Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный

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

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

# Д Н Е В Н И К

**ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

Наименование практики «Технология оказания медицинских услуг»

Ф.И.О. Абрамова Виктория Романовна

Место прохождения практики Дистанционно

(медицинская организация, отделение)

с «25» мая 20 20 г. по «6» июня 20 20 г.

Руководители практики:

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

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

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

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

Методический руководитель - Ф.И.О. (должность)

Черемисина Алена Александровна (преподаватель)

Красноярск

20 20

Содержание

1. Цели и задачи практики

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

3. Тематический план

4. График прохождения практики

5. Инструктаж по технике безопасности

6. Содержание и объем проведенной работы

7. Манипуляционный лист

8. Отчет (цифровой, текстовой)

**Цели и задачи прохождения производственной практики**

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

**Задачи**:

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

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

**Практический опыт:**

ПО 1. выявления нарушенных потребностей пациента;

ПО 2. оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий;

ПО3. планирования и осуществления сестринского ухода;

ПО 4. ведения медицинской документации;

**Умения:**

У 1.собирать информацию о состоянии здоровья пациента;

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

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

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

У 5.осуществлять посмертный уход;

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

У 10. заполнять документацию по инструкции;

**Знания:**

З 1.способы реализации сестринского ухода;

З 2.технологии выполнения медицинских услуг;

З 3. последовательность посмертного ухода;

З 4. перечень основной учетно-отчетной документации.

**Тематический план**

|  |  |
| --- | --- |
| **1**. | **Поликлиника** |
| **2.** | **Стационар:**  Приемное отделение  Отделение немедикаментозной терапии  Пост медицинской сестры  Процедурный кабинет  Клизменная |

**График прохождения практики**

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

###### Инструктаж по технике безопасности

*1. Перед началом работы в отделении стационара или поликлиники необходимо переодеться. Форма одежды*: медицинский халат, медицинская шапочка, медицинская маска, сменная обувь (моющаяся и на устойчивом каблуке), при необходимости сменная хлопчатобумажная одежда (при работе в оперблоке, блоке интенсивной терапии, в реанимационном и хирургическом отделении). Ногти должны быть коротко острижены, волосы убраны под шапочку, украшения не должны касаться одежды. Кроме того, украшения запрещается носить в учреждениях педиатрического профиля. При повреждении кожи рук, места повреждений должны быть закрыты лейкопластырем или повязкой. *2. Требования безопасности во время работы:* *1*. Всех 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. *2*. Необходимо мыть руки до и после любого контакта с пациентом. *3*. Работать с кровью и жидкими выделениями всех пациентов только в перчатках. *4*. Сразу 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.*5*. Пользоваться 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). *6*. Рассматривать всё бельё, загрязнённое кровью или другими жидкими выделениями пациентов, как потенциально инфицированное. *7*. Рассматривать все образцы лабораторных анализов как потенциально инфицированные. Транспортировку биоматериала осуществлять в специальных контейнерах. *8*. Разборку, мойку и полоскание инструментов, лабораторной посуды и всего, соприкасавшегося с кровью или другими жидкими выделениями пациента проводить только после дезинфекции, в перчатках. *9*. В рабочих помещениях, где существует риск инфицирования, запрещено есть, пить, курить, наносить косметику и брать в руки контактные линзы. *10*. Пользоваться электроприборами и оборудованием разрешается только после дополнительного инструктажа по технике безопасности на рабочем месте, под руководством непосредственного руководителя практики и при условии полной исправности приборов. В случае обнаружения любых неисправностей необходимо срочно сообщить непосредственному руководителю практики, не предпринимая попыток устранить неисправность. *11*. Необходимо использовать индивидуальные средства защиты при работе с дезинфицирующими и моющими средствами (перчатки, халат, маска, респиратор при необходимости, очки). *12*. Соблюдать универсальные меры предосторожности при работе с бьющимися острыми и режущими предметами. *13*. Соблюдать правильную биомеханику тела для предотвращения травм опорно-двигательного аппарата при транспортировке пациентов и уходе за ними. *3. Требования безопасности по окончании работы:* *1*. Использованные перчатки подлежат дезинфекции перед утилизацией. *2*. Сменная рабочая одежда стирается отдельно от другого белья, при максимально допустимом температурном режиме, желательно кипячение. *3*. Сменная обувь обрабатывается дезинфицирующим средством, после окончания работы необходимо принять гигиенический душ. *4. Требования безопасности в аварийной ситуации:* *1*. При загрязнении перчаток кровью, необходимо обработать её настолько быстро, насколько позволяет безопасность пациента, затем: перед снятием перчаток с рук необходимо обработать их раствором дезинфектанта, перчатки снять, руки вымыть гигиеническим способом. *2*. При повреждении перчаток и кожных покровов: немедленно обработать перчатки раствором дезинфектанта, снять их с рук, не останавливая кровотечение из ранки, вымыть руки с мылом под проточной водой, затем, обработать кожу 70% раствором спирта или 5% спиртовым раствором йода. О происшедшем аварийном случае сообщить заведующему или старшей медсестре отделения. *3*. При попадании крови на кожу рук, немедленно вымыть руки дважды под тёплой проточной водой, затем обработать руки 70% раствором спирта. *4*. При попадании крови на слизистую оболочку глаз – немедленно промыть водой и обработать 1% раствором борной кислоты или 0,05% раствором перманганата калия. *5*. При попадании крови на слизистую оболочку носа – не заглатывая воду, промыть нос проточной водой, затем закапать 1% раствор протаргола. *6*. При попадании крови на одежду место загрязнения немедленно обработать раствором дезинфектанта, затем снять загрязненную одежду погрузить её в дезинфицирующий раствор. Кожу рук и других участков тела под загрязненной одеждой обработать спиртом. Обувь обрабатывается путём двукратного протирания ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе. *7*. При загрязнении кровью или другими биологическими жидкостями поверхностей необходимо обработать их раствором дезинфектанта. *8*. При попадании дезинфицирующих и моющих средств на кожу или слизистые немедленно промыть их водой. При попадании в дыхательные пути прополоскать рот и носоглотку водой и выйти на свежий воздух. *5. Требования безопасности при пожаре и аварийной ситуации:* *1*. Немедленно прекратить работу, насколько это позволяет безопасность пациента. *2*. Сообщить о случившемся администрации отделения или дежурному персоналу. *3*. В кратчайшие сроки покинуть здание.

Место печати МО

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 25. 05. 20 г. | *План рабочего дня***:** *1*. Выписать направления на анализы: моча, кал.*2*.Обучить пациента технике сбора мочи по Нечипоренко.*3*.Обучить пациента технике сбора кала для копрологического исследования.*4*.Обучить пациента технике сбора мокроты для различных исследований.*5*.Обучить пациента ингаляции лекарственного средства через рот и нос.*6*.Обучить пациента к подготовке к ультразвуковым методам исследования.  ***Инструктаж по подготовке к забору мочи по Нечипоренко****:* Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо провести для Вас инструктаж по подготовке к сбору мочи по Нечипоренко, вы не против? После получения согласия начинаю инструктаж: *1*. За трое суток до исследования вам необходимо прекратить прием продуктов, которые могут изменить цвет мочи: свекла, морковь и т.п. *2*. За сутки до исследования вам необходимо отказаться от энергетических и алкогольных напитков, а также исключить физические нагрузки. *3*.Утром, сразу после пробуждения, вам следует тщательно провести туалет наружных половых органов. Это позволит снизить вероятность попадания бактерий потовых и сальных желез в мочу. *4*. Для исследования вам необходимо собрать среднюю порцию мочи. *5*. Перед сбором нужно небольшое количество мочи, примерно 15-20 мл, слить в унитаз, поскольку в них содержится большое количество органических примесей. *6*. Затем вы сливаете около 50 мл мочи в подготовленную емкость с крышкой – это и будет ваша средняя порция для исследования. *7*. При сборе мочи старайтесь не соприкасаться емкостью с наружными половыми органами. *8*. Плотно закройте крышкой емкость и, взяв направление, поставьте емкость в емкость для анализов. 9. После окончания инструктажа отвечаю на вопросы пациента. 10. Убедившись, что пациент понял инструктаж, прощаюсь и заполняю документацию о проведенном инструктаже.  ***Инструктаж по подготовке к забору кала на копрологическое исследование:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо провести для Вас инструктаж по подготовке к сбору кала на копрологическое исследование, вы не против? После получения согласия начинаю инструктаж: *1*. За трое суток до исследования вам необходимо исключить из рациона продукты, содержащие железо: мясо, рыба, все виды зеленых овощей, а также медикаменты, изменяющие внешний вид кала и усиливающие перистальтику кишечника. *2*. Кал для исследования необходимо брать утром натощак в день исследования. *3*. Перед взятием необходимо вымыть руки с мылом. *4*. После опорожнения кишечника в унитаз без воды вам необходимо лопаточкой, входящую в комплект с емкостью для сбора, собрать 5-10 гр кала из разных мест и помещаете в емкость, плотно закрыв крышкой. *5*. После сбора вы моете руки с мылом и ставите емкость с направлением в специальную емкость для анализов. 6. После окончания инструктажа отвечаю на вопросы пациента. 7. Убедившись, что пациент понял инструктаж, прощаюсь и заполняю документацию о проведенном инструктаже.  ***Инструктаж по подготовке к забору мокроты на бактериологическое исследование:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо провести для Вас инструктаж по подготовке к сбору мокроты на бактериологическое исследование, вы не против? После получения согласия начинаю инструктаж: *1*. Накануне вечером вам следует тщательно почистить зубы. *2*. Утром после пробуждения нужно прополоскать рот кипяченной водой. *3*. Сначала вам нужно откашляться, открыть крышку емкости и сплюнуть мокроту, не касаясь губами краев. 4. Старайтесь сплевывать мокроту без слюны. *5.*. После того, как вы сплюнули мокроту, сразу же закрываете крышку и ставите емкость с направлением в указанное место – емкость для анализов. 6. После окончания инструктажа отвечаю на вопросы пациента. 7. Убедившись, что пациент понял инструктаж, прощаюсь и заполняю документацию о проведенном инструктаже.  ***Обучение пациента правильно пользоваться карманным ингалятором при введении ЛС через рот:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо провести для Вас обучение правильному использованию карманного ингалятора при введении лекарства через рот, вы не против? После получения согласия начинаю обучение: *1*. Провожу гигиеническую обработку рук и надеваю перчатки. *2*. Беру два пустых ингалятора и протягиваю один пациенту. *3*. Пожалуйста, повторяйте все действия за мной. *4*. Для начала необходимо снять с баллончика защитный колпачок. *5*. Переворачиваете баллончик вверх дном. *6*. Перед использованием вам необходимо его хорошо встряхнуть. *7*. Затем охватываете губами мундштук. *8*. Сделайте глубокий вдох и нажмите одновременно на дно баллончика. Именно в этот момент выдается доза аэрозоля. *9*. Вам следует задержать дыхание на несколько секунда, а затем вынуть мундштук изо рта. *10*. Потом делаете медленно выдох. *11*. После окончания обучения отвечаю на вопросы пациента. *12*. Убедившись, что пациент понял обучение, прощаюсь, обрабатываю насадку ингалятора, надеваю защитный колпачок. 13. Провожу гигиеническую обработку рук и заполняю документацию о проведенном обучении.  ***Обучение пациента правильно пользоваться карманным ингалятором при введении ЛС через нос:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо провести для Вас обучение правильному использованию карманного ингалятора при введении лекарства через нос, вы не против? После получения согласия начинаю обучение: *1*. Провожу гигиеническую обработку рук и надеваю перчатки. *2*. Беру два пустых ингалятора и протягиваю один пациенту. *3*. Пожалуйста, повторяйте все действия за мной. *4*. Для начала необходимо снять с баллончика защитный колпачок. *5*. Перед использованием вам необходимо его хорошо встряхнуть. *6*. Сначала необходимо прижать правое крыло носа к носовой перегородке, потом выдыхаете через рот. *7*. Вводите наконечник ингалятора в левое крыло носа. *8*. На вдохе через нос нажимаете на дно баллончика и задерживаете дыхание на несколько секунд, а потом медленно выдыхаете через рот. *9*. Потом проводите те же манипуляции с другим крылом носа. *10*. После окончания обучения отвечаю на вопросы пациента. *12*. Убедившись, что пациент понял обучение, прощаюсь, обрабатываю насадку ингалятора, надеваю защитный колпачок. *13*. Провожу гигиеническую обработку рук и заполняю документацию о проведенном обучении.  ***Инструктаж по подготовке пациента к ультразвуковым методам исследования:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо провести для Вас инструктаж по подготовке к ультразвуковым методам исследования, вы не против? После получения согласия начинаю инструктаж: *1*. За три дня до исследования вам назначается бесшлаковая диета. *2*. Запрещается – мясо, черный хлеб, свежие фрукты и овощи, зелень, фасоль и горох, грибы, ягоды, семечки, орехи, варенье с косточками, в т.ч. мелкими (смородиновое и малиновое), виноград, киви, а также прекратить прием таблетированных слабительных. *3*. Разрешается - бульоны, отварное мясо, рыба, курица, сыр, белый хлеб, масло, печенье, компоты и кисели. *4*. За 8-12 часов до исследования Вам следует прекратить прием пищи, т. к. само исследование проводится натощак. *5*. Вечером накануне исследования вам необходимо поставить очистительную клизму. 6. Также вам нельзя курить перед исследованием. 7. Предупреждаю пациента, чтобы он явился утром, натощак, в кабинет ультразвуковой диагностики в назначенное время (при амбулаторном проведении исследования, взять с собой полотенце). *8*. Не забудьте, что Вы приходите на исследование с направлением. *9*. После окончания инструктажа отвечаю на вопросы пациента. *8*. Убедившись, что пациент понял инструктаж, прощаюсь и заполняю документацию о проведенном инструктаже.  Отделение Терапевтическое № палаты 7  НАПРАВЛЕНИЕ 1  В клиническую лабораторию  Кал на копрологию  ФИО Иванов Иван Иванович  Дата 25.05.2020  Подпись м\с Абрамова В. Р.  Отделение Пульмонологическое № палаты 15  НАПРАВЛЕНИЕ 7  В клиническую лабораторию  Анализ мочи по Ничепоренко  ФИО Иванов Иван Иванович  Дата 25.05.2020  Подпись м\с Абрамова В. Р.  Отделение пульмонологическое № палаты 9  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Анализ мочи по Ничепоренко  ФИО Сидоров Иван Петрович  Дата 25.05.2020  Подпись м\с Лакина П.С.  Отделение пульмонологическое № палаты 9  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Анализ мочи по Ничепоренко  ФИО Сидоров Иван Петрович  Дата 25.05.2020  Подпись м\с Лакина П.С.  Отделение пульмонологическое № палаты 9  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Анализ мочи по Ничепоренко  ФИО Сидоров Иван Петрович  Дата 25.05.2020  Подпись м\с Лакина П.С.  Отделение пульмонологическое № палаты 9  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Анализ мочи по Ничепоренко  ФИО Сидоров Иван Петрович  Дата 25.05.2020  Подпись м\с Лакина П.С.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Инструктаж по подготовке к забору мочи по Нечипоренко | 1 | |  | Инструктаж по подготовке к забору кала на копрологическое исследование: | 1 | |  | Инструктаж по подготовке к забору мокроты на бактериологическое исследование | 1 | |  | Обучение пациента правильно пользоваться карманным ингалятором при введении ЛС через рот и нос | 2 | |  | Заполнение направлений на анализы | 2 | |  | Инструктаж по подготовке пациента к ультразвуковым методам исследования | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 26. 05. 20 г. | ***План рабочего дня:*** *1*. Заполнить направления на анализ крови на ВИЧ. *2*. Подать судно пациенту и мочеприемник. *3*. Одеть на пациента подгузник. *4*. Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, капельные. *5*. Обучить пациента использовать шприц-ручку для инсулина. *6*. Кормление пациента из ложки и поильника.  ***Подача судна и мочеприемника пациенту:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо помочь вам с подачей судна, вы не против? После получения согласия начинаю манипуляцию: 1. Провожу гигиеническую обработку рук и надеваю перчатки. 2. Отгораживаю пациента ширмой. 3. Ополоснула судно теплой водой, оставив в нем немного воды. 4. Открываю нижнюю часть тела пациента. 5. Помогаю пациенту согнуть ноги и приподнять таз, используя правила биомеханики. 6. Под таз кладу непромокаемую пеленку и подвожу судно так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна. 7. Прикрываю пациента одеялом и оставляю на некоторое время одного. 8. По окончании дефекации помогаю пациенту приподнять таз и извлекаю судно. 9. Осматриваю содержимое судна. 10. Убедившись, что в биоматериале отсутствуют какие-либо посторонние примеси, выливаю содержимое в унитаз и обрабатываю судно в соответствии с требованиями санэпидрежима. 11. Снимаю перчатки безопасным способом и сбрасываю их в емкость для отходов класс Б. 12. Обрабатываю руки карманным антисептиком и надеваю другу пару перчаток. 13. Чистое судно ставлю на скамеечку под кровать пациента. 14. Подготавливаю оснащение для подмывания пациента – непромокаемая одноразовая пеленка, мочеприемник, судно, фартук, стерильный конрцанг, стерильный лоток, стерильные марлевые салфетки, кувшин, лоток, водный термометр, вода 30-35 градусов, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, СИЗ. 15. Зажимаю салфетку корнцангом так, чтобы металлические части инструмента не касались кожи пациента. 16. Поливаю воду на половые органы, а салфеткой движениями сверху вниз выполняю обработку наружных половых органов (Женщина – лобок, большие половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия; Мужчина – головка полового члена, тело, мошонка, паховые складки, область анального отверстия). 17. Меняю салфетки по мере загрязнения. 18. Осушаю область обработки в той же последовательности. 19. Убираю ширму. 20. Снимаю перчатки безопасным способом и сбрасываю в емкость для сбора отходов класса Б. 20. Провожу гигиеническую обработку рук. 21. Уточняю у пациента его самочувствие, прощаюсь и делаю запись о проведенной процедуре.  **Подача мочеприемника:** Цель: опорожнение мочевого пузыря у мужчиныПоказания: мочеиспускание.Оснащение: непромокаемая одноразовая пеленка, мочеприемник, ширма, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, средства индивидуальной защиты. **Приготовление к процедуре**  По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки  Попросить пациентов выйти из палаты (по возможности). Отгородить пациента ширмой.  Придать пациенту удобное положение (Фаулера).  Ополоснуть мочеприемник теплой водой, оставив в нем немного воды.  Открыть нижнюю часть тела.  Под таз пациента положить непромокаемую одноразовую пеленку.  **Выполнение процедуры**  Подать пациенту мочеприемник. Для обеспечения мочеиспускания можно открыть кран с водой.  Прикрыть пациента одеялом и оставить на некоторое время одного.  По окончании мочеиспускания убрать процедуры. мочеприемник, отодвинуть ширму  **Завершение процедуры**  Осмотреть содержимое мочеприемника, вылить в унитаз, мочеприемник продезинфицировать, промыть с моющим средством, прополоскать проточной водой, просушить  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработать руки, надеть другую пару перчаток.  Подготовить оборудование для подмывания и подмыть пациента при необходимости.  Убрать ширму.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  ***Одевание подгузника на пациента***: Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо сменить вам подгузник, вы не против? После получения согласия начинаю манипуляцию: 1. Провожу гигиеническую обработку рук и надеваю маску с перчатками. 2. Отгородила пациента ширмой. 3. Отгородила нижнюю часть тела пациента. 4. Аккуратно снимаю использованный подгузник и сбрасываю его в емкость для отходов класса Б. 5. Подготавливаю оснащение для подмывания пациента – непромокаемая одноразовая пеленка, мочеприемник, судно, фартук, стерильный конрцанг, стерильный лоток, стерильные марлевые салфетки, кувшин, лоток, водный термометр, вода 30-35 градусов, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, СИЗ. 6. Зажимаю салфетку корнцангом так, чтобы металлические части инструмента не касались кожи пациента. 7. Поливаю воду на половые органы, а салфеткой движениями сверху вниз выполняю обработку наружных половых органов (Женщина – лобок, большие половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия; Мужчина – головка полового члена, тело, мошонка, паховые складки, область анального отверстия). 8. Меняю салфетки по мере загрязнения. 9. Осушаю область обработки в той же последовательности. 10. Поворачиваю пациента на бок, соблюдая правила биомеханики. 11. Под ягодицы кладу расправленный подгузник строго по середине. 12. Поворачиваю пациента на спину, также соблюдая правила биомеханики. 13. Помогаю пациенту развести ноги. 14. Аккуратно подтягиваю на живот переднюю часть подгузника, а заднюю часть расправляю вокруг бедер. 15. Закрепляю подгузник с помощью липучек спереди симметрично. 16. Расправляю подгузник, что бы не было складок. 17. Уточняю самочувствие у пациента. 18. Убираю ширму, СИЗ снимаю безопасным способом и сбрасываю в емкость для отходов класса Б. 19. Провожу гигиеническую обработку рук, прощаюсь с пациентом и делаю запись о проведенной процедуре.  ***Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, капельные:***  ***Внутрикожной инъекции:***  ***Подготовка к процедуре.***  Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры.  Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом. Надеть маску, надеть перчатки.  Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток.  Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности.  Ватным шариком – обработать ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц.  Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок).  ***Выполнение процедуры.***  Придать пациенту удобное положение (сидя).  Пропальпировать место инъекции.  Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением сверху вниз.  Обработать другим ватным шариком место инъекции (подождать пока кожа высохнет).  Левой рукой фиксировать кожу легким натяжением, обхватив предплечье снизу.  Правой рукой ввести иглу (срез иглы направлен вверх) под углом 5 ° под роговой слой кожи, только срез иглы, (указательным пальцем фиксируют канюлю иглы).  Слегка приподнять кверху срез иглы, левую руку переместить на поршень и ввести медленно лекарство. На месте инъекции образуется папула в виде «лимонной корочки».  Быстрым движением правой руки вывести иглу.  ***Завершение процедуры.***  Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Подкожной инъекции:**  **Цель**: введение лекарственных средств в подкожно-жировой слой с лечебной целью.  **Показания**: назначение врача.  **Противопоказания**: поражение кожи в месте инъекции, аллергия на лекарственное средство.  **Осложнения**: постинъекционные инфильтрат и абсцесс, повреждения нервных стволов, масляная эмболия, поломка иглы, аллергические реакции, сепсис, СПИД, вирусный гепатит, некроз.  **Место инъекции**: наружную поверхность плеча, бедер, подлопаточная область, боковая поверхность брюшной стенки, передняя поверхность брюшной стенки.  **Оснащение**: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки; 2 стерильных шприца емкостью 1-2 мл., стерильный лоток, лоток для использованного материала, стерильные ватные шарики, спиртовой кожный антисептик; лекарственное средство, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  **Подготовка к процедуре***.*  Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры.  Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом. Надеть маску, надеть перчатки.  Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток.  Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности.  Ватным шариком – обработать ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц.  Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок).  **Выполнение процедуры.**  Придать пациенту удобное положение.  Пропальпировать место инъекции.  Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением сверху вниз.  Обработать другим ватным шариком место инъекции.  Левой рукой (1,2,3 пальцами) собрать участок кожи наружной поверхности плеча в треугольную складку основанием вниз. Держа шприц в правой руке быстрым движением ввести иглу в основание складки срезом вверх на 2/3 длины снизу вверх под углом 45 градусов к поверхности кожи.  Отпустить складку, освободившуюся руку перенести на поршень, медленно ввести лекарственное средство.  Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу.  ***Завершение процедуры.***  Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  Внутривенной инъекции  ***Подготовка к процедуре.***  Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, надеть перчатки.  Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции.  Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности.  Первым шариком – обработать ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц. Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок).  ***Выполнение процедуры.***  Удобно усадить или уложить пациента.  Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента.  Надеть очки.  Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх.  Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола).  Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см.  Провести пунктирование вены.  Потянуть поршень на себя, в шприце должна появиться кровь.  Развязать жгут, еще раз проверить положение иглы. Не меняя положение шприца, медленно ввести лекарственный препарат.  Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу, попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут (либо наложить давящую повязку).  **Завершение процедуры.**  Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, маску, одноразовые очки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Внутримышечной инъекции**  **Цель**: введение лекарственных средств в мышцу с лечебной целью.  **Показания**: назначение врача.  **Противопоказания**: поражение кожи в месте инъекции, аллергия на лекарственное средство, кахексия.  **Осложнения**: постинъекционные инфильтрат и абсцесс, повреждения нервных стволов, масляная эмболия, поломка иглы, аллергические реакции,  сепсис, СПИД, вирусный гепатит, некроз.  **Место инъекции**: верхне - наружный квадрант ягодицы, боковая поверхность бедра, дельтовидная мышца.  **Оснащение**: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки; 2 стерильных шприца емкостью 5 мл, стерильный лоток, лоток для использованного материала, стерильные ватные шарики, спиртовой кожный антисептик, разрешенный к применению; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  **Подготовка к процедуре.**  Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры.  Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом. Надеть маску, надеть перчатки.  Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток.  Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности.  Ватным шариком – обработать ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц.  Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок).  **Выполнение процедуры.**  Придать пациенту удобное положение (лежа на животе).  Пропальпировать место инъекции.  Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением сверху вниз.  Обработать другим ватным шариком место инъекции.  Держа шприц в правой руке (срез иглы направлен вниз) под углом 90 градусов к поверхности кожи, ввести иглу одномоментно в мышцу, глубоко на 2/3 длины иглы.  Ввести медленно лекарственное средство.  Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу.  **Завершение процедуры.**  Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Внутривенной капельной инъекции** Цель: введение в вену лекарственных средств больших объемов.Показания: назначение врача.Противопоказания: повышенная чувствительность к лекарственному средству, местное поражение кожи, воспаление, наличие отека, гематомы.Осложнения: воздушная эмболия, гематома, аллергические реакции, сепсис, СПИД, вирусный гепатит, некроз.Место инъекции: вены локтевого сгиба, предплечья, кисти, стопы, подключичная вена.Оснащение: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, одноразовые очки или щиток; стерильная капельная система, стерильный лоток, стерильный пинцет, нестерильный пинцет, лоток для использованного материала, стерильные ватные шарики, жгут, клеенчатая подушечка, кожный антисептик, лейкопластырь, лекарственное средство, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий. ***Подготовка к процедуре***  Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры.  Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом.Надеть маску, надеть перчатки.  Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы, убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности.  Первым шариком обработать наружную крышку флакона с лекарственным средством, нестерильным пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона (при необходимости) и обработать резиновую пробку флакона вторым ватным шариком.  Проверить целостность упаковки и срок стерильности системы для инфузии. Вскрыть пакет с системой, взять ее в руки.  Закрыть зажим на системе, снять колпачок с иглы для флакона, ввести иглу до упора во флакон.  Перевернуть флакон вверх дном и закрепить на штативе, открыть воздуховод.  Заполнить баллон системы до середины при помощи нажатия на него.  Снять инъекционную иглу с колпачком стерильным пинцетом, положить в стерильный лоток.  Открыть зажим и заполнить капельницу по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком).  Закрыть зажим, присоединить инъекционную иглу с колпачком, вытеснить воздух через иглу, не снимая колпачка.  Фиксировать систему на штативе.  ***Выполнение процедуры***  Удобно уложить пациента.  Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента, выбрать наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.  Надеть очки. Обработать перчатки спиртсодержащим антисептиком.  Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх.  Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола).  Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см.  Проколоть осторожно стенку вены, пока не появится ощущение пустоты.  Убедиться, что игла в вене.  Ослабить жгут, открыть зажим капельницы, убедиться, что игла в вене и лекарство не поступает под кожу. Закрепить систему лентой лейкопластыря. Отрегулировать скорость поступления лекарственного средства.  В течение инфузии следить за самочувствием пациента.  После завершения инфузии закрыть зажим, убрать лейкопластырь, к месту пункции приложить ватный шарик и извлечь иглу.Помочь пациенту согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут.  ***Завершение процедуры***  Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, очки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  ***Обучение пациента в использовании шприц-ручки для инсулина:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо провести для Вас обучение правильному использованию шприц-ручки для инсулина, вы не против? После получения согласия начинаю обучение: 1. Объясняю, что существуют 2 концентрации инсулина — 40 Ед/мл и 100 Ед/мл. К каждой концентрации выпущены соответствующие шприцы. Если Вы введете инсулин с концентрацией 100 Ед/мл шприцем для инсулина с концентрацией 40 Ед/мл, Вы введете дозу в 2.5 раза превышающую необходимую, что приведет к развитию гипогликемии. Если Вы введете инсулин с концентрацией 40 Ед/мл шприцем для инсулина с концентрацией 100 Ед/мл, Вы введете дозу, в 2.5 раза меньше необходимой, и уровень сахара в крови будет очень высоким. 2. Шприц-ручки с заменяемыми картриджами и одноразовые шприц-ручки - более удобно, чем введение инсулина при помощи шприца. Во-первых, дозы не набираются в шприц, а выставляются при помощи наборного кольца, что снижает вероятность набора (и введения, соответственно) неправильной дозы. Во-вторых, шприц-ручку удобно носить с собой, чего не скажешь о шприцах и инсулине во флаконах. 3. Для инъекций инсулина используются несколько областей, различающихся скоростью всасывания - передняя поверхность живота, наружная поверхность плеч, ягодицы, передне-наружная поверхность бедер. Инсулин короткого действия и ультракороткие аналоги рекомендуется вводить в область живота — быстрая скорость всасывания обеспечит своевременное снижение уровня сахара в крови после еды. Также в живот рекомендуется вводить готовые смеси инсулинов (комбинированные инсулины). 4. Делать инъекцию самому себе в плечо не рекомендуется, так как невозможно взять складку, а значит, увеличивается риск внутримышечного попадания и гипогликемии. 5. Нужно менять места инъекций в пределах одной области, отступая от места предыдущей инъекции на 2 см — это позволит избежать возникновения уплотнений подкожно-жировой клетчатки (липодистрофий), что в дальнейшем может привести к ухудшению всасывания инсулина. Другой вариант смены места инъекции в пределах одной области — разделить ее на части, и далее каждую неделю вводить инсулин в новую часть, тогда как остальные 3 в это время будут «отдыхать». 6. При этом область меняться не должна: нельзя вводить инсулин один день в плечо, а другой — в бедро, это приведет к колебаниям сахара в крови в разные дни. 7. Закончив вступление, провожу гигиеническую обработку рук и надеваю перчатки. 8. Беру две пустые шприц-ручки и протягиваю одну пациенту. Помогаю разобрать шприц-ручку. 9. Убедитесь, что кнопка дозатора находится в положении «прижата». 10. Перед инъекцией удостоверьтесь в том, что в картриджной системе содержится необходимый тип инсулина, так как ошибка может привести к нежелательным изменениям уровня сахара в крови и нанесению ущерба здоровью. 11. Вставьте картриджную систему в корпус шприц-ручки. Удостоверьтесь в том, что установка сопровождается щелчком.  Если установка не сопровождается щелчком, то не следует пытаться установить картридж, применяя силу. 12. Необходимо проверить, находится ли кнопка дозатора в положении «прижата», затем ивлечь картриджную систему из шприц-ручки и попытаться осторожно установить ее опять.  Во время установки картриджа попробуйте нажимать на кнопку высвобождения картриджа. 13. Чтобы убедиться в том, что картриджная система установлена достаточно прочно, попытайтесь ее извлечь. Картриджная система не должна извлекаться. Удостоверьтесь в том, что во время и после этой проверки Вы не нажали на кнопку высвобождения картриджа. 14. Теперь к шприц-ручке можно подсоединить иглу или хранить с надетым на нее колпачком. 15. Для каждой инъекции всегда используйте только новую стерильную иглу. Это предохраняет от инфицирования и препятствует закупорке отверстия иглы. 16. Для обработки резиновой заглушки на конце картриджной системы используйте тампон со спиртом. 17. Удалите имеющуюся на новой игле защитную пленку. 18. Соедините новую иглу с картриджной системой (навинчивая или вставляя иглу, в зависимости от ее типа), таким образом, чтобы ось иглы и ось картриджной системы совпадали. 19. Если производить подсоединение под углом, можно повредить резиновую заглушку и инсулин начнет вытекать, а также может искривиться игла. 20. Перед каждой инъекцией проводите проверку готовности шприц-ручки к использованию. 21. Для получения точной дозы необходимо убедиться в том, что шприц-ручка и игла работают нормально и пузырьки воздуха удалены из картриджа. 22. Во время проведения проверки готовности шприц-ручки к использованию не нажимайте на кнопку высвобождения картриджа. 23. Нажмите на кнопку старта. Кнопка дозатора при этом перейдет в положение "отжата". 24. На электронном указателе дозы появятся цифры "00". 25. Поверните кнопку дозатора вправо (по часовой стрелке) до появления звука щелчка. На электронном указателе дозы появятся цифры "01". 26. Снимите с иглы внешний колпачок и отложите его для того, чтобы использовать при удалении иглы после инъекции. Снимите с иглы внутренний колпачок и выбросите его. 27. Держите шприц-ручку иглой вверх. 28. Осторожно постукивайте по картриджной системе до тех пор, пока пузырьки воздуха не поднимутся к игле вверх. 29. Нажмите на кнопку дозатора до упора, чтобы она перешла в положение "прижата". На кончике иглы должна появиться капля инсулина. Если этого не происходит, то проводите проверку до тех пор, пока инсулин не появится. 30. При использовании новой картриджной системы или при наличии пузырьков воздуха может потребоваться неоднократное проведение проверки готовности шприц-ручки к использованию до появления инсулина. 31. Если инсулин не появляется, прежде всего удостоверьтесь, что «01» высвечивается на электронном указателе дозы и что катриджная система установлена надлежащим образом и затем повторите проверку готовности шприц-ручки к использованию. 32. Можно установить дозу, набирая на электронном указателе от 1 единицы (минимум) до 80 единиц (максимум). Если необходимая доза превышает 80 единиц, необходимо ввести ее двумя или более инъекциями. 33. Нажмите на кнопку старта. 34. . Наберите дозу, медленно вращая кнопку дозатора вправо (по часовой стрелке) до требуемой дозы. Убедитесь в том, что кнопка дозатора не остановилась между двумя дозами. Вы должны слышать звук щелчка. 35. Если Вы набрали дозу, превышающую необходимую, то просто поверните кнопку дозатора влево (против часовой стрелки). 36. Не набирайте дозу свыше 80 единиц. 37. Проведите инъекцию в соответствии с рекомендациями Вашего врача. 38. Введите иглу в кожу. 39. Вводите дозу, нажав на кнопку дозатора и удерживая ее в положении "прижата". Не нажимайте на кнопку высвобождения картриджа или на кнопку старта во время проведения инъекции. 40. Если кнопка дозатора не нажимается, очевидно, она остановилась в промежутке между двумя дозами. В этом случае поверните кнопку дозатора вправо или влево для корректировки дозы. 41. Во время инъекции постоянно удерживайте кнопку дозатора в положении "прижата". Медленно досчитайте до десяти, и, все еще удерживая кнопку дозатора, извлеките иглу из кожи. Это обеспечит введение полной дозы инсулина. 42. После введения дозы на указателе дозы не сразу появится «00», а введенная доза будет высвечиваться еще в течение 2 минут. Не пытайтесь еще раз ввести инсулин, так как это может привести к передозировке. 43. После инъекции всегда снимайте иглу со шприц-ручки и храните ее без иглы. Это предотвращает попадание воздуха в картридж с инсулином и утечку инсулина, что может привести к введению недостаточной дозы. 44. Снова закройте иглу внешним колпачком, чтобы с его помощью отсоединить иглу от шприц-ручки. Чтобы избежать случайного укола, никогда не закрывайте иглу внутренним колпачком. 45. После инъекции утилизируйте иглу в соответствии с рекомендациями врача. 46. После инъекции всегда закрывайте шприц-ручку защитным колпачком и храните так до следующей инъекции. 47. Удостоверьтесь в том, что кнопка дозатора находится в положении "прижата". 48. Нажмите на кнопку высвобождения картриджа и извлеките всю картриджную систему. Выбросите картриджную систему в отходы. 49. Для каждой инъекции должна использоваться новая стерильная игла. Используйте только иглы, предназначенные для использования со шприц-ручкой. 50. Перед каждой инъекцией проводите проверку готовности шприц-ручки. 51. Если инъекция проводится не самостоятельно, а другим лицом, необходимо соблюдать особую осторожность, чтобы не допустить инфицирования.  51. После окончания обучения отвечаю на вопросы пациента. *52*. Убедившись, что пациент понял обучение, прощаюсь, обрабатываю шприц-ручки. *53*. Провожу гигиеническую обработку рук и заполняю документацию о проведенном обучении.  ***Кормление пациента с ложки и поильника:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо Вас покормить, вы не против? Рассказываю о составе блюд за 10-15 минут до приема пищи. После получения согласия начинаю процедуру: 1. Проветриваю помещение. 2. Провожу гигиеническую обработку рук и надеваю перчатки. 3. Подготавливаю столик для кормления. 4. Помогаю пациенту придать удобное положение, не нарушая правил биомеханики. 5. Помогаю пациенту вымыть руки и осушить их, грудь пациента прикрыта салфеткой. 6. Обрабатываю перчатки антисептиком. 7. Наполняю ложку пищей на 2/3 объёма, прикосаюсь к губам и помещаю пищу на язык. 8. Жду, пока пациент проглотит пищу. 9. Повторяю, пока пациент не насытится. 10. Даю пациенту попить из поильника. 11. Помогаю пациенту прополоскать рот водой и удаляю салфеткой участки загрязнения пищей. 12. Оставляю на 20-30 минут пациента в положении Фаулера. 13. Убираю салфетку в емкость для грязного белья, которую потом увожу в сан.комнату. 14. Посуду, столик и поверхность тумбочки обрабатываю в соответствии с санэпидрежимом. 15. Снимаю перчатки безопасным способом и сбрасываю их в емкость для отходов класса Б. 16. Провожу гигиеническую обработку рук. 17. Уточняю самочувствие у пациента, прощаюсь и делаю запись о проведенной процедуре.  В иммунологическую лабораторию  АНАЛИЗ КРОВИ НА ВИЧ  ФИО Иванов Иван Иванович  Год рождения 1982  Адрес город Красноярск, улица Ленина 100 - 5  Место работы МБСШ №80  Код контингента 132656  Дата 26.05.20 г.  Отделение Инфекционное  ФИО врача Сидоров П. Ю.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнить направления на анализ крови на ВИЧ | 1 | |  | Подать судно пациенту и мочеприемник | 2 | |  | Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, капельные | 4 | |  | Обучить пациента использовать шприц-ручку для инсулина | 1 | |  | Кормление пациента из ложки и поильника | 1 | |  | Одеть на пациента подгузник | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 27. 05. 20 г. | ***План рабочего дня:*** *1*. Постановка газоотводной трубки. 2. Выписать направление на общий анализ мочи. 3. Обучение к подготовке на рентгеновское исследование. 4. Обучение к подготовке на эндоскопическое исследование. 5. Искусственное кормление пациента. 6. Промывание желудка пациенту.  ***Постановка газоотводной трубки: :*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо Вам поставить газоотводную трубку по назначению врача, вы не против? После получения согласия начинаю процедуру: 1. Ставлю ширму. 2. Провожу гигиеническую обработку рук и надеваю перчатки и фартук. 3. Под таз пациента стелю клеенку и помогаю пациенту занять удобное положение на боку с прижатыми коленями к животу, соблюдая правила биомеханики. 4. Приготовила оснащение к процедуре: стерильная газоотводная трубка, стерильное вазелиновое масло, марлевая салфетка, средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, адсорбирующая пеленка, судно. 5. Ставлю на пеленку судно с небольшим количеством воды. 6. Обрабатываю перчатки антисептиком. 7. Вскрываю упаковку с газоотводной трубкой. 8. Беру закругленный конец как пишущее перо, перегибаю трубку посередине. 9. Свободный конец зажимаю 4 и 5 пальцами. 10. Обливаю закругленный конец вазелиновым маслом. 11. Раздвигаю ягодицы и медленно ввожу конец газоотводной трубки на глубину 20-30 сантиметров, свободный конец опускаю в судно с водой. 12. Замечаю пузырьки в воде, значи, газоотводная трубка поставлена верно. 13. Укрываю пациента. 14. Обеспечиваю безопасность, подняв поручень 15. Оставляю пациента на час, иногда проверяя. 16. Снимаю перчатки безопасным способом и сбрасываю в емкость для отходов класса Б. 17. По истечению времени обрабатываю руки и надеваю перчатки. 18. Извлекаю газоотводную трубку из анального отверстия. 19. Помещаю газоотводную трубку в емкость для сбора отходов класса Б. 20. Выливаю воду в канализацию. 21. Судно отправлю на дезинфекцию. 22. Провожу туалет анального отверстия. 23. Пеленку сбрасываю в емкость для отходов класса Б. 24. Снимаю перчатки безопасным способом и сбрасываю их в емкость для отходов класс Б. 25. Провожу гигиеническую обработку рук. 26. Уточняю у пациента самочувствие. 27. Прощаюсь и делаю запись о проведенной процедуре.  ***Обучение пациента в подготовке к рентгеновскому исследованию:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо провести для вас обучение в подготовки к рентгеновскому исследованию желудка и двенадцатиперстной кишки, вы не против? После получения согласия начинаю обучение: 1. Не позднее, чем за 3-е суток вам необходимо: соблюдать диету, исключающую пищу, богатую клетчаткой: картофель, бобовые, свежее молоко, черный хлеб, свежие фрукты, овощи, накануне поужинать не позднее 1800, утром, перед исследованием, не принимать пищу, лекарства, воду, не курить. 2. Вы должны явиться утром в рентгенологический кабинет в назначенное врачом время. 3. В рентгеновском кабинете вам необходимо принять внутрь взвесь сульфата бария в количестве 150-200 мл. 4. После исследования врач делает снимки, который потом доставляются лечащему врачу. 5. После окончания обучения отвечаю на вопросы пациента. *6*. Убедившись, что пациент понял обучение, прощаюсь, и заполняю документацию о проведенном обучении.  ***Обучение к подготовке на эндоскопическое исследование:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо провести для вас обучение в подготовки к колоноскопии, вы не против? После получения согласия начинаю обучение: 1. За 3 дня Вам необходимо соблюдать бесшлаковая диета № 4. 2. В течение 2 дней до исследования вам назначут слабительное средство – касторовое масло. 3. Вечером, накануне исследования, вам необходимо сделать очистительную клизму. 4. Натощак, в день исследования, вам необходимо сделать очистительную клизму за 4 и 2 часа до исследования. 5. Также проводится премедикация за 20-30 минут до исследования. 6. Само исследование проводится врачом в положении на левом боку. 7. Вам проведут анестезию области заднего прохода перед введением колоноскопа. 8.. После окончания обучения отвечаю на вопросы пациента. *9*. Убедившись, что пациент понял обучение, прощаюсь, и заполняю документацию о проведенном обучении.  ***Искусственное кормление пациента:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо накормить вас через нозогастральный зонд, вы не против? За 10-15 минут сообщаю содержание блюд. После получения согласия начинаю процедуру: 1. Проветриваю помещение. 2. Провожу гигиеническую обработку рук и надеваю перчатки. 3. Придаю пациенту положение Фаулера, соблюдая правила биомеханики. 4. На грудь пациента кладу непромокаемую салфетку. 5. Обрабатываю перчатки антисептиком. 6. Убеждаюсь, что зонд находится в желудке при помощи фонендоскопа и шприца Жане (звуки бульканья в желудке). 7. Набираю в шприц питательную смесь. 8. Удаляю из шприца воздух. 9. Снимаю зажим с зонда и подсоединяю шприц с пищей. 10. Ввожу медленно питательную смесь. 11. Перекрываю зонд и отсоединяю использованный шприц. 12. Накладываю зажим. 13. Подсоединяю шприц с водой (без воздуха). 14. Снимаю зажим и промываю зонд водой. 15. Отсоединяю использованный шприц и снова накладываю зажим. 16. Использованный шприц кладу в емкость из-под пищи. 17. Убираю салфетку в емкость для сбора грязного белья. 18. Уточняю самочувствие у пациента и оставляю его на 20-30 минут в положении Фаулера, не забывая проверять. 19. По истечению времени придаю пациенту удобное положение, соблюдая правила биомеханики. 20. Емкость для сбора грязного белья увожу в санитарную комнату. 21. Использованное одноразовое оборудование сбрасываю в емкость для отходов класса Б. 22. Обрабатываю поверхности в палате. 23. Снимаю перчатки безопасным способом и сбрасываю их в емкость для отходов класса Б. 24. Провожу гигиеническую обработку рук, прощаюсь с пациентом и делаю запись о проведенной процедуре.  ***Промывание желудка пациенту:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. По назначению врача мне необходимо провести вам промывание желудка, вы не против? После получения согласия, начинаю процедуру: 1. Обрабатываю руки гигиеническим способом и надеваю перчатки с маской. 2. Надеваю фартук на себя и на пациента. 3. Усаживаю пациента на стул, голову немного наклоняю вперед. 4. Ставлю таз к ногам пациента – слева от него, а справа ставлю ведро с водой. 5. Обрабатываю перчатки антисептиком. 6. Достаю из упаковки зонд. 7. Измеряю расстояние до желудка (от мечевидного отростка до кончика носа через ухо) 8. Ставлю метку. 9. Смачиваю конец зонда стерильным глицерином и предлагаю пациенту открыть рот. 10. Беру зонд на расстояние 10 см. 11. Кладу конец зонда пациенту на корень языка. 12. Предлагаю пациенту делать глотательные движения, глубоко дышать носом. 14. Ввожу зонд до метки медленно и равномерно. 14. Убеждаюсь в правильном местонахождении зонда с помощью шприца Жане и тонометра. 15. Присоединяю к зонду воронку. 16. Опускаю воронку ниже уровня желудка, слегка наклоняю ее, наливая в нее воду. 17. Медленно поднимаю воронку вверх на 30 сантиметров выше рта пациента. 18. Как только вода достигнет уровня устья, опускаю ее до уровня колен пациента. 19. Сливаю содержимое в таз. 20. Повторяю промывание до получения чистых промывных вод. 21. Отсоединяю воронку и осторожно извлекаю зонд из желудка, обернув его салфеткой. 22. Погружаю зонд в емкость для отходов класса Б. 23. Даю пациенту прополоскать рот и обтереть вокруг рта салфеткой. 24. Сбрасываю фартуки в емкость для отходов класса Б. 25. Отправляю в лабораторию около 200 мл промывных вод на исследование. 26. Снимаю перчатки безопасным способом и сбрасываю их в емкость для отходов класса Б. 27. Обрабатываю руки гигиеническом способом, прощаюсь с пациентом и делаю запись о проведенной процедуре.  Отделение Инфекционное № палаты 155  НАПРАВЛЕНИЕ 1  В клиническую лабораторию  Общий анализ мочи  ФИО Степаненко Юрий Львович  Дата 27.05.2020 г.  Подпись м\с Абрамова В. Р     |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Направление на общий анализ мочи | 1 | |  | Промывание желудка | 1 | |  | Обучение в подготовке на рентгеновское исследование | 1 | |  | Постановка газоотводной трубки | 1 | |  | Обучение к подготовке на эндоскопическое исследование | 1 | |  | Искусственное кормление пациента | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 28. 05. 20 г. | ***План рабочего дня:*** 1. Помощь пациенту при рвоте. 2. Постановка гипертонической клизмы. 3. Постановка сифонной клизмы. 4. Постановка масляной клизмы. 5. Заполнение документации при приеме пациента. 6. Смена нательного и пастельного белья.  ***Помощь пациенту при рвоте:*** *1. Быстро обрабатываю руки антисептиком и надеваю перчатки. Представляюсь пациенту и стараюсь успокоить его. 2. Стараюсь усадить пациента на стул и надеваю на него фартук. 3. Вызываю врача. 4. Ставлю к ногам тазик. 5. Поддерживаю голову пациенте, положив ладонь на лоб. 6. После окончания рвоты даю пациенту воды и прошу прополоскать рот. 7. Даю пациенту полотенце, чтобы вытереть лицо. Оставляю рвотные массы в тазике до прихода врача. 8. Помогаю пациенту сменить рубашку.*  ***Постановка гипертонической клизмы:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская врача. Мне назначено поставить вам гипертоническую клизму по назначению врача, вы не против? Получив согласие, начинаю процедуру: 1. Провожу гигиеническую обработку рук и надеваю перчатки с маской и фартуком. 2. Стелю на кушетку клеенку. 3. Ставлю ширму. 4. Прошу пациента лечь на бок, прижав колени к груди. 5. Обрабатываю перчатки антисептиком и готовлю грушевидный баллон, наполненный гипертоническим раствором – 10% раствор натрия хлорида в 100 мл., подогретый до 38 градусов. 6. Беру закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо и перегибаю трубку посередине, свободный конец зажимаю 4 и 5 пальцами. 7. Поливаю конец вазелиновым маслом. 8. Раздвигаю ягодицы одной рукой, а другой осторожно ввожу газоотводную трубку на глубину 20-30 сантиметров. 8. Выпускаю остатки воздуха из баллона и подсоединяю его к трубке. 9. Медленно ввожу раствор. 10. Отсоединяю, не разжимая баллон от трубки. 11. Осторожно извлекаю газоотводную трубку и сбрасываю ее в отходы класса Б. 12. Марлевой салфеткой провожу туалет анального отверстия и сбрасываю салфетку в емкость для отходов класса Б. 13. Напоминаю пациенту, что эффект наступает через 20-30 минут. 14. Использованное одноразовое оборудование сбрасываю в емкость для отходов класса Б. 15. Емкость из-под масла сбрасываю в емкость для отходов класса А. 16. Провожу гигиеническую обработку рук. 17. После дефекации убеждаюсь, что процедура прошла успешно. 18. Делаю запись о проведенной процедуре.  ***Постановка сифонной клизмы***: Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская врача. Мне назначено поставить вам сифонную клизму по назначению врача, вы не против? Получив согласие, начинаю процедуру: 1. Провожу гигиеническую обработку рук и надеваю перчатки, маску и фартук. 2. Ставлю таз возле кушетки. Кладу на кушетку адсорбирующую пеленку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод. 3. Прошу пациента лечь на левый бок, при этом его правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу. 4. Вскрываю упаковку с толстым зондом, и воронкой, внутренняя поверхность упаковки служит стерильной поверхностью, на которой лежит зонд и воронка. 5. Обрабатываю перчатки антисептиком. 6. Беру в руку зонд, обливаю слепой конец зонда вазелиновым маслом на протяжении 30-40 см. 7. Раздвигаю ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой ввожу закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см. 8. К другому концу зонда присоединяю воронку, держа ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента, и наливаю в нее 0,5-1 л воды. 9. Медленно поднимаю воронку выше ягодиц так, чтобы вода ушла в кишечник лишь до устья воронки. 10. Как только вода достигнет устья воронки, опускаю ее ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнит воронку полностью. 11. Сливаю воду из воронки в приготовленную емкость. 12. Промывание повторяю до чистых промывных вод, но с использованием не более 10-12 л воды. 13. По окончании процедуры отсоединяю воронку, но оставляю зонд в кишечнике примерно на 10-20 минут для того, чтобы слилась оставшаяся в кишечнике жидкость. 14. После медленно извлекаю зонд из кишечника через салфетку. 15. Помогаю пациенту провести туалет анального отверстия (У женщин обязательно кзади для профилактики инфицирования). 16. Сбрасываю бумагу в емкость для сбора отходов класса «Б». 17. Промывные воды сливаю в канализацию. 18. Все использованные емкости отправляю на дезинфекцию по инструкции дезинфицирующего средства. 19. Адсорбирующую пеленку сбрасываю в емкость для сбора отходов класса «Б». 20. Затем провожу дезинфекцию поверхностей: кушетка, пол. 21. Снимаю фартук и провожу его дезинфекцию. 22. Снимаю перчатки безопасным способом и сбрасываю их в емкость для отходов класса Б. 23. Сбрасываю маску в емкость для сбора отходов класса Б. 24. Провожу гигиеническую обработку рук. 25. Прощаюсь с пациентом и делаю запись о проведенной процедуре.  ***Смена нательного белья пациенту:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская врача. Мне поручили сменить вам нательное белье, вы не против? Получив согласие, начинаю процедуру: 1. Подготавливаю комплект чистого белья. Ставлю ширму. 2. Провожу гигиеническую обработку рук и надеваю маску и перчатки. 3. Определяю в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка). 4. Подготавливаю емкость для сбора грязного белья. 5. Помогаю пациенту сесть на край кровати, соблюдая правила биомеханики. 6. При повреждении конечности рубашку сначала снимаю со здоровой руки, затем с головы и в последнюю очередь с поврежденной руки, грязную рубашку помещаю в емкость для сбора грязного белья. 7. Укрываю пациента простыней. 8. Помогаю пациенту надеть чистую рубашку: сначала на поврежденную руку. 9. Помогаю пациенту снять оставшееся белье: носки, брюки, нижнее белье, а грязное белье поместить в емкость для сбора грязного белья. 10. Помогаю пациенту надеть чистое белье: нижнее белье и брюки начинают надевать сначала на поврежденную конечность. 11. Помогаю придать пациенту удобное положение в кровати, соблюдая правила биомеханики. 12. Убираю ширму. 13. Емкость для сбора грязного белья увожу в санитарную комнату. 14. Обрабатываю использованные поверхности в палате дезинфицирующим раствором. 15. Снимаю перчатки безопасным способом и сбрасываю х в емкость для сбора отходов класса Б. 16. Маску сбрасываю в емкость для отходов класса Б. 17. Провожу гигиеническую обработку рук и делаю запись о проведенной процедуре.  ***Смена постельного белья:* Продольный способ:**  **Цель**: смена постельного белья тяжелобольным пациентам.  **Показания**: постельный режим пациента.  **Противопоказания**: нет.  **Оснащение**: комплект чистого белья (наволочка, простынь, пододеяльник, клеенка, пеленка), средства индивидуальной защиты, емкость для сбора грязного белья, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  **Подготовка к процедуре**  По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  Подготовить комплект чистого белья, чистую простыню свернуть в продольный рулон.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  Отгородить пациента ширмой.  Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка)  Приготовить емкость для сбора грязного белья.  **Выполнение процедуры**  Снять с одеяла пациента пододеяльник, укрыть пациента пододеяльником на время смены белья. Сложить одеяло и отложить его в «чистую» зону.  Убрать подушку из-под головы, снять с нее грязную наволочку, поместить в емкость для сбора грязного белья, надеть чистую и положить в чистую зону.  Повернуть пациента на бок от себя так, чтобы больной оказался спиной к расстиланию простыни, другому специалисту контролировать положение пациента на кровати с целью профилактики падения, либо поднять поручень кровати.  Края грязной простыни высвободить из-под матраца, и скрутить валиком продольно в направлении спины пациента. Докрутив до тела лежащего, оставить грязную простыню, подоткнув ее под тело пациента  Чистую простыню разложить на кровати и раскручивать в направлении спины пациента, избегая прямого контакта грязного и чистого постельного белья.  Повернуть пациента сначала на спину, а затем на другой бок, другому специалисту контролировать положение пациента на кровати с целью профилактики падения, либо поднять поручень кровати.  Скрутить грязную простыню и сбросить ее в емкость для сбора грязного белья.  Раскрутить чистую простыню, тщательно разгладить, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелить подкладную пелёнку.  Заправить края чистой простыни под матрац.  Под голову положить подушку.  Надеть чистый пододеяльник на одеяло, убрать грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья.  Накрыть пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедиться, что больному комфортно. Поднять поручни кровати, при их наличии.  **Завершение процедуры:**  Убрать ширму.  Емкость для сбора грязного белья увезти в санитарную комнату.  Обработать поверхности в палате дезинфицирующим раствором.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  **Поперечный способ**  **Цель**: смена постельного белья тяжелобольным пациентам.  **Показания**: постельный режим пациента  **Противопоказания**: укладывание на бок.  **Оснащение**: комплект чистого белья (наволочка, простынь, пододеяльник, клеенка, пеленка), средства индивидуальной защиты, емкость для сбора грязного белья, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  **Подготовка к процедуре**  По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  Подготовить комплект чистого белья, чистую простыню свернуть в поперечный рулон. обеспечить удобство при смене постельного белья.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки  Отгородить пациента ширмой.  Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка)  Приготовьте емкость для сбора грязного белья  **Выполнение процедуры**  Снять с одеяла пациента пододеяльник, укрыть пациента пододеяльником на время смены белья. Сложить одеяло и отложить его в «чистую» зону.  Приподнять голову пациента, убрать подушку из-под головы, голову опустить, снять с подушки грязную наволочку, поместить в емкость для сбора грязного белья, надеть чистую наволочку и положить в чистую зону.  Освободить края простыни из-под матраца.  Одной медицинской сестре \ брату приподнять пациента за голову и плечи, удерживая его, другому медработнику одной рукой скатать грязную простынь до середины кровати другой расстелить чистую.  На чистую простыню положить подушку и опустить на нее голову пациента. Согнуть пациенту ноги, попросить его приподнять таз (одна медицинская сестра приподнимет таз), другая медицинская сестра сдвигает грязную простыню к ногам пациента и расправляет чистую.  Грязную простыню поместить в емкость для сбора грязного белья.  Раскрутить чистую простыню, тщательно разгладить, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелить подкладную пелёнку.  Заправить края чистой простыни под матрац.  Надеть чистый пододеяльник на одеяло, убрать грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья.  Накрыть пациента одеялом с чистым пододеяльником.  Убедиться, что пациенту комфортно.  Поднять поручни кровати, при их наличии.  **Завершение процедуры**  Убрать ширму.  Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  Обработать поверхности в палате дезинфицирующим раствором.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  ***Постановка масляной клизмы:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская врача. Мне необходимо поставить вам масляную клизму по назначению врача, вы не против? Получив согласие, начинаю процедуру: 1. Готовлю оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, вазелиновое масло 100-200 мл, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр. Подогреваю масло на «водяной бане» до 38 °С, проверяю температуру масла термометром. 2. Провожу гигиеническую обработку рук и надеваю маску, перчатки. В грушевидный баллон набираю масло. 3. Ставлю ширму. 4. Кладу адсорбирующую клеенку на постель. 4. Прошу пациента лечь на левый бок, правую ногу прижать к животу, оголить ягодицы. 5. Обрабатываю перчатки антисептиком. 6. Беру закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегибаю трубку посередине, свободный конец зажимаю 4-м и 5-м пальцами. 7. Поливаю вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки. 8. Раздвигаю ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввожу газоотводную трубку на глубину 20-30 сантиметров. 9. Выпускаю остатки воздуха из баллона. Присоединяю к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввожу масло. 10. Отсоединяю, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки. 11. Извлекаю газоотводную трубку и сбрасываю в емкость для сбора отходов класса «Б». 12. Марлевой салфеткой провожу туалет анального отверстия (у женщин обязательно кзади). Салфетку сбрасываю в емкость для сбора отходов класса «Б». 13. Помогаю пациенту занять удобное положение в постели. Адсорбирующую пеленку оставляю под пациентом. Напоминаю пациенту, что эффект от клизмы наступит через 10-12 часов. 14. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбрасываю в емкость для сбора отходов класса «Б». 15. Емкость из-под масла сбрасываю в отходы класса «А». 16. Снимаю перчатки безопасным способом и сбрасываю их в емкость для отходов класса Б. 17. Маску сбрасываю в емкость для отходов класса Б. 18. Провожу гигиеническую обработку рук делаю запись о проведенной процедуре.  Код формы по ОКУД  Код учреждения по ОКПО  Медицинская документация  форма № 003/у  Утверждена Минздравом СССР Дистанционно  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 04.10.80 г. № 1030  наименование учреждени  **МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № 1**  **стационарного больного**  Дата 28.05.20 и время 12:35 поступления  Дата 28.05.20 и время 18:00 выписки  Отделение Инфекционное № 15  Переведен в отделение 5 часов 25 минут  Проведено койко-дней 0 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)  Группа крови III  Резус-принадлежность +  Побочное действие лекарств (непереносимость) отсутствует название препарата, характер побочного действия  1. Фамилия, имя, отчество Комаров Денис Иванович  2. Пол М  3. Возраст 30 (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев, до 1 месяца – дней)  4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) Красноярск, ул. Мира. 180 – 90.  вписать адрес, указав для приезжих - область, район,  населенный пункт, адрес родственников и № телефона  5. Место работы, профессия или должность  Преподаватель английского языка, МБСШ №70  для учащихся - место учебы; для детей - название детского учреждения, школы;  для инвалидов - род и группа инвалидности, иов – да, нет подчеркнуть  6. Кем направлен больной Бригада Скорой Помощи название лечебного учреждения  7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через 0,4 часов после начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).  8. Диагноз направившего учреждения Лихорадка с повышенной температурой тела  9. Диагноз при поступлении Пневмония   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 10. Диагноз клинический Крупозная Пневмония |  | | Дата установления 28.05.2020 г. | |  | |  |  | | | |  | |  |  | | | |  | |  |  | | | |  | |  |  | | |      |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Помощь пациенту при рвоте | 1 | |  | Постановка гипертонической клизмы | 1 | |  | Постановка сифонной клизмы | 1 | |  | Постановка масляной клизмы | 1 | |  | Смена нательного и постельного белья | 2 | |  | Заполнение документации при приеме пациента | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 29. 05. 20 г. | ***План рабочего дня:*** 1. Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза. 2. Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии. 3. Подача увлажненного кислорода. 4. Обучение пациента самостоятельной постановки банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов. 5. Обучение пациента самоконтролю АД, пульса, ЧДД и температуры тела. 6. Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей.  ***Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра и я у вас проведу осмотр на педикулез, вы не против? После получения согласия, приступаю к процедуре: 1. Прошу пациента сесть на стул. 2. Провожу гигиеническую обработку рук, надеваю маску, перчатки, фартук и очки. 3. При помощи расчески и лупы осматриваю голову, перебирая волосы пациента. 4. Прошу пациента снять верхнюю одежду. 5. Осматриваю одежду и кожу пациента на наличие вшей. 6. Обнаружив вшей, быстро заполняю «Экстренное извещение об инфекционном заболевании» (ф№058/у) и готовлю оснащение для обработки. 7. Сообщаю пациенту о наличии педикулеза и, получив согласие, приступаю к обработке. 8. Накрываю плечи пациента клеенчатой перелиной. 9. Обрабатываю волосы дезинсектицидным раствором, согласно инструкции. 10. Накрываю волосы клеенчатой косынкой на 20-30 минут. 11. Промываю волосы теплой водой и шампунем. 12. Вычесываю волосы в течение 10-15 минута, наклонив голову над листами белой бумаги. 13. Осматриваю волосы, чтобы убедиться, что вшей нет. 14. Убедившись, сжигаю бумагу. 15. Белья и спецодежду складываю в мешки для отправки в дезинфекционную камеру. 16. Расческу погружаю в дезинфицирующий раствор согласно инструкции. 17. Снимаю перчатки безопасным способом и сбрасываю их в емкость для отходов класса Б. 18. Обрабатываю руки гигиеническим способом. 19. Сбрасываю маску в емкость для отходов класса Б. 20. На титульном листе мед.карты делаю пометку Р. 21. Делаю отметку в журнале осмотра на педикулез. 22. Отправляю экстренное извещение об инфекционном заболевании (ф 058/У) в ЦГСЭН. 23. Повторный осмотр через 7 дней.  ***Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо провести уход за вашей носовой канюлей, вы не против? Получив согласие, приступаю к процедуре:  **Цель**: лечебная.  **Показания**: назначение врача.  **Оснащение**: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, 2 пипетки, имитация лекарственного средства.  **Подготовка к процедуре**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики  Помочь пациенту занять удобное положение.  **Выполнение процедуры**  Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку нужное количество капель, взять в левую руку марлевый шарик.  Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз.  Закапать в конъюнктивальную складку 2-3 капли (не подносить пипетку близко к конъюнктиве).  Попросить пациента закрыть глаза.  Попросить пациента промокнуть вытекшие капли у внутреннего угла глаза.  Повторить те же действия при закапывании в другой глаз (при назначении врача).  Помочь пациенту занять удобное положение.  Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.  **Завершение процедуры**  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  ***Обучение пациента самостоятельной постановки банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо провести для вас обучение в самостоятельной постановке банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и компрессов, вы не против? Получив согласие, приступаю к обучению: **Чтобы поставить банки**: 1. Если банки необходимо поставить на спину, то попросите второе лицо и соблюдайте технику безопасности. 2. Вам необходимо лечь на живот. Волосы нужно накрыть полотенцем, чтобы избежать получения ожогов. 3. Человеку, проводящему процедуру лучше встать справа. 4. Плотно наматываете вату на пинцет. Необходимо убедиться, что вата тщательно закреплена и не соскальзывает. 5. Спина обрабатывается тонким слоем крема или вазелином. 6. Вату опускаете в спирт, отжимаете излишки о стенки емкости. 7. Не трогайте вату руками. 8. Закрываете емкость со спиртом. 9. Держите банку под углом 45 градусов, дном вверх, в левой руке (если вы правша). 10. Банка не должна оказываться в горизонтальном положении. 11. Медленно вставляем в нее пинцет с горящей ватой на 1 см внутрь, не касаясь краев банки. 12. Затем быстро вытаскиваете пинцет и прижимаем банку к спине. От скорости зависит эффект процедуры. 13. Ставите банки по очереди вдоль лопаток до поясницы. 14. Тушите вату в емкости с водой. 15. Если кожа в банке вытянулась и стала багровой, то это говорит, что банка поставлена правильно. 15. Накрываете пациента одеялом и оставляете на 15-20 минут. 16. Чтобы снять банки нужно нажать на кожу рядом с банкой и впустить туда воздух. 17. Следите, чтобы не было сильных покраснений и ожогов. 18. Кожу обрабатываете кремом и накрываете пациента одеялом. Банки тщательно обработайте кипятком и протрите насухо. **Чтобы поставить горчичники:** 1. Если горчичники вам необходимо ставить на грудь, тогда вы можете сами поставить их. 2. Перед процедурой проверьте срок годности горчичников на упаковке. 3. Налейте в емкость воду температурой 40-45 градусов. 4. Погрузите горчичник в воду. 5. Плотно приложите горчичник к коже стороной, покрытой горчицей. 6. Разместите нужное количество горчичников на коже. 7. Накройте область с горчичниками пеленкой, затем одеялом. 8. Обращайте особое внимание вашим ощущениям во время процедуры. Оставляете горчичники на 10-15 минут, не забывая учитывать свою чувствительность. 9. После появления стойкой гиперемии (через 10-15 минут) снимаете горчичники и кладете их в мусорный пакет. 10. Смачиваете салфетку в теплой воде и осторожно снимаете остатки горчицы. 11. Затем насухо вытираете кожу. **Чтобы поставить грелку:** 1. Берете резиновую грелку и наполняете ее на 2/3 объема горячей водой. 2. Плотно закрываете крышку и переворачиваете ее для проверки на герметичность. 3. Насухо вытираете грелку и оборачиваете ее полотенцем. 4. Прикладывать грелку нужно на 20 минут и проверять через 5 минут состояние кожи, чтобы избежать ожогов. 5. После окончания процедуры вы выливаете воду, тщательно моете грелку и сушите. **Чтобы поставить пузырь со льдом:** 1. Берете пузырь и заполняете его до половины кусочками льда, а остальное пространство заполняете холодной водой. 2. Кладете на горизонтальную поверхность и плотно закручиваете крышку. 3. Переворачиваете пузырь для проверки его на герметичность. 4. Кладете на необходимый участок. 5. Засекаете время, которое не должно превышать 2 часов, с интервалами во избежании переохлаждения кожи. **Чтобы поставить полуспиртовой (согревающий) компресс**: 1. Отрезаете ножницами небольшой кусочек марли и складываете его в 6-8 слоев. 2. Затем вырезаете кусок компрессной бумаги, периметром больше первого слоя на 2 см. 3. Берете вату, периметром больше предыдущего слоя. 4. Разбавляете воду и спирт в соотношении 1:1, если есть возможность приобретите в аптеке полуспиртовой раствор. 5. Погружаете в раствор первый слой и отжимаете его. 6. Накладываете на нужный участок в такой последовательности: марля, смоченная в растворе, слой из компрессной бумаги, вата. 7. Фиксируете компресс с помощью бинта с такой силой, чтобы можно было просунуть палец под компресс, чтобы контролировать влажность первого слоя.  После окончания обучения отвечаю на вопросы пациента. Убедившись, что пациент понял обучение, прощаюсь, и заполняю документацию о проведенном обучении  ***Обучение пациента самоконтролю АД, пульса, ЧДД и температуры тела:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо провести для вас обучение в самоконтроле артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений и температуры тела, вы не против? Получив согласие, начина. Обучение: 1. **Для самоконтроля АД** (артериального давления) можно использовать ручной или механический тонометр (метод Короткова). 2. Непосредственно перед самим измерением необходимо соблюдать некоторые правила. 3. Производите измерения регулярно и желательно в одно и тоже время и записывайте результат. (интервал между замерами должен быть 2-3 минуты, не больше и не меньше. 4. Перед измерением АД в течение 1 часа нельзя курить, пить кофе, использовать препараты группы адреномиметиков, испытывать большие физические нагрузки. 5. Измерение нужно проводить сидя (опираясь на спинку стула, с расслабленными и не скрещенными ногами, рука лежит на столе, на уровне сердца), в спокойной обстановке, после 15 минутного отдыха. Во время измерения не следует активно двигаться и разговаривать. 6. При первичном измерении следует определить АД на обеих руках и в дальнейшем измерять АД на той руке, где давление было выше. 7. Разница АД на руках до 10-15 мм рт. ст. нормальна. 8. **Само измерение АД** происходит по следующим правилам: Манжета тонометра должна находиться на уровне сердца (середины груди) на 2 см выше локтевого сгиба. Между не надутой манжетой и рукой должен проходить палец. Мембрану фонендоскопа поместите в центре локтевой ямки, на точку пульсации плечевой артерии. Быстро накачайте воздух в манжету с помощью груши и не забудьте предварительно закрыть клапан (вентиль) груши, чтобы воздух не выходил обратно, до уровня давления на 20 мм рт. ст. превышающего систолическое (по исчезновению пульса). Медленно выпускайте воздух из манжеты (с помощью клапана) со скоростью 2 мм рт. ст. в сек. Первый услышанный удар (звук, тон) соответствует значению систолического (верхнего) давления. Уровень прекращения тонов соответствует диастолическому (нижнему) давлению. Если тоны очень слабы, следует поднять руку, несколько раз согнуть и разогнуть её и повторить измерение. Результат запишите в дневник самоконтроля АД. **При измерении пульса** вам следует следовать следующим правилам: 1. Положите руку ровно и ладонью вверх. 2. Другой рукой обхватите кисть так, чтобы три пальца лежали на лучевой артерии у основания большого пальца. 3. Найдите лучевую артерию. Если почувствуете курсовую волну, похожую на удар или толчок – это она. 4. Посчитайте количество ударов за 30 секунд и затем умножьте количество ударов на 2 или если пульс аритмичный подсчитывайте количество ударов в течении всей минуты. 5. Не забывайте, что при измерении пульсы вы должны находиться в покое и желательно непосредственно перед самим измерением 15 минут отдохнуть и успокоиться, а полученные результаты записать в дневник контроля пульса. **При измерении температуры** тела в подмышечной впадине вам следует следовать следующим правилам: 1. Нельзя измерять температуру после еды и физических нагрузок. Подождите полчаса. 2. Перед началом измерения стеклянный градусник надо стряхнуть: ртутный столбик должен показывать меньше 35 °C. Если термометр электронный, просто включите его. 3. Подмышка должна быть сухой. Пот необходимо вытереть, чтобы не сбились результаты. 4. Держите руку плотно прижатой, чтобы температура под мышкой стала такой же, что и внутри тела, должна нагреться кожа, а это требует времени, 7-10 минут. 5. Запишите полученный результат. **Измерить частоту дыхательных движений у пациента самостоятельно не получится поэтом нужно обучить его родственников или опекунов:** 1. Попросите сесть или лечь. 2. Сделайте вид, что измеряете пульс на его руке. 3. Посчитайте число дыхательных движений грудной клетки или живота (это зависит от пола пациента у мужчин- при дыхании движется грудь, у женщин-живот, т. е эпигастральная область). 4. Полученные результаты запишите в лист наблюдения.  После окончания обучения отвечаю на вопросы пациента. Убедившись, что пациент понял обучение, прощаюсь, и заполняю документацию о проведенном обучении *Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей:* Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я медицинская сестра и мне необходимо провести для вас обучение приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей. Вы не против? Получив согласия, начинаю обучение: 1. Инородное тело небольших размеров может выйти с кашлем. 2. Для повышения эффективности кашля пострадавший перед кашлевым толчком должен глубоко вдохнуть. В этом случае выдох начинается (независимо от человека) при закрытой голосовой щели. 3. Давление в голосовых путях резко повышается, затем голосовая щель открывается и струя воздуха, идущая из легких, выталкивает инородное тело. 4. Если инородное тело расположено в области голосовой щели, глубокий вдох перед кашлем невозможен. При этом кашлевые толчки нужно производить за счет воздуха, всегда остающегося в легких после обычного вдоха. При этом нельзя разговаривать, пытаться сделать глубокий вдох. 5. Если описанные способы не помогли, необходимо поступить следующим образом. Обеими руками отрывистыми толчками надавить на эпигастральную область или резко наклониться вперед, упираясь животом в спинку стула и перевешиваясь через нее. Повышенное давление, созданное в брюшной полости при выполнении этих приемов, передается через диафрагму на грудную полость, что способствует выталкиванию инородного тела из дыхательных путей. 6, После окончания обучения отвечаю на вопросы пациента. *7*. Убедившись, что пациент понял обучение, прощаюсь, и заполняю документацию о проведенном обучении. ***Подача увлажненного кислорода:***  ***Цель***: уменьшить гипоксию тканей.  ***Показания***: назначения врача при заболеваниях органов кровообращения и органов дыхания, с профилактической целью беременным женщинам, детям, лётчикам, стюардессам, подводникам (работающим в разряженном воздухе), пожилым и престарелым людям.  ***Оснащение***: аппарат Боброва, дистиллированная вода, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната (при ацидозе), или спирт 95%-ный. Стерильно: лоток, носовой катетер, носовые канюли, стерильный глицерин, шпатель, бинт, лейкопластырь.  ***Подготовка к процедуре:***  Провести идентификацию пациента. Установить доверительные отношения с пациентом, если это возможно для обеспечения слаженности совместной работы. Получить согласие на проведение процедуры.  Выявить у пациента признаки и симптомы, связанные с гипоксией и наличием мокроты в дыхательных путях.  Вымыть и осушить руки, надеть стерильные перчатки.  Подготовить к работе аппарат Боброва:  Налить в чистую стеклянную емкость дистиллированную воду, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната (при ацидоза), или спирт 95%-ный ( 2/3 объема при сердечной астме), температура 30-40 ºC (спирт 20%-ный и антифомсилан служат пеногасителями и используются при наличии у пациента отека легких)  Обеспечить герметичность соединений при помощи винта на пробке  ***Выполнение процедуры***:  Определить длину вводимой части катетера (расстояние от козелка ушной раковины до входа в нос- приблизительно 15 см), поставить метку.  Облить стерильным глицерином вводимую часть катетера в целях предупреждения травмы слизистой оболочки носа (можно подсоединить носовые канюли)  Ввести катетер в нижний носовой ход до метки (катетер виден при осмотре зева шпателем)  Осмотреть зев, придавив шпателем корень языка. Убедиться, что кончик катетера виден при осмотре зева.  Сбросить шпатель в дезинфицирующий раствор.  Зафиксировать наружную часть катетера тесемками бинта и лейкопластырем для обеспечения постоянного положения катетера для удобства пациента, профилактики мацерации кожи лица.  Соединить с аппаратом Боброва, заполненным дистиллированной водой или 96%-ным спиртом, или другим пеногасителем.  Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи кислорода по назначению врача.  Осмотреть слизистую носа пациента.  ***Завершение процедуры:***  Провести итоговую оценку состояния пациента.  Удалить катетер (или снять носовую канюлю). Сбросить в емкость для сбора отходов класса Б.  Шпатель, лоток, погрузить в соответствующие емкости для дезинфекции, продезинфицировать аппарат Боброва.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса Б. Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.     |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза | 2 | |  | Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии | 1 | |  | Подача увлажненного кислорода | 1 | |  | Обучение пациента самостоятельной постановки банок, грелки, горчичников, пузыря со льдом и различных видов компрессов | 5 | |  | Обучение пациента самоконтролю АД, пульса, ЧДД, и температуры тела | 3 | |  | Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 30. 05. 20 г. | ***План рабочего дня:*** 1. Полная санитарная обработка пациента. 2. Частичная обработка пациента. 3. Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.). 4. Постановка лекарственной клизмы. 5. Постановка очистительной клизмы. 6. Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе.  ***Полная санитарная обработка пациента:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо провести вам полную санитарную обработку тела, вы не против? После получения согласия, начинаю процедуру:  **Цель**: осуществление полной санитарной обработки пациента.  **Показания**: по назначению врача.  **Противопоказания**: тяжелое состояние пациента и др.  **Оснащение**: одноразовые рукавицы для мытья, жидкое мыло, шампунь, махровое полотенце или простынь, чистое белье для пациента, водный термометр, маркированные емкости для чистых и грязных одноразовых рукавичек для мытья, емкость для сбора грязного белья, упор для ног, температурный лист, емкости для дезинфекции поверхностей, емкости для сбора отходов класса «А» и класса «Б»; чистые салфетки для обработки поверхностей; средства индивидуальной защиты: перчатки – 2 пары, маска; спецодежда: сменный халат, фартук клеенчатый, обувь с гигиеническим покрытием.  **Подготовка к процедуре:**  Информировать пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Получить согласие.  Определить температуру воздуха в ванной комнате (не менее 25° С).  Обработать руки. Надеть маску, фартук , перчатки.  Подготовить ванну: продезинфицировать (по инструкции препарата), почистить чистящим средством, промыть проточной водой  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Выполнение процедуры  Провести гигиеническую обработку рук, надеть другие перчатки.  Поставить в ванну скамейку и усадить на нее пациента.  Настроить воду (не ниже 36- 37 ° С).  Вымыть (помочь) пациента: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность (в процессе мытья контролировать температуру воды рукой).  Помочь пациенту выйти из ванны.  Вытереть пациента и одеть при необходимости проводите  **Завершение процедуры:**  Одноразовые рукавицы для мытья погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б».  Использованное полотенце и грязную одежду пациента убрать в клеенчатый мешок.  Обработать ванну: продезинфицировать (по инструкции препарата), почистить чистящим средством, промыть проточной водой.  Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».).  Снять перчатки, маску сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.  ***Чатсичная обработка пациента:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо провести вам полную санитарную обработку тела, вы не против? После получения согласия, начинаю процедуру:  **Цель**: Осуществление частичной санитарной обработки пациента.  **Показания**: По назначению врача.  **Противопоказания**: Тяжелое состояние пациента и др.  **Оснащение**: одноразовые рукавицы для мытья, емкость для воды, жидкое мыло, либо средство для сухой обработки пациента, чистое белье для пациента, водный термометр, маркированные емкости для чистых и грязных одноразовых рукавичек для мытья, клеенчатый мешок, температурный лист, фартук клеенчатый, перчатки, маска, одноразовые адсорбирующие подкладные пеленки 1-2 штуки.  **Подготовка к процедуре:**  Информировать пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Получить согласие.  Отгородить пациента ширмой.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, фартук, перчатки.  **Выполнение процедуры:**  Используя правила перемещения пациента в постели подложить одноразовые адсорбирующие подкладные пеленки под верхнюю часть туловища пациента.  Одноразовой рукавицей смоченной в воде, обтереть пациенту шею, грудь, руки (живот и ноги прикрыты одеялом). (Нанести средство для сухой обработки на тело и обтереть пациенту шею, грудь, руки).  Вытереть пациенту шею, грудь, руки полотенцем насухо и прикрыть одеялом.  Используя правила перемещения пациента в постели подложить одноразовые адсорбирующие подкладные пеленки под нижнюю часть туловища пациента.  Обтереть живот, спину, нижние конечности, осушить и закрыть одеялом.  **Завершение процедуры:**  Убрать ширму.  Одноразовые рукавицы для мытья, одноразовые подкладные пеленки погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б».  Использованное полотенце и грязную одежду пациента убрать в клеенчатый мешок.  Слить воду в канализацию, емкость продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата, помыть чистящим средством, прополоскать проточной водой, поставить на сушку.  Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».).  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.  ***Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.):*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо провести вам утренний туалет, вы не против? После получения согласия, начинаю процедуру:  **Уход за полостью рта:**  **Цель**: профилактика стоматита.  **Показания**: тяжёлое состояние пациента.  **Оснащение**: стерильные: лоток, 1 пинцет, салфетки, шпатель, лоток для использованного материала, водный антисептический раствор, полотенце или одноразовая салфетка, грушевидный баллон или шприц Жане, вазелин, стакан с водой, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий., средства индивидуальной защиты.  **Подготовка к процедуре:**  По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  Приготовить лоток с марлевыми шариками и часть залить антисептическим раствором (салфетки для обработки полости рта в упаковке).  Помочь пациенту повернуть голову на бок, шею и грудь накрыть клеенкой, под подбородок подставить лоток.  Попросить пациента сомкнуть зубы (снять зубные протез, если они есть).  **Выполнение процедуры:**  Отодвинуть шпателем щёку пациента, и пинцетом с марлевым шариком, смоченным в антисептическом растворе, обработать каждый зуб от десны, начиная от коренных зубов к резцам, с наружной стороны, слева, затем справа, предварительно сменив шарик (салфетку).  Попросить пациента открыть рот и сменив марлевый шарик, обработать каждый зуб от десны, начиная от коренных к резцам, с внутренней стороны.  Сменить марлевый шарик, и обработать язык.  Помочь пациенту прополоскать рот или повести орошение с помощью грушевидного баллончика. Оттянуть шпателем угол рта, поочерёдно промыть левое, затем правое защечное пространство раствором.  Вытереть кожу вокруг рта сухой салфеткой, смазать губы вазелином, трещины обработать 1% раствором бриллиантового зеленого.  **Завершение процедуры:**  Использованные лотки, пинцеты, шпатель, марлевые шарики и салфетки поместить в соответствующие емкости для дезинфекции с последующей обработкой изделий многоразового использования и утилизацией в отходы класса «Б» – одноразового.  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о проведенной процедуре.  **Обработка носовых проходов:**  **Цель**: предупреждение нарушения носового дыхания.  **Показания**: тяжёлое состояние пациента, наличие выделений из полости носа.  **Оснащение**: стерильные: лоток, пинцет, ватные турунды; лоток для использованного материала; вазелиновое масло; мензурка; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий; средства индивидуальной защиты.  **Подготовка к процедуре**  По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  Налить вазелиновое масло в мензурку.  Приготовить лоток с ватными турундами.  **Выполнение процедуры**  Взять турунду, смочить в вазелиновом масле, отжать о стенки мензурки  Ввести турунду вращательными движениями в носовой ход на 1-3 минуты.  Извлечь турунду из носового хода вращательными движениями. При необходимости для очищения использовать несколько турунд.  Обработать другой носовой ход тем же способом  **Завершение процедуры**  Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Ватные турунды сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о проведенной процедуре.  **Обработка наружного слухового прохода:**  **Цель**: предупреждение снижения слуха из-за скопления серы.  **Показания**: тяжёлое состояние пациента.  **Противопоказания**: воспалительные процессы в ушной раковине, наружном слуховом проходе.  **Оснащение**: стерильные: лоток, пинцет, ватные турунды; лоток для использованного материала; перекись водорода 3%; мензурка; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий; средства индивидуальной защиты.  **Подготовка к процедуре:**  По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  Налить в мензурку перекись водорода 3%.  Приготовить лоток с ватными турундами  **Выполнение процедуры:**  Взять турунду, смочить в 3% раствор перекиси водорода, отжать о стенки мензурки.  Оттянуть, левой рукой ушную раковину так, чтобы выровнять слуховой проход (к верху и кзади).  Ввести турунду вращательными движениями в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см. на 2-3 минуты.  Извлечь турунду из слухового прохода вращательными движениями. При необходимости для очищения использовать несколько турунд.  Обработать другой слуховой проход тем же способом.  **Завершение процедуры:**  Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Ватные турунды сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о проведенной процедуре.  **Обработка глаз:** Цель: проведение гигиенической процедуры.Показания: тяжёлое состояние пациента.Оснащение: средства индивидуальной защиты; стерильные: лоток, пинцет, марлевые шарики, салфетки; лоток для использованного материала; водный антисептический раствор или стерильная вода; пипетки; вазелиновое масло; физиологический раствор; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий. **Подготовка к процедуре**  По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Осмотреть глаза.  Приготовить лоток с марлевыми шариками и часть залить стерильным вазелиновым маслом, другую часть водным антисептическим раствором или стерильной водой, можно использовать разные мензурки для масла и раствора.  **Выполнение процедуры**  Протереть веки по направлению от наружного угла к внутреннему углу глаза шариком, смоченным в вазелиновом масле (шарики отдельно для каждого глаза).  Протереть веки сухими шариками в том же направлении (шарики отдельно для каждого глаза).  Взять шарик, смоченный в антисептическом растворе или стерильной воде и протереть веки по направлению от наружного угла к внутреннему углу глаза (шарики отдельно для каждого глаза).  **Завершение процедуры**  Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Марлевые шарики и салфетки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о проведенной процедуре.  **Умывание лица:**  **Цель**: соблюдение личной гигиены пациента.  **Показания**: дефицит самоухода.  **Противопоказания**: нет.  **Оснащение**: перчатки, фартук, таз, две гигиенические пелёнки (на клеёнчатой основе), кувшин с теплой водой (+37-38оС), туалетное мыло, махрова рукавичка, полотенце, клеёнчатый мешок для грязного белья, ширма.  **Подготовка к процедуре**  Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры, получить его согласие.  Подготовить необходимое оснащение.  Вымыть и осушить руки.  Надеть перчатки.  **Выполнение процедуры:**  Придать пациенту положение Фаулера, накрыть ему грудь пеленкой  Взять в руки полотенце, половину его смочить в емкости с теплой водой, отжать.  Протереть полотенцем или рукавичкой лоб, веки, щеки, нос, подбородок, шею пациента  Осушить второй половиной полотенца лицо и шею пациента в той же последовательности мягкими промокательными движениями  Снять пеленку с груди пациента, положить в мешок для использованного белья  Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что он чувствует себя комфортно  **Завершение процедуры:**  Продезинфицировать предметы ухода за больным  Вымыть и осушить руки  Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента  ***Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе:***  **Положение Фаулера:**  **Цель**:профилактика пролежней, создание комфортных условий для пациента.  **Оснащение**:перчатки нестерильные, вспомогательные устройства, необходимые для пациента, подушка для головы, валики, круги и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели, кожный антисептик.  **Подготовка к процедуре:**  Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры (если пациент находится в сознании). Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Надетьперчатки.  Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.  **Выполнение процедуры:**  Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати, убрать подушки.  Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки): человек, прямо сидящий на кровати, находится в положении Фаулера.  Подложить подушки или сложенное одеяло под голени пациента.  Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).  Подложить под предплечья и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.  Подложить пациенту под поясницу подушку.  Подложить небольшую подушку или валик под колени и под пятки пациента.  Обеспечить упор для стоп под углом 90°.  **Завершение процедуры:**  Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.  Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.  Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Положение Симса:**  **Цель**: профилактика пролежней, создание комфортных условий для пациента.  **Оснащение**: перчатки нестерильные, вспомогательные устройства, необходимые для пациента, подушка для головы, валики, круги и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели, кожный антисептик.  **Подготовка к процедуре:**  Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры (если пациент находится в сознании). Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Надетьперчатки.  Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.  **Выполнение процедуры:**  Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати, убрать подушки.  Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки): человек, прямо сидящий на кровати, находится в положении Фаулера.  Подложить подушки или сложенное одеяло под голени пациента.  Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).  Подложить под предплечья и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.  Подложить пациенту под поясницу подушку.  Подложить небольшую подушку или валик под колени и под пятки пациента.  Обеспечить упор для стоп под углом 90°.  **Завершение процедуры:**  Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.  Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.  Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Размещение на спине: Цель**: профилактика пролежней, создание комфортных условий для пациента.  **Оснащение**: перчатки нестерильные, вспомогательные устройства, необходимые для пациента, подушка для головы, валики, круги и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели, кожный антисептик.  **Подготовка к процедуре***:*  Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры (если пациент находится в сознании). Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Надетьперчатки.  Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.  **Выполнение процедуры***:*  Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати, убрать подушки.  Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки): человек, прямо сидящий на кровати, находится в положении Фаулера.  Подложить подушки или сложенное одеяло под голени пациента.  Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).  Подложить под предплечья и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.  Подложить пациенту под поясницу подушку.  Подложить небольшую подушку или валик под колени и под пятки пациента.  Обеспечить упор для стоп под углом 90°.  **Завершение процедуры***:*  Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.  Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.  Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Размещение на боку:**  **Цель**: профилактика пролежней, создание комфортных условий для пациента.  **Оснащение**: перчатки нестерильные, вспомогательные устройства, необходимые для пациента, подушка для головы, валики, круги и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели, кожный антисептик.  **Подготовка к процедуре:**  Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры (если пациент находится в сознании). Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Надетьперчатки.  Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.  **Выполнение процедуры:**  Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.  Передвинуть пациента ближе к одному краю, противоположному стороне поворота.  Сказать пациенту, что он может помочь, если скрестит руки на груди. Если пациента переворачивают на правый бок: он должен положить левую ногу на правую. Или согнуть левую ногу пациента: одна рука охватывает нижнюю треть голени, другая - в подколенной впадине; левая стопа при этом должна оказаться в подколенной ямке.  Встать с той стороны кровати, куда будут поворачивать пациента. Положить протектор на кровать рядом с ним. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить ее на протектор. Вторая нога является опорой.  Положить одну руку на плечо, которое находится дальше от медицинской сестры, вторую руку - на дальнее бедро, т.е. если пациент будет поворачиваться на правый бок по направлению к медицинской сестре, положить левую руку на его левое плечо, а правую - на его левое бедро.  Повернуть пациента на бок, перенеся свой вес на ногу, стоящую на полу. Подложить подушку под голову и шею пациента.  Выдвинуть вперед "нижнее" плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке.  Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение. Рука, находящаяся сверху, лежит на подушке на уровне плеча.  Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента). Под согнутую "верхнюю" ногу пациента, лежащую немного впереди нижней, поместить подушку (от паховой области до стопы).  Поместить мешок с песком у подошвы "нижней" ноги. Расправить подкладную пеленку.  **Завершение процедуры:**  Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.  Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.  Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Размещение на животе:**  **Цель**: профилактика пролежней, создание комфортных условий для пациента.  **Оснащение**: перчатки нестерильные, вспомогательные устройства, необходимые для пациента, подушка для головы, валики, круги и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели, кожный антисептик.  **Подготовка к процедуре:**  Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры (если пациент находится в сознании). Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Надетьперчатки.  Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.  **Выполнение процедуры:**  Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.  Передвинуть пациента ближе к одному краю, противоположному стороне поворота.  Сказать пациенту, что он может помочь, если скрестит руки на груди. Если пациента переворачивают на правый бок: он должен положить левую ногу на правую. Или согнуть левую ногу пациента: одна рука охватывает нижнюю треть голени, другая - в подколенной впадине; левая стопа при этом должна оказаться в подколенной ямке.  Встать с той стороны кровати, куда будут поворачивать пациента. Положить протектор на кровать рядом с ним. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить ее на протектор. Вторая нога является опорой.  Положить одну руку на плечо, которое находится дальше от медицинской сестры, вторую руку - на дальнее бедро, т.е. если пациент будет поворачиваться на правый бок по направлению к медицинской сестре, положить левую руку на его левое плечо, а правую - на его левое бедро.  Повернуть пациента на бок, перенеся свой вес на ногу, стоящую на полу. Подложить подушку под голову и шею пациента.  Выдвинуть вперед "нижнее" плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке.  Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение. Рука, находящаяся сверху, лежит на подушке на уровне плеча.  Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента). Под согнутую "верхнюю" ногу пациента, лежащую немного впереди нижней, поместить подушку (от паховой области до стопы).  Поместить мешок с песком у подошвы "нижней" ноги. Расправить подкладную пеленку.  **Завершение процедуры:**  Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.  Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.  Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  ***Постановка лекарственной клизмы:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо поставить вам лекарственную клизму, вы не против? Получив согласие, приступаю к процедуре:  **Цель**: профилактика пролежней, создание комфортных условий для пациента.  **Оснащение**: перчатки нестерильные, вспомогательные устройства, необходимые для пациента, подушка для головы, валики, круги и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели, кожный антисептик.  **Подготовка к процедуре:**  Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры (если пациент находится в сознании). Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Надетьперчатки.  Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.  **Выполнение процедуры:**  Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.  Передвинуть пациента ближе к одному краю, противоположному стороне поворота.  Сказать пациенту, что он может помочь, если скрестит руки на груди. Если пациента переворачивают на правый бок: он должен положить левую ногу на правую. Или согнуть левую ногу пациента: одна рука охватывает нижнюю треть голени, другая - в подколенной впадине; левая стопа при этом должна оказаться в подколенной ямке.  Встать с той стороны кровати, куда будут поворачивать пациента. Положить протектор на кровать рядом с ним. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить ее на протектор. Вторая нога является опорой.  Положить одну руку на плечо, которое находится дальше от медицинской сестры, вторую руку - на дальнее бедро, т.е. если пациент будет поворачиваться на правый бок по направлению к медицинской сестре, положить левую руку на его левое плечо, а правую - на его левое бедро.  Повернуть пациента на бок, перенеся свой вес на ногу, стоящую на полу. Подложить подушку под голову и шею пациента.  Выдвинуть вперед "нижнее" плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке.  Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение. Рука, находящаяся сверху, лежит на подушке на уровне плеча.  Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента). Под согнутую "верхнюю" ногу пациента, лежащую немного впереди нижней, поместить подушку (от паховой области до стопы).  Поместить мешок с песком у подошвы "нижней" ноги. Расправить подкладную пеленку.  **Завершение процедуры:**  Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.  Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.  Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.    ***Постановка очистительной клизмы***: Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо поставить вам очистительную клизму, вы не против? Получив согласие, приступаю к процедуре:  **Цель**: профилактика пролежней, создание комфортных условий для пациента.  **Оснащение**: перчатки нестерильные, вспомогательные устройства, необходимые для пациента, подушка для головы, валики, круги и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели, кожный антисептик.  **Подготовка к процедуре:**  Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры (если пациент находится в сознании). Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Надетьперчатки.  Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.  **Выполнение процедуры:**  Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.  Передвинуть пациента ближе к одному краю, противоположному стороне поворота.  Сказать пациенту, что он может помочь, если скрестит руки на груди. Если пациента переворачивают на правый бок: он должен положить левую ногу на правую. Или согнуть левую ногу пациента: одна рука охватывает нижнюю треть голени, другая - в подколенной впадине; левая стопа при этом должна оказаться в подколенной ямке.  Встать с той стороны кровати, куда будут поворачивать пациента. Положить протектор на кровать рядом с ним. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить ее на протектор. Вторая нога является опорой.  Положить одну руку на плечо, которое находится дальше от медицинской сестры, вторую руку - на дальнее бедро, т.е. если пациент будет поворачиваться на правый бок по направлению к медицинской сестре, положить левую руку на его левое плечо, а правую - на его левое бедро.  Повернуть пациента на бок, перенеся свой вес на ногу, стоящую на полу. Подложить подушку под голову и шею пациента.  Выдвинуть вперед "нижнее" плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке.  Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение. Рука, находящаяся сверху, лежит на подушке на уровне плеча.  Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента). Под согнутую "верхнюю" ногу пациента, лежащую немного впереди нижней, поместить подушку (от паховой области до стопы).  Поместить мешок с песком у подошвы "нижней" ноги. Расправить подкладную пеленку.  **Завершение процедуры:**  Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.  Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.  Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.     |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Полная санитарная обработка пациента | 1 | |  | Частичная обработка пациента | 1 | |  | Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.) | 5 | |  | Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе | 5 | |  | Постановка лекарственной клизмы | 1 | |  | Постановка очистительной клизмы | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 01. 06. 20 г. | ***План рабочего дня:*** 1. Закапывание капель в глаза. 2. Введение мази за нижнее веко. 3. Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос. 4. Введение мази в носовые ходы. 5. Закапывание капель в ухо. 6. Нанесение мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента.  **Закапывание капель в глаза**: Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо закапать вам глазные капли в глаза, вы не против? Получив согласи, начина процедуру:  **Цель**: лечебная.  **Показания**: назначение врача.  **Оснащение**: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, 2 пипетки, имитация лекарственного средства.  **Подготовка к процедуре**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики  Помочь пациенту занять удобное положение.  **Выполнение процедуры**  Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку нужное количество капель, взять в левую руку марлевый шарик.  Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз.  Закапать в конъюнктивальную складку 2-3 капли (не подносить пипетку близко к конъюнктиве).  Попросить пациента закрыть глаза.  Попросить пациента промокнуть вытекшие капли у внутреннего угла глаза.  Повторить те же действия при закапывании в другой глаз (при назначении врача).  Помочь пациенту занять удобное положение.  Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.  **Завершение процедуры**  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Введение мази за нижнее веко**: Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо ввести вам мазь за нижнее веко, вы не против? Предупреждаю, что может произойти помутнение зрения из-за мази. Получив согласие, начинаю процедуру:  **Цель**: лечебная.  **Показания**: назначение врача.  **Оснащение**: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, 2 пипетки, имитация лекарственного средства.  **Подготовка к процедуре**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики  Помочь пациенту занять удобное положение.  **Выполнение процедуры**  Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку нужное количество капель, взять в левую руку марлевый шарик.  Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз.  Закапать в конъюнктивальную складку 2-3 капли (не подносить пипетку близко к конъюнктиве).  Попросить пациента закрыть глаза.  Попросить пациента промокнуть вытекшие капли у внутреннего угла глаза.  Повторить те же действия при закапывании в другой глаз (при назначении врача).  Помочь пациенту занять удобное положение.  Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.  **Завершение процедуры**  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Введение мази из тюбика:** Цель: лечебная.Показания: назначение врача.Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, тюбик- имитация лекарственного средства. **Подготовка к процедуре**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.  Выяснить аллергоанамнез.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики.  Помочь пациенту занять удобное положение.  **Выполнение процедуры**  Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз.  Выдавить из тюбика мазь, продвигая её от внутреннего угла глаза к наружному так, чтобы мазь вышла за наружную спайку век. Отпустить нижнее веко, пациент должен закрыть глаза.  Попросить пациента закрыть глаза.  Попросить пациента удалить, вытекающую из-под сомкнутых век мазь или сделать это за него.  При необходимости заложить мазь за нижнее веко другого глаза, повторить те же действия.  Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта.  **Завершение процедуры.**  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Закапывание сосудосуживающих и масляных капель в нос:** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо закапать вам сосудосуживающие капли в нос, Вы не против? Получив согласие, начинаю процедуру: Цель: лечебная.Показания: назначение врача.Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, тюбик- имитация лекарственного средства. **Подготовка к процедуре**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.  Выяснить аллергоанамнез.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики.  Помочь пациенту занять удобное положение.  **Выполнение процедуры**  Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз.  Выдавить из тюбика мазь, продвигая её от внутреннего угла глаза к наружному так, чтобы мазь вышла за наружную спайку век. Отпустить нижнее веко, пациент должен закрыть глаза.  Попросить пациента закрыть глаза.  Попросить пациента удалить, вытекающую из-под сомкнутых век мазь или сделать это за него.  При необходимости заложить мазь за нижнее веко другого глаза, повторить те же действия.  Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта.  **Завершение процедуры**.  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Масляные капли:** Цель: лечебная.Показания: назначение врача.Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, 2 пипетки, имитация лекарственного средства. **Приготовление к процедуре**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики  Помочь пациенту занять удобное положение (сидя или лежа).  **Выполнение процедуры**  Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача.  Попросить пациента сесть или лечь, запрокинув голову.  Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос).  Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры.  Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия.  Спросить у пациента о том, ощутил ли он вкус капель во рту. Попросить пациента полежать несколько минут.  **Завершение процедуры**  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре. *Введение мази в носовые ходы*: Здравствуйте, мня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо вам ввести мазь в носовые ходы, вы не против? Получив согласие, начинаю процедуру: Цель: лечебная.Показания: назначение врача.Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, 2 пипетки, имитация лекарственного средства. **Приготовление к процедуре**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики  Помочь пациенту занять удобное положение (сидя или лежа).  **Выполнение процедуры**  Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача.  Попросить пациента сесть или лечь, запрокинув голову.  Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос).  Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры.  Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия.  Спросить у пациента о том, ощутил ли он вкус капель во рту. Попросить пациента полежать несколько минут.  **Завершение процедуры**  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  ***Закапывание капель в ухо***: Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо вам закапать капли в ухо, вы не против? Получив согласие, приступаю к процедуре:  Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, подогреть лекарственный препарат до температуры тела на водяной бане (поставить флакон в ёмкость с горячей водой, температуру контролировать водным термометром).  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Выложить пинцетом в лоток стерильные марлевые шарики.  Помочь пациенту занять удобное положение (лежа на боку или сидя, наклонив голову в сторону).  **Выполнение процедуры.**  Набрать в пипетку 2-3 капли лекарственного средства (в одно ухо – по назначению врача).  Оттянуть ушную раковину назад и вверх и закапать 2- 3 капли ухо.  Повторить те же действия (при наличии назначения врача) при закапывании в другое ухо через несколько минут (чтобы не вытекло лекарственное средство).  Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.  **Завершение процедуры:**  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  ***Нанесение мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо нанести вам мазь на кожу, вы не против? Получив согласие, приступаю к процедуре:  **В кожу (втирание):** Цель: лечебная.Показания: назначение врача.Противопоказания: воспалительные и гнойничковые заболевания кожи, нарушение целостности кожи, непереносимость препарата.Оснащение: линимент, приспособление для нанесения втирания (шпатель), ширма, перчатки. **Приготовление к процедуре**  Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  Прочитать название препарата. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве.  Попросить пациента занять удобное положение, при необходимости помочь. Отгородить пациента ширмой.  Осмотреть участок кожи, на который нужно нанести втирание.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки  **Выполнение процедуры**  Нанести нужное для втирания количество жидкой мази на шпатель или перчатку.  Втирать легкими вращательными движениями в определенную врачом поверхность кожи до тех пор, пока не исчезнут следы лекарственного средства (или по инструкции).  Тепло укрыть пациента, если этого требует инструкция.  **Завершение процедуры**  Убедиться в том, что пациент не испытывает дискомфорта после проведенной процедуры.  Использованные материалы (шпатель) погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б».  Снять перчатки, погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **На кожу:** Цель: лечебная.Показания: назначение врача.Оснащение: мазь (лекарственное средство), одноразовый шпатель, салфетки. Приготовление к процедуре  Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  Прочитать название мази. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве.  Попросить пациента занять удобное положение, при необходимости помочь. Отгородить пациента ширмой.  Осмотреть участок кожи, на котором нужно нанести мазь.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  **Выполнение процедуры**  Выдавить из тюбика на стеклянную лопаточку (шпатель) мазь (по назначению врача).  Нанести мазь тонким слоем на кожу, пользуясь стеклянной лопаточкой (шпателем).  Попросить пациента подержать поверхность кожи с нанесенной мазью 10-15 мин. (по инструкции) открытой.  Спросить пациента не испытывает ли он дискомфорта в связи с процедурой.  **Завершение процедуры**  Снять остатки мази с поверхности кожи салфеткой, осмотреть кожные покровы.  Использованные салфетки, шпатель погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б».  Снять перчатки, погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». убрать ширму.  Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Нанесение присыпки:** Цель: лечебная.Показания: назначение врача.Оснащение: мазь (лекарственное средство), одноразовый шпатель, салфетки. Приготовление к процедуре  Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  Прочитать название мази. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве.  Попросить пациента занять удобное положение, при необходимости помочь. Отгородить пациента ширмой.  Осмотреть участок кожи, на котором нужно нанести мазь.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  **Выполнение процедуры**  Выдавить из тюбика на стеклянную лопаточку (шпатель) мазь (по назначению врача).  Нанести мазь тонким слоем на кожу, пользуясь стеклянной лопаточкой (шпателем).  Попросить пациента подержать поверхность кожи с нанесенной мазью 10-15 мин. (по инструкции) открытой.  Спросить пациента не испытывает ли он дискомфорта в связи с процедурой.  **Завершение процедуры**  Снять остатки мази с поверхности кожи салфеткой, осмотреть кожные покровы.  Использованные салфетки, шпатель погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б».  Снять перчатки, погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». убрать ширму.  Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.     |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Закапывание капель в глаза | 1 | |  | Введение мази за нижнее веко | 1 | |  | Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос | 2 | |  | Введение мази в носовые ходы | 1 | |  | Закапывание капель в ухо | 1 | |  | Нанесение мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента | 3 | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 02. 06. 20 г. | ***План рабочего дня:*** 1.Раздача пищи больным. 2. Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного. 3. Раздача лекарств пациентам. 4. Заполнение журнала учета лекарственных средств. 5. Заполнение накладной - требования на лекарственные средства. 6. Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения.  ***Раздача пищи пациентам:***  Раздачу готовой пищи производят не позднее 2 часов после ее приготовления, включая и время доставки пищи в отделение.  Категорически запрещается оставлять в буфетных остатки пищи после ее раздачи, а также смешивать пищевые остатки со свежими блюдами.  Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздачу пищи надлежит осуществлять только в халате с маркировкой "Для раздачи пищи".  При выдаче на пищеблоке блюд для буфетных отделений температура готовой пищи должна быть: первых - не ниже 75°С, вторых - не ниже 65°С, холодные блюда и напитки - от 7 до 14°С.  Технический персонал, занятый уборкой палат и других помещений отделения, к раздаче не допускается.  Питание всех больных отделения, за исключением тяжелобольных, проводят в специально выделенном помещении - столовой.  После каждой раздачи пищи производят тщательную уборку помещений буфетной и столовой с применением растворов дезинфицирующих средств.  Личные продукты питания больных (передачи из дома) хранят в шкафу, тумбочке (сухие продукты) и в специальном холодильном шкафу (скоропортящиеся продукты).  Передачи больным принимаются только в пределах разрешенного врачом ассортимента и количества продуктов.  ***Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного:***  **Цель**: выбрать назначения.  **Оснащение**: медицинская карта стационарного больного, листы назначений, тетрадь для инъекций, в/в вливаний.  **Последовательность действий**: Выбирайте назначения из медицинской карты ежедневно, после завершения обхода всех пациентов врачами и записей назначений в медицинской карте. Перепишите их в специальную тетрадь или листок назначений, отдельно для каждого пациента. Сведения о назначениях инъекциях передайте в процедурный кабинет, процедурной медсестре.  Убедитесь в правильности понимания ваших записей.  Перечень назначенных лекарственных средств, написанных по-русски, передайте старшей медсестре отделения.  Она суммирует эти сведения и выписывает по определенной форме требование на получение лекарственных средств из аптеки.  ***Раздача лекарств пациентам:***  **Цель**: раздача лекарственных средств пациентам и контроль приема препаратов.  **Показания**: назначение врача.  **Оснащение**: передвижной столик, емкости с лекарственными препаратами (твердыми и жидкими), пипетки (отдельно для каждого флакона с каплями), мензурки, графин с водой, ножницы, листки назначений, антисептический раствор для гигиенической обработки рук.  **Мероприятия**  Поставьте на передвижной столик емкости с лекарственными препаратами (твердыми и жидкими), пипетки (отдельно для каждого флакона с каплями), мензурки, графин с водой, ножницы, листки назначений.  Переходя от пациента к пациенту, раздайте лекарственные средства у постели пациента согласно назначениям врача.  Давая лекарственное средство пациенту, предоставьте ему необходимую информацию.  Научите пациента принимать различные лекарственные формы перорально и сублингвально.  Пациент должен принять лекарственное средство в вашем присутствии.  При раздаче лекарственных средств нужно учитывать следующее  Лекарственные средства чаще даются внутрь до еды за 15-30 минут, так как при взаимодействии с пищей замедляется их всасывание.  Препараты, раздражающие слизистую оболочку желудочно-¬кишечного тракта  (препараты железа, ацетилсалициловая кислота, раствор кальция хлорида и др.) принимают после еды через 15-30 минут.  Ферментативные препараты, улучшающие процессы пищеварения  (фестал, панзинорм, сок желудочный и др.) даются пациенту во время еды.  Препараты, назначенные пациенту "натощак", должны быть приняты за 20-60 минут до завтрака.  Снотворные принимаются за 30 минут до сна.  Нитроглицерин, валидол (при необходимости) хранятся у пациента на тумбочке постоянно.  Настои, отвары, растворы, микстуры, назначаются обычно столовыми ложками (15 мл), в условиях стационара удобно пользоваться градуированными мензурками.  Спиртовые настойки, экстракты и некоторые растворы  (например, 0,1% раствор атропина сульфата, настойка пустырника) назначают в каплях.  Если во флаконе с лекарственным веществом нет вмонтированной капельницы, то используют пипетки. Для каждого лекарственного вещества должна быть отдельная пипетка!  Пилюли, драже, капсулы, таблетки, содержащие железо, принимаются в неизменном виде.  ***Заполнение журнала учета лекарственных средств:***  **Журнал учета антибактериальных и дорогостоящих препаратов:**  Наименование средства: Amoxicillin  Единица измерения: \_\_\_\_\_\_упаковка\_\_\_\_\_\_  Приход   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № п/п | Дата получения | Поставщик, номер накладной | Кол-во препарата | Фамилия  получившего | Подпись | | 1 | 02.06.2020 | Аптека, №8 | 2 | Абрамова В. Р | Абрамова |   Расход   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Дата  выдачи | №  поста | Кол-во  препарата | Получил | | Отпустил  (ФИО) | Подпись | Остаток | | ФИО | Подпись | | 02.06.2020 | 8 | 1 | Абрамова В. Р | Абрамова | Семенюк Елена Васильевна | Семенюк | 1 |   **Журнал учета этилового спирта.**  Наименование средства: \_\_\_\_\_Spiritusaethylicus\_\_\_\_\_  Единица измерения: \_\_\_мл\_\_\_  Приход   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № п/п | Дата получения | Поставщик,  номер накладной | Кол-во  препарата | Фамилия получившего | Подпись | | 1 | 02.06.2020 | Аптека, №8 | 250 | Абрамова В. Р | Абрамова |   Расход   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Дата  выдачи | Кол-во  препарата | Получил | | Отпустил | Подпись | Остаток | | ФИО | Подпись | ФИО | | 02.06.  2020 | 150 | Абрамова В. Р | Абрамова | Семенюк Елена Васильевна | Семенбк | 100 |   **Журнал учета сильнодействующих препаратов.**  Наименование средства: \_\_\_\_ Acetazolamide\_\_\_\_  Единица измерения: \_\_\_\_упаковка\_\_\_\_  Приход   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № п/п | Дата получения | Поставщик,  номер накладной | Кол-во  препарата | Фамилия получившего | Подпись | | 1 | 02.06.2020 | Аптека, №8 | 1 упак.  (10 табл.) | Абрамова В. Р | Абрамова |   Расход   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Дата  выдачи | №  поста | Кол-во  препарата | Получил | | Отпустил  (ФИО) | Подпись | Остаток | | ФИО | Подпись | | 02.06.  2020 | 1 | 1 упак.  (10 табл) | Абрамова В. Р | Абрамова | Семенюк Елена Васильевна | Семенюк | 0 |   **Журнал учета наркотических средств.**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Приход | | | | Расход | | | | | | Дата | Откуда получено,  № документа | Кол-во | ФИО,  подпись | Дата  выдачи | ФИО пациента, № истории болезни | Кол-во  Использованных ампул | Отаток | Подпись ответственных за хранение и выдачу | | 02.06.  2020 | Аптека,  №8 | 1 | Абрамова В. Р  Абрамова | 02.06.  2020 | Иванов И. И  156 | 1 | 0 | Иванщенко Татьяна Павловна |   **Листок учета наркотических средств.**  ФИО больного \_\_\_\_Радионов Сергей Георгиевич\_\_\_\_  № истории болезни 9   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № п/п | Дата инъекции | Часы | Наименование, кол-во | Подпись м/с | Подпись  врач | | 1 | 02.06.2020 | 10.25 | Atropinum, 10 мг | Абрамова | Иванщенко |   ***Заполнение накладной-требования на лекарственные средства:***  **Требование – накладная №**\_\_\_656\_\_\_   |  | | --- | | **Коды** | | **0315006** | |  |   Форма по ОКУД  Организация \_\_\_ККБ г. Красноярск \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по ОКПО   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Дата составления | Код  вида опера-ии | Отправитель | | Получатель | | Корреспондирующий счет | | Учетная ед. выпуска  продукции (работ, услуг) | | Структурное  подразделение | Вид деятел-  ности | Структур  ное  подразделение | Вид деятел-  ности | Счет, субсчет | Код аналитического учета | | 02.06.2020 |  | Аптечный склад | Леч | Центральное стерилизационное отделение  ЦСО | Леч | 10501 | 430 |  |   Через кого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Затребовал: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Разрешил Гл.врач: Северов Д. Ю Зав.отд. Романова Е. Г   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Корреспондирующий счет | | Материальные ценности | | Единица измерения | | Количество | | Цена, руб., коп. | Сумма без учета  НДС  руб.,  коп. | Порядковый номер по складской карточке | | Счет, субсчет | Код аналитического учета | Наименование | Номенклатурный номер | Код | Наименование | Затребовано | Отпущено | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | 10501 | 340 | Natriichloridum  in solutio 10ml  0,9% N10 |  |  | упак. | 2 |  |  |  |  | |  |  | **Всего** |  |  |  |  |  |  |  |  |   Отпустил Лесков Лесков Получил \_\_ст. м/с\_\_ Супрыгина Супрыгина  должность подпись расшифровка должность подпись расшифровка  ***Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения:***  Правила хранения лекарств в отделениях:  1.Ответственность за хранение и расход лекарств, а также за порядок на местах хранения, соблюдение правил выдачи и назначение лекарств несет заведующий отделением (кабинетом). Непосредственным исполнителем организации хранения и расхода медикаментов является старшая медицинская сестра. 2.Хранение медикаментов в отделениях (кабинетах) должно быть организовано в запирающихся шкафах. Обязательно деление на группы "Наружные", "Внутренние", "Инъекционные", "Глазные капли". Кроме того, в каждом отделении шкафа, например, "Внутренние", должно быть деление на порошки, микстуры, ампулы, которые размещаются раздельно, причем порошки хранятся, как правило, на верхней полке, а растворы на нижней. 3. Пахучие и красящие вещества должны быть выделены в отдельный шкаф. 4.Хранение лекарств в операционной, перевязочной, процедурной организуется в инструментальных остекленных шкафах или на хирургических столиках. Каждый флакон, банка, штанглаз, содержащие лекарства, должны иметь соответствующую этикетку. 5.Ядовитые лекарственные средства должны храниться в отдельном шкафу под замком. Наркотические лекарственные средства должны храниться в сейфах или в железных шкафах. На внутренней стороне дверок шкафа (сейфа) должна быть надпись "А" и перечень ядовитых средств с указанием высших разовых и суточных доз. Запасы ядовитых и наркотических средств не должны превышать 5-дневной потребности в них. 6.Сильнодействующие лекарственные средства (список Б) должны храниться в отдельном (деревянном) шкафу под замком. Запасы сильнодействующих средств не должны превышать 10-дневной потребности. 7.В местах хранения и на постах дежурных врачей и медицинских сестер должны быть таблицы высших разовых и суточных доз ядовитых, наркотических и сильнодействующих средств, а также таблицы противоядий при отравлениях.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Раздача пищи больным | 1 | |  | Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного | 2 | |  | Раздача лекарств пациентам | 1 | |  | Заполнение журнала учета лекарственных средств | 1 | |  | Заполнение накладной-требования на лекарственные средства | 1 | |  | Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 03. 06. 20 г. | **План рабочего дня:** 1. Заполнение порционного требования. 2. Профилактика пролежней. 3. Поставка пиявки на тело пациента. 4. Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков. 5. Подсчет частоты дыхательных движений. 6. Измерение артериального давления.  **Заполнение порционного требования:**  Наименование отделения Терапевтическое  ***Порционное требование***  На раздаточную на 03.06.2020 г.  дата: число, месяц, год  **палата №1 палата №2**  Степаненко Ю. Д. диета № 5 Романенко В.И. диета № 5  Котов В.А. диета № 15 Тихонов К.И. диета № 15  Иванова Ю..А. диета № 5 Белов Н.И. диета № 5  Сидоров В.В. диета № 15 Романов Р.В. диета № 15  **палата №3 палата №4**  Окунев Р.П. диета № 15 Смирнова С.С. диета № 5  Рябихин С.Б. диета № 7 Усова Ф.Л. диета № 7  Хмаренко Ф.Г. диета № 15 Давыдов С.Ю. диета № 15  Лопатов Ю.А. диета № 10 Шуменко В.Ю. диета № 15  **палата №5 палата №6**  Колесникова Р.О. диета № 7 Романова Ю.А. диета № 7  Колесникова К.Н. диета № 15 Симаненко Р.М. диета № 10  Фарсова Н.Б. диета № 7 Гулич А.Ф. диета № 10  Никитин В.И. диета № 7  Всего 23 человек  палатная м\с Абрамова В. Р Абрамова  ФИО подпись  **ПОРЦИОННИК ф. № 1-84**  На питание больных «19» мая 2020г.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Наименование отделения | Количество больных | Стандартные диеты | | | | | Стол 5 | Стол 7 | Стол 10 | Стол 15 | | Терапевтическое | 23 | 5 | 6 | 3 | 9 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | Итого: | 23 | 5 | 6 | 3 | 9 |   Зав. отделением \_\_\_\_Зубрицка А.И.\_\_\_\_  ФИО подпись  Ст. мед.сестра отделения\_\_\_Абрамова В.Р Абрамова  ФИО подпись  мед.сестра диетического отделения Ястрикова Я.М Ястрикова  ФИО подпись  **ПОРЦИОННИК ф. № 1-84**  На питание больных «19» мая 2020г.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Наименование отделения | Количество больных | Стандартные диеты | | | | | Стол 5 | Стол 7 | Стол 10 | Стол 15 | | Терапевтическое | 23 | 5 | 6 | 3 | 9 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | Итого: | 23 | 5 | 6 | 3 | 9 |   Зав. отделением \_\_\_\_Зубрицка А.И.\_\_\_\_  ФИО подпись  Ст. мед.сестра отделения\_\_\_Абрамова В.Р Абрамова  ФИО подпись  мед.сестра диетического отделения Ястрикова Я.М Ястрикова  ФИО подпись  **ПОРЦИОННИК ф. № 1-84**  На питание больных «19» мая 2020г.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Наименование отделения | Количество больных | Стандартные диеты | | | | | Стол 5 | Стол 7 | Стол 10 | Стол 15 | | Терапевтическое | 23 | 5 | 6 | 3 | 9 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | Итого: | 23 | 5 | 6 | 3 | 9 |   Зав. отделением \_\_\_\_Зубрицка А.И.\_\_\_\_  ФИО подпись  Ст. мед.сестра отделения\_\_\_Абрамова В.Р Абрамова  ФИО подпись  мед.сестра диетического отделения Ястрикова Я.М Ястрикова  ФИО подпись  **ПОРЦИОННИК ф. № 1-84**  На питание больных «19» мая 2020г.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Наименование отделения | Количество больных | Стандартные диеты | | | | | Стол 5 | Стол 7 | Стол 10 | Стол 15 | | Терапевтическое | 23 | 5 | 6 | 3 | 9 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | Итого: | 23 | 5 | 6 | 3 | 9 |   Зав. отделением \_\_\_\_Зубрицка А.И.\_\_\_\_  ФИО подпись  Ст. мед.сестра отделения\_\_\_Абрамова В.Р Абрамова  ФИО подпись  мед.сестра диетического отделения Ястрикова Я.М Ястрикова  ФИО подпись  **ПОРЦИОННИК ф. № 1-84**  На питание больных «19» мая 2020г.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Наименование отделения | Количество больных | Стандартные диеты | | | | | Стол 5 | Стол 7 | Стол 10 | Стол 15 | | Терапевтическое | 23 | 5 | 6 | 3 | 9 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | Итого: | 23 | 5 | 6 | 3 | 9 |   Зав. отделением Абрамова В. Р. Абрамова  ФИО подпись  Ст. мед.сестра отделения Зубрицкая. А. И Зубрицкая  ФИО подпись  мед.сестра диетического отделения Ястрикова Я.М Ястрикова  ФИО подпись  **Профилактика пролежней:** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо провести вам профилактику пролежней, вы не против? Получив согласие, начинаю процедуру:  **Цель**: профилактика пролежней.  **Показания**: строгий постельный режим пациента.  **Оснащение**: упаковка со стерильным лотком, пинцетом и салфетками, 10% раствор камфорного спирта, или 40° этилового спирта, нательное и постельное белье, противопролежневые круги и валики, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  **Подготовка к процедуре:**  По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  Подготовить необходимое оборудование.  Отгородить пациента ширмой.  **Выполнение процедуры**  Осмотреть кожу в местах возможного образования пролежней (затылок, лопатки, локти, крестец, пятки и т.д  Убрать крошки с простыни, расправить простыню. следить за отсутствием на постельном и нательном белье складок.  Изменить положение тела больного (несколько раз в день, желательно каждые 2 часа, если позволяет его состояние: на спину, на бок, на живот, в положение Симса, в положение Фаулера.  Обработать кожу в местах возможного образования пролежней (с нейтральным мылом или средством для сухой обработки кожи).  Сухую неповрежденную кожу обработать салфетками, смоченными в теплом камфорном или этиловом спирте. Нанести защитный крем.  Растереть мягкие ткани в местах возможного образования пролежней (кроме выступающих костных участков).  Подкладывать надувной резиновый круг, вложенный в наволочку, так чтобы крестец находился над его отверстием.  Подложить поролоновые круги под локти и пятки пациента.  Обучить родственников пациента мероприятиям по профилактике пролежней  **Завершение процедуры**  Убрать ширму.  Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Перчатки, маску сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  **Поставки пиявки на тело пациента:** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо поставить вам пиявку на тело, вы не против? Получив согласие, приступаю к процедуре:  **Цель:**Местное кровоизвлечение.  **Оснащение:** 6-8 подвижных пиявок. 2. Пробирки или мензурки. 3. Стерильный лоток. 4. Стерильный перевязочный материал. 5. Кувшин с горячей водой (38 – 50 °С). 6. Ватные тампоны. 7. Глюкоза 40%. 8. Перчатки. 9. Антисептик. 10. Полотенце. 11. Раствор хлорида натрия 10% 12. Раствор дезсредства. 13. Крем-депилятор. 14. Емкость для дезинфекции (отходы класса «В»). 15. Раствор перекиси водорода 3%. 16. Спирт 70%  **Подготовка к процедуре:** Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. Уложите пациента в удобную позу. Осмотрите кожу на месте постановки пиявок: сосцевидные отростки, область сердца, область печени, область копчика, область анального отверстия, вдоль тромбированной вены (отступив от нее на 1-2 см). Удалите накануне при необходимости волосы на месте постановки пиявок. Наденьте перчатки.  **Выполнение процедуры:** Обработайте кожу горячей водой и разотрите ее до покраснения. Смочите место постановки пиявок раствором 40% глюкозы. Захватите пиявку за головной конец и поместите ее в пробирку или мензурку хвостовой частью. Поднесите и приставьте плотно отверстие пробирки или мензурку к нужному участку кожи. Проследите за появлением волнообразных движений пиявки, чтобы она присосалась. Замените пиявку другой, если она долго не присасывается. Положите салфетку под заднюю присоску. Снимите пиявку через 30 минут, протерев кожу в месте присасывания 10% хлоридом натрия. Обработайте ранки на коже пациента 3% раствором перекиси водорода. Наложите асептическую ватно-марлевую давящую повязку на 12-24 часа. Снимите перчатки.  **Окончание процедуры:** Обработайте использованные перчатки, пиявки, перевязочный материал в соответствии с требованиями санэпидрежима (отходы класса «В»). Вымойте руки. Сделайте запись о проделанной процедуре в медицинский документ.  **Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков:**  **Суточный диурез** - количество мочи, которое выделяется за сутки с учетом всей употребляемой за сутки жидкости. Для анализа мочи на суточный диурез необходимо собирать мочу строго в течение суток,  Определение суточного диуреза обычно проводится в условиях стационара (в больнице), но иногда и в домашних условиях.  Записывая количество выпитой (или введенной) жидкости следует учитывать фрукты и жидкие блюда (например, супы).  Жидкость записывается в мл.  Например, яблоко содержит около 30 мл жидкости, а в супе жидкость составляет около 75%, эти объемы очень важны для правильной интерпретации при определении суточного диуреза.  Полностью объем выделенной мочи за сутки и есть суточный диурез.  В среднем суточный диурез в норме составляет 75% от выпитой жидкости.  2/3 общего диуреза в норме должно приходиться на дневные часы, а остальная часть на ночные часы.  Суточный диурез в норме составляет около 2 л: мужчин 1000—2000 мл, у женщин 1000—1600 мл и при употреблении жидкости около 1-2 л.  Минимальный объем мочи - 500 мл, при объеме потребления жидкости не ниже 800 мл в сутки.  Суточный диурез в норме у детей:   * 1-3 месяца – 170-590 мл мочи * 4-5 месяцев – 250-670 мл мочи * 7-9 месяцев – 275-740 мл мочи * 10-12 месяцев – 340-810 мл мочи * 1-5 лет – 600-900 мл мочи * 5-10 лет – 700-1200 мл мочи * 10-14 лет – 1000-1500 мл мочи   Ориентировочно суточный диурез в норме у детей старше 1 года можно высчитать следующим образом: 600 + 100 (х - 1) мл за 24 ч, где х - возраст ребенка в годах.  Очень часто суточный диурез у беременных смотрят в тех случаях, когда подозревают скрытые или диагностируют явные отеки.  Если прибавка веса во время беременности идет больше нормы, то гинеколог может назначить мочу на суточный диурез.  С 20 недели беременности для контроля состояния желательно проводить измерение суточного диуреза два раза в месяц.  **Выявление скрытых и явных отеков:**  При осмотре кожных покровов медицинская сестра обращает внимание на наличие отеков.  **Отек** – это скопление жидкости в тканях. Характерны для хронических заболеваний сердца и почек.  При наличии отеков у пациента необходимо обратить внимание на их локализацию, консистенцию, степень выраженности. В случае выраженной отечности контуры конечностей и суставов сглажены, кожа напряжена, прозрачна, иногда лопается и через трещины просачивается жидкость. Длительно не проходящие отеки вызывают трофические расстройства кожи: она утолщается, грубеет, становится неэластичной.  **Отеки могут быть местные и общие**:  Местные отеки обусловлены локальными процессами (сдавление вен, нарушение оттока лимфы). Иногда местные отеки возникают в результате аллергической реакции организма, чаще всего на лекарственные вещества, продукты питания, укусы насекомых. Возможны и отеки воспалительного происхождения, основными симптомами которых являются гиперемия кожных покровов, боль, жар.  Общие отеки могут появляться у пациентов с заболеваниями сердца, почек, нарушением питания (кахексия).  **Отеки определяются**:  путем надавливания пальцем на кожу: если они имеются, в месте надавливания остается ямка, которая длительное время не исчезает;  подсчетом водного баланса (ведется учет выпитой жидкости и количества выделенной мочи) Суточный водный баланс – это соотношение между количеством выделенной жидкости из организма и количеством введенной жидкости в течение суток. Учитывается жидкость, содержащаяся во фруктах (условно фрукты и овощи считаются продуктами на 100% состоящими из воды и т.о. количество жидкости, получаемой с ними, определяется их массой), первые блюда (одна тарелка супа – 400-450 мл, из них ½ жидкая часть, ½ густая часть), третьи блюда – 100% жидкость и считаются парентерально введенные  растворы. Для учета выпитой больным воды утром ему дается графин с водой, из которого пьет воду только он.  при взвешивании пациента (в случае скопления жидкости в организме резко увеличивается масса тела).  В зависимости от локализации отека различают: гидроторакс (скопление жидкости в плевральной полости);гидроперикард (скопление жидкости в полости перикарда);асцит (скопление жидкости в брюшной полости); анасарку (общий отек туловища).  При хронических заболеваниях сердечно-сосудистой системы отеки появляются обычно к концу дня. Если пациент ходит (вертикальное положение туловища), отеки локализуются на нижних конечностях, при постельном режиме – в области поясницы.  ***Подсчет частоты дыхательных движений:***  **Цель**: определение частоты дыхательных движений.  **Показания**: контроль за функциональным состоянием пациента.  **Оснащение**: часы или секундомер, антисептик, ручка, бумага, температурный лист.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). Психологически подготовить пациента к манипуляции, преднамеренно предупредив его, что будут определяться свойства пульса; Получить согласие.  Провести гигиеническую обработку рук.  Попросить пациента принять удобное положение и не разговаривать.  Взять часы или секундомер.  **Выполнение процедуры**  Положить пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса.  Подсчитать частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки у женщин или брюшной стенки у мужчин.  Обратить внимание на глубину и ритмичность дыхания  **Завершение процедуры**  Сообщить пациенту результаты исследования «пульса».  Провести гигиеническую обработку рук.  Зарегистрировать частоту дыханий за минуту в температурном листе у.ф. № 004/у  ***Измерение артериального давления:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо измерить у вас артериальное давление. Вы не против? Получив согласие, начина процедуру:  **Цель**: определение показателей артериального давления и оценка результатов исследования.  **Показания**: по назначению врача для оценки функционального состояния организма, для самоконтроля АД.  **Оснащение**: тонометр, фонендоскоп, ручка, бумага, спиртовой антисептик, ватные шарики или салфетки, температурный лист - у.ф. № 004/у для регистрации данных, емкости для дезинфекции поверхностей, емкости для сбора отходов класса «А» и класса «Б»; чистые салфетки для обработки поверхностей; средства индивидуальной защиты: перчатки.  **Подготовка к процедуре**   1. Предупредить пациента за 15 минут до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.   Обеспечения точного результата. Убедиться, что мембрана фонендоскопа и трубки целы, стрелка манометра на нуле, вентиль на груше завинчен.  Выбрать правильный размер манжеты.  Провести гигиеническую обработку рук.  Попросить пациента принять удобное положение (лечь или сесть).  **Выполнение процедуры** Уложить руку пациента в разогнутом положении (под локоть можно положить сжатый кулак кисти свободной руки или валик). Освободить руку от одежды.На обнаженное плечо пациента наложить манжету на 2 – 3 см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты). Между плечом и манжетой должен проходить 1 палец.Вставить фонендоскоп в уши и одной рукой поставить мембрану фонендоскопа на область локтевого сгиба (место нахождения плевой артерии).Нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации на лучевой артерии (+ 20-30 мм. рт. ст. т.е. выше предполагаемого АД).Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм. рт. ст. в 1 секунду, постепенно открывая вентиль.Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны на шкале манометра соответствующую систолическому АД.Продолжить выпускать воздух из манжеты отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова.Выпустить весь воздух из манжетки и повторить процедуру через 1 – 2 минуты.Сообщить пациенту результат измерения. **Завершение процедуры:** Результат АД можно записать в виде дроби на листке бумаги, в числительном – систолическое давление, в знаменателе – диастолическое давление (АД 120/80 мм. рт. ст.). Надеть перчатки. Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной антисептиком, обработать манжету.Салфетку сбросить в емкость для отходов класса «БСнять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б», Провести гигиеническую обработку рук.Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнение порционного требования | 2 | |  | Профилактика пролежней | 1 | |  | Поставка пиявки на тело пациента | 1 | |  | Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков | 2 | |  | Подсчет частоты дыхательных движений | 1 | |  | Измерение артериального давления | 1 | | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 04. 06. 20 г. | ***План рабочего дня:*** 1. Заполнение температурного листа при регистрации показателей: масса тела, рост; частота пульса, АД, ЧДД, температуры тела. 2. Измерение температуры тела. 3. Измерение пульса. 4. Антропометрия. 5. Забор крови из вены на исследование. 6. Дуоденальное зондирование.  ***Заполнение температурного листа при регистрации показателей: масса тела, рост; частота пульса, АД, ЧДД, температуры тела:***    ***Измерение температуры тела:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо измерить вашу температуру тела, вы не против? Получив согласие, приступаю к процедуре:  **Цель**: определение температуры тела.  **Показания**: контроль за функциональным состоянием пациента.  **Оснащение**: медицинский термометр, часы, антисептик, температурный лист, емкость для дезинфекции медицинских термометров, полотенце или салфетка.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента до проведения измерения. Получить согласие.  Провести гигиеническую обработку рук.  Попросить пациента принять удобное положение.  Предложить пациенту осушить подмышечную область салфеткой, салфетку сбросить в отходы класса «Б».  Проверить, чтобы уровень ртутного столбика находился ниже отметки 35 °С.  **Выполнение процедуры**  Поместить медицинский термометр в середину подмышечной впадины ртутным резервуаром на 7-10 минут. Пациент должен прижать руку к груди.  Извлечь термометр из подмышечной впадины, отметить значение температуры тела, сообщить пациенту.  **Завершение процедуры**  Стряхнуть термометр, до значения ртутного столбика ниже отметки 35 °С.  Поместить термометр в емкость для дезинфекции.  Провести гигиеническую обработку рук.  Зарегистрировать значение температуры в температурном листе у.ф. № 004/у.  **Измерение пульса:**  **Цель**: определение температуры тела.  **Показания**: контроль за функциональным состоянием пациента.  **Оснащение**: медицинский термометр, часы, антисептик, температурный лист, емкость для дезинфекции медицинских термометров, полотенце или салфетка.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента до проведения измерения. Получить согласие.  Провести гигиеническую обработку рук.  Попросить пациента принять удобное положение.  Предложить пациенту осушить подмышечную область салфеткой, салфетку сбросить в отходы класса «Б».  Проверить, чтобы уровень ртутного столбика находился ниже отметки 35 °С.  **Выполнение процедуры**  Поместить медицинский термометр в середину подмышечной впадины ртутным резервуаром на 7-10 минут. Пациент должен прижать руку к груди.  Извлечь термометр из подмышечной впадины, отметить значение температуры тела, сообщить пациенту.  **Завершение процедуры**  Стряхнуть термометр, до значения ртутного столбика ниже отметки 35 °С.  Поместить термометр в емкость для дезинфекции.  Провести гигиеническую обработку рук.  Зарегистрировать значение температуры в температурном листе у.ф. № 004/у.  ***Антропометрия:***  **Определение массы тела:**  **Цель**: измерение массы тела.  **Оснащение**: весы электронные напольные; одноразовая салфетка на площадку весов; емкости для дезинфекции поверхностей , емкости для сбора отходов класса «А» и класса «Б»; чистые салфетки для обработки поверхностей; средства индивидуальной защиты: перчатки, антисептик, ручка, бумага, температурный лист.  **Подготовка к процедуре**:  Предупредить пациента до проведения измерения (Взвешивание взрослых пациентов проводится натощак утром, в одни и те же часы, после предварительного опорожнения мочевого пузыря и кишечника в нательном белье). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.  Провести гигиеническую обработку рук.  Включить весы, уравновесить (весы должны находиться на ровной поверхности). На платформу весов положить одноразовую салфетку.  **Выполнение процедуры:**  Предложить пациенту осторожно встать в центре площадки на салфетку (без тапочек).  Произвести взвешивание (зафиксировать результат).  Предложить пациенту осторожно сойти с весов.  Сообщить результат пациенту.  Записать данные взвешивания в температурный лист у.ф. № 004/у.  Оценить результат (в норме масса тела по формуле Брокка равна, примерно, рост минус 100).  **Завершение процедуры**:  Надеть перчатки, одноразовую салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б».  Поверхность весов обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность.  Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  **Измерение роста пациента, в положении стоя:**  **Цель:** измерение роста.  **Оснащение**: ростомер, одноразовая салфетка на площадку ростомера; емкости для дезинфекции поверхностей, емкости для сбора отходов класса «А» и класса «Б»; чистые салфетки для обработки поверхностей; средства индивидуальной защиты: перчатки, антисептик ручка, бумага, температурный лист.  **Подготовка к процедуре**:  Предупредить пациента до проведения измерения. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.  Провести гигиеническую обработку рук.  Предложить пациенту снять верхнюю одежду и обувь.  На основание ростомера положить одноразовую салфетку.  **Выполнение процедуры:**  Встать сбоку ростомера и поднять горизонтальную планку выше предполагаемого роста пациента.  Предложить пациенту встать на основу ростомера так, чтобы пятки, ягодицы, лопатки и затылок касались вертикальной планки, а голова была в таком положении, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии.  Планшетку ростомера опустить на темя пациента и определить рост на шкале.  Сообщить пациенту его рост.  Предложить пациенту сойти с основы ростомера, придерживая в это время планку, чтобы не травмировать пациента.  Записать данные измерения в температурный лист у.ф. № 004/у.  **Завершение процедуры:**  Надеть перчатки, салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б».  Поверхность ростомера обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность.  Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  **Измерение роста, в положении сидя:**  **Цель**: измерение роста.  **Оснащение**: ростомер, одноразовая салфетка на площадку ростомера; емкости для дезинфекции поверхностей, емкости для сбора отходов класса «А» и класса «Б»; чистые салфетки для обработки поверхностей; средства индивидуальной защиты: перчатки, антисептик, ручка, бумага, температурный лист.  **Подготовка к процедуре**:  Предупредить пациента до проведения измерения. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.  Провести гигиеническую обработку рук.  Предложить пациенту снять верхнюю одежду и обувь.  На основание ростомера положить одноразовую салфетку.  **Выполнение процедуры**:  Установить скамью ростомера и поднять планшетку выше предполагаемой высоты.  Помочь пациенту сесть на скамейку ростомера так, чтобы ягодицы, лопатки и затылок касались планки ростомера а голова была в таком положении, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии.  Планшетку ростомера опустить на темя пациента.  К показателю на планке добавить расстояние от пола до скамейки ростомера.  Сообщить пациенту его рост.  Предложить пациенту встать со скамьи ростомера, при необходимости помочь ему.  Записать данные измерения в температурный лист у.ф. № 004/у.  **Завершение процедуры:**  Надеть перчатки, одноразовую салфетку утилизировать в отходы класса «Б».  Поверхность ростомера обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность.  Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  ***Забор крови из вены на исследование:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо взять у вас кровь на исследование, вы не против? Получив согласие, преступаю к процедуре: Цель – проведение забора крови на исследование.Показания: назначение врача.Оснащение: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, очки или щиток; система вакуумного забора крови; вакуумная пробирка Vacuette с крышкой; стерильный лоток; стерильный пинцет; лоток для использованного материала; стерильные ватные шарики; жгут; клеенчатая подушечка; кожный антисептик, разрешенный к применению. Емкости для дезинфекции, емкости для сбора медицинских отходов. **Подготовка к процедуре**  Накануне исследования провести инструктаж и составить памятку по подготовке пациента к процедуре.  Пригласить и проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. Выписать направление. Промаркировать пробирки.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, надеть перчатки.  Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  Собрать систему вакуумного забора крови Vacuette.  **Выполнение процедуры**  Удобно усадить или уложить пациента  Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба.  Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента.  Надеть очки.  Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле безопасности. (площадью 15х15 см) движением снизу вверх.  Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола).  Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см.  Провести пунктирование вены.  Вставить пробирку в держатель до упора.  Ослабить жгут, как только кровь начнет поступать в пробирку.  После прекращения тока крови извлечь пробирку из держателя.  Вынуть держатель с иглой из вены, предварительно приложив к месту венепункции ватный шарик, или спиртовую салфетку(либо наложить давящую повязку).  **Завершение процедуры**  Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, очки, маску и поместить в емкость для дезинфекции. Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  Пробирки доставить в лабораторию в герметичном контейнере.  ***Дуоденальное зондирование:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Вам необходимо пройти дуоденальное зондирование по назначению врача, вы не против? Получив согласие, преступаю к процедуре:  **Цель**: исследование желчи.  **Показания**: заболевание желчного пузыря и желчных протоков.  **Противопоказания**: острый холецистит, обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.  **Оснащение**: фантомы для выполнения манипуляций; комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий; антисептический раствор для гигиенической обработки рук; стерильный дуоденальный зонд; шприц 20 мл; стерильный лоток, и пинцет; лоток для использованного материала; 33 % раствор магния сульфата или 40 % раствор глюкозы; пробирки 10-15 штук; стерильная вода; полотенце; салфетка; грелка; валик; штатив для пробирок; низкая скамейка; направление.  **Подготовка к процедуре**  Объяснить пациенту цель и ход исследования, уточнить аллергоанамнез. Получить согласие на проведение процедуры.  Промаркировать пробирки и направление для идентификации.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, перчатки. Подготовить оснащение: из упаковки пинцетом достать дуоденальный зонд и положить в стерильный лоток.  Обработать перчатки антисептическим раствором.  **Выполнение процедуры**  Измерить длину зонда (от мочки уха до резцов, от резцов до пупка и сделать метку №1, прибавить ширину ладони пациента (10-15 см), сделать метку №2).  Предложить пациенту сесть, широко открыть рот. В руки пациенту дать полотенце.  Смочить зонд стерильной водой и ввести за корень языка, затем постепенно с помощью глотательных движений до метки №1 (зонд в желудке). С помощью шприца с воздухом проверить местонахождение зонда. На свободный конец наложить зажим.  Уложить пациента на кушетку (без подушки) на правый бок, под таз подложить валик, под правое подреберье - грелку.  Снять зажим, свободный конец зонда опустить в пробирку на штативе на низкой скамейке рядом с кушеткой; выделяется мутное, светлое содержимое желудка.  Предложить пациенту медленно заглатывать зонд до метки №2. Продолжительность заглатывания 40-60 мин.Зонд попадает в 12-перстную кишку и начинает выделяться золотисто-желтая жидкость. Это порция «А», дуоденальная желчь - (содержимое из 12-перстной кишки) - 15-40 мл за 20-30 минут.  После первой порции ввести раздражитель с помощью шприца через зонд в теплом виде (для лучшего отхождения порции «В») - 30-50 мл 33% раствора сульфата магния или 40% раствора глюкозы.  Уложить пациента на спину, наложить зажим на свободный конец зонда на 10 минут.  Уложить пациента на правый бок, снять зажим, опустить зонд в пробирки поочередно выделяется темно-оливковая желчь. Это порция «В», пузырная желчь - (из желчного пузыря) - 30-60 мл за 20-30 минут.  Переложить зонд в следующие пробирки, когда начнет выделяться прозрачная, светло-желтая желчь. Это порция «С», печеночная желчь (из желчных протоков) - 15-20 мл за 20-30 мин.  **Завершение процедуры**  Извлечь зонд при помощи салфетки, дать пациенту прополоскать рот.  Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Отправить все пробирки в лабораторию с направлением (для выявления форменных элементов, простейших и т.д.).   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнение температурного листа при регистрации показателей: масса тела, рост; частота пульса, АД, ЧДД, температуры тела. | 6 | |  | Измерение температуры тела. | 1 | |  | Измерение пульса. | 1 | |  | Антропометрия | 1 | |  | Забор крови из вены на исследование. | 1 | |  | Дуоденальное зондирование. | 1 | |  |  |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 05. 06. 20 г. | ***План рабочего дня: 1.*** Постановка банок. 2. Постановка горчичников. 3. Постановка согревающего компресса. 4. Применение грелки, пузыря со льдом. 5. Постановка горячего и холодного компрессов. 6. Разведение антибиотиков.  **Постановка банок**: Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра, мне необходимо поставить вам банки, вы не против? Получив согласие, приступаю к процедуре:  **Цель**: снять острые воспалительные процессы, снизить артериальное давление.  **Показания**: острые воспалительные процессы верхних дыхательных путей; миозиты, радикулиты, остеохондрозы; гипертония (вдоль позвоночника в шахматном порядке отступя от позвоночника 1 – 1,5см.).  **Противопоказания**: туберкулез, новообразования, кровохарканье, кровотечения, свежие ушибы и травмы грудной клетки, аллергические реакции, повреждения кожи и заболевания кожи.  **Оснащение**: медицинские банки, шпатель, корнцанг, этиловый спирт 96 %-ный, вазелин, дезинфицирующее средство, полотенце или пеленка, вата, спички, емкость с водой, ящик для банок, часы, станок для бритья (при необходимости), емкость для дезинфекции.  **Подготовка к процедуре**.  Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  Убедиться в целостности краев банок и разместить их в ящике, на столе у постели пациента.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Отрегулировать высоту кровати.  Опустить изголовье кровати, помочь пациенту лечь на живот (при постановке банок на спину), предложить повернуть голову на бок, руками обхватить подушку. Освободить от одежды верхнюю часть туловища.  Длинные волосы пациента(ки) прикрыть пеленкой. При наличии волос в месте постановки банок, заручившись согласием пациента, сбрить их.  **Выполнение процедуры**.  Нанести на кожу тонкий слой вазелина.  Сделать плотный фитиль из ваты и закрепить на корнцанге.  Смочить фитиль в спирте и отжать его. Флакон закрыть крышкой и отставить в сторону. Вытереть руки.  Зажечь фитиль.  Ввести фитиль в банку, предварительно взятую в другую руку.  Удержать фитиль в полости банки 2-3 с, извлечь его и быстрым движением приставить банку к коже больного.  Повторить этапы 5-6 необходимое, по числу банок, количество раз.  Потушить фитиль, погрузив его в воду.  Накрыть поверхность банок полотенцем или пеленкой,а сверху накрыть больного одеялом.  Через 3-5 мин проконтролировать эффективность постановки по выраженному (1 и более см.) втягиванию кожи в полость банки и убедиться в отсутствии болевых ощущений у пациента. При неэффективной постановке одной или нескольких банок – снять их и установить повторно.  Выдержать экспозицию 15-20 мин.  По истечении времени процедуры снять банки (одной рукой отклонить банку в сторону, другой надавить на кожу с противоположной стороны у края банки, после чего снять банку).  Салфеткой удалить с кожи пациента вазелин.  **Завершение процедуры.**  Помочь пациенту одеться.  Банки продезинфицировать, вымыть и уложить в ящик.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Уточнить у пациента его самочувствие.  Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.  ***Постановка горчичников***: Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра, мне необходимо поставить вам горчичники, вы не против? Получив согласие, приступаю к процедуре:  **Цель**: снятие острых воспалительных процессов, расширение сосудов (сердца) и снятие болей, снижение артериального давления.  **Показания**: острые воспалительные процессы верхних дыхательных путей (пневмонии, плевриты, бронхиты, ларингиты и др.); миозиты, радикулиты, остеохондрозы; спазм сосудов сердца, что дает боль (на область сердца); гипертония (на икроножные мышцы и на основание шеи, как отвлекающее).  **Противопоказания**: туберкулёз; новообразования; кровохарканье, кровотечения; свежие ушибы, травмы грудной клетки; аллергические реакции на горчичники; высокая температура (выше 38˚); резкое снижение или отсутствие кожной чувствительности, беременность.  **Оснащение**: горчичники, лоток для использованного материала, непромокаемый мешок или контейнер для утилизации отходов класса Б, дезинфицирующее средство, пеленка, часы, салфетка, емкость для воды, водный термометр, нестерильные перчатки.  **Подготовка к процедуре.**  Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Уточнить отсутствие аллергии на горчицу. В случае наличия аллергии и отсутствия согласия на процедуру - уточнить дальнейшие действия у врача.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки.  Осмотреть кожу пациента на предмет повреждений, гнойничков, сыпи – для определения показаний к проведению процедуры.  Проверить пригодность горчичников: горчица не должна осыпаться с бумаги и иметь специфический (резкий) запах. При использовании горчичников, сделанных по другим технологиям (например, пакетированная горчица) проверить срок годности.  Подготовить оснащение. Налить в лоток горячую (40° - 45°) воду.  Помочь пациенту лечь на живот (при постановке горчичников на спину) и принять удобную позу, голова пациента должна быть повернута на бок.  **Выполнение процедуры.**  Погрузить горчичник в горячую воду, дать ей стечь.  Плотно приложить горчичник к коже стороной, покрытой горчицей.  Повторить действия, размещая нужное количество горчичников на коже.  Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом.  Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 3-5 мин.  Оставить горчичники на 10-15 мин, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице  **Завершение процедуры**.  При появлении стойкой гиперемии (через 10-15 мин) снять горчичники и положить их в приготовленный лоток для использованных материалов с последующей их утилизацией .  Смочить салфетку в теплой воде и снять с кожи остатки горчицы.  Пеленкой промокнуть кожу пациента насухо.  Помочь ему надеть нижнее белье, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели еще не менее 20-30 мин и в этот день не принимал ванну или душ.  Снять перчатки.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Уточнить у пациента его самочувствие.  Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  ***Постановка согревающего компресса***: Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра, мне необходимо поставить вам согревающий компресс, вы не против? Получив согласие, приступаю к процедуре:  **Цель**: снятие болей, ускорение рассасывания старых воспалительных процессов  **Показания**: местные воспалительные процессы кожи и подкожно-жировой клетчатки, воспалительные процессы суставов, воспаление среднего уха, а также старые ушибы (через сутки после травмы).  **Противопоказания**: отеки, гнойные процессы, свежие ушибы, кровоподтеки, повреждения кожи, кожные заболевания, острые воспалительные процессы, высокая лихорадка, аллергические реакции.  Оснащение: спирт этиловый 45˚ (или емкость с теплой водой 40˚-45˚); бинт; салфетка, сложенная в 8 слоёв; компрессная клеёнка на 2см больше салфетки; ватная подушечка, так же со всех сторон больше клеёнки на 2см, емкость для сбора отходов класса «Б».  **Подготовка к процедуре**  Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Осмотреть кожные покровы.  Подготовить салфетку нужного размера 6-8 слоев. Вырезать кусок компрессной клеёнки – на 2см больше салфетки со всех сторон. Приготовить ватную подушечку – на 2см больше компрессной клеёнки, сложить слои – вата, затем компрессная клеёнка, марлевая салфетка.  Развести спирт и смочить салфетку в полуспиртовом растворе, слегка отжать и положить сверху компрессной клеёнки (правило «Лесенки» - каждый последующий слой должен быть больше предыдущего по периметру на 1,5 – 2см).  **Выполнение процедуры** Все слои компресса положить на нужный участок кожи (салфетка, клеёнка, слой ваты).Зафиксировать компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии, чтобы он плотно прилегал к коже.Напомнить пациенту, что компресс поставлен на 4-6 часов (полуспиртовый).Проверить качество наложения компресса, для этого через 1,5-2 часа под компресс подсунуть палец и если салфетка сухая, то компресс надо переделать, если нет – подтянуть.Обработать руки гигиеническим способом, осушить. **Завершение процедуры** Снять компресс через положенное время, сбросить в емкость для отходов.Вытереть кожу и наложить сухую повязку.Обработать руки гигиеническим способом, осушитьСделать отметку о выполнении процедуры и реакции пациента в «Медицинской карте стационарного больного». ***Постановка горячего и холодного компрессов:***  **Горячий компресс: Цель**: снятие болей, ускорение рассасывания старых воспалительных процессов  **Показания**: суставные боли без отёков; старые воспалительные процессы; старые ушибы.  **Противопоказания**: гнойные воспалительные процессы; свежие ушибы, травмы, повреждения кожи; кровоподтеки, кровоизлияния; новообразования; отеки.  **Оснащение**: плотная ткань; клеенка; шерстяную ткань или грелку.  **Подготовка к процедуре**  Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение.  Провести гигиеническую обработку рук.  **Выполнение процедуры**  Смочить ткань в горячей воде, хорошо отжать.  Приложить смоченную ткань к телу.  Поверх ткани плотно наложить клеенку.  Поверх клеенки положить грелку или теплую шерстяную ткань.  Менять компресс каждые 10-15 мин.  Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени.  Интересоваться самочувствием пациента  **Завершение процедуры**  Тканевую салфетку сбросить в емкость для сбора грязного белья.  Провести гигиеническую обработку рук.  **Холодный компресс:**  **Цель**: снятие болей, ускорение рассасывания старых воспалительных процессов  **Показания**: суставные боли без отёков; старые воспалительные процессы; старые ушибы.  **Противопоказания**: гнойные воспалительные процессы; свежие ушибы, травмы, повреждения кожи; кровоподтеки, кровоизлияния; новообразования; отеки.  **Оснащение**: плотная ткань; клеенка; шерстяную ткань или грелку.  **Подготовка к процедуре**  Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение.  Провести гигиеническую обработку рук.  **Выполнение процедуры**  Смочить ткань в горячей воде, хорошо отжать.  Приложить смоченную ткань к телу.  Поверх ткани плотно наложить клеенку.  Поверх клеенки положить грелку или теплую шерстяную ткань.  Менять компресс каждые 10-15 мин.  Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени.  Интересоваться самочувствием пациента  **Завершение процедуры**  Тканевую салфетку сбросить в емкость для сбора грязного белья.  Провести гигиеническую обработку рук.  ***Применение грелки и пузыря со льдом:***  **Применение грелки**  **Цель**: для снятия болей, отёков, ускорение рассасывания старых воспалительных процессов, для согревания тела.  **Показания**: хронические вялотекущие воспалительные процессы в стадии рассасывания; для согревания тела при лихорадке (1-ый период); после инъекций; коллаптоидные состояния; спазм моче- и желчевыводящих путей и др. дуоденальное зондирование; постинъекционные инфильтраты; гипертония (к ногам для отвлечения крови от мозга).  **Противопоказания**: острые воспалительные процессы в брюшной полости (аппендицит, перитонит и др.); гнойные воспалительные процессы; кровотечения; туберкулез; новообразования; различные кровоизлияния, гематомы; при ошибочном введении лекарственных веществ; все боли не ясной этиологии; свежие ушибы, травмы; кожные заболевания, повреждения кожи.  **Оснащение**: грелка; пеленка; горячая вода (60˚-70˚), водный термометр, емкости для дезинфекции, чистые тканевые салфетки, емкости для отходов.  **Подготовка к процедуре**  Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.  Провести гигиеническую обработку рук  Налить горячую воду (предварительно измерив ее температуру) в грелку 2\3-1\2 объёма.  Выпустить воздух. Завинтить плотно пробкой.  Перевернуть грелку пробкой вниз, чтобы убедиться, что пробка завинчена плотно, затем вернуть в исходное положение и обернуть пеленкой.  **Выполнение процедуры**  Если пациент без сознания или лишен чувствительности, то необходимо проверить температуру грелки на себе.  Положить грелку на нужную область тела. Узнать через 5 минут об ощущениях пациента.  Убрать грелку по истечении назначенного врачом времени (20 минут).  **Завершение процедуры**  Осмотреть кожу пациента. Накрыть пациента одеялом.  Провести гигиеническую обработку рук.  Надеть перчатки, обработать грелку, после экспозиции промыть ее проточной водой и повесить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». Вымыть руки  Сделать отметку в «Медицинской карте».  **Применение пузыря со льдом:**  **Цель**: остановить и предотвратить кровотечение, кровоподтёки, снизить температуру, замедлить развитие острых воспалительных процессов.  **Показания**: кровотечения, кровоподтеки, кровохарканье; черепно-мозговые травмы, сотрясение головного мозга; свежие ушибы, травмы без повреждений кожи; гнойные воспалительные процессы; после родов, абортов, после операций; ошибочное введение лекарственных средств.  **Противопоказания**: коллаптоидные состояния, шок; хронические воспалительные заболевания; повреждения кожных покровов; общее истощение; туберкулез.  **Оснащение**: кубики льда; пузырь для льда; пеленка или салфетка, холодная вода, емкости для дезинфекции, чистые тканевые салфетки, емкости для отходов.  **Подготовка к процедуре**  Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение  Вымыть руки.  Приготовьте кусочки льда  Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Заполнить пузырь кусочками льда на 1/2 объема и налить один стакан холодной воды 14 – 16 C°. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Завинтить крышку пузыря со льдом. Обернуть пузырь со льдом полотенцем в четыре слоя (толщина прокладки не менее 2 см).  **Выполнение процедуры**  Положите пузырь со льдом на нужный участок тела.  Оставьте пузырь со льдом на 20–30 минут. Периодически узнавать у пациента о самочувствии.  **Завершение процедуры**  Убрать пузырь со льдом.  Провести гигиеническую обработку рук  Надеть перчатки, обработать пузырь, после экспозиции промыть его проточной водой и положить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». Вымыть руки.  Сделать отметку в «Медицинской карте»  ***Разведение антибиотиков:***  **Цель**: подготовка к инъекции  **Оснащение**: флакон с лекарственным средством (порошок); ампула с растворителем; стерильный пинцет; нестерильный пинцет; стерильный лоток; стерильные одноразовые шприцы; ватные шарики; спиртсодержащий антисептик; лоток для использованного материала.  **Подготовка к процедуре**  Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом. Надеть маску, надеть перчатки.  Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом.  Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток.  Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить пригодность лекарственного средства (отсутствие посторонних примесей, осадка и пр.).  **Выполнение процедуры**  Первым шариком обработать наружную крышку флакона с лекарственным препаратом (порошком)  Нестерильным пинцетом вскрыть центральную часть безопасности. металлической крышки флакона (при необходимости).  Обработать резиновую пробку флакона вторым ватным шариком. Обработать ватным шариком ампулу и вскрыть ее. Набрать в шприц из ампулы необходимое количество растворителя по инструкции антибактериального препарата (разведение 1:1, или 1:2), удалить из шприца пузырьки воздуха.  Под углом 90 ° ввести иглу во флакон с лекарственным средством (порошком), проколов резиновую пробку.  Выпустить растворитель во флакон с порошком антибиотика, придерживая канюлю иглы.  Снять иглу вместе с флаконом с подигольного конуса, соблюдая инфекционную безопасность. Шприц положить в стерильный лоток, соблюдая инфекционную безопасность.  Аккуратно перемешать лекарственное средство во флаконе до полного его растворения и иглу снова присоединить к подигольному конусу, не вынимая из флакона.  Поднять флакон вверх дном и набрать содержимое флакона или его часть (по назначению врача) в шприц.  **Завершение процедуры**  Сменить иглу, вытеснить воздух из шприца, не снимая колпачок с иглы.  Готовый шприц положить в стерильный лоток, укрепив его рукояткой за боковую сторону лотка.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка банок | 1 | |  | Постановка горчичников | 2 | |  | Постановка согревающего компресса. | 1 | |  | Применение грелки, пузыря со льдом | 2 | |  | Постановка горячего и холодного компрессов | 1 | |  | Разведение антибиотиков. | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 06. 06. 20 г. | **План рабочего дня: 1.** Осуществить посмертный уход. 2. Введение лекарственного средства в прямую кишку. 3. Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента. 4. Уход за лихорадящим больным. 5. Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером. 6. Опорожнение мочевого дренажного мешка. 7. Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника. 8. Уход за лихорадящим больным. 9. Работа со стерильным биксом, стерильным материалом. 10. Транспортировка и перекладывание больного. 11. Катетеризация мочевого пузыря.  ***Осуществление посмертного ухода:***  **Порядок действий**  Установите ширму.  Наденьте перчатки и фартук.  Положите тело на спину, уберите подушки.  Поместите конечности в нейтральное положение (руки вдоль тела). Уберите любые механические приспособления, например шины. Трупное окоченение появляется через 2-4 часа после смерти.  Полностью накройте тело простынёй, если Вы вынуждены отлучиться.  Аккуратно закройте глаза, обеспечив легкое давление, в течение 30 сек. на опущенные веки.  Раны с выделениями должны быть закрыты чистой непромокаемой пеленкой, надежно зафиксированы широкой липкой лентой во избежание протекания.  Выясните у родственников, необходимо ли снять обручальное кольцо. Заполните форму и обеспечьте сохранность ценностей. Украшения должны сниматься в соответствии с правилами лечебного учреждения в присутствии второй медсестры. Список украшений должен быть внесён в форму уведомления о смерти.  Заполните формы, идентифицирующие пациента, и идентификационные браслеты.  Закрепите браслеты на запястье и лодыжке.  Извещение о смерти должно заполняться в соответствии с правилами лечебного учреждения, которые могут предписывать закрепление данного документа на одежде пациента или простыне.  Накройте тело простынёй.  Свяжитесь с санитарами для перевозки тела в морг. Родственники ещё раз могут проститься с умершим в похоронном зале после разрешения персонала морга.  Снимите и утилизируйте перчатки и фартук в соответствии с местными правилами и вымойте руки.  Все манипуляции должны быть документированы. Делается запись о религиозных обрядах. Фиксируются также данные о способе завертывания тела (простыни, мешок) и наложенных повязках (на раны  на отверстия).  ***Введение лекарственного средства в прямую кишку:***  **Цель**: оказать местное или резорбтивное медикаментозное воздействие через слизистую оболочку прямой кишки.  **Показания**: назначение врача.  **Оснащение**: фантом; спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки, маска; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, суппозитории из холодильника.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  Достать упаковку с суппозиториями из холодильника, прочитать названия суппозитория, уточнить срок годности, сравнить названия с назначением врача. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, перчатки.  Отгородить пациента ширмой.  Положить под ягодицы адсорбирующую пеленку. Попросить пациента принять положение на спине или на левом боку и согнуть ноги в коленях.  **Выполнение процедуры:**  Вскрыть оболочку, в которую упакован суппозиторий, но не извлекать его.  Попросить пациента расслабиться.  Развести ягодицы одной рукой, а другой ввести выдавленный из упаковки суппозиторий в анальное отверстие (оболочка от упаковки останется у Вас в руках).  Предложить пациенту лечь в удобное для него положение (помочь при необходимости).  **Завершение процедуры:**  Оболочку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Снять маску, перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  ***Уход за лихорадящим больным:***  **1 период лихорадки.**  Обеспечить постельный режим.  Тепло укрыть пациента, к ногам положить грелку.  Обеспечить обильное горячее питьё (чай, настой шиповника и др.).  Контролировать физиологические отправления.  Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.  **2 период лихорадки**  Следить за строгим соблюдением пациентом постельного режима.  Обеспечить постоянное наблюдение за лихорадящим пациентом (контроль АД, пульса, температуры тела, за общим состоянием).  Заменить теплое одеяло на легкую простыню.  Давать пациенту (как можно чаще!) витаминизированное прохладное питье (морс, настой шиповника).  На лоб пациента положить пузырь со льдом или холодный компресс, смоченный в растворе уксуса (2 столовых ложки на 0,5 литра воды) - при выраженной головной боли и для предупреждения нарушения сознания.  При гиперпиретической лихорадке следует сделать прохладное обтирание, можно использовать примочки (сложенное вчетверо полотенце или холщовую салфетку, смоченные в растворе уксуса пополам с водой и отжатые, нужно прикладывать на 5-10 мин., регулярно их меняя).  Периодически протирать слабым раствором соды ротовую полость, a губы смазывать вазелиновым маслом.  Питание осуществлять по диете № 13.  Следить за физиологическими отправлениями, подкладывать судно, мочеприёмник.  Проводить профилактику пролежней.  **3 период лихорадки**  **1 вариант литическое снижение температуры**  Создать пациенту покой.  Контролировать t°, АД, ЧДД, РS.  Производить смену нательного и постельного белья.  Осуществлять уход за кожей.  Перевод на диету № 15, по назначению врача.  Постепенно расширять режим двигательной активности  **2 вариант критическое снижение температуры**  Вызвать врача  Организовать доврачебную помощь:  уложить пациента на ровную поверхность, убрать подушку из-под головы, приподнять ножной конец кровати;  подать увлажненный кислород;  контролировать АД, пульс, температуру;  дать крепкий сладкий чай;  укрыть пациента одеялами, к рукам и ногам пациента приложить грелки; 6. следить за состоянием кожных покровов;  следить за состоянием его нательного и постельного белья (по мере необходимости бельё нужно менять, иногда часто).  Приготовить для п/к введения 10% раствор кофеин-бензоат натрия, кордиамин, 0,1% раствор адреналина, 1% раствор мезатона.  Выполнить назначение врача.  ***Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента:***   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Телосложение: масса тела относительно роста | Балл | Тип кожи | Балл | Пол, возраст (лет) | Балл | Особые факторы риска | Балл | | Среднее  Выше среднего  Ожирение  Ниже среднего | 0  1  2  3 | Здоровая  Папиросная бумага  Сухая  Отечная  Липкая (повышенная температура)  Изменение цвета  Трещины, пятна | 0  1  1  1  1  2  3 | Муж.  Жен.  14-49  50-64  65-74  75-81  более 81 | 1  2  1  2  3  4  5 | Нарушение питания кожи, например,  терминальная кахексия  Сердечная недостаточность  Болезни периферических сосудов  Анемия  Курение | 8  5  5  2  1 | | Недержание | Балл | Подвижность | Балл | Аппетит | Балл | Неврологические расстройства | Балл | | Полный контроль/ через катетер  Периодическое  через катетер Недержание кала  Кала и мочи | 0  1  2  3 | Полная  Беспокойный, суетливый  Апатичный  Ограниченная подвижность  Инертный  Прикованный к креслу | 0  1  2  3  4  5 | Средний  Плохой  Питательный зонд/ только жидкости  Не через рот / анорексия | 0  1  2  3 | например, диабет, множественный склероз, инсульт, моторные/ сенсорные, параплегия | 4-6 | | Обширное оперативное вмешательство / травма | балл | Лекарственная терапия | Балл |  |  |  |  | | Ортопедическое – ниже пояса, позвоночник;  Более 2 ч на столе | 5  5 | Цитостатические препараты  Высокие дозы стероидов  Противовоспалительные | 4  4  4 |  |  |  |  |   Баллы по шкале Ватерлоу суммируются, и степень риска определяется по следующим итоговым значениям:   * нет риска -1-9 баллов, * есть риск -10 баллов, * высокая степень риска -15 баллов, * очень высокая степень риска -20 баллов.   У неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить ежедневно, даже в случае, если при первичном осмотре степень риска оценивалась в 1-9 баллов.  ***Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника:*** Здравствуйте, меня зовут Виктория Романовна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо провести с вами обучение по уходу за за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника. Вы не против? Получив согласие, приступаю к обучению и процедуре: 1. Помогите родственнику занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку. 2. Обработайте руки гигиеническим способом и наденьте перчатки. 3. Вымойте промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем. 4. Вымойте марлевой салфеткой, а затем высушите проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см. 5. Осмотрите область уретры вокруг катетера: убедитесь, что моча не подтекает. 6. Осмотрите кожу промежности идентифицируя: признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое). 7. Убедитесь, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута. 8. Убедитесь, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости. 9. Уберите адсорбирующую пеленку в отходы класса «Б». 10. Проведите дезинфекцию использованного материала. 11. Снимите перчатки и сбросьте в отходы класса «Б».  ***Использование мочеприемника: 1.*** Обработайте руки. Отделите трубку мочеприемника от катетера (дренажа). 2. Слейте мочу из использованного мочеприемника в унитаз, положите его в целлофановый пакет и отложите в сторону (утилизация в отходы класса «Б», в домашних условиях – в контейнер для мусора). 3. Соедините чистый мочеприемник с дренажом. 4. С помощью мерки проверьте размер стомы. 5. Обработайте руки.  **Примечание**: 1. Можно порекомендовать пациенту сшить специальный мешочек для мочеприемника и укрепить его на поясе. 2. Уровень мочеприемника (а, следовательно, и мешочка) должен быть обязательно ниже уровня цистостомы. 3. Поэтому чаще всего пациенты носят их в брюках. 4. Обязательно предупредить пациента, что в случае признаков воспаления стомы (покраснение, гнойнички и т.д.), а также в случае задержки мочи, появления крови в моче срочно обратиться к врачу.  После окончания обучения отвечаю на вопросы пациента.Убедившись, что пациент понял обучение, прощаюсь. Провожу гигиеническую обработку рук и заполняю документацию о проведенном обучении.  ***Опорожнение мочевого дренажного мешка: 1.*** Тщательно вымойте руки 2.Опустите мочеприемник ниже бедра или мочевого пузыря, так как Вы будете его опорожнять .3.Держите мочеприемник над унитазом или над специальным контейнером, который дал Вам Ваш врач. 4.  Откройте сливное отверстие внизу мочеприемника и опорожните его в унитаз или в контейнер. 5. Не позволяйте мочеприемнику касаться ободка унитаза или горловины контейнера. 6.Промойте сливное отверстие мочеприемника спиртом при помощи марлевого или ватного тампона. 7.Тщательно закройте сливное отверстие мочеприемника. 8.Не кладите мочеприемник на пол. Снова прикрепите мочеприемник к ноге. 9.Обработайте руки.  ***Работа со стерильным биксом, стерильным материалом:***  **Алгоритм укладки материала в бикс для стерилизации:**  **Оснащение**: биксы; перевязочный материал; резиновые перчатки; полотенце, пеленка; тканевые салфетки; антисептик; индикаторы стерильности на 120°С, 132°С.  **Последовательность выполнения:**  Вымыть руки.  Надеть маску, перчатки, обработать их антисептиком.  Приготовить бикс: внутреннюю поверхность бикса и крышки протереть тканевой салфеткой, смоченной раствором антисептика двукратно, с интервалом 15 минут, выдержать экспозицию по инструкции дезинфицирующего средства.  Снять перчатки, вымыть руки.  Застелить бикс пеленкой.  На дно бикса положить индикатор стерильности.  Стерилизуемый материал уложить рыхло, послойно, а перевязочный материал – по секторам.  В средний слой снова вложить индикатор стерильности.  Края пеленки завернуть внутрь.  Сверху положить третий индикатор стерильности.  Закрыть крышку бикса.  Открыть боковые отверстия и заблокировать пояс (при необходимости).  Закрепить на ручке бикса промаркированную бирку («ватные шарики» и др.).  Отправить бикс в ЦСО для стерилизации в автоклаве.  **Правила работы с биксом (разгрузка бикса):**  **Оснащение**: стерильный бикс; стерильный лоток или стерильный стол; стерильный пинцет; маска, перчатки; чистая ветошь; емкость с дезинфицирующим раствором.  **Последовательность выполнения:**  Медсестра проверяет бикс:  герметичность (поясок должен закрывать решетчатые окна бикса полностью!);  маркировку: название бикса («перчатки», «шарики» и т.д.); срок годности бикса (дату стерилизации).  Медицинская сестра моет руки, надевает маску.  Открывает бикс, проверяет индикатор стерильности (изменил ли он цвет по эталону), закрывает бикс.  Отмечает на бирке дату, время вскрытия бикса, ставит свою подпись.  Надевает стерильные перчатки.  Достает из бикса стерильным пинцетом необходимый материал и помещает его на стерильный стол или в стерильный лоток.  Закрывает бикс.  ***Правила работы со стерильным материалом:***  Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению.  Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет.  При необходимости, инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер - на стерильном столе не более 6 часов.  Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается извлекать для использования из стерилизационных коробок не более чем в течение 6 часов после их вскрытия.  При стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускается хранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.  При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.  Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают на 6 часов. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.  Не допускается использование простерилизованных изделий медицинского назначения с истекшим сроком хранения после стерилизации.  Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в журнале по учетной статистической форме.  Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению.  Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Категорически запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации изделий.  ***Транспортировка и перекладывание больного:***  ***Особенности транспортировки больных, находящихся в шоковом состоянии: 1.*** Тяжелобольных, находящихся в шоковом состоянии, направляют непосредственно в отделение, где имеется палата интенсивного наблюдения. 2. Тех больных, которым нельзя двигаться, перекладывают с носилок на постель с большой осторожностью, соблюдая определенные правила: носилки ставят ножным концом к головному концу кровати. 3. Если площадь палаты не позволяет, носилки ставят параллельно кровати, а медицинский персонал становится между носилками и кроватью лицом к больному. 4. Необходимо заранее продумать, как поместить носилки относительно кровати, чтобы избежать неудобных и лишних движений.  ***Транспортировка больных при отсутствии каталок:***  **При отсутствии каталок больного могут транспортировать:**  1) один человек — больной держится за шею санитара;  2) два человека — один держит ноги и ягодицы больного, другой поддерживает спину и голову;  3) три человека — один держит ноги, другой — поясницу и часть спины, третий — спину и голову.  **Захваты для удерживания пациента при перемещении:** захват пальцами захват рукой;захват запястный; захват двойной запястный.  **Транспортировка пациента на каталке (носилках, вдвоем).**  **Цель**: Безопасная транспортировка пациента в зависимости от состояния: на носилках, кресле-каталке, на руках, пешком в сопровождении медработника.  **Показания**: транспортировка пациента.  **Противопоказания**: по назначению врача.  **Оснащение**: каталка, носилки.  Подготовка к процедуре:  Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе её выполнения. Получить согласие на выполнение транспортировки.  Подготовить каталку к транспортировке, проверить ее исправность.  Обработать руки.  Застелить каталку.  Поставить каталку (кресло-каталку) удобно в данной ситуации.  Выполнение процедуры:  Переместить пациента на каталку (кресло-каталку) одним из известных способов.  Укрыть пациента.  Транспортировка на каталке: встать: один медработник спереди каталки спиной к пациенту, другой - сзади каталки, лицом к пациенту. На кресло-каталке транспортировать пациента так, чтобы его руки не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки.  Транспортировать пациента в отделение с историей болезни.  Поставить каталку (кресло-каталку) к кровати, в зависимости от площади палаты.  Убрать одеяло с кровати.  Переложить пациента на кровать, одним из известных способов.  Убедиться, что пациенту комфортно.  Завершение процедуры:  Надеть перчатки. Продезинфицировать каталку (кресло-каталку) в соответствии с инструкцией к дезинфицирующему средству.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  **Перемещение пациента на носилках.**  Вниз по лестнице пациента несут ногами вперед, причем передний конец носилок приподнят, а задний опущен, для того чтобы достигнуть горизонтального положения носилок.  Вверх по лестнице пациента несут головой вперед и также в горизонтальном положении.  При транспортировке пациента на носилках надо идти не в ногу, короткими шагами слегка сгибая ногу в коленях и удерживая носилки в горизонтальном положении.  При любом способе транспортировки сопровождающий пациента обязан передать пациента и его историю болезни палатной медицинской сестре.  **Поддержание пациента при ходьбе.**  **Использование**: помощь человеку при ходьбе после травмы, инсульта и т. п.  Объяснить пациенту принцип удерживания, убедиться, что он понимает его.  Оценить состояние и возможности пациента:  что он сможет сделать самостоятельно;  в чем ему нужна поддержка;  нужны ли ему вспомогательные средства (трость, костыли, ходунки).  Оценить окружающую обстановку: влажность пола, тапочки, посторонние предметы на полу, аппаратура, стоящая на пути движения пациента.  Встать рядом с пациентом.  Применить «захват большими пальцами ладоней»: держать правую руку пациента в своей правой (или левую в левой) руке. Рука пациента прямая, опирается ладонью на ладонь сестры при сомкнутых в замок больших пальцах.  Поддерживать другой рукой пациента под локоть или под мышкой, или обхватить пациента за талию.  Встать к пациенту как можно ближе, поддерживая его колени правой ногой (если сестра стоит справа), если пациент чувствует себя неуверенно.  Передвигаться рядом с пациентом до тех пор, пока он чувствует себя неуверенно.  **Перемещение пациента из положения «сидя на кровати с опущенными ногами» на стул или функциональное кресло-каталку, имеющее съемную (подвижную) подставку для ног.**  Перед тем, как начать перемещение (если пациент в состоянии оценить полученную информацию) необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.  Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.  Опустить боковые поручни кровати, если они есть, закрепить тормоза кровати.  Затем поставить стул (кресло-каталку) рядом с кроватью. По возможности, опустить кровать до уровня стула.  У кресла-каталки отодвинуть подставку для ног.  При перемещении пациента можно использовать один из способов удерживания пациента (подмышечный захват, при поднятом локте, за пояс, через руку). Для этого необходимо встать с той стороны, где находится кресло-каталка (стул).  Предупредить пациента, что на счет «три» вы поможете ему встать.  Считая, слегка раскачиваться. В данном случае мы будем использовать способ удерживания пациента «при поднятом локте».  Поставить пациента на счет «три» на ноги, поворачиваться с ним до тех пор, пока он не окажется спиной к креслу-каталке (стулу).  Попросить пациента сказать вам, когда он коснется края кресла-каталки (стула). Опустить его в кресло-каталку (на стул): сгибая свои колени и придерживая ими колени пациента, при этом вам надо держать спину прямо.  Пациент поможет вам, если положит руки на ручку кресла-каталки (на край стула) и опустится в него.  Ноги пациента расположите на подставке.  После того, как процесс перемещения завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.  При необходимости транспортировать пациента, предварительно сняв тормоз.  По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  **Перемещение пациента с кровати с изменяющейся высотой на кресло-каталку (стул) используя метод «Поднятие плечом» (австралийское поднятие).**  Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.  Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.  Опустить боковые поручни кровати, если они есть, закрепить тормоза кровати. Помочь пациенту сесть на кровати с опущенными на пол ногами.  Затем поставить стул (кресло-каталку) ближе к кровати, закрепить тормоз кресла-каталки и отодвинуть подставку для ног.  Встать по разные стороны от пациента. Подставить плечо, находящееся ближе к пациенту, в подмышечную впадину и туловищу пациента.  Кисть этой руки подвести под бедра пациента.  Пациент кладет свои руки на спину медработникам. Свободной рукой, согнутой в локте, опереться о кровать.  Другой рукой, расположенной под бедрами пациента, взять помощника за запястье («двойной запястный захват»).  Предупредить коллегу (если вы лидер) и пациента, что на счет «три» вы его приподнимете. На счет «три» оба медработника, выпрямляя колени и локти, поднимают пациента над постелью, свободной рукой поддерживая спину пациента, и осуществляют перемещение пациента на кресло-каталку (стул).  Каждый из медработников кладет поддерживающую руку на подлокотник или сиденье кресла-каталки (стула) и опускает пациента на кресло-каталку (стул), сгибая колени и локоть.  Необходимо обязательно убедиться в том, что вы опускаете пациента на стул одновременно. Ноги пациента поставить на подставки для ног.  После того, как процесс перемещения завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.  При необходимости транспортировать пациента, предварительно сняв тормоз.  По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  **Перемещение пациента с кровати на стул без подлокотников или спинки.**  Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.  Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.  Опустить боковые поручни кровати, если они есть, закрепить тормоза кровати,  Установить высоту кровати на высоту стула.  Помочь пациенту сесть на кровати, при этом ноги пациента остаются на кровати.  Затем поставить стул рядом с кроватью.  Сзади пациента на кровать положить ортопедический валик.  Одному из медицинских работников встать сзади пациента — одно колено поставить на валик и осуществив «захват через руку» передвинуть пациента к краю кровати.  Затем поддерживать его, встав на пол обеими ногами.  Второму медицинскому работнику поставить стул удобно и близко к кровати, так, чтобы пациент не упирался локтем в кровать, когда будет сидеть на стуле.  Затем присесть на корточки напротив пациента, одну ногу выставить вперед, подвести руки под колени пациента и на счет «три» волоком переместить его ноги к краю кровати, в то время как первому медработнику надо поднять туловище пациента и, сгибая свои колени, опустить пациента на стул.  Разместить пациента на стуле.  После того, как процесс перемещения завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.  По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  ***Катетеризация мочевого пузыря:*** Цель: своевременное выведение из мочевого пузыря мочи с последующим восстановлением нормального естественного мочеиспускания.Показания: острая задержка мочи; промывание мочевого пузыря и введение в него лекарственных средств; послеоперационный период на органах мочевой и половой системы, забор мочи на исследование по показаниям.Противопоказания: травма мочевого пузыря. **Оснащение**: стерильные: уретральный катетер, пинцеты анатомические - 2 шт., корнцанг, лоток; лоток для использованного материала; средства индивидуальной защиты: маска, стерильные перчатки – 2 пары; раствор антисептика на водной основе; стерильное вазелиновое масло; емкость для сбора мочи; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, адсорбирующая пеленка, ширма.  **Подготовка к процедуре**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен). на выполнение манипуляции.  Обеспечить изоляцию пациентки (поставить ширму).  Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  Попросить пациентку лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помочь пациентке. Подложить под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку, поставить судно.  Подготовил оснащение к подмыванию пациентки.  Взять в левую руку емкость с раствором для подмывания, в правую - корнцанг с салфетками. Подмыть пациентку движениями сверху вниз, последовательно от лобка к анальному отверстию, меняя салфетки. Осушить кожу в той же последовательности, сменить судно.  Салфетки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Корнцанг в емкость для дезинфекции. Снять перчатки. Поместить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Надеть стерильные перчатки.  Подготовить оснащение для катетеризации: стерильный лоток, 2 стерильных пинцета, стерильные марлевые салфетки, стерильное вазелиновое масло, раствор водного антисептика.  **Выполнение процедуры**  Провести туалет половых органов: - раздвинуть левой рукой половые губы, правой рукой с помощью пинцета взять марлевые салфетки, смоченные в растворе антисептика на водной основе, и обработать отверстие мочеиспускательного канала движением сверху вниз между малыми половыми губами, использовать не менее двух салфеток.  Сменить марлевую салфетку. Приложить марлевую салфетку, смоченную в растворе антисептика на водной основе к отверстию мочеиспускательного канала. Сбросить салфетку и корнцанг в лоток для использованного материала.  Сменить пинцет. Взять пинцетом клюв мягкого катетера на расстоянии 4-6 см от его конца. Обвести наружный конец катетера над кистью и зажаит между 4 и 5 пальцами правой руки. Облить конец катетера стерильным вазелиновым маслом над лотком.  Развести левой рукой половые губы, а правой ввести катетер пинцетом на 4-6 см, до появления мочи. Оставшийся конец катетера опустил в емкость для сбора мочи. Пинцет положить в лоток для использованного материала.  После прекращения мочевыделения струей, извлечь катетер, одновременно надавливая на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой.  **Завершение процедуры**  Катетер поместить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Лотки, и пинцеты погрузить в емкости для дезинфекции.  Одноразовую пеленку поместить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Снять перчатки, маску, поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о проведенной процедуре.  **Катетеризация мочевого пузыря мужчины:** Цель: своевременное выведение из мочевого пузыря мочи с последующим восстановлением нормального естественного мочеиспускания.Показания: острая задержка мочи; промывание мочевого пузыря и введение в него лекарственных средств; послеоперационный период на органах мочевой и половой системы, забор мочи на исследование по показаниям.Противопоказания: травма мочевого пузыря.Оснащение: стерильные: уретральный катетер, пинцеты анатомические -2 шт., лоток; лоток для использованного материала; средства индивидуальной защиты: маска, стерильные перчатки; раствор антисептика на водной основе; стерильное вазелиновое масло; емкость для сбора мочи; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, адсорбирующая пеленка, ширма. **Подготовка к процедуре**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен). Обеспечить изоляцию пациента.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, стерильные перчатки.  Попросить пациента лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помочь пациенту.  Подложить под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку  Подготовить оснащение: стерильный лоток, лоток для использованного материала, 2 стерильных пинцета, стерильные: марлевая салфетка, тампоны, стерильное вазелиновое масло, раствор водного антисептика.  Поставить между ног пациента емкость для сбора мочи. Взять стерильную салфетку, обернуть ею половой член ниже головки, отодвинуть крайнюю плоть  Взять пинцетом марлевый тампон, смочить в растворе водного антисептического раствора и обработать головку полового члена сверху вниз от мочеиспускательного канала к периферии, меняя тампоны, не менее двух раз, тампоны сбросить в лоток для использованного материала.  Влить несколько капель стерильного вазелинового масла в открытое наружное отверстие мочеиспускательного канала.  **Выполнение процедуры**  Взять стерильным пинцетом, зажатый в правой руке, катетер на расстоянии 5-7 см от клюва (клюв опущен вниз).  Обвести конец катетера над кистью и зажать между 4 и 5 пальцами (катетер над кистью в виде дуги). Облить конец катетера стерильным вазелиновым маслом на длину 20 см над лотком.  Вводить катетер пинцетом, первые 4-5 см, фиксируя 1-2 пальцами левой руки головку полового члена.  Перехватить пинцетом катетер еще на 3 - 5 см от головки и медленно погружать в мочеиспускательный канал на длину 19-20 см, опуская, одновременно, левой рукой половой член.  Оставшийся конец катетера опустить над емкостью для сбора мочи.  **Завершение процедуры**  Извлечь катетер пинцетом, после прекращения мочевыделения струей, одновременно надавить на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой, для омывания уретры каплями мочи.  Катетер поместить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Салфетки поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Лотки и пинцеты погрузить в емкости для дезинфекции. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Слить мочу из судна в канализацию, судно погрузить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, маску, поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о проведенной процедуре.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Осуществить посмертный уход. | 1 | |  | Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента. | 1 | |  | Уход за лихорадящим больным. | 2 | |  | Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером. | 1 | |  | Введение лекарственного средства в прямую кишку. | 1 | |  | Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника. | 3 | |  | Опорожнение мочевого дренажного мешка. | 1 | |  | Работа со стерильным биксом, стерильным материалом. | 2 | |  | Транспортировка и перекладывание больного | 1 | |  | Катетеризация мочевого пузыря | 1 | | |  |  |