наружу. 3. Сверху уложите вощеную бумагу и выведите через разрез ушную раковину наружу. 4. Сверху прямо на ухо уложите слой ваты толщиной 2-3 см. 5. Плотно зафиксируйте компресс бинтом, укладывая его вокруг головы.   **Примечание:**   1. Каждый последующий слой компресса должен быть длиннее и шире предыдущего на 1-2 см. 2. Компресс ставят на 3-4 часа, на ночь нежелательно. 3. Компресс наложен правильно, если марлевая салфетка после снятия остается теплой и влажной. 4. После снятия компресса на голову ребенка необходимо надеть шапочку или косынку. 5. Процедуру можно повторить через 1-2 часа.   **Алгоритм №2 «Введение газоотводной трубки» (терапия)**  1.Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен.  2.Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки. 3.Поставил ширму у кровати пациента, положил адсорбирующую пеленку на постель, попросил пациента принять правильное положение.  4.Поставил на пеленку или на стул рядом с пациентом судно с небольшим количеством воды.  5.Обработал перчатки антисептическим средством.  6.Вскрыл упаковку и извлек газоотводную трубку.  7.Облил стерильным вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки и ввел на 20-30 см в кишку, свободный конец газоотводной трубки опустил в судно с водой.  8.Проконтролировал эффективность отхождения газов.  9.Укрыл пациента. Поднял поручни кровати при их наличии.  10.Снял перчатки, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б», провел гигиеническую обработку рук.  11.По истечении заданного времени обработал руки, надел перчатки, извлек газоотводную трубку из анального отверстия и поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  12. Провел туалет анального отверстия.  13.Адсорбирующую пеленку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б», вылил воду из емкости в канализацию, емкость дезинфицировал.  14.Снял перчатки, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б», провел гигиеническую обработку рук.    **Алгоритм №3 «Наложение повязки «Дезо»» (хирургия)**  1.Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.  2.Вложить в подмышечную впадину валик из ваты, обернутый марлей.  3.Согнуть предплечье в локтевом суставе под прямым углом.  4.Прижать предплечье к груди.  5.Сделать два закрепляющих тура бинта по груди, больной руке в области плеча, спине и подмышечной впадине со стороны здоровой конечности.  6.Вести бинт через подмышечную впадину здоровой стороны по передней поверхности груди косо на надплечье больной стороны (рис. 20).  7.Опуститься вниз по задней поверхности больного плеча под локоть.  8.Обогнуть локтевой сустав и, поддерживая предплечье, направить бинт косо в подмышечную впадину здоровой стороны.  9.Вести бинт из подмышечной впадины по спине на больное предплечье.  10.Вести бинт с надплечья по передней поверхности больного плеча под локоть и обогнуть предплечье.  11.Направить бинт по спине в подмышечную впадину здоровой стороны.  12.Повторять туры бинта до полной фиксации плеча.  13.Закончить повязку двумя закрепляющими турами по груди, больной руке в области плеча, спины. |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 08. 06. 20 | **Алгоритм №1 «Техника постановки очистительной клизмы детям различного возраста» (педиатрия)**  1.Вымойте руки и наденьте перчатки.  2.Положите на предварительно подготовленный пеленальный стол клеенку, сверху пеленку.  3.Уложите ребенка на левый бок, ножки приведите к животу.  4.Заполните баллон водой, при этом большим пальцем правой руки надавите на дно баллона, наконечник должен находиться между указательным и безымянным пальцами.  5.Смажьте наконечник вазелином.  6.Выпустите воздух из баллона.  7.Левой рукой разведите ягодицы ребенка, а правой осторожно, без усилий, введите наконечник в прямую кишку (вначале в направлении передней брюшной стенки, затем вдоль позвоночника).  8.Надавливая на баллон, медленно введите воду в кишечник.  9.После введения воды в кишечник левой рукой зажмите ягодицы ребенка, а правой осторожно, не разжимая баллон, извлеките наконечник.  10.Когда ребенок начнет тужиться, отпустите ягодицы и ребенка старше года посадите на горшок, а ребенку грудного возраста подложите подгузник.  11.После окончания процедуры проведите подмывание ребенка и область анального отверстия обработайте детским кремом.  12.Резиновый баллончик и наконечник обработайте в соответствии с действующими приказами.  **Примечание:**  1.Ребенка грудного возраста для выполнения манипуляции укладывают на спину с приведенными к животу ножками.  2.Для постановки клизмы детям грудного возраста лучше пользоваться грушевидным баллоном с мягким наконечником.  3.Размер баллона выбирают в зависимости от возраста ребенка:   * Для детей первых 2-3-х месяцев жизни – баллон № 2 (50 мл.) * Для детей 6 месяцев – баллон №  3-4 (75-100 мл.) * Для ребенка одного года – баллон № 5 (150 мл.) * Детям 2-3 лет – баллон № 5-6 (180-200 мл.)   4.Количество вводимой жидкости определяется возрастом ребенка:   * Новорожденный – 25-30 мл. * В 1-3 месяца – 50-60 мл. * В 3 месяца-1 год – 100-150 мл. * В 1-2 года – 200 мл. * С 2-х до 5-ти лет – 300 мл.   Детям старшего возраста для проведения манипуляции применяют кружку Эсмарха.  **Алгоритм №2 «Введение инсулина» (терапия)**  1. Объясните пациенту цель и ход процедуры и получите его согласие на проведение.  2. Проведите деконтаминацию рук на гигиеническом уровне, обработайте их кожным антисептиком, наденьте перчатки.  3. Прочитайте надпись на флаконе название, дозу, срок годности, сверьте с листом назначений.  4. Проведите визуальный контроль качества флакончика с инсулином. Обратите внимание на концентрацию препарата, т.е. на число ЕД инсулина в 1 мл. Внимательно изучите маркировки инсулина и шприца. Рассчитайте сколько единиц инсулина содержится в одном делении шприца, исходя из концентрации.  5. Покатайте между ладонями флакон с инсулином продленного действия в течение 3-5 минут, чтобы раствор стал равномерно мутным (не встряхивать!). Инсулин короткого действия прозрачный, его перемешивать не нужно.  6. Подогрейте флакончик с инсулином до температуры тела 360- 370 С в водяной бане.  7. Возьмите инсулиновый шприц в упаковке. Проверьте срок годности и герметичность упаковки. Вскройте упаковку, соберите шприц.  8. Вскройте пинцетом металлическую обкатку флакона.  9. Обработайте резиновую пробку ватным шариком со спиртом двукратно, отставьте флакончик в сторону, дайте высохнуть спирту.  10. Возьмите в руки инсулиновый шприц, оттяните поршень шприца на сколько, сколько ЕД необходимо набрать. При этом в шприц набирается воздух. Количество воздуха должно равно вводимой дозе инсулина.  11. Введите набранный Вами воздух во флакон с инсулином.  12. Предложите пациенту лечь или сесть.  13. Обработайте место инъекции последовательно двумя ватными шариками, смоченными спиртом: вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции. Дайте коже высохнуть.  14. Снимите колпачок со шприца, перед введением его выпустите воздух и доведите количество инсулина до нужной дозы.  15. Возьмите шприц в правую руку.  16. Соберите I и II пальцами левой руки обработанный участок кожи в треугольную складку основанием вниз.  17. Введите быстрым движением иглу под углом 300 – 450 в середину подкожно - жирового слоя на длину иглы в основание складки, держа ее срезом вверх.  18. Освободите левую руку, опустите складку.  19. Вводите инсулин медленно, проверив, не попала ли игла в кровеносный сосуд...  20. Быстрым движением извлеките иглу, приложите сухой стерильный ватный шарик к месту инъекции. Снимите перчатки.  21. Накормите пациента.  22. Поместите использованный шприц, ватные шарики, перчатки в отходы класса Б.  23. Вымойте и осушите руки.  **Алгоритм №3 «Сбор инструментов для операциях на органах брюшной полости» (хирургия)**  1. Брюшное зеркало – широкий крючок седловидной формы для расширения лапаротомной раны. Удерживается рукой ассистента.  2.Брюшной расширитель Микулича – кремальерный механизм, снабженный двумя седловидными зеркалами; самостоятельно фиксируется на краях лапаротомной раны, освобождая руки хирурга и ассистента.  3. Брюшной крючок – длинный укрепленный стержень с двумя седловидными пластинами  Назначение: разведение краев лапаротомной раны.  4. Печеночное зеркало – удлиненная пластина на прочной рукоятке.  Назначение: Приподнятие края печени и защита ее висцеральной поверхности при работе с элементами и органами верхнего этажа брюшной полости.  5. Почечное зеркало – пластина, защищающая почку от случайного повреждения при работе на элементах почечной ножки  6. Шпатель Ревердена – широкая пластина овоидной формы  Назначение: защита органов брюшной полости от случайного повреждения при ушивании лапаротомной раны.  7. Жом кишечный раздавливающий эластичный – зажим с длинными браншами дугообразной формы.  Назначение: пережатие просвета кишки при резекции ее части во избежание попадания кишечного содержимого в брюшную полость и операционную рану. Накладывается на ту часть кишки, которая будет участвовать в анастомозе.  8. Жом кишечный раздавливающий – зажим с длинными массивными браншами, которые плотно соприкасаются.  Назначение: также пережимает просвет кишки при ее резекции, но приводит к травматизации кишечной стенки и потому накладывается только на удаляемый фрагмент.  9. Жом желудочный Пайера – мощный инструмент с длинными раздавливающими браншами.  Назначение: накладывается на удаляемый фрагмент желудка при его резекции.  10. Зажим кишечный Алиса – зажим, бранши которого снабжены гибкими «губками» с насечками».  Назначение: захват и фиксация кишечной стенки.  11. Зажим Федорова – зажим с длинными, S-образно изогнутыми браншами .  Назначение: Пережатие и лигирование элементов малого сальника, почечной ножки. |  |  | |



**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в педиатрии**

Ф.И.О. обучающегося : Баканова Ксения Алексеевна

Группы 311 – 1 специальности «Сестринское дело»

Проходившего (ей) производственную практику с 12.05 по 08.06 2020г

За время прохождения практики мною выполнены следующие объемы работ:

**1. Цифровой отчет**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | Виды работ | | **Количество** |
| 1. **2** | | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | освоено |
| 1. **7** | | Кормление новорожденных из рожка и через зонд | освоено |
| 1. **8** | | Введение капель в глаза, нос, уши, | освоено |
| 1. **9** | | Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка. | освоено |
| 1. **10** | | Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку | освоено |
| 1. **11** | | Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария | освоено |
| 1. **12** | | Подготовка материала к стерилизации | освоено |
| 1. **15** | | Антропометрия | освоено |
| 1. **16** | | Проведение контрольного взвешивания | освоено |
| 1. **17** | | Составление планов обучения семьи уходу за больным ребенком, подготовке к дополнительным исследованиям, сбору биологического материала для исследований. | освоено |
| 1. **18** | | Пеленание | освоено |
| 1. **19** | | Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку | освоено |
| 1. **20** | | Мытье рук, надевание и снятие перчаток | освоено |
| 1. **21** | | Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей. | освоено |
| 1. **22** | | Заполнение медицинской документации | освоено |
| 1. **23** | | Проведение проветривания и кварцевания | освоено |
| 1. **24** | | Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований | освоено |
| 1. **25** | | Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь | освоено |
| 1. **26** | | Проведение ингаляций | освоено |
| 1. **27** | | Проведение очистительной и лекарственной клизмы, введение газоотводной трубки | освоено |
| 1. **28** | | Применение мази, присыпки, постановка компресса. | освоено |
| 1. **29** | | Разведение и введение антибиотиков | освоено |
| 1. **30** | | Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов. | освоено |
| 1. **31** | | Забор крови для биохимического и гормонального исследования | освоено |
| 1. **32** | | Подача кислорода через маску и носовой катетер | освоено |
| 1. **33** | | Обработка слизистой полости рта при стоматите | освоено |

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринский уход в терапии**

Ф.И.О. обучающегося : Баканова Ксения Алексеевна

Группы 311 - 1 специальности «Сестринское дело»  
Проходившего (ей) преддипломную практику с 12.05 по 08.06 2020г  
За время прохождения практики мною выполнены следующие виды работ:

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид манипуляции** | **Выполнено** |
| Сбор мочи для анализов: общий, по Нечипоренко, по Зимницкому, на бак. посев | освоено |
| Сбор кала на анализы: на яйца паразитов, на копрологическое исследование, на скрытую кровь. | освоено |
| Утренний туалет тяжелобольного пациента: умывание, подмывание, уход за глазами, ушами, полостью рта, кожей. | освоено |
| Смена постельного белья | освоено |
| Кормление тяжелобольного в постели | освоено |
| Измерение температуры тела с графической регистрацией Подсчет пульса. Подсчет частоты дыхания. Измерение артериального давления. | освоено |
| Раздача медикаментов пациентам | освоено |
| Обучение пациентов правилам проведения ингаляций, в том числе, небулаизериых | освоено |
| Подача кислорода пациенту | освоено |
| Измерение водного баланса у пациента | освоено |
| Подготовка пациента и ассистирование врачу при  плевральной пункции. | освоено |
| Подготовка пациента и проведение дуоденального  зондирования | освоено |
| Постановка очистительной клизмы | освоено |
| Постановка гипертонической клизмы | освоено |
| Постановка масляной клизмы | освоено |
| Постановка сифонной клизмы | освоено |
| Постановка периферического венозного катетера | освоено |
| Оказание сестринской помощи при неотложных состояниях(желудочное кровотечение, приступ удушья при бронхиальной астме, приступ загрудинных болей при стенокардии) | освоено |
| Выполнение различных видов инъекций:  -подкожные,  -внутримышечные,  -внутривенные струйные | освоено |
| Выполнение внутривенного капельного введения лекарств | освоено |
| Разведение и введение антибиотиков | освоено |
| Введение инсулина. | освоено |
| Введение гепарина. | освоено |
| Проведение забора крови из вены на биохимическое исследование с помощью вакутейнера | освоено |
| Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке и при других острых аллергических реакциях | освоено |

**ОТЧЕТ ПО ПРЕДДИПЛОМНОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в хирургии**

Ф.И.О. обучающегося : Баканова Ксения Алексеевна

Группы 311 - 1 специальности «Сестринское дело»

Проходившего (ей) преддипломную практику с 12.05 по 08.06 2020г

За время прохождения практики мною выполнены следующие объемы работ:

**1. Цифровой отчет**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | Виды работ | **Количество** |
| 1. | Сбор сведений о больном. | освоено |
| 2. | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | освоено |
| 3. | Оценка тяжести состояния , выявление проблем пациента | освоено |
| 4. | Составление плана сестринского ухода за больным | освоено |
| 5 | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | освоено |
| 6 | Выписка направлений на консультации специалистов | освоено |
| 7 | Кормление пациента через зонд | освоено |
| 8 | Уход за кожей (профилактика пролежней), слизистыми (глаз, полостью рта) и т. д. Уход за подключичным катетером. | освоено |
| 9 | Обработка послеоперационных швов. | освоено |
| 10 | Приготовление перевязочного материала (салфеток, шариков). | освоено |
| 11 | Предстерилизационная очистка инструментов | освоено |
| 12 | Изготовление дренажей (резиновых, марлевых, комбинированных) | освоено |
| 13 | Укладывание в биксы операционного белья, одежды, перевязочного материала, перчаток. | освоено |
| 14 | Обработка рук хирургическим, современным методом | освоено |
| 15 | Надевание стерильного халата и перчаток на себя | освоено |
| 16 | Пользование стерильным биксом | освоено |
| 17 | Накрытие стерильного стола | освоено |
| 18 | Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных. | освоено |
| 19 | Остановка артериального кровотечения пальцевым прижатием артерии к кости | освоено |
| 20 | Остановка артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности в суставе | освоено |
| 21 | Наложение давящей повязки при венозном кровотечении. | освоено |
| 22 | Применение холода для остановки | освоено |
| 23 | Наложение мягких повязок «на различные участки тела» | освоено |
| 24 | Наложение окклюзионной повязки или пластырной повязки | освоено |
| 25 | Снятие повязок с послеоперационной раны | освоено |
| 26 | Приготовление и наложения транспортных шин | освоено |
| 27 | Определение группы крови, пробы на индивидуальную, резус совместимость, биологическую пробу | освоено |
| 28 | Проведение премедикации | освоено |
| 29 | Приготовление столика медсестры анестезиологического кабинета | освоено |
| 30 | Сбор инструментов для операции | освоено |
| 31 | Уход за стомами | освоено |
| 32 | Туалет гнойной раны | освоено |
| 33 | Уход за мочевым катетером | освоено |
| 34 | Снятие швов с послеоперационной раны | освоено |
| 35 | Подготовка пациента к диагностическим исследованиям (рентгенологическим, эндоскопическим, ультразвуковым и т.д.). | освоено |
| 36 | Подготовка пациента к операции. Обучение пациента и его родственников уходу в до и послеоперационном периоде | освоено |
| 37 | Раздача и контроль приема лекарственных средств больными  Проведение оксигенотерапии | освоено |
| 38 | Оформление сестринской документации (истории болезни, журнала движения больных, порционного требования, выборка назначений врача и т.д.). | освоено |
| 39 | Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке и при других острых аллергических реакциях | освоено |

# 2. Текстовой отчет

При прохождении производственной практики мною самостоятельно были проведены:

1.Обработка пупочной ранки.

2.Кормление новорожденного ребенка через зонд.

3.Обработка полости рта при стоматите.

4.Разведение и введение антибиотиков.

5.Измерение водного баланса.

6.Смена постельного белья продольным и поперечным способом.

7.Профилактика пролежней.

8.Определение группы крови.

9.Наложение повязки «Рыцарская перчатка».

Я хорошо овладел(ла) умениями:

1.Обучать население принципам здорового образа жизни.

2.Осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях.

3.Проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента.

4.Проводить мероприятия по восстановлению и поддержанию жизнедеятельности организма при неотложных состояниях самостоятельно и в бригадах.

5.Проводить комплексы упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа.

Особенно понравилось при прохождении практики:

1.Подача кислорода новорожденному ребенку через маску.

2.Подмывание грудных детей.

3.Проведение очистительной клизмы ребенку грудного возраста.

4.Введение инсулина.

5.Оксигенотерапия.

6.Обучение пациентов пользования ингалятором.

7.Надевание стерильного халата и перчаток.

8.Наложение шины.

9.Изготовление дренажей.

Недостаточно освоены : все манипуляции освоены в соответствии с программой преддипломной практики.

Замечания и предложения по прохождению практики: не имею.

Студент **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

подпись (расшифровка

Непосредственный руководитель практики **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

подпись (расшифровка

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

подпись (расшифровка