ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ рОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**Д Н Е В Н И К**

Преддипломной практики

По профессиональному модулю:

«Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах»

Междисциплинарный курс «Сестринская помощь при различных заболеваниях и состояниях»

студента (ки) 408 группы

специальности 34.02.01 Сестринское дело

очной формы обучения

Гореловой

Александры

Александровны

Преддипломная практика проходила в форме ЭО и ДОТ с 12.05.2020 по 08.06.2020

ЭО – электронное обучение

ДОТ – дистанционные образовательные технологии

Руководители практики:

Бодров Юрий Иванович

Филенкова Надежда Леонидовна

Овчинникова Татьяна Вениаминовна

**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.

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

Печать ЛПУ

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 12.05.2020  Дата | Содержание работы  Терапия.. Постановка очистительной клизмы  1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом. Обеспечить изоляцию, комфортные условия.  2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры, убедиться, что нет противопоказаний  3. Надеть халат, клеенчатый фартук, перчатки, сменную обувь. Спецодежда одевается медицинской сестрой в клизменной комнате.  4. Собрать систему, подсоединить к ней наконечник.  5. Налить в кружку Эсмарха 1,5 - 2 л поды.  6. Проверить температуру воды водяным термометром. Температура воды для постановки клизмы зависит от вида задержки стула:  - при атоническом запоре - 12" - 20° С;  - при спастическом - 37° - 42° С:  - при запоре - 20° С.  7. Подвесить кружку Эсмарха на штатив на высоту одного метра от уровня пола (не выше 30 см над пациентом).  8. Смазать клизменный наконечник вазелином.  9. Заполнить систему. Открыть вентиль на системе, выпустить воздух, закрыть вентиль. 10. Уложить пациента на левый бок на кушетку или постель ноги согнуть в коленях и слегка подвести к животу. Отвернуть одеяло так, чтобы были видны только ягодицы. Если пациента уложить на бок нельзя, клизму ставят в положении лежа на спине.11. Подложить под ягодицы пациента клеенку, свисающую в таз и покрытую пеленкой. 12. Развести ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, проводя первые 3—4 см по направлению к пупку, затем параллельно позвоночнику до 8-10 см. Учитывается анатомическое строение прямой кишки. 13. Открыть вентиль на системе, отрегулировать поступление жидкости в кишечник. Попросить пациента расслабиться и дышать животом 14. Закрыть вентиль на системе после введения жидкости, осторожно извлечь наконечник, снять его с системы. Наконечник сразу поместить в раствор для дезинфекции 15. Сменить перчатки. Использованные перчатки поместить в раствор для дезинфекции.16. Предложить пациенту в течение 5-10 минут полежать на спине и удержать воду в кишечнике. 17. Сопроводить пациента в туалетную комнату или подать судно при появлении позывов на дефекацию Обеспечить туалетной бумагой. Если пациент лежит на судне, то приподнять, по возможности, изголовье кровати на 45˚-60.˚ | оценка |
| 12.05.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка очистительной клизмы | Озн. | |  | Дезинфекция предметов ухода за больными. | Озн. | |  | Подсчет пульса | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   18. Убедиться, что процедура прошла эффективно. Если пациент лежит на судне - убрать судно на стул (скамейку), накрыть клеенкой Осмотреть фекалии. Подмыть пациента.  19.Разобрать системы. Поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.  20.Сменить халат, перчатки, фартук. Перчатки, фартук поместить в емкости с дезинфицирующим раствором.  21.Провести дезинфекцию использованных предметов. Согласно действующим приказам.  Хирургия. Дезинфекция предметов ухода за пациентам   1. Протереть последовательно, двукратно, предмет ухода дезинфицирующим средством. 2. Следить, чтобы не оставалось необработанных промежутков на предмете ухода. 3. Дать высохнуть. 4. Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить. 5. Вылить дезинфицирующий раствор в канализацию. 6. Хранить предмет ухода в специально отведенном месте. 7. Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.   Педиатрия. Подсчет пульса.   1. Объяснить маме или ребёнку ход манипуляции, получить согласие. 2. Провести санитарную обработку рук. 3. Придать положение пациенту «сидя» или «лёжа». 4. Положить 2,3,4 пальцы на область лучевой артерии, 1 палец должен находиться со стороны тыла кисти. 5. Прижать слегка артерию и почувствовать пульсацию артерии. 6. Подсчитать количество сокращений за 1 минуту в покое. 7. Обработать руки, сделать запись в журнал.   *У детей до 1 года пульс определяют на височной, сонной артерии, у детей старше 2-х лет - на лучевой.* | оценка |
| 13.05.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Утренний туалет тяжелобольного пациента: уход за глазами.   1. Представиться пациенту, уточнить как к нему обращаться. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Получить согласие. 2. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. 3. Помочь пациенту занять положение Фаулера, если это не противопоказано. 4. Накрыть шею и грудь пациента полотенцем. 5. Поместить стерильным пинцетом в стерильный лоток 8-10 тампонов, налить в него антисептический раствор. 6. Взять стерильным пинцетом тампон из лотка, слегка отжать его, переложить в руку, обработать им ресницы и веко одного глаза, по направлению от наружного края к внутреннему 7. Повторить процедуру 4-5 раз, каждый раз меняя тампоны. При наличии инфекции обработку начинать со здорового глаза 8. Промокнуть остатки раствора сухими тампонами 9. Обработать другой глаз в той же последовательности.   Хирургия. Подсчет дыхания.   1. Представьтесь пациенту, предупредите пациента, что будет проведено исследование пульса (не следует информировать пациента, что будет исследоваться частота дыхания). 2. Вымойте руки. 3. Придайте пациенту удобное положение, чтобы видеть верхнюю часть его грудной клетки. 4. Возьмите руку пациента как для исследования пульса на лучевой артерии, чтобы пациент думал, что вы исследуете его пульс. 5. Смотрите на грудную клетку: вы увидите, как она поднимается и опускается, подсчитайте частоту за 1 минуту (только количество вдохов). 6. По окончании процедуры помогите пациенту сесть или лечь в постель. 7. Обработайте руки, запишите результаты в соответствующую медицинскую документацию. | оценка |
| 13.05.2020  Дата | Содержание работы  Педиатрия. Введение капель в нос.  1. Уложите ребенка на пеленальный столик или усадите со слегка запрокинутой головой.  2. Очистите ребенку раннего возраста носовые ходы от слизи и корочек с помощью ватных жгутиков с растительным маслом. Старшим детям предложить высморкаться (сначала освобождая правый носовой ход, зажав левый, а затем наоборот).  3.Наберите лекарство в стерильную пипетку.  4. Большим пальцем левой руки приподнимите кончик носа ребенка и наклоните голову набок (при введении капель в правый носовой ход — вправо, при введении капель в левый носовой ход — влево, чтобы капли попали на слизистую крыла носа) Не касаясь пипеткой слизистой носа, закапайте 2-3 капли в правый носовой ход. Оставьте голову в наклоненном положении на 1-2 минуты для равномерного распределения капель по слизистой оболочке. Спросите ребенка о самочувствии.  5.Аналогичным способом введите капли в левый носовой ход. 6.Пипетки поместить в лоток для использованного материала. 7.Снять перчатки и маску, обработать руки гигиеническим способом, осушить их.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Утренний туалет тяжелобольного пациента: уход за глазами. | Озн. | |  | Подсчет дыхания | Озн. | |  | Введение капелл в нос | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   8.Сделать запись о манипуляции в медицинской документации | оценка |
| 14.05.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Измерение температуры тела.  1. Получил согласие пациента  2. Вытер салфеткой кожу подмышечной области насухо  3. Извлек термометр из контейнера с маркировкой «чистые термометры», встряхнул, проверил шкалу деления  4. Поместил термометр нижним концом в подмышечную область так, чтобы резервуар ртути со всех сторон соприкасался с кожей  5. Зафиксировал/привел к груди руку  6. Засек время  7. Извлек термометр из подмышечной области  8. Определил показания термометра  9. Термометр встряхнул и поместил в емкость для дезинфекции  10. Снял перчатки и погрузил их в контейнер с маркировкой «Отходы. Класс Б».  11. Провел гигиеническую обработку рук.  12. Записал результат в температурный лист  Хирургия. Приготовление перевязочного материала.  Приготовление средних салфеток:  1. Заложить края раскроенного куска марли внутрь на глубину 5-6 см  2. Края полученной полоски заложить на встречу друг другу до соприкосновения  3. Готовую салфетку сложить пополам  4. Следить за тем, чтобы в приготовленных салфетках не было ниток из марли, для предотвращения попадания их в рану  Приготовление марлевого шарика:  1. Противоположные стороны марлевой салфетки подвернуть внутрь на 2-4 см, получая марлевую полоску  2. Марлевую полоску укладывают на ногтевые фаланги 2-го и 3-го пальцев правой кисти. Складывают кульком.  3. Вложить свободные концы один в другой | Оценка |
| 14.05.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Измерение температуры тела | Озн. | |  | Приготовление перевязочного материала | Озн. | |  | Антропометрия | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   Педиатрия. Антропометрия.  1) Установить весы на неподвижной поверхности  2) Включить вилку сетевого провода в сеть, при этом на цифровом индикаторе засветится рамка. Через 35-40 сек. на табло появятся цифры (нули).  3) Проверить весы: нажать рукой с небольшим усилием в центр лотка – на индикаторе высветятся показания соответствующие усилию руки;  4) Обработать поверхность весов дезинфицирующим раствором. Вымыть и просушить руки.  5) Положить на грузоподъемную платформу пеленку – на индикаторе высветится ее вес. Сбросить вес пеленки в память машины.  6) Раздеть ребенка.  7) Осторожно уложить на платформу сначала ягодицами, затем плечиками и головой. Ножки следует придерживать. Через некоторое время на индикаторе высветится значение массы ребенка, слева от значения массы значок «0», обозначающий, что взвешивание закончено. Спустя 5-6 с можно сбросить полученный результат.  8)Снять с весов пеленку. Весы автоматически устанавливаются на «0».  9) Обеззаразить рабочую поверхность весов.  10) Вымыть и просушить руки, сообщить маме ребенка результат, зафиксировать его. | оценка |
| 15.05.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Сбор кала на скрытую кровь.   1. В течение 3 суток исключить из рациона питания пациента продукты, содержащие железо, йод, бром: мясо и мясные изделия, рыбу и рыбные изделия, все зелёные овощи и фрукты, все овощи, окрашенные в красный цвет, гречневую кашу. А также продукты, травмирующие слизистую полости рта (карамель, орехи, сушки, сухари). Не рекомендуется чистить зубы щёткой, предложить пациенту полоскать рот 2% раствором пищевой соды. 2. Объяснить пациенту важность соблюдения диеты в течение 3 суток. 3. Исключить из лечения на период подготовки (и предупредить об этом пациента) препараты, содержащие микроэлементы железа, брома, йода. 4. Дать пациенту ёмкость для кала или показать где он находится. 5. Чётко определить день забора кала и попросить пациента опорожнить кишечник в этот день с 6.00 до 7.00 в горшок, избегая попадания в него мочи, а затем палочкой положить в ёмкость 5 – 10г кала (желательно с трёх мест). 6. Приклеить этикетку и с направлением направить в лабораторию. 7. Результат исследования подклеить в медицинскую карту. 8. При положительном результате исследования немедленно сообщить врачу. | оценка |
| 15.05.2020  Дата | Содержание работы  Хирургия. Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных.  1. Объясните пациенту ход предстоящей процедуры, спросите согласие па проведение процедуры.  2. Заполните пузырь мелко наколотым льдом, долейте, вытесните воздух завинтите пробку.  3. Оберните пузырь со льдом полотенцем, и положите на нужный участок тела.  4. Через 20-30 минут обязательно снимите пузырь и сделайте перерыв на 10-15 минут.  5. Уберите пузырь для льда, вылейте воду из него и продезинфицируйте пузырь. Спросите у больного о его самочувствии.  6. Вымойте руки.  Педиатрия. Мытье рук.   * 1. Снять все кольца с рук (углубления на поверхности ювелирных изделий являются местом размножения микроорганизмов).   2. Сдвинуть часы выше запястья или снять их.   3. Области под ногтями вычистить приспособлением для чистки ногтей под проточной водой.   4. Нанести на руки 3-5 мл жидкого мыла или тщательно намылить руки брусковым мылом.  5. Вымыть руки, используя следующую технику:  - энергичное механическое трение ладоней (повторить 5 раз);  - правая ладонь растирающими движениями моет тыльную сторону левой кисти, затем левая ладонь моет тыл правой кисти (повторить 5 раз);  - ладонь к ладони, пальцы одной руки в межпальцевых промежутках другой (повторить 5 раз);  - тыльная сторона пальцев к ладони другой руки (пальцы переплетены - повторить 5раз);  - чередующее вращательное трение больших пальцев одной руки ладонями другой, ладони сжаты (повторить 5 раз);  - переменное трение ладони одной руки сомкнутыми пальцами другой руки (повторить) | оценка |
| 15.05.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Сбор кала на скрытую кровь | Озн. | |  | Применение пузыря со льдом послеоперационным больным | Озн. | |  | Мытье рук | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   6. Промыть руки под проточной водой, держать их так, чтобы запястья и кисти были ниже уровня локтей и чтобы избежать загрязнения от прикосновения с раковиной, халатом и другими предметами.  7. Закрыть кран, берясь за него только через бумажное полотенце, так как он может быть источником загрязнения.  8. Просушить руки стерильной марлевой салфеткой. | оценка |
| 16.05.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Смена постельного белья.  1. Объяснить ход и цель процедуры пациенту (если это возможно), получить его согласие.2.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.3.Приготовить комплект чистого белья (простыни, наволочка, пододеяльник), убедиться, что в кровати нет личных вещей больного.4 Надеть перчатки.5.Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента.6.Осторожно вынуть подушку из-под головы пациента и сменить наволочку. Грязную наволочку поместить в мешок для белья.7.Снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья.8. Повернуть пациента на бок по направлению к себе.9. Скатать валиком грязную простыню, подложить этот валик под спину пациенту. Если белье сильно загрязнено, положить на валик пеленку.10.Положить сложенную вдвое чистую простыню на свободную сторону постели, заправить ее под матрас с противоположной от больного стороны.11. Помочь больному перекатиться через валик на чистую сторону.12. Скатать грязную простыню и положить ее в мешок для белья.13. Расправить чистую простыню и заправить ее под матрас с другой стороны постели.14. Надеть чистый пододеяльник на одеяло. Накрыть пациента одеялом, извлекая грязный пододеяльник, которым он был укрыт.15. Поместить грязный пододеяльник в мешок для белья.16.Удобно расположить пациента в постели. Осторожно поместить подушку обратно.17.Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции18.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.19.Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.  Хирургия. Предстерилизационная очистка инструментов.  1. Надеть спецодежду  2. Подготовить оснащение, проверить маркировку  3. Промывание проточной водой от дез. растворов в течение 1 мин  4. Подогреть моющий раствор до 50 град.  5. Поместить инструментарий в разобранном виде в моющий раствор на 15 мин  6. Обработать ершом, ватно-марлевым тампоном в моющем растворе каждый предмет в течение 30 сек  7. Промыть под проточной водопроводной водой инструментарий в течение не менее 10 мин | оценка |
| 16.05.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Смена постельного белья | Озн. | |  | Прдстерилизационная очистка инструментов | Озн. | |  | Пеленание | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   8. Ополоснуть инструментарий в дистиллированной воде в течение не менее 30 сек  9. Просушить инструментарий в сухожаровом шкафу при температуре 85 град до полного удаления влаги  10. Снять спецодежду, вымыть руки, вытереть насухо.  11. Сделать отметку о проведении ПСО  Педиатрия. Пеленание.  1.Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки. Обработал пеленальный стол, снял перчатки и поместил в емкость для отходов класса «Б»  2. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение  3. Обработал руки, надел стерильные перчатки  4. Уложил на пеленальном столе пеленки послойно (снизу вверх: фланелевая, тонкая и подгузник) приготовил распашонки, тонкую вывернул швами наружу  5. Распеленал ребенка в кроватке (при необходимости подмыли осушил), положил на пеленальный стол  6. Надел на ребенка тонкую распашонку разрезом назад, а фланелевую – разрезом вперед  7. Надел треугольный (одноразовый) подгузник, проведя широкий угол между ножек ребенка, а узкие концы обернул вокруг туловища. | оценка |
| 18.05.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции.  1 .Собрал набор инструментов и медикаментов для проведения манипуляции  2. Доброжелательно и уважительно представился. Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, уточнил аллергологический анамнез, и получил информированное согласие.  3. Пригласил пациента в манипуляционный кабинет и усадил на стул в «позе наездника»  4. Провел гигиеническую обработку рук.  5. Надел стерильные перчатки  6. Подготовил инструменты и медикаменты для проведения обезболивания и пункции  7. Подготовил ампулы, набрал анестетик в шприц и сменил иглу.  8. Обработал большое, малое инъекционное поле и подал шприц врачу  9. После полного обезболивания обработал операционное поле для проведения пункции троекратно: спиртом, йодом и вновь спиртом.  10. Достал иглу ДЮФО и наложил зажим на трубку иглы, подал иглу с зажимом врачу.  11. Присоединил к канюле шприц Жане и по команде врача снимал и накладывал зажим  12. Плевральную жидкость вылил в стерильный контейнер с соблюдением мер предосторожности  13. Остальную плевральную жидкость вылил в емкость с дезраствором.14. Одновременно с удалением иглы из плевральной полости наложил на место прокола окклюзионную повязку15. Плевральную жидкость с направлением отправил в лабораторию.16. Отходы собрал в пакет для отходов класса «Б»  Хирургия. . Уход за подключичным катетером  1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры, получить согласие 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением. 4. Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную катетеру сторону. | оценка |
| 18.05.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции | Озн. | |  | Уход за подключичным катетером | Озн. | |  | Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария. | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   5. Освободить от одежды место установки катетера. 6. Набрать в шприц объем 5 см 5,0 мл физиологического раствор. 7. Надеть нестерильные перчатки. 8. Попросить пациента сделать вдох, задержать дыхание. 9. Снять заглушку и положить ее на стерильную салфетку, находящуюся в стерильном лотке. 10. Соединить шприц с катетером, (пациент может дышать) и потянуть легко поршень на себя (появилась кровь), ввести содержимое шприца. При затруднении прохождения раствора при нажатии на поршень организовать вызов врача. 11. Обработать заглушку и конец катетера кожным антисептиком, попросить пациента сделать вдох-выдох, задержать дыхание и закрыть заглушкой катетер. Пациент может дышать. 12. Убедиться, что катетер закреплен.13. Снять использованные перчатки 14. Доставить использованный материал в процедурный кабинет для дальнейшей дезинфекции и утилизации. 15. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 16. Сделать соответствующую запись о проведении процедуры.  Педиатрия. Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария.  1. Одноразовые шприцы, системы для инфузий, различные катетеры и т.д. сразу же после использования подвергаются дезинфекции с заполнением полостей и внутренних каналов дезинфицирующим раствором.2. Дезинфекция использованных инструментов одноразового применения, перчаток, материала, проводится:- Полным погружением в 3% раствор хлорамина на 60 минут или в 0,1% раствор пюржавеля на 60 минут в ёмкость из стекла, пластмассы или эмалированную с плотно закрываемой крышкой.  - После дезинфекции использованные изделия медицинского назначения упаковываются в промаркированную герметичную тару для утилизации. | Оценка |
| 19.05.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Кормление тяжелобольного в постели.   1. Предупредите пациента за 15 минут о том, что предстоит прием пищи, и поду­чите ею согласие 2. Проветрите помещение, освободите место на тумбочке, протрите ее или придвиньте прикроватный столик, протрите его 3. Расскажите пациенту, какое блюдо приготовлено для него 4. Вымойте руки 5. Помогите пациенту принять положение Фаулера (если нет противопоказаний) 6. Помочь пациенту вымыть руки, причесаться, поправить одежду. 7. Шею и грудь пациента покроите салфеткой 8. Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента. 9. Расположить тарелки с пищей в соответствии с пожеланиями пациента. При нарушении моторики подложить под тарелки нескользящие салфетки. 10. Предложить пациенту воспользоваться столовым прибором, в том числе специальной посудой для пациентов с нарушенными моторными функциями. 11. Если пациент готов есть самостоятельно. 12. При необходимости использовать вспомогательные приспособления для предплечья, облегчающие подъем руки до уровня рта (например, подвижные подставки для предплечья; поддерживающие ремни, одеваемые через голову); протезные или ортопедические приспособления. 13. Наблюдать за процессом питания; эффективностью пережевывания и глотания. 14. По мере необходимости заменять тарелки. 15. Дайте небольшой глоток воды и попросите его прополоскать рот. 16. Вытрите губы пациента салфеткой   Хирургия. Кормление через зонд.  1. Ввести назогастральный зонд (если он не введен заранее).  2. Сообщить пациенту, чем его будут кормить.3. Перевести пациента в положение Фаулера.4. Проветрить помещение.5. Подогреть питательную смесь на водяной бане до 38–40 оС.6. Вымыть руки.7. Набрать в шприц Жанэ питательную смесь (300 мл).8. Наложить зажим на дистальный конец зонда.  9. Соединить шприц зондом, подняв его на 50 см выше туловища пациента, чтобы рукоятка поршня была направлена вверх. | оценка |
| 19.05.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Кормление тяелобольного в постели | Озн. | |  | Кормление через зонд | Озн. | |  | Проведение ингаляций | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   10. Снять режим с дистального конца зонда и обеспечить постепенный ток питательной смеси. При затруднении прохождения смеси использовать поршень шприца, смещая его вниз.Внимание! 300 мл питательной смеси следует вводить в течение 10 мин!  11. После опорожнения шприца пережать зонд зажимом.12. Над лотком отсоединить шприц от зонда.13. Присоединить к зонду шприц Жанэ емкостью 50 мл с кипяченой водой.14. Снять зажим и промыть зонд под давлением.15. Отсоединить шприц и закрыть заглушкой дистальный конец зонда.16. Прикрепить зонд к одежде пациента безопасной булавкой.17. Помочь пациенту занять комфортное положение.18. Вымыть руки.19. Сделать запись о проведении кормления.  Педиатрия. Проведение ингаляций.   1. Прополоскать рот водой 2. Проверить работу ингалятора – подогрев, поток 3. Обработать маску ( мундштук или носовые канюли) спиртом 4. Объяснить правила дыхания во время процедуры 5. Охватить ртом раструб ингалятора и произвести вдыхание ЛС Контролировать дыхание ребенка 6. Прополоскать рот теплой водой после ингаляции и предоставить отдых 20-30 мин 7. Вымыть емкость для лекарственной смеси 8. Обработать спиртом раструб ингалятора и емкость для лекарственной смеси   Отметить в документах факт проведения ингаляции | Оценка |
| 20.05.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Сбор мочи по Земницкому.  1. Объяснить пациенту цель, ход предстоящей манипуляции, получить согласие;  2. Объяснить, что сбор мочи на исследование будет в течении суток, пациент должен соблюдать обычный вводно-пищевой и двигательный режимы, не принимать диуретики, учитывать и записывать в «лист учета водного баланса» весь объем принятой жидкости за все время исследования;  3. Выписать направление с указанием отделения, палаты, Ф. И. О. пациента, № истории болезни, вида исследования, даты забора материала, назначить дату исследования;  4. Объяснить пациенту проведения исследования:  В 6. 00 часов предложить пациенту выпустить мочу в унитаз;  Далее собирать мочу в течение суток, каждые три часа в отдельную пронумерованную емкость;  Объяснить, что при отсутствии мочи за временной промежуток, соответствующая емкость остается пустой, на бирке отмечается «отсутствие порции мочи» и доставляется вместе с остальными в лабораторию  5. Предупредить пациента, что ночью его разбудит персонал для сбора соответствующей порции мочи;  6.Объяснить и показать пациенту место, где хранятся емкости с мочой (туалетная комната);  7.Убедиться, что пациент понял полученную информацию, отдать пациенту емкости для сбора мочи и «лист учета водного баланса»;  8.После того, как пациент соберет мочу, обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки;  9.Поместить емкости с мочой в контейнер для транспортировки биологической жидкости, доставить вместе с заполненным направлением на диагностическое исследование в лабораторию;  10.Снять перчатки, маску, обработать руки на гигиеническом уровне.  Хирургия. . Обработка послеоперационных швов.  1. Помочь пациенту снять одежду и лечь на перевязочный стол.  2. Надеть маску, перчатки.  3. Налить в стерильные банки антисептические средства.  4. Снять старую повязку пинцетом вдоль раны, придерживая пинцетом с сухим шариком кожу, не давая ей тянуться за повязкой. | оценка |
| 20.05.2020  Дата | Содержание работы  Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% растворе перекиси водорода. Осмотреть рану и окружающую ее область.На 1-2-е сутки после операции края зашитой раны могут быть слегка отечны, но по цвету не должны отличаться от остальной кожи. Мелкие складки, свойственные данной области, также должны сохранять свой рисунок. Швы не должны врезаться в кожу. Места вколов и выколов иглы должны быть сухими, без каких-либо выделений.  5. Проводить туалет кожи в окружности раны стерильными шариками, смоченными 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата. Протирать кожу от краев раны к периферии., затем шариком, смоченным 70% спиртом. поражения.Обработать края раны промокательными движениями стерильным шариком, смоченным 1% раствором йодоната, затем шариком, смоченным 70% спиртом.  6. Сменить пинцет.  7. Наложить стерильные салфетки на раневую поверхность.  8. Зафиксировать стерильные салфетки клеевой или бинтовой повязкой, в зависимости от области поражения.  Педиатрия.. Кормление новорожденных через зонд.  1.Объяснить маме цель и ход проведения процедуры, получить согласие.  2.Обработать руки, надеть маску, перчатки.  3. Уложить ребенка на бок с приподнятым головным концом, зафиксировать такое положение с помощью валика.  4. Измерить глубину введения зонда, сделать метку.  5. Присоединить к зонду шприц и проверить его проходимость.  6. Удалить поршень из шприца, а катетер поместить между средним и указательным пальцами левой руки, слепым концом вверх.  7. Заполнить шприц на 1/3 и опуская слепой конец зонда, до появления первой капли из слепого отверстия зонда.  8. Зажать катетер зажимом на расстоянии 5-8 см со стороны шприца.  9. Смочить конец катетера в молоке.  10. Вставить зонд в рот по средней линии языка и ввести до метки. Не прилагать усилий и следить нет ли одышки, цианоза  11. Приподняв шприц, снять зажим и медленно ввести молоко в желудок. | Оценка |
| 20.05.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Сбор мочи по-Земнцкому | Озн. | |  | Обработка послеоперационных швов | Озн. | |  | Кормление новорожденного через зонд | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   12. Зажать катетер большим и указательным пальцем правой руки на расстоянии 2-3 см от ротовой полости и быстрым движением извлечь из желудка.  13. Положить ребенка на правый бок с приподнятым головным концом.  14. Снять перчатки, сбросить их в контейнер и вымыть руки. Использованный инструментарий поместить в дезраствор | оценка |
| 21.05.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Обучение пациентов правилам проведения ингаляций.   1. снять с ингалятора защитный колпачок; 2. перевернуть баллончик с аэрозолем вверх дном и встряхнуть его; 3. сделать глубокий выдох через рот; 4. взять в рот мундштук ингалятора, плотно обхватив его губами. Голову при этом слегка запрокинуть назад; 5. сделать глубокий вдох через рот и одновременно нажать на дно баллончика; 6. извлечь мундштук ингалятора изо рта, задержать дыхание на 5-10 сек; 7. сделать свободный выдох.   Хирургия. Дезинфекция предметов ухода за пациентам  1.Протереть последовательно, двукратно, предмет ухода дезинфицирующим средством.  2.Следить, чтобы не оставалось необработанных промежутков на предмете ухода.  3.Дать высохнуть.  4.Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить.  5.Вылить дезинфицирующий раствор в канализацию.  6.Хранить предмет ухода в специально отведенном месте.  7.Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.  Педиатрия. Парентеральное введение ЛС   1. Объяснить ребенку или родственнику (матери, отцу или другим ответственным лицам) цель и порядок выполнения процедуры 2. Получить согласие на выполнение процедуры 3. Выяснить, есть ли у ребенка индивидуальная чувствительность (непереносимость) к данному препарату   4.Подготовить необходимое оснащение | оценка |
| 21.05.2020  Дата | Содержание работы   1. Сверить маркировку препарата на упаковке с листом назначений 2. Определить дозу введения лекарственного препарата в соответствии с назначением врача 3. Провести антисептическую обработку рук 4. Одеть маску и медицинские перчатки 5. Раскрыть упаковку одноразового шприца со стороны поршня, предварительно убедившись в целостности упаковки и проверив маркировку срока годности данного изделия 6. Одеть на шприц иглу с колпачком и зафиксировать ее (при этом шприц из упаковки не вынимать) 7. Обработать шейку ампулы ватным шариком, смоченным в дезинфицирующем растворе, затем надломать ее в указанном месте 8. Снять колпачок с иглы и набрать в шприц необходимое количество лекарственного средства 9. Сменить иглу, выпустить воздух в колпачок 10. Положить шприц с препаратом на стерильный лоток 11. Приготовить три ватных шарика, смоченных в дезинфицирующем растворе. Положить их в стерильный лоток 12. Определить место инъекции 13. Предплечье пациента разместить на твердую основу внутренней поверхностью вверх, под локоть подложить резиновую подушку и клейонку 14. Наложить жгут на плечо выше от локтевого сустава на 5-7 см 15. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак 16. Выбрать наиболее наполненную вену 17. Попросить пациента сжать кулак 18. Обработать место инъекции дезинфицирующим средством двукратно 19. Взять шприц одной рукой таким образом, чтобы указательный палец фиксировал муфту иглы, а другие пальцы охватывали цилиндр шприца 20. Проверить проходимость иглы, а также наличие воздуха в шприце 21. Первым пальцем другой руки оттянуть кожу в месте инъекции вниз по ходу вены и зафиксировать вену | оценка |
| 21.05.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Обучение пациента проведению ингаляции | Озн. | |  | Дезинфекция предметов ухода | Озн. | |  | Парентеральное введение ЛС | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  1. Провести венепункцию, удерживая шприц параллельно коже, срез иголки должен смотреть вверх. Когда появляется «провал» иглы, легонько подтянуть поршень шприца на себя (в шприце должна появиться кровь) 2. Снять жгут 3. Попросить пациента разжать кулак 4. Еще раз потянуть поршень шприца на себя 5. Не изменяя положение шприца, большим пальцем другой (свободной) руки надавливать на поршень, медленно вводя лекарство. В шприце нужно оставить 1 мл жидкости. Во время введения нужно следить за состоянием пациента 6. Придавить место инъекции обработанным в дезинфицирующем средстве ватным шариком (стерильной салфеткой) и быстрым, осторожным движением вытянуть иглу 7. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе вместе с ватным шариком и держать конечность в таком положении 3-5 минут, пока не остановится кровотечение 8. Поинтересоваться самочувствием пациента | оценка |
| 22.05.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Подача кислорода пациенту через носовой катетер.  1.поставить ширму; вымыть, осушить руки и надеть перчатки;  2. очистить носовые ходы пациента;  3. вскрыть упаковку, извлечь катетер и определить длину, на которую он должен быть введён (расстояние от мочки уха до кончика носа);  4.смочить катетер стерильным глицерином;  5. ввести катетер в нижний носовой ход до нужной метки;  6. осмотреть зев и убедиться, что конец катетера виден;  7. зафиксировать катетер лейкопластырем, чтобы он не выпал и не причинял неудобств;  8.соединить катетер с дозиметром, заполненным водой; открыть вентиль дозиметра и отрегулировать скорость поступления кислорода (4-5 литра в минуту);  9.контролировать состояние пациента и периодически проверять состояние катетера;  10.наблюдать за тем, чтобы увлажняющий сосуд был постоянно полон;  11.осматривать слизистую носа пациента для выявления её возможного раздражения;  12.по назначению врача извлечь катетер и осмотреть слизистую носа пациента;  13.после окончания терапии провести дезинфекцию оснащения и утилизацию одноразового инструментария;  14. снять перчатки и опустить их в контейнер;  15.вымыть (гигиенический уровень) и осушить руки; 16.заполнить документацию.  Хирургия. . Укладывание в биксы операционного белья, перевязочного материала.   1. Приготовить белье и перевязочный материал в соответствии с нормами загрузки: белье сосчитать, сложить в форме плоских пакетов; салфетки сложить стопками (по 10 шт.) и перевязать; шарики уложить в марлевые мешочки по 50 шт.; тампоны связать клубком. 2. Вымыть руки, осушить. 3. Проверить бикс на исправность (обеспечение герметичности после стерилизации). 4. Надеть перчатки, маску. 5. Приготовить емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь. | оценка |
| 22.05.2020  Дата | Содержание работы  6.Бикс обработать изнутри 2-мя салфетками, увлажненными 0,5% раствором нашатырного спирта от центра к периферии.  7.Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором.  8.Снять маску.  9.Вымыть руки, вытереть их насухо.  10.Открыть на боковой стороне бикса круговые отверстия передвижением металлического пояса и заблокировать его.  11.Выстлать дно и стенки бикса пеленкой, концы которой свисают наружу (пеленка, выстилающая бикс изнутри, создает дополнительный барьер для проникновения микроорганизмов).  12.Определить вид укладки и подготовить соответственно  13.Вид укладки зависит от профиля и объема работы медицинской сестры для эффективной организации труда.  14.На дно бикса сверху пеленки уложить контрольный индикатор.  15.Укладывают только определенное количество материала  16.Каждый предмет кладут так, чтобы он занимал как можно меньше места, и его легко можно было взять.  17.В бикс помещают индикаторы в зависимости от температурного режима, применяемого для данного вида изделий, для контроля стерильности: один – в середину и два – по бокам. При достижении определенной температуры индикатор меняет свой цвет, а порошкообразный - расплавляется.  18.Края выстилающей бикс пеленки завернуть один на другой.  19.Сверху уложить салфетку и еще один контрольный индикатор ближе к замку.  20.Закрыть крышку бикса на замок. | оценка |
| 22.05.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подача кислорода пациенту через носовой катетер | Озн. | |  | Укдывание в биксы операционного белья и перевязочного материала | Озн. | |  | Обработка кожи новорожденным | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   21.Закрепить на ручке бикса бирку с указанием даты укладки, отделения, вида стерилизуемого материала, фамилии и подписи лица, производившего укладку (необходимая информация для обеспечения преемственности при работе с биксом, личная ответственность). При получении бикса из ЦСО на бирке должна быть указана дата стерилизации, время стерилизации, фамилия и подпись ответственного за стерилизацию. При вскрытии бикса указывается дата вскрытия, время вскрытия, фамилия и подпись медсестры отделения, вскрывшей бикс.22.Доставка бикса в ЦСО осуществляется в плотном влагостойком мешке, подлежащем стерилизации и используемом для эффективной обратной транспортировки бикса из ЦСО (предупреждение дополнительного инфицирования из окружающей среды).  Педиатрия. Обработка кожи новорожденному.  1. Вымыть руки, надеть стерильные резиновые перчатки.  2. Подмыть ребенка теплой перекипяченой водой. Девочек подмывать от лобкового симфиза к анусу. 3. Положить на пеленальный столик, просушить кожу чистой пеленкой.4. Обработать складки кожи ватным шариком, смоченным стерильным вазелиновым маслом или растительным маслом для профилактики опрелостей в такой последовательности: заушные, шейные, подмышечные, локтевые, лучезапястные, подколенные, в области голеностопного сустава, паховые, ягодичные (паховые и ягодичные складки максимально загрязнены, а потому обрабатываются в последнюю очередь).5. Одеть ребенка, положить в кровать.6. Провести дезинфекцию использованного оснащения.7. Об уходе за кожей ребенка сделать отметку в медицинской документации | оценка |
| 23.05.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Проведение дуоденального зондирования.  1. Подготовил необходимое оснащение в манипуляционном кабинете.  Доброжелательно и уважительно представился. Уточнил у пациента аллергологический анамнез, получил его согласие. Напомнил, что процедура проводится натощак  2. Вымыл руки на гигиеническом уровне  3. Надел маску  4. Надел перчатки  5. Открыл упаковку с одноразовым дуоденальным зондом и извлек его.  6. Измерил расстояние от мочки уха до резцов, далее - до мечевидного отростка и сделал первую метку. Прибавил к первой метке расстояние, равное ширине ладони пациента и сделал вторую отметку.  7. Усадил пациента на кушетку и предложил широко открыть рот.  8. Смоченный в стакане с водой кончик зонда положил на корень языка и предложил пациенту делать глотательные движения, медленно заглатывать зонд до первой отметки Уложил пациента на кушетку на правый бок, конец зонда опустил в пробирку (без маркировки) на штативе. Штатив с пробирками располагается на низкой скамеечке рядом с кушеткой  9. Под правый бок пациента подложить грелку, обернутую салфеткой в четыре слоя.  10. В пробирку выделяется светлое мутное содержимое желудка. Предложил медленно, в течение 30-60 минут, заглатывать зонд до второй отметки, до появления золотисто-желтого отделяемого. Переставил зонд в пробирку с маркировкой «А»  11. В течение 20-30 минут собрал порцию желчи «А» в одну- две пробирки до прекращения ее выделения.  12. Подогрел на водяной бане сульфат магнезии 33% до температуры 38\*С и ввел через зонд 20-40 мл с помощью шприца Жане, наложил зажим на зонд.  13. Предложил пациенту перевернуться на спину на 10 минут.  14. Вновь уложил пациента на правый бок на грелку, переставил зонд в пробирку «В» и снял зажим с зонда. В пробирку выделяется оливкового цвета жидкость. | оценка |
| 23.05.2020  Дата | Содержание работы  15. Заполнил 2-5 пробирок. После появления жидкости светло-желтого цвета переставил зонд в пробирку с маркировкой «С»  16. Набрал две пробирки желчи порции «С» и закончил зондирование, наложив зажим на зонд.  17. Предложил пациенту перейти в положение сидя.  18. С помощью чистой салфетки извлек зонд и поместил его в емкость с дезинфицирующим раствором.  19. Дал пациенту прополоскать рот чистой водой.  20. Зонд и салфетки поместил в мешок для отходов класса «Б».  21. Пробирки закрыл резиновыми пробками, поместил в контейнер для транспортировки вместе с направлением и доставил в лабораторию.  22. Обработал кушетку  23. снял перчатки, маску и поместил их в емкости для отходов класса «Б»  24. Обработал руки на гигиеническом уровне.  Хирургия. Надевание стерильного халата на себя.  1. Проверить бирку стерилизации бикса.  2. Бикс закрепить на подставке и приоткрыть крышку.  3. Обработать руки одним из способов.  4. Открыть бикс ножной педалью подставки.  5. Не касаясь поверхности бикса, извлечь полотенце и осушить руки.  6. Обработать руки стерильной салфеткой, смоченной спиртом.  7. Проверить качество стерилизации белья, достав индикатор.  8. Развернуть края пеленки, выстилающей внутреннюю поверхность бикса.  9. Извлечь халат, развернуть его изнаночной стороной к себе, следя за тем, чтобы наружная поверхность стерильного халата не коснулась соседних предметов и вашей одежды.  10. Взять халат за края ворота так, чтобы левая кисть была прикрыта халатом, и осторожно набросить его на правую руку и предплечье.  11. Правой рукой с уже надетым стерильным халатом взять халат за левый край ворота так, чтобы правая кисть была прикрыта халатом, и вдевают левую руку.  12. Медицинская сестра вытягивает руки вперед и вверх, а санитарка подходит сзади, берет халат за тесемки, натягивает и завязывает их. | оценка |
| 23.05.2020  Дата | Содержание работы  13. Медицинская сестра сама завязывает тесемки у рукавов своего стерильного халата, обернув 2 – 3 раза обшлаг рукава.  14. Сестра берет стерильный пояс из кармана халата и развертывает его, держа на расстоянии 30 – 40 см от себя, таким образом, чтобы санитарка смогла сзади захватить оба конца пояса, не касаясь стерильного халата и рук сестры, и завязать его.  15. Маску сестра прикладывает к лицу и удерживает ее за концы тесемок так, чтобы санитарка сзади смогла захватить тесемки и завязать их.  Педиатрия. Проведение гигиенической ванны грудному ребенку   1. Приготовить на пеленальном столе (предварительно обработанном дезинфицирующим раствором) простынь, комплект для пеленания или комплект чистого нательного белья. 2. Вымыть ванну (предварительно обработанную дезинфицирующим раствором) горячей водой. 3. Наполнить ванну сначала холодной водой, затем горячей до необходимой температуры (36-37°С). 4. Наполнить кувшин водой 5. Постелить на дно ванной чистую пеленку или специальную подставку 6. Раздеть ребенка в кровати 7. При необходимости подмыть ребенка 8. Осторожно погрузить ребенка в ванну, придерживая левой рукой голову и левое плечо ребенка так, чтобы вода доходила до сосковой линии. 9. Вымыть ребенка правой рукой с помощью махровой рукавички, начиная с волосистой части головы, затем вымыть шею, туловище, конечности, тщательно помыть естественные складочки. Последние обмойте половые органы и промежность. 10. Сбросьте использованную рукавичку в специальную емкость для их сбора. 11. Вынуть ребенка из ванны двумя руками таким образом, чтобы его лицо было обращено к вам, ладонями обхватить грудную клетку ребенка в области подмышечных впадин, фиксируя пальцами его спину и заднюю поверхность шеи. | оценка |
| 23.05.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Проведение дуоденального зондирования | Озн. | |  | Надевание стерильного халата на себя | Озн. | |  | Проведение гигиенической ванны грудному ребенку | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  1. Положить ребенка к себе на левое предплечье лицом вниз, поддерживая его за левое бедро. 2. Взять кувшин правой рукой и облить ребенка чистой водой. Вернуть кувшин на прежнее место. 3. Взять правой рукой чистую фланелевую пеленку (полотенце) и накрыть ею ребенка. Просушить кожу ребенка осторожными промокательными движениями. 4. Перенести ребенка на пеленальный стол, снять с него мокрую фланелевую пеленку и сбросить пеленку в емкость для сброса использованного белья. 5. Обработать естественные кожные складки 6. Одеть ребенка | оценка |
| 25.05.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Постановка гипертонической клизмы.   1. Предложите пациенту лечь на левый бок с согнутыми в коленях и подтянутыми к животу ногами. 2. Под пациента подстелите клеенку, на нее — пеленку. 3. Вымойте руки, наденьте перчатки. 4. Наберите гипертонический раствор (температура 37 – 38 °С) в шприц Жане или грушевидный баллончик, и положите в приготовленный почкообразный лоток. В этот же лоток положите смазанную вазелином ректальную трубку и марлевую салфетку. 5. Обработайте перчатки спиртовыми шариками. 6. Левой рукой разведите ягодицы и, осмотрев анальное отверстие, введите в прямую кишку на 15—20 см ректальную трубку. 7. Присоедините к трубке шприц Жане (или баллончик) и медленно вводите гипертонический раствор в прямую кишку. 8. Закончив введение, пережмите (перегибают) трубку и извлеките ее салфеткой из прямой кишки. Рекомендуют пациенту задержать раствор в кишечнике на 20 — 30 мин, для чего ему лучше лечь на спину. 9. Погрузите, использованный инструментарий в дезинфицирующий раствор.   Хирургия. Остановка артериального кровотечения пальцевым прижатием   1. Наденьте средства индивидуальной защиты в машине скорой помощи. 2. Убедитесь в личной безопасности и безопасности 3. пострадавшего. 4. Проведите первичное обследование пострадавшего для определения вида травмы. 5. Проинформируйте пострадавшего о цели и сущности первой помощи. Получите согласие. Усадите или уложите пострадавшего. 6. Придайте конечности возвышенное положение.   7. Остановите кровотечение пальцевым прижатием артерии на протяжении:  *Общую сонную артерию* прижмите у середины внутреннего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы к сонному бугорку поперечного отростка 6-го шейного позвонка (первым пальцем или остальными четырьмя). | оценка |
| 25.05.2020  Дата | Содержание работы  *Наружную челюстную артерию* прижмите к нижнему краю нижней челюсти на границе задней и средней ее третей (первым пальцем).  *Височную артерию* прижмите в области виска выше козелка уха к височной кости (первым пальцем).  *Подключичную артерию* прижмите в середине надключичной области к бугорку первого ребра (первым пальцем или остальными четырьмя). Прижатие этой артерии возможно также путем оттягивания руки книзу и назад. При этом артерия сдавливается между ключицей и первым ребром.  *Плечевую артерию* прижмите в верхней трети внутренней поверхности плеча у края двуглавой мышцы к плечевой кости (первым пальцем или остальными четырьмя.  *Лучевая артерия* прижимается в области исследования пульса к лучевой кости.  *Подмышечную артерию* прижмите в середине подмышечной впадины к головке плечевой кости (двумя первыми пальцами или остальными четырьмя обеих рук).  *Локтевую артерию* прижмите к локтевой кости в верхней трети внутренней поверхности предплечья (первым пальцем или остальными четырьмя).  *Бедренную артерию* прижмите ниже середины пупартовой связки к горизонтальной ветви лонной кости (двумя первыми пальцами, кулаком, коленом).  *Подколенную артерию* прижмите в середине подколенной ямки к бедренной кости, нижнюю конечность при этом согните в коленном суставе (двумя первыми пальцами или остальными четырьмя обеих рук).  *Заднюю берцовую артерию* прижмите к задней поверхности внутренней лодыжки (первым пальцем или остальными четырьмя).  *Тыльную артерию стопы* прижмите на тыльной ее поверхности посередине между наружной и внутренней лодыжками, несколько ниже голеностопного сустава (первым пальцем или остальными четырьмя).  *Брюшную аорту* прижмите кулаком или коленом к позвоночнику слева от пупка (это удается сделать при вялой брюшной стенке).  8. Примените метод остановки кровотечения, позволяющий провести транспортировку пострадавшего.  9. Проведите диагностику шока и степени кровопотери. | оценка |
| 25.05.2020  Дата | Содержание работы  10.Проведите обезболивание (профилактику шока).  11.Проведите туалет раны и наложите асептическую повязку.  12.Иммобилизируйте конечность.  13.Транспортируйте пострадавшего в лечебное учреждение.  14. Продезинфицируйте средства индивидуальной защиты или уложите их в герметичный пакет.  15. Вымойте руки с мылом, обработайте их антисептиком.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка гипертонической клизмы | Озн | |  | Остановка артериального кровотечения пальцевым нажатием | Озн | |  | Обработка волосистой части головы при гнейсе | Озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   Педиатрия. Обработка волосистой части головы при гнейсе.   1. Объяснить маме / родственникам цель и ход проведения процедуры 2. Подготовить необходимое оснащение 3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки 4. Уложить (или усадить) ребенка на пеленальном столе 5. Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором и постелить на него пеленку 6. Ватным тампоном, обильно смоченным стерильным растительным маслом, обработать волосистую часть головы промокательными движениями в местах локализации гнейса 7. Положить на обработанную поверхность марлевые салфетки и надеть шапочку (минимум на 2 часа) 8. Передать ребенка маме или положить в кроватку 9. Убрать пеленку с пеленального стола и поместить ее в мешок для грязного белья 10. Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезраствором 11. Снять перчатки, вымыть и осушить руки 12. Через 2 часа провести гигиени­ческую ванну.   Во время мытья го­ловы осторожно удалить корочки | Оценка |
| 26.05.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Измерение водного баланса у пациента.   1. Объяснить пациенту, что в 6.00 необходимо выпустить ночную порцию мочи в унитаз; 2. После этого пациент должен собирать мочу после каждого мочеиспускания в градуированную емкость, записывать время и количество мочи, а так же, должен указывать время приема и количество принятой жидкости и данные фиксировать в лист учета до 6.00 следующего утра; 3. В 6.00 следующего дня пациент должен сдать лист учета медицинской сестре; 4. Снять перчатки и опустить их в контейнер, вымыть (гигиенический уровень) и осушить руки; 5. Записать полученные данные в медицинскую документацию   Хирургия. Сбор инструментов для операции  1.Разложить инструменты общего набора:  цапки для белья – 8; скальпели – 4; пинцеты: хирургические – 4, анатомические – 2, лапчатые– 2, анатомический длинный – 1; зажимы кровоостанавливающие Кохера, Бильрота – 15; ножницы: Купера – 3, изогнутые Рихтера – 1, прямые – 1; крючки: острые трехзубые – 2, Фарабефа – 2, Лангенбека – 2; лопатка Буяльского – 1; иглы Дешана – 2; зонды: желобоватый – 1, пуговчатый –1, ложечка Фолькмана – 1; корнцанги: прямой и изогнутый-2;  2.Разложить на столе инструменты  Специального набора для операций на органах брюшной полости:   * 1. Ранорасширитель Госсе.   2. Ранорасширитель Микулича.   3. Печеночные зеркала.   4. Брюшное зеркало.   5. Троакар.   6. Шпатель Ревердена.   7. Мягкие кишечные жомы.   8. Раздавливающие кишечные жомы.   9. Жом Пайера.   После использования инструменты подвергаются обработке соответственно стандарту. | оценка |
| 26.05.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Измерение водного баланса у пациентов | Озн. | |  | Сбор инструментария для операции | Озн. | |  | Введение газоотводной трубки | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   Педиатрия. Введение газоотводной трубки  1. Объяснить маме цель и ход проведения процедуры.  2. Подготовить оснащение.  3. Обработать руки гигиеническим способом, надеть фартук и стерильные резиновые перчатки.  4. Постелить на ровную поверхность клеенку и пеленку.  5. Взять газоотводную трубку, слепой конец смазать вазелиновым маслом.  6. Уложить ребенка на левый бок с прижатыми к животу ногами (до 6-ти месяцев - на спинку и поднять ножки).  7. Раздвинуть ягодицы пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в этом положении.  8. Пережав свободный конец газоотводной трубки, осторожно, не прилагая усилий ввести его в анус и продвинуть на 1-2 см по направлению к пупку, затем параллельно к позвоночнику.  9. Свободный конец газоотводной трубки опустить в емкость с водой.  10. Помассажировать живот ребенка поглаживающими круговыми движениями по направлению часовой стрелки.  11. По мере прекращения появления воздушных пузырьков в емкости с водой с помощью салфетки убрать газоотводную трубку.  12. После дефекации, ребенка следует подмыть, подсушить промокательными движениями пеленкой и смазать естественные складки маслом. Одеть.  13. Убрать клеенку и пеленку, поместить в дезраствор.  14. Снять фартук, поместить в дезраствор.  15. Снять перчатки, сбросить в контейнер. Вымыть руки.  *Примечание*. Глубина введения газоотводной трубки зависит от возраста ребенка (новорожденному 6-8 см) | Оценка |
| 27.05.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Постановка сифонной клизмы   1. Ознакомить пациента с последовательностью процедуры. 2. Вымыть руки, надеть перчатки и резиновый фартук. 3. Отгородить пациента ширмой, если процедура выполняется в палате. 4. Уложить пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой и пеленкой, попросить согнуть ноги и привести колени к животу. 5. Используя шпатель и салфетку смазать вазелином слепой конец зонда на протяжении 30-40 см. 6. Большим и указательным пальцем левой руки раздвинуть ягодицы пациента, правой рукой легкими вращательными движениями осторожно ввести слепой конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см. 7. Присоединить воронку к свободному концу зонда. 8. Заполнить воронку водой, удерживая се на уровне кушетки в несколько наклонном положении. 9. Поднять воронку с водой на 1 м выше уровня кушетки, следить, чтобы вода уходила в кишечник из воронки лишь до ее устья. 10. Опустить воронку ниже уровня пациента, удерживая ее наклонно и выливая содержимое в ведро для промывных вод. 11. Повторяя последнюю процедуру, промывать кишечник до чистых промывных вод. 12. Отсоединить воронку, свободный конец зонда опустить в таз или 13. ведро на 10 минут для отхождения из кишечника оставшейся воды и газов. 14. Извлечь осторожно зонд из кишечника с помощью салфетки. 15. Салфетку, зонд, воронку поместить в лоток для отработанного материала. 16. Провести дезинфекцию предметов ухода 17. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим средством, вымыть руки. | оценка |
| 27.05.2020  Дата | Содержание работы  .  Хирургия. Уход за мочевым катетером  1) 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.  2) Обеспечить конфиденциальность процедуры.  3) Опустить изголовье кровати.  4) Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку.  5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  6) Надеть перчатки.  7) Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем.  8) Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см.  9) Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает.  10) Осмотреть кожу промежности идентифицируя признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое).  11) Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута.  12) Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости.  13) Снять с кровати пеленку (клеенку с пеленкой) и поместить ее в емкость для дезинфекции.  14) Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал  15) Снять перчатки  16) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  17) Уточнить у пациента его самочувствие.  18) Сделать соответствующую запись о выполнен- ной процедуре в медицинской документации. | Оценка |
| 27.05.2020  Дата | Содержание работы  Педиатрия. Обработка слизистой рта при стоматите   1. Объяснить маме/ребёнку цель и ход предстоящей процедуры, получить согласие. 2. Усадить ребёнка на колени матери, зафиксировать ему руки и голову. 3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. 4. Набрать в стерильный резиновый баллончик (шприц без иглы) один из растворов (по назначению врача). 5. Шпателем открыть рот ребёнка. 6. Поднести баллончик ко рту ребёнка и направить струю жидкости к твёрдому нёбу. Мать при этом наклоняет голову ребёнка на один, затем на другой бок. 7. Раствор из ротовой полости должен стекать в подставленный лоток. 8. Обработка марлевыми салфетками (бинтом). Один конец шпателя (лучше зажима), или предварительно обработанной палец, обмотать марлевой салфеткой или бинтом, (концы бинта зафиксировать в ладони) или ватная палочка. 9. Смочить салфетку раствором методом погружения в стакан. 10. Шпателем открыть рот ребёнку. 11. Смачивая слизистую оболочку раствором нежно снять с неё налёты (менять салфетки 2 – 3 раза). 12. Использованный материал собрать в лоток.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка сифонной клизмы | Озн. | |  | Уход за мочевым катетером | Озн. | |  | Обработка слизистой рта при стоматите | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  1. Снять перчатки, вымыть и осушить руки. | оценка |
| 28.05.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. . Внутривенное капельное введение   1. Проверить флакон с раствором на актуальность срока годности, оценить цвет, прозрачность, убедиться в отсутствии осадка и внешних повреждений. 2. Пинцетом или ножницами вскрыть центральную часть металлической крышки флакона, затем обработать резиновую пробку флакона салфеткой с антисептиком. 3. При необходимости ввести раствор лекарственного вещества из ампулы или небольшого флакона во флакон с растворителем. 4. Ампулу или флакон с лекарственным веществом проверить на соответствие названию назначенного препарата, актуальность срока годности, прозрачность, отсутствие повреждений и осадка. 5. Приготовить шприц для введения лекарственного вещества в растворитель. 6. Обработать антисептической салфеткой крышку флакона или горлышко ампулы, вскрыть ампулу или проколоть иглой флакон, вскрыть, предварительно проверив, шприц, набрать препарат. Ввести препарат во флакон с растворителем. 7. Отработанную иглу поместить в непрокалываемый контейнер, отработанный шприц — в контейнер для отходов класса «Б». 8. Убедиться в актуальности срока годности, герметичности упаковки с системой, проверить ее содержимое. 9. Вскрыть упаковочный пакет, извлечь систему. 10. Снять колпачок с иглы воздуховода, ввести иглу в резиновую пробку флакона до упора. 11. Открыть заглушку, закрывающую отверстие воздуховода. 12. Закрыть винтовой зажим системы, перевернуть флакон вверх дном и установить его на штативе. 13. Пальцами с двух сторон аккуратно сдавить мягкую капельницу, заполнив ее раствором наполовину. Если капельное устройство жесткое, оно заполняется при открытии винтового зажима. 14. При наличии в капельном устройстве фильтра он должен быть полностью заполнен раствором, предназначенным для вливания. 15. Открыть винтовой зажим и медленно заполнить длинную трубку системы до полного вытеснения жидкости и появления капель раствора из инъекционной иглы, при использовании катетера — из соединительной канюли. | Оценка |
| 28.05.2020  Дата | Содержание работы   1. Убедиться в отсутствии пузырьков воздуха на всем протяжении системы. 2. Иглу сменить на стерильную, положить ее в стерильный лоток, а также положить асептические салфетки и стерильную сухую салфетку. 3. Приготовить 2 полоски узкого лейкопластыря длиной около 5 см для фиксации иглы системы. 4. У кровати или кушетки пациента установить штатив с капельной системой, а также манипуляционный столик со всем приготовленным оснащением. 5. Убедиться в удобстве позы пациента. 6. Под место предполагаемой венепункции положить подушку для внутривенных инъекций. 7. Пропальпировать место предполагаемой венепункции, чтобы убедиться в отсутствии повреждений, гематом и инфильтратов. При наличии таковых сообщить об этом врачу и выбрать другой место венепункции. 8. Наложить венозный жгут на среднюю треть плеча через рубашку или пеленку таким образом, чтобы на лучевой артерии пальпировался пульс. 9. Попросить пациента сжать кисть в кулак и держать ее в этом положении. 10. Область локтевого сгиба обработать антисептическими салфетками (не менее 2-х) движениями от центра к периферии. 11. Снять колпачок с иглы, большим пальцем одной руки зафиксировать вену, натянув кожу. Другой рукой пунктировать вену иглой с подсоединенной к ней системой, держа иглу срезом вверх параллельно коже. При попадании иглы в вену появится ощущение попадания в пустоту. Иглу ввести в вену не более чем на 1/2 длины. 12. При появлении в канюле крови попросить пациента разжать кулак и расслабить руку. Одновременно снять или ослабить жгут. 13. Открыть винтовой зажим и отрегулировать скорость капельного вливания согласно назначению врача. 14. Зафиксировать иглу и трубку системы к коже пациента с помощью узкого лейкопластыря. Иглу прикрыть сухой стерильной салфеткой.   Снять перчатки и поместить их в контейнер для отходов класса «Б». Вымыть руки гигиеническим способом, высушить одноразовым полотенцем. | оценка |
| 28.05.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Внутривенное капельное введение препаратов | Озн. | |  | Наложение давящей повязки | Озн. | |  | Проведение контрольного взвешивания. | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   Хирургия. Наложение давящей повязки  1. Обработайте руки спиртом.  2. Наденьте резиновые перчатки.  3. Осмотрите пациента, успокойте, уложите больного.  4. Оцените состояние пациента и раны.  5. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.  6. Придайте удобное положение пациента с хорошим доступом к ране.  7. Обработайте края раны.  8. Просушите салфеткой.  9. Наложите на рану стерильные салфетки.  10. Наложите поверх салфетки ватно-марлевый тампон.  11. Закрепите тампон бинтовой повязкой (в зависимости от локализации раны).  12. Снимите перчатки.  Педиатрия. Проведение контрольного взвешивания  1. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  2. Обработать весы дез. раствором.  3. Отрегулировать весы.  4. Завернутого ребенка взвесить.  5. Провести кормление в течение 15-20 минут.  6. Взвесить ребенка после кормления.  7. Определить разницу в массе до и после кормления, которая будет соответствовать количеству высосанного молока.  8. Повторно обработать весы дез. раствором.  9. Обработать руки гигиеническим способом, осушить их.  10. Сделать запись о манипуляции в медицинской документации. | Оценка |
| 29.05.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Подкожная инъекция   1. Объясните пациенту ход проведения манипуляции, получите от него согласие. 2. Наденьте чистый халат, маску обработайте руки на гигиеническом уровне, наденьте перчатки. 3. Наберите лекарственное средство, выпустите из шприца воздух, положите в лоток. 4. Усадите или уложите пациента, в зависимости от выбора места инъекции и ЛС. 5. Осмотрите и пропальпируйте область инъекции. 6. Обработайте место инъекции последовательно в одном направлении 2 ватными шариками, смоченными 70% раствором спирта: вначале большую зону, затем вторым шариком непосредственно место инъекции, заложите его под мизинец левой руки. 7. Возьмите в правую руку шприц (указательным пальцем правой руки держите канюлю иглы, мизинцем - поршень шприца, 1,3,4 пальцами держите цилиндр). 8. Соберите левой рукой кожу в складку треугольной формы, основанием вниз. 9. Введите иглу под углом 45° срезом вверх в основание кожной складки на глубину 1-2 см (2/3 длины иглы), придерживайте указательным пальцем канюлю иглы. 10. Перенесите левую руку на поршень и введите лекарственное средство (не перекладывайте шприц из одной руки в другую). 11. Прижмите место укола ватным шариком с 70 % спиртом. 12. Извлеките иглу, придерживая ее за канюлю. 13. Сбросьте одноразовый шприц и иглу в ёмкости c 3% хлорамином на 60 мин. 14. Снять перчатки, поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором. 15. Вымыть руки, осушить.   Хирургия. Подготовка пациента к плановой операции  накануне вечером:  1. предупредить пациента о том, что последний прием пищи должен быть не позднее 17-18 часов;  2. очистительная клизма;  3. гигиеническая ванна или душ;  4. смена постельного и нательного белья;  5. медикаментозная премедикация по назначению врача-анестезиолога.  утром в день операции: | оценка |
| 29.05.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подкожная инъекция | Озн. | |  | Подготовка пациента к плановой операции  накануне вечером: | Озн. | |  | Сбор мочи на анализ у детей. | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   1.термометрия; 2. очистительная клизма до чистых вод; 3. промывание желудка по показаниям;4. бритье операционного поля сухим способом, вымыть теплой водой с мылом; 5. обработка операционного поля эфиром или бензином; 6. укрывание операционного поля стерильной пеленкой; 7. премедикация по назначению анестезиолога за 30 – 40 минут до операции; 8. проверка полости рта на наличие съемных протезов и снятие их; 9. снять кольца, часы, макияж, линзы;10. опорожнить мочевой пузырь; 11. изолировать волосы на голове под шапочку; 12. транспортировка в операционную лежа на каталке  Педиатрия. Сбор мочи на анализ у детей.  1) Обработать подкладной круг 1% раствором хлорамина при сборе мочи у девочки. Тарелка должна быть чистой, сухой обезжиренной.  2) Обработать горшок 1% хлорамином и обдать кипятком (для детей постарше).  3) Подмыть ребенка (девочка подмывается спереди назад). Осушить кожу промокательными движениями.  4) Девочку уложить на подкладной круг предварительно обернутый пеленкой, под спину подложить несколько свернутых пеленок, чтобы голова, спина и ягодицы находились на одном уровне, а внутрь круга помещают чистую глубокую тарелку.5) Прикрыть ребенка пеленкой (или одеялом).6) Оценить, достаточно ли собрано мочи. Перелить ее в баночку, написать направление в лабораторию.7) Ребенка запеленать или одеть.8) Мочу доставить в клиническую лабораторию в течение 1 часа.9) Предметы ухода обработать 1% хлорамином дважды через 15 минут.10) Проконтролировать, чтобы анализ был подклеен к истории | Оценка |
| 30.05.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Постановка периферического венозного катетера   * 1. Вымойте руки.   2. Соберите стандартный набор для катетеризации вены, в который входят: стерильный лоток, лоток для мусора, шприц с 10 мл гепаринизированного раствора (1:100), стерильные ватные шарики и салфетки, лейкопластырь или клеящая повязка, кожный антисептик, периферические внутривенные катетеры нескольких размеров, переходник или соединительная трубка или обтуратор, жгут, стерильные перчатки, ножницы, лангета, бинт средней ширины, 3% раствор перекиси водорода.   3. Проверьте целостность упаковки и сроки хранения оборудования.   4. Убедитесь, что перед вами больной, которому назначена катетеризация вены.   5. Обеспечьте хорошее освещение, помогите пациенту принять удобное положение.   6. Разъясните пациенту суть предстоящей процедуры, создайте атмосферу доверия, предоставьте ему возможность задать вопросы, определите предпочтения пациента в отношения места постановки катетера.   7. Приготовьте контейнер для утилизации острых предметов.   8. Выберите место предполагаемой катетеризации вены: наложите жгут на 10- 15 см выше предполагаемой зоны катетеризации; попросите пациента сжимать и разжимать пальцы кисти руки для улучшения наполнения вен кровью; выберите вену путем пальпации, принимая во внимание характеристики инфузата, снимите жгут.   9. Подберите наименьший катетер, учитывая размер вены, необходимую скорость введения, график проведения внутривенной терапии, вязкость инфузата.   10. Обработайте руки антисептиком и наденьте перчатки.   11. Повторно наложите жгут на 10-15 см выше выбранной зоны.   12. В течение 30-60 с обработайте место катетеризации кожным антисептиком, дайте ему высохнуть. НЕ КАСАЙТЕСЬ ОБРАБОТАННОЙ ЗОНЫ!   13. Зафиксируйте вену, прижав ее пальцем ниже предполагаемого места введения катетера.   . | оценка |
| 30.05.2020  Дата | Содержание работы   * 1. Возьмите катетер выбранного диаметра и снимите защитный чехол. Если на чехле расположена дополнительная заглушка, чехол не выбрасывайте, а держите его между пальцами свободной руки.   2. Введите катетер на игле под углом 15° к коже, наблюдая за появлением крови в индикаторной камере.   3. При появлении крови в индикаторной камере уменьшите угол наклона иглыстилета и на несколько миллиметров введите иглу в вену.   4. Зафиксируйте иглу-стилет, а канюлю медленно до конца сдвигайте с иглы в вену (игла-стилет полностью из катетера пока не удаляется).   5. Снимите жгут. Не допускайте введения иглы-стилета в катетер после смещения его в вену!   6. Пережмите вену для снижения кровотечения и окончательно удалите иглу из катетера, утилизируйте иглу с учетом правил безопасности.   7. Снимите заглушку с защитного чехла и закройте катетер или присоедините инфузионную систему.   8. Зафиксируйте катетер с помощью фиксирующей повязки.   9. Зарегистрируйте процедуру катетеризации вены согласно требованиям лечебного учреждения.   10. Утилизируйте отходы в соответствии с правилами техники безопасности и санитарно-эпидемиологического режима.   Хирургия. Наложение окклюзионной повязки   1. Кожу вокруг раны обрабатывают антисептиком, проводят туалет раны. 2. Вскрывают ИПП: 3. Пакет берут в левую руку так, чтобы склейка свободного края находилась сверху, правой рукой захватывают надрезанный край склейки и отрывают его, извлекая содержимое в бумаге; 4. Достают из складки бумажного пакета булавку, бумажную оболочку развертывают, достают содержимое; 5. В левую руку берут конец бинта, в правую – головку бинта, разводят руки в стороны (на отрезке бинта находятся две подушечки, свернутые пополам и имеющие одну сторону, прошитую цветной ниткой: первая подушечка неподвижная, вторая передвигается по бинту). | Оценка |
| 30.05.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка периферического венозного катетера | Озн. | |  | Наложение окклюзионной повязки | Озн. | |  | Подача кислорода через маску | Озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  1. Стерильной стороной прорезиненной оболочки ИПП плотно закрывают рану грудной стенки с выступом за края на 4 – 5 см. Края оболочки должны герметично пристать к коже. 2. Затем накладывают обе подушечки пакета стороной, не прошитой цветной ниткой, на прорезиненную оболочку. 3. Закрывают рану второй подушечкой стороной, не прошитой цветной ниткой. 4. При сквозном ранении прорезиненную оболочку разрывают на две части и ими предварительно закрывают раны грудной клетки, после чего одну подушечку кладут на входное отверстие, а другую, передвигают по бинту и помещают на выходное отверстие. 5. Марлевые подушечки укрепляют ходами бинта ИПП. 6. По окончании бинт закрепляют булавкой или путем завязывания тесемок.   Педиатрия. Подача кислорода через маску   1. Обработать маску: протереть ватным тампоном, смоченным 70% спиртом, а затем, протереть стерильным изотоническим раствором. 2. Очисть рот и глотку от слизи. 3. Запрокинуть голову и выдвинуть нижнюю челюсть ребенка. 4. Плотно фиксировать левой рукой маску к лицу больного и быстро сжать мешок. 5. Разжать мешок для заполнения его новой порцией воздушно-кислородной смесью (для доношенных – 60% кислород, для недоношенных – 40%). 6. Контролировать визуально дыхательные движения грудной клетки. 7. Контролировать свободную проходимость дыхательных путей. | оценка |
| 01.06.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Введение гепарина   1. Объясните пациенту ход проведения манипуляции, получите от него согласие. 2. Наденьте чистый халат, маску, обработайте руки на гигиеническом уровне, наденьте перчатки. 3. Прочитайте название, дозировка в 1 мл раствора гепарина 5 000 ЕД. 4. Посмотрите дату, срок годности – должен соответствовать. 5. Проверить целостность упаковки. 6. Вскройте упаковку с выбранным шприцом, выложите его в стерильный лоток. 7. Вскройте алюминиевую крышку, обрабатывая её 70 % спиртом двукратно. 8. Произвести расчёт назначенной врачом дозы гепарина. Цена одного малого деления: в 1 мл - 10 делений = 0,1 мл. Если в 1 мл раствора гепарина – 5 000 ЕД, следовательно в 1 малом делении (0,1мл) содержится 500 ЕД. Проколите резиновую крышку флакона, наберите назначенную дозу врачом в шприц. 9. Смените иглу. Выпустите воздух из шприца. 10. Положите шприц на стерильный лоток, приготовьте 2 ватных шарика, смоченных 70% спиртом. 11. Выберите место для инъекции (осмотрите, пропальпируйте). 12. Обработайте кожу сначала 1м ватным шариком большую зону, затем 2м - место укола и зажмите его в левой руке за мизинцем. 13. Соберите кожу в складку треугольной формы левой рукой. 14. Введите иглу в основание складки под углом 45 ° на глубину 1-2 см (на 2/3 иглы), держа шприц в правой руке. 15. Введите гепарин, надавливая на поршень большим пальцем левой руки. 16. Прижмите место укола ватным шариком и извлеките иглу, придерживая ее за канюлю (сильно надавливать и массировать нельзя). 17. Сбросьте одноразовый шприц и иглу в ёмкости c 3% хлорамином на 60 мин. 18. Снимите перчатки 19. Вымойте и осушите руки.   Сделайте запись о проведении процедуры | Оценка |
| 01.06.2020  Дата | Содержание работы  Хирургия. Накрытие стерильного стола.  1. Продезинфицировать стол  2. Визуально проверить герметичность бикса, дату стерилизации  3. Обработать ручку на крышке бикса и саму крышку дезраствором  4. Вымыть руки двукратным намыливанием под проточной водой стандартным способом, насухо вытереть индивидуальной стерильной салфеткой..  5. Обработать руки спиртосодержащим кожным антисептиком в течение двух минут до полного высыхания  5. Надеть стерильные перчатки.  6. Вскрыть замочки бикса №1 «Стерильная рабочая одежда», затем – крышку (если имеется - с помощью педальной подставки)  7. Взять находящиеся поверх упаковки ватные шарики и дважды обработать руки в перчатках спиртосодержащим антисептиком (70% раствором этилового спирта)  8. Взять из бикса стерильный пинцет (корнцанг), находящийся поверх упаковки  9. Извлечь пинцетом термовременный индикатор стерильности («стеритест»), находящийся на верху выстилающей пеленки, сравнить его с эталоном  10. Пинцетом (корнцангом), аккуратно развернуть выстилающую бикс пеленку, оставляя ее концы внутри бикса  11. Достать второй стерильный пинцет  12. Пинцетами достать стерильную рабочую одежду (халат, шапочку) и маску, надеть на себя  13. Обработать руки в перчатках ватным спиртовым шариком  14. Применяя ту же последовательность действий, как и при вскрытии стерильного бикса №1, вскрыть бикс «Стерильный стол».  15. Ухватить пинцетами один и другой край стерильной простыни, извлечь из бикса и развернуть ее на вытянутых руках над столом, ничего не касаясь  16. Накрыть стол движением «на себя» таким образом, чтобы простынь свисала с края стола на 20 см со всех сторон (первый слой)  17. Достать вторую простынь, развернуть ее так же, но оставить ее сложенной в два слоя (второй и третий слой), положить на первую простынь, не свешивая со стола | оценка |
| 01.06.2020  Дата | Содержание работы  18. а) Достать из бикса необходимое количество стерильных укладок с набором перевязочного материала, шариков, салфеток, инструментов, шприцев и разложить их на стерильном столе, выделяя рабочую зону или  б) При помощи стерильной пеленки извлечь сетку с инструментами, стерилизовавшимися в открытом виде, из воздушного стерилизатора и поставить на стерильный стол, разложив их в принятом порядке, удобном для использования, выделяя рабочие зоны;  19. Покрыть инструментарий третьей стерильной простыней, сложенной в два слоя так, чтобы она накрыла предыдущие слои и свесилась со стола на 3-5 см выше края первой простыни (с рабочей стороны) (четвертый и пятый слои)  20. Взять корнцанги (зажимы) из бикса, захватить ими все 5 слоев простыней с нерабочей стороны и закрепить их по углам так, чтобы края простыни с корнцангами свисали вниз Фиксация простыней  21. С рабочей стороны с обеих сторон захватить 2 верхних слоя цапками или зажимами, чтобы края простыни с цапками свисали вниз.  Стол накрыт  22. На клеенчатой бирке поставить дату, время накрытия стерильного стола, свою подпись, прикрепить бирку под цапку к простыне с рабочей стороны. (При необходимости, стерильный стол открывается путем откидывания двух слоев простыни за цапки) | Оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 01.06.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Введение гепарина | Озн. | |  | Накрытие стерильного стола | Озн. | |  | Введение газоотводной трубки | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   Педиатрия. Введение газоотводной трубки  1. Объяснить маме цель и ход проведения процедуры.  2. Подготовить оснащение.  3. Обработать руки гигиеническим способом, надеть фартук и стерильные резиновые перчатки.  4. Постелить на ровную поверхность клеенку и пеленку.  5. Взять газоотводную трубку, слепой конец смазать вазелиновым маслом.  6. Уложить ребенка на левый бок с прижатыми к животу ногами (до 6-ти месяцев - на спинку и поднять ножки).  7. Раздвинуть ягодицы пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в этом положении.  8. Пережав свободный конец газоотводной трубки, осторожно, не прилагая усилий ввести его в анус и продвинуть на 1-2 см по направлению к пупку, затем параллельно к позвоночнику.  9. Свободный конец газоотводной трубки опустить в емкость с водой.  10. Помассажировать живот ребенка поглаживающими круговыми движениями по направлению часовой стрелки.  11. По мере прекращения появления воздушных пузырьков в емкости с водой с помощью салфетки убрать газоотводную трубку.  12. После дефекации, ребенка следует подмыть, подсушить промокательными движениями пеленкой и смазать естественные складки маслом. Одеть.  13. Убрать клеенку и пеленку, поместить в дезраствор.  14. Снять фартук, поместить в дезраствор.  15. Снять перчатки, сбросить в контейнер. Вымыть руки.  *Примечание*. Глубина введения газоотводной трубки зависит от возраста ребенка (новорожденному 6-8 см) | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 02.06.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Постановка масляной клизмы   1. Наденьте перчатки. 2. Наберите в грушевидный баллон 100 – 200 мл теплого масла. 3. Смажьте газоотводную трубку вазелином. 4. Уложите пациента на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами. 5. Раздвиньте ягодицы пациента, введите газоотводную трубку в прямую кишку на 15 – 20 см. 6. Подсоедините к трубке грушевидный баллон и медленно введите масло. 7. Не разжимая грушевидный баллон, отсоедините его от газоотводной трубки. 8. Извлеките газоотводную трубку и поместите ее вместе с грушевидным баллоном в лоток. 9. Помогите пациенту вытереть область анального отверстия. 10. Придайте пациенту удобное положение. Укройте его. Убедитесь, что пациент чувствует себя комфортно, поскольку эффект этой клизмы наступит через 6 – 10 часов. 11. Уберите предметы ухода. 12. Снимите перчатки. 13. Вымойте руки.   Хирургия. Определение группы крови   1. Нанести цоликлоны анти-А, анти-В на специальный планшет по одной большой капле (0,1 мл), под соответствующими надписями. 2. Рядом с ними капнуть исследуемую кровь (0,01–0,03 мл) по одной маленькой капле.. 3. Перемешать их и наблюдать за наступлением или отсутствием реакции агглютинации в течение 3 мин. 4. При сомнительном результате добавить 1 каплю 0,9% физиологического раствора. | оценка |
| 02.06.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка масляной клизмы | Озн. | |  | Определение группы крови | Озн. | |  | Забор кала на яйца глистов | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   Педиатрия. Забор кала на яйца глистов  1. Объяснить маме/ ребенку цель и ход процедуры.  2. Обработать руки гигиеническим способом, надеть стерильные резиновые перчатки.  3. Подготовить необходимые оснащение.  4. Собрать кал непосредственно перед исследованием в чисто вымытый, ошпаренный кипятком горшок.  5. Чистым деревянным шпателем забрать свежевыпущенный кал (5-10 г) из нескольких мест последней порции и поместить его чистую сухую баночку (после чего погружают шпатель в дезрастворе).  6. Выписать направление, отправить материал в лабораторию в течение 1 часа.  7. Горшок после забора материала замочить в дезрастворе, затем промыть под проточной водой и осушить.  8. Снять перчатки.  9. Вымыть и осушить руки. | оценка |
| 03.06.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке  1.Прекратить введение препарата, вызвавшего шок. Если игла в вене, ее не вынимать и терапию проводить через эту иглу.  2. Оценить состояние пациента, жалобы. Подсчитать пульс, измерить АД.  3. Отметить время попадания аллергена в организм, появления жалоб и первых клинических проявлений аллергической реакции.  4. При возможности привлечь для помощи 1-3 человек, имеющих навык оказания неотложной помощи.  5. Через посредника вызвать врача и реанимационную бригаду.  6. Уложить пациента в горизонтальное положение с приподнятым ножным концом.  7. Голову повернуть на бок, при западении языка выдвинуть нижнюю челюсть вперед.  8. Обеспечить доступ свежего воздуха или дать кислород. При остановке дыхания проводить искусственную вентиляцию легких (при помощи мешка «Амбу» или рот в рот).  9. Наложить жгут на место выше введения препарата, если это возможно. Положить холод (лед) на место инъекции или укуса.  10. При введении аллергического препарата в нос или глаза промыть их водой и закапать 0,1 % раствор адреналина 1-2 капли.  11. При подкожном и внутримышечном введении препарата, вызвавшего шок, обколоть крестообразно место инъекции 0,1 % раствором адреналина (1 мл 0,1 % раствора адреналина развести в 3-5 мл физиологического раствора).  12. Ввести 0,1 % раствор адреналина 1,0 мл в/в на 10 мл физиологического раствора путем титрования под контролем АД.  13. Глюкокортикоиды: преднизолон 30-90 мг/кг. При сохраняющейся гипотонии повторное введение адреналина в прежней дозе через 20 минут до 3-х раз в час. Вторичная терапия проводится по назначению врача, оказывающего неотложную помощь  14. Посимптомная терапия.  15. Постоянный контроль жизненно важных функций организма (АД, пульс, дыхание) с интервалом 5-10 мин. Быть готовым к проведению сердечно-легочной реанимации. | оценка |
| 03.06.2020  Дата | Содержание работы  Хирургия. Снятие швов с послеоперационной раны  1.Представиться пациенту, рассказать ему о цели и ходе процедуры.  2. Помочь пациенту лечь на перевязочный стол, занять удобное для него положение, обнажить повязку.  3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  4. Надеть перчатки.  5. Подготовить все необходимое для снятия швов в стерильный почкообразный лоток с помощью стерильного корнцанга.  6.Снять фиксирующую повязку бережно и щадяще (пластырь или клеоловую салфетку, или бинт), используя пинцет, ножницы Рихтера.  7.Снять поочередно салфетки, прикрывающие послеоперационный шов, по направлению вдоль шва. При снятии старой повязки, для уменьшения неприятных ощущений, кожу необходимо придерживать шариком на пинцете.  8. Поместить использованный материал в емкость для сбора отработанного материала.  9. Снять перчатки, положить их в емкость для дезинфекции  10.Обработать руки антисептиком  11.Надеть стерильные перчатки.  12.Осмотреть кожу и сам шов.  13.Обработать антисептиком послеоперационный шов стерильными марлевыми шариками, затем кожу вокруг него.  14.По назначению врача приступить к снятию швов: стерильным анатомическим пинцетом захватить узел шва и немного подтянуть его, пока не появится светлая часть лигатуры. Один острый конец стерильных медицинских ножниц подвести под лигатуру в этой светлой части и перерезать ее, и пинцетом извлечь эту перерезанную лигатуру. Сбросить снятую лигатуру в емкость для сбора отработанного материала. Так же поступить с остальными швами  15.Кожный рубец обработать стерильными марлевыми шариками с антисептиком, особенно те места, где остались отверстия от снятых швов.  16.Наложить сухую стерильную салфетку, не менее чем два слоя.  17.Фиксировать салфетки полосками лейкопластыря, или клеолом, или бинтом.  18.Поместить использованные инструменты в емкость для дезинфекции. | оценка |
| 03.06.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке | Озн. | |  | Снятие швов с послеоперационной раны | Озн. | |  | Применение мази | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   19.Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции  20.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  21.Сообщить пациенту о состоянии послеоперационного рубца, проинструктировать его о дальнейших действиях.  22.Сделать соответствующую запись в журнал перевязок  Педиатрия. Применение мази   1. Внимательно изучить инструкцию по применению мази. 2. Сообщить маме ребенка цель и ход процедуры, получить согласие 3. Уложить ребенка, раздеть 4. Обработать руки, надеть перчатки. 5. Осмотреть участок кожи для применения мази. 6. Обработать и высушить кожу салфеткой или полотенцем. 7. Нанести мазь из тюбика на аппликатор; при его отсутствии втирать мазь только в перчатках. 8. Втирать мазь лёгкими вращательными движениями 3-4 минуты до полного всасывания, в некоторых случаях имеются точные инструкции о том, когда следует прекратить втирание (обеспечить тепло, если указанно в инструкции по применения мази). 9. Аппликатор в лоток для отработанного материала. 10. Снять перчатки, обработать руки, сделать отметку о выполнении назначения. | оценка |
| 04.06.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Введение инсулина  1. Объясните пациенту ход проведения манипуляции, получите от него согласие.  2. Наденьте маску, обработайте руки на гигиеническом уровне, наденьте перчатки.  3. Прочитайте название инсулина, дозировку (40,80,100 ЕИ в 1 мл) – должен соответствовать назначению врача.  4. Посмотрите дату, срок годности – должен соответствовать.  5. Проверить целостность упаковки.  6. Вскройте упаковку с выбранным стерильным инсулиновым шприцом, выложите его в стерильный лоток.  7. Вскройте алюминиевую крышку, обрабатывая её 70 % спиртом двукратно.  8. Проколите резиновую крышку флакона после высыхания спирта, наберите инсулин  9. Смените иглу. Выпустите воздух из шприца (2 ЕД уйдут в иглу).  10. Положите шприц на стерильный лоток, приготовьте 3 стерильных, ватных шарика (2 смоченных 70% спиртом, 3-ий - сухой).  11. Обработайте кожу сначала 1-м, затем 2-м ватным шариком (со спиртом), 3-ий (сухой) зажмите в левой руке.  12. Соберите кожу в складку треугольной формы.  13. Введите иглу в основание складки под углом 45° на глубину 1-2 см (на 2/3 иглы), держа шприц в правой руке.  14. Введите инсулин, досчитайте до 10.  15. Прижмите место укола сухим ватным шариком.  16. Извлеките иглу, придерживая ее за канюлю.  17. Снять перчатки, поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.  18. Вымыть руки, осушить.  Хирургия. Проведение премедикации   1. Объяснить пациенту цель премедикации 2. Накануне операции по назначению врача на ночь вводятся снотворные и десенсибилизирующие средства 3. В день операции за 30 мин до операции предупредить пациента, чтобы он опорожнил мочевой пузырь   . | оценка |
| 04.06.2020  Дата | Содержание работы  4.После чего по назначению врача вводятся в/м сибазон (реланиум), в зависимости от клинической ситуации перечень вводимых медикаментов может быть расширен с учетом показаний и принципов деления премедикации на лечебную и профилактическую  5.После введения средств для премедикации контролировать состояние пациента, через 30 мин. На каталке доставить его в операционную.  6.Подвергнуть изделия медицинского назначения однократного и многократного использования обработке в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации.  7.Провести дезинфекцию и утилизацию медицинских отходов в соответствии с Сан.ПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений»8.Снять перчатки, обработать руки. | оценка |
| 04.06.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Введение инсулина | Озн. | |  | Проведение премедикации | Озн. | |  | Заполнение медицинской документации | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   Педиатрия. Заполнения медицинской документации  Медицинские документы должны:  1) заполняться своевременно и отражать сведения о состоянии пациента и результатах получаемого лечения;  2) выявлять факторы, приведшие к нарушению принятого стандарта или возникновению риска для больного;  3) содержать терминологию, понятную для пациента в случаях, когда это возможно;  4) обеспечивать "защиту" медицинского персонала от необоснованных жалоб или судебных исков;  5) обеспечивать наличие даты и подписи под записями, сделанными дополнительно;  6) обеспечивать датирование всех изменений, исправлений и зачеркиваний;  7) не допускать сокращений;  8) уделять особое внимание записям экстренных больных и больным со сложными диагностическими случаями. | оценка |
| 05.06.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Раздача медикаментов пациентам   1. Внимательно прочитайте этикетку на упаковке и запись в «Листке врачебных назначений». 2. Раздавайте лекарственные средства только у постели пациента. 3. Пациент должен принять лекарственное средство в вашем присутствии (за исключением средств, применяемых во время еды). 4. Средства с пометкой «до еды» пациент принимает за 15 минут до приема пищи, с пометкой «после еды» – через 15 минут после приема пищи; средства, назначенные «натощак» пациент принимает утром за 20–60 минут до завтрака. 5. Снотворные препараты пациент принимает за 30 минут до сна. 6. Предупредите пациента об особенностях того или иного средства: горьком вкусе, резком запахе, продолжительности действия, изменении цвета мочи или кала. 7. Предупредите пациента о возможных побочных действиях лекарственного средства, если они существуют.   Хирургия. Подготовка пациента к эндоскопическим исследованиям   1. Записать пациента на назначенное исследование, при необходимости оформить направление по форме. 2. Объяснить пациенту цель исследования, сущность исследования, необходимость его проведения и получить согласие пациента. Начинать беседу с пациентом лучше указав Ваше имя и должность. Обращаться к пациенту на ВЫ и по имени отчеству. 3. Объяснить пациенту кто будет проводить исследования, сколько примерно времени оно займет, возможные субъективные ощущения пациента во время исследования и после него, характер подготовки. 4. Обратить внимание на самые важные аспекты подготовки. Попросить, чтобы пациент повторил основные пункты и всю полученную информацию. 5. Провести подготовку пациента к исследованию. 6. В день исследования убедиться, что пациент всё выполнил правильно и сопроводить (транспортировать) с историей болезни в эндоскопический кабинет. 7. Транспортировать пациента после исследования в отделение. Следить за состоянием пациента. | оценка |
| 05.06.2020  Дата | Содержание работы  Педиатрия. Оценка тяжести состояния ребенка  Критерии тяжести состояния:  1. Наличие объективных жалоб.  2. Степень выраженности интоксикационного синдрома:   * изменения поведения (возбуждение с эйфорией, возбуждение с негативизмом, возбуждение с сомнолентностью, сомнолентность); * нарушения сознания (сомнолентность, ступор, сопор), потеря сознания (кома): * сомнолентность – вялость и сонливость, сон поверхностный, короткий, постанывание вместо плача, слабая реакция на осмотр, снижение кожной чувствительности и рефлексов; * ступор– после энергичного воздействия ребенок выходит из оцепенения, реакция на боль отчетливая, но непродолжительная, рефлексы снижены; * сопор – нет кожной чувствительности, реакция на боль неотчетливая, сохранены зрачковые и роговичные рефлексы и глотание; * кома – нет рефлексов и кожной чувствительности, нет реакции на внешнее воздействие, угасание роговичного и корнеального рефлексов вплоть до их исчезновения, нарушения ритма дыхания; * изменения витальных показателей (изменения ЧД, ЧСС, АД); * нарушения гомеостаза – изменения КЩС, ЭКГ, гематокрита, коагулограммы, содержания в крови сахара, электролитов, токсических веществ.   3. Степень выраженности нарушений функций органов и систем, угроза жизни и здоровью по данным врачебного осмотра, обследования, лабораторно-инструментальным показателям.  4. Положение:   * активное; * вынужденное положение исключает удовлетворительное состояние;   пассивное положение (не может самостоятельно изменить позу), как правило, свидетельствует о тяжелом состоянии больного. | оценка |
| 05.06.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Раздача медикаментов пациентам | Озн. | |  | Подготовка к эндоскопическому исследованию | Озн. | |  | Оценка тяжести состояния ребенка | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   Степени тяжести состояния:  •Удовлетворительное – отсутствие жалоб, нет нарушений со стороны внутренних органов.  • Средней тяжести – наличие жалоб, сознание сохранено, положение активное, но активность снижена, компенсированные нарушения функций внутренних органов.  • Тяжелое – нарушение сознания (ступор, сопор, кома), декомпенсация деятельности органов и систем, полисистемность поражения с полиорганной недостаточностью.  • Крайне тяжелое – появление симптомов, угрожающих жизни | оценка |
| 06.06.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Оказание неотложной помощи при приступе удушья при бронхиальной астме  1.Вызвать врача через третье лицо.  2.Успокоить, расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха, придать удоб­ное положение с упором на руки.  3.Контроль АД, ЧДД, пульса.  4.Дать 30 - 40%-ный увлажненный кислород.  5.Дать вдохнуть беротек (сальбутамол): 1-2 вдоха дозированного аэрозоля.  6.До прихода врача следует запретить больному пользоваться своим карманным ингалятором.  7.Дать горячее питье, сделать горячие ножные и ручные ванны.  8.При неэффективности перечисленных мероприятий ввести парентерально по назначению врача: эуфиллин 2,4%-ный раствор 10 мл; преднизолон 60-90 мг.  9.Подготовить к приходу врача: мешок Амбу, аппарат ИВЛ.  Хирургия. Изготовление дренажей.  1. Возьмите кусок трубки длиной 20-30см и с одного конца сделайте ряд противостоящих друг другу отверстий по спирали на расстоянии 6-8мм но не более внутреннего диаметра трубки  2. Выберите форму дренажа в зависимости от назначения, ибо определенная форма способствует фиксации дренажа и создает необходимые условия для аспирации  3. Для придания дренажу необходимой формы в его просвет вводят металлическую проволоку, автоклавируют, после чего резиновый дренаж сохраняет приданную ему форму  4. Для приготовления марлевых дренажей (тампонов) используют бинты и марлю. В качестве дренажей используют средние тампоны. Тампоны изготавливают из куска марли длиной 5м  5. При необходимости длительного дренирования готовят полоски резины, нарезая их из перчаток  6. Для приготовления комбинированного резиново-марлевого дренажа марлевый тампон в средней его части окутывают слоем перчаточной резины, которую фиксируют к марле узловыми швами.  7.Подготовленные дренажи укладываются в стерилизационную коробку и подвергаются стерилизации в автоклаве. | оценка |
| 06.06.2020  Дата | Содержание работы  Педиатрия. Выписка направлений  В направлении необходимо указать:  1) Фамилию, имя, отчество пациента.  2) Возраст.  3) Диагноз.  4) Куда направлен.  5) Цель (массаж, ЛФК и т.д.).   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Оказание неотложной помощи при приступе удушья при бронхиальной астме | Озн. | |  | Изготовление дренажей | Озн. | |  | Выписка направлений | Озн. | |  |  |  |   6) Подпись врача (назначившего процедуру). | оценка |
| 08.06.2020  Дата | Содержание работы  Терапия. Забор крови на биохимическое исследование с помощью вакутейнера   1. Объясните пациенту цель и ход процедуры, получите согласие. 2. Напишите направление в лабораторию. 3. Помогите пациенту занять удобное положение. 4. Проведите деконтаминацию рук на гигиеническом уровне, обработайте их кожным антисептиком. 5. Наденьте маску и перчатки, защитные очки, передник. 6. Возьмите систему для сборка крови. 7. Проверьте герметичность упаковки и срок годности основных компонентов забора крови. 8. Вскройте упаковку. 9. Возьмите иглу, снимите защитный колпачок (при использовании 2-х сторонней иглы – снять серый защитный колпачок). 10. Вставьте иглу в иглодержатель, завинтите до упора. 11. Усадите или уложите пациента, освободив верхнюю конечность от одежды, подложив под локоть подушечку и опустив руку вниз. 12. Наложите венозную манжетку (жгут) на среднюю треть плеча на нательное белье или салфетку. 13. Прощупайте пульс на лучевой артерии (пульс должен быть сохранен). 14. Исследуйте вену. Найдите наиболее наполненную вену. 15. Попросите пациента несколько раз сжимать и разжимать кулак для наполнения вены, затем зажать его. 16. Обработайте область локтевого сгиба, место инъекции последовательно двумя ватными шариками, смоченными в спирте, сбросьте в КБУ. Третий ватный шарик держите в левой руке между IV и V пальцами. 17. Возьмите систему в правую руку. 18. Зафиксируйте вену ниже предполагаемого места прокола большим пальцем левой руки. 19. Держите иглу и иглодержатель под углом 150 по отношению к руке пациента. Введите иглу, продвигая ее по току крови на 1 – 1,5 см. 20. Переложите иглодержатель в левую руку, а правой рукой вставьте пробирку в иглодержатель до упора и обеспечьте поступление крови. 21. При поступлении крови в стерильную пробирку снимите жгут. | оценка |
| 08.06.2020  Дата | Содержание работы   1. Извлеките из держателя пробирку с полученным образцом крови. 2. Перемешайте содержимое пробирки, переворачивая ее 8 – 10 раз, но не встряхивайте. 3. Вставьте в держатель следующую пробирку, при необходимости забора крови на другие исследования. 4. Поставьте пробирку в контейнер для транспортировки крови. 5. Приложите стерильный ватный шарик к месту венепункции, извлеките иглу из вены и снимите с иглодержателя. 6. Прижмите стерильный шарик к месту венепункции и предложите пациенту согнуть руку в локтевом суставе и подержать его 3 – 5 минут. 7. Промаркируйте пробирки. 8. Зарегистрируйте данные в журнале забора крови на исследование и отправьте кровь вакуумной пробирке в контейнере вместе с направлением в лабораторию. 9. Снимите средства защиты и поместите в КБУ. 10. Вымойте и осушите руки.   Хирургия. Туалет гнойной раны  1. М/с надевает клеенчатый фартук и перчатки  2. Снимает старую повязку с помощью пинцетов, вдоль раны, придерживая сухим шариком кожу и не давая ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% р-ре перекиси водорода, а если повязка на кисти или стопе, ее лучше удалять после применения ванны из теплого 0,5% р- ра перманганата калия  3. После снятия поверхностных слоев повязки обильно смачивает внутренний слой 3% р-ром перекиси водорода или раствором любого антисептика, промокшие салфетки осторожно снимает пинцетом  4. Осматривает рану и прилежащие участки  5. Производит туалет кожи вокруг раны марлевыми шариками от краев раны к периферии 70% спиртом  6. Меняет пинцет, производит туалет раны (удаление гноя промыванием растворами перекиси водорода или фурациллина  7. При наличии гнойно-некротических процессов производит дренирование раны  8. Накладывает повязку с необходимым препаратом по назначению врача и фиксирует ее.  9. Контролирует состояние пациента, доставляет его в палату | оценка |
| 08.06.2020  Дата | Содержание работы  Педиатрия. Разведение и введение антибиотиков   1. Объяснить маме/ребенку цель и ход проведения процедуры, получить согласие 2. Подготовить необходимое оснащение 3. Прочитать надпись на флаконе и растворителе (наименование, доза, срок годности) 4. Определить необходимое количество растворителя для соответствующего растворения антибиотика 5. Определить количество готового раствора, которое необходимо ввести ребенку, чтобы обеспечить введение ему необходимой дозы 6. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки 7. Вскрыть упаковку шприца (сбросить в лоток). Надеть на него иглу с колпачком, зафиксировать иглу на шприце. Собранный шприц поместить внутрь стерильного столика/лотка 8. Ватным шариком, смоченным этиловым спиртом, обработать алюминиевую крышечку флакона с антибиотиком, вскрыть ее и вновь обработать спиртом (ватный шарик сбросить в лоток) 9. Протереть шейку ампулы с растворителем ватным шариком со спиртом, надрезать наждачным диском. Накрыть стерильной салфеткой и надломить (ватный шарик, салфетку сбросить в лоток) 10. Набрать в шприц рассчитанное количество растворителя (пустую ампулу от растворителя сбросить в лоток). Проколов иглой резиновую трубку флакона, ввести растворитель во флакон с сухим антибиотиком 11. Снять флакон с подигольного конуса и встряхнуть его 12. Надеть иглу с флаконом на шприц. Поднять флакон вверх дном и набрать в шприц необходимое количество раствора 13. Снять флакон вместе с иглой с подигольного конуса 14. Надеть и закрепить на шприце иглу для инъекций, снять с нее колпачок (сбросить его в лоток) 15. Подняв шприц иглой вверх, выпустить через 1-2 капли раствора. Положить шприц внутрь стерильного столика/лотка 16. Обработать верхне-наружный квадрант ягодицы 70% этиловым спиртом (ватный шарик оставить в руке) · Ввести вакцину внутримышечно (техника выполнения внутримышечных инъекций у детей не отличается от таковой у взрослого человека) | оценка |
| 08.06.2020  Дата | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Забор крови на биохимическое исследование | Озн. | |  | Туалет гнойной раны | Озн. | |  | Разведение и введение антибиотиков | Озн. | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  1. . Извлечь иглу 2. Обработать место инъекции ватным шариком, оставленным в руке после обработки инъекционного поля 3. Сбросить ватный шарик и шприц в лоток 4. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки   Сделать запись о проведении процедуры | оценка |

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринский уход в терапии** (стационар)

Ф.И.О. обучающегося Гореловой Александры Александровны

Группы 408 специальности сестринское дело

Проходившего (ей) преддипломную практику с 12.05 по 08.06.2020г

За время прохождения практики мною выполнены следующие виды работ:

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

**ОТЧЕТ ПО ПРЕДДИПЛОМНОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в хирургии**

Ф.И.О. обучающегося Гореловой Александры Александровны

Группы 408 специальности сестринское дело

Проходившего (ей) преддипломную практику с 12.05 по 08.06.2020г

За время прохождения практики мною выполнены следующие объемы работ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | Виды работ | **Количество** |
| 1. | Сбор сведений о больном. |  |
| 2. | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | Ознакомлена |
| 3. | Оценка тяжести состояния , выявление проблем пациента | Ознакомлена |
| 4. | Составление плана сестринского ухода за больным |  |
| 5 | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | Ознакомлена |
| 6 | Выписка направлений на консультации специалистов | Ознакомлена |
| 7 | Кормление пациента через зонд | Ознакомлена |
| 8 | Уход за кожей (профилактика пролежней), слизистыми (глаз, полостью рта) и т. д. Уход за подключичным катетером. | Ознакомлена |
| 9 | Обработка послеоперационных швов. | Ознакомлена |
| 10 | Проведение оксигенотерапии | Ознакомлена |
| 11 | Приготовление перевязочного материала (салфеток, шариков). | Ознакомлена |
| 12 | Предстерилизационная очистка инструментов | Ознакомлена |
| 13 | Изготовление дренажей (резиновых, марлевых, комбинированных) | Ознакомлена |
| 14 | Укладывание в биксы операционного белья, одежды, перевязочного материала, перчаток. | Ознакомлена |
| 15 | Обработка рук хирургическим, современным методом |  |
| 16 | Надевание стерильного халата и перчаток на себя | Ознакомлена |
| 17 | Пользование стерильным биксом |  |
| 18 | Накрытие стерильного стола | Ознакомлена |
| 19 | Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных. | Ознакомлена |
| 20 | Остановка артериального кровотечения пальцевым прижатием артерии к кости | Ознакомлена |
| 21 | Остановка артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности в суставе |  |
| 22 | Наложение давящей повязки при венозном кровотечении. | Ознакомлена |
| 23 | Применение холода для остановки |  |
| 24 | Наложение мягких повязок «на различные участки тела» |  |
| 25 | Наложение окклюзионной повязки или пластырной повязки | Ознакомлена |
| 26 | Снятие повязок с послеоперационной раны |  |
| 27 | Приготовление и наложения транспортных шин |  |
| 28 | Определение группы крови, пробы на индивидуальную, резус совместимость, биологическую пробу | Ознакомлена |
| 29 | Проведение премедикации | Ознакомлена |
| 30 | Приготовление столика медсестры анестезиологического кабинета |  |
| 31 | Сбор инструментов для операции | Ознакомлена |
| 32 | Уход за стомами |  |
| 33 | Туалет гнойной раны | Ознакомлена |
| 34 | Уход за мочевым катетером | Ознакомлена |
| 35 | Снятие швов с послеоперационной раны | Ознакомлена |
| 36 | Подготовка пациента к диагностическим исследованиям (рентгенологическим, эндоскопическим, ультразвуковым и т.д.). | Ознакомлена |
| 37 | Подготовка пациента к операции. Обучение пациента и его родственников уходу в до и послеоперационном периоде | Ознакомлена |
| 38 | Раздача и контроль приема лекарственных средств больными | Ознакомлена |
| 39 | Оформление сестринской документации (истории болезни, журнала движения больных, порционного требования, выборка назначений врача и т.д.). | Ознакомлена |
| 40 | Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке и при других острых аллергических реакциях | Ознакомлена |

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в педиатрии**

Ф.И.О. обучающегося Гореловой Александры Александровны

Группы 408 специальности сестринское дело

Проходившего (ей) преддипломную практику с 12.05 по 08.06.2020г

За время прохождения практики мною выполнены следующие объемы работ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | Виды работ | **Количество** |
| 1. | Сбор сведений о больном ребёнке. |  |
| 2. | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | Ознакомлена |
| 3. | Оценка тяжести состояния ребенка, выявление проблем пациента | Ознакомлена |
| 4. | Составление плана сестринского ухода за больным |  |
| 5 | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | Ознакомлена |
| 6 | Выписка направлений на консультации специалистов | Ознакомлена |
| 7 | Кормление новорожденных из рожка и через зонд | Ознакомлена |
| 8 | Введение капель в глаза, нос, уши, | Ознакомлена |
| 9 | Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка. | Ознакомлена |
| 10 | Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку | Ознакомлена |
| 11 | Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария | Ознакомлена |
| 12 | Подготовка материала к стерилизации |  |
| 13 | Работа с кувезом, линеоматом, аппаратом контроля витальных функций |  |
| 14 | Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима |  |
| 15 | Антропометрия | Ознакомлена |
| 16 | Проведение контрольного взвешивания | Ознакомлена |
| 17 | Составление планов обучения семьи уходу за больным ребенком, подготовке к дополнительным исследованиям, сбору биологического материала для исследований. |  |
| 18 | Пеленание | Ознакомлена |
| 19 | Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку | Ознакомлена |
| 20 | Мытье рук, надевание и снятие перчаток | Ознакомлена |
| 21 | Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей. | Ознакомлена |
| 22 | Заполнение медицинской документации | Ознакомлена |
| 23 | Проведение проветривания и кварцевания |  |
| 24 | Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований | Ознакомлена |
| 25 | Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь | Ознакомлена |
| 26 | Проведение ингаляций | Ознакомлена |
| 27 | Проведение очистительной и лекарственной клизмы, введение газоотводной трубки | Ознакомлена |
| 28 | Применение мази, присыпки, постановка компресса. | Ознакомлена |
| 29 | Разведение и введение антибиотиков | Ознакомлена |
| 30 | Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов. | Ознакомлена |
| 31 | Забор крови для биохимического и гормонального исследования |  |
| 32 | Подача кислорода через маску и носовой катетер | Ознакомлена |
| 33 | Обработка слизистой полости рта при стоматите | Ознакомлена |

**2. Текстовой отчет**

При прохождении производственной практики мною самостоятельно были проведены: забор крови на биохимическое исследование,антропометрия ,раздача медикаментов пациентам,дезинфекция и утилизация одноразового инструментария

Я хорошо овладел(ла) умениями мытье рук, надевание и снятие перчаток, обработка послеоперационных швов

Особенно понравилось при прохождении практики подкожная инъекция

Недостаточно освоены -

Замечания и предложения по прохождению не имею

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

подпись (расшифровка)

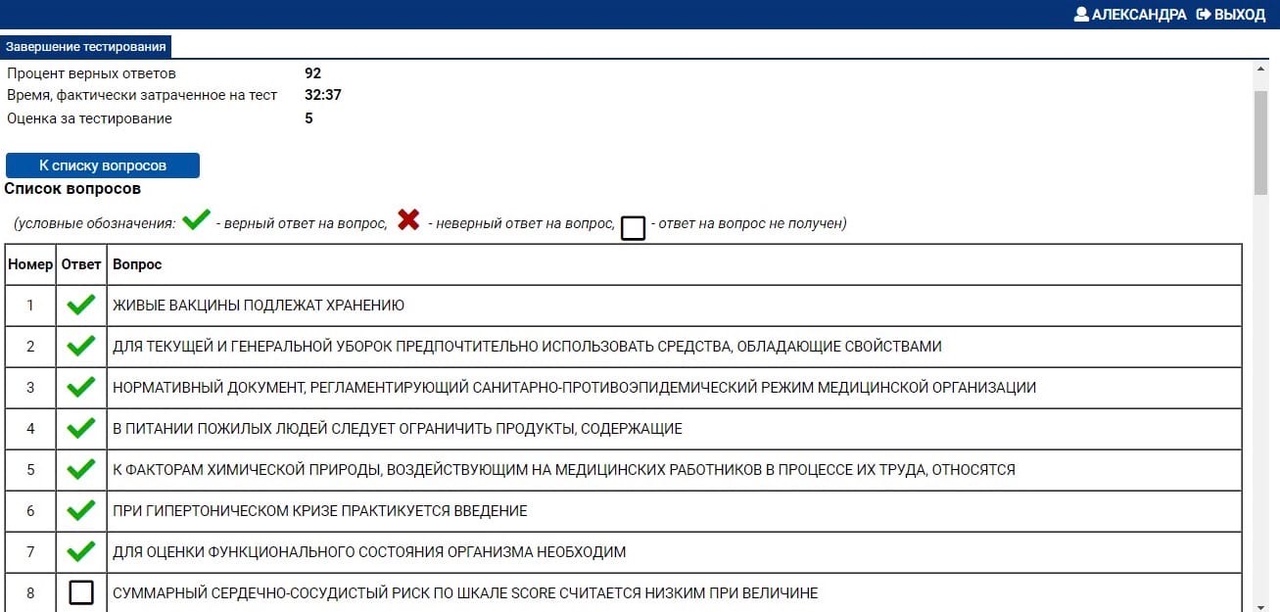
Непосредственный руководитель практики **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

подпись (расшифровка)

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

подпись (расшифровка)

М.П.организации



**Задача по терапии**

**Задача №11**

**У пациентки гипертоническая болезнь III стадии.**

**Проблемы пациента:**

Настоящие :сильная слабость, головокружение, одышка, высокое артериальное давление, плохой сон; общая слабость; стресс; не умеет измерять себе артериальное давление; дефицит самоухода, связанный с тяжестью общего состояния; дефицит знаний о приеме гипотензивных препаратов, дефицит знаний об особенностях питания при гипертонической болезни.

Потенциальные : риск развития гипертонического криза, риск возникновения инсульта, риск развития отеков; риск падений и травм из-за слабости и головокружения, дефицит знаний о заболевании.

**Приоритетная:** дефицит знаний о заболевании ,повышенное АД.

**План:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. М/с объяснит необходимость соблюдения диеты № 10 | 1.С целью ограничения соли и жидкости для снижения АД |
| 2. М/с обеспечит возвышенное положение в постели | 2.С целью уменьшения притока крови к головному мозгу и сердцу |
| 3. М/с проведет беседу с пациенткой и родственниками об устранении факторов риска (излишний вес, несоблюдение диеты) | 3.С целью снижения АД |
| 4. М/с проведет беседу с пациенткой и родственниками о необходимости постоянного приема лекарственных препаратов | 4.С целью поддержания АД на нормальных цифрах и профилактики осложнений |
| 5. М/с обучит пациентку измерять артериальное давление | 5.С целью дать возможность пациентке постоянно самой контролировать уровень АД |
| 6. М/с обеспечит взвешивание пациентки и контроль суточного диуреза | 6.С целью выявления задержки жидкости и контроля за весом |

**Задача по хирургии**

**Тема: Открытые повреждения мягких тканей (раны).**

**Задача №3**

**1.Проблемы пациента.**

Настоящие:умеренные боли в нижней половине живота;нарушение акта дефекации;снижение массы тела;страх перед операцией;беспокойство за исход операции.

Потенциальная проблема: дефицит самоухода после операции;дефицит знаний о жизни с колостомой;боязнь одиночества.

Краткосрочная цель: Пациент преодолеет страх перед операцией, поверит в ее благоприятный исход.

Долгосрочная цель: Пациент успокоился, дал согласие на операци

**2.План сестринских вмешательств.**

|  |  |
| --- | --- |
| **План** | **Мотивация** |
| 1.М/с. обеспечит физический и  психический покой, информирует пациента о цели и методе лечения и будет ежедневно обсуждать с пациентом его страхи и волнения. | Для обеспечения психоэмоционального воздействия на пациентаи снятие тревоги.  Для осознанного сотрудничества больного в лечебном процессе  При подготовке к наложению колостомы. |
| 2.М/с. ознакомит пациента с соответствующей литературой, устройством современных калоприемников. | Для психологической адаптации к новому качеству жизни. |
| 3. М/с пригласит психолога для консультации. | Для психологической поддержки. |
| 4.М/с. ознакомит с планом предоперационной подготовки и особенностями послеоперационного периода. | Для ознакомления с планом подготовки к операции и послеоперационного ухода. |
| 5. М/с. познакомит пациента с больным, перенесшим удачно подобную операцию. | Подкрепить свои слова устами перенесшего операцию. |
| 6.М/с. обеспечит моральную поддержку пациента со стороны родственников. | Оказать моральную поддержку пациенту близкими людьми. |
| 7.М/с организует досуг пациента. | Отвлечь пациента от мыслей о неблагоприятном исходе. |
| 8.М/с. обеспечит контроль за температурой тела, пульсом, АД, общим состоянием пациента. | Для объективной оценки состояния больного и возможных осложнений. |

**3. 3.Дайте рекомендации пациенту по уходу за колостомой в домашних условиях.**

Рекомендации пациенту по уходу за колостомой в домашних условиях:  
1.Встать на учет у стомотерапевта;  
2.Подобрать вместе со стомотерапевтом нужный вид калоприемника;  
3.Подобрать диету индивидуально после консультации со стомотерапевтом;  
4.Употреблять кефир, активированный уголь для борьбы с метеоризмом;  
5.Освобождать калоприемник по мере его заполнения в удобном месте;  
6.При смене калоприемника тщательно очищать кожу. С осторожностью применять мыло;  
7.Для защиты кожи от мацерации использовать специальные пасты, мази,

кремы;  
8.Для постановки очистительных клизм через стому использовать специальные конусообразные наконечники. Объем клизмы не должен превышать 1-1,5 л.

**5.ТУАЛЕТ КОЖИ ВОКРУГ КОЛОСТОМЫ.**

Цель:осуществить уход за колостомой.

Показания:наличие колостомы.

Противопоказаний:нет.

Оснащение: перевязочный материал (салфетки, марля, вата), бинты, вазелин, шпатель деревянный, индифферентная мазь (цинковая, паста Лассара), танин 10%., раствор фурациллина, калоприемник, запас постельного белья, перчатки, маска, фартук, емкость для сбора использованного материала, дезинфицирующие средства, емкость с водой, полотенце.

Возможные проблемы пациента: психологические, невозможность самоухода.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| 1. | Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. | Психологическая подготовка |
| 2. | Наденьте фартук, перчатки и маску. | Инфекционная безопасность |
| 3. | Удалите перевязочный материал с передней брюшной стенки пациента. Очистите ватными или марлевыми тампонами, смоченными водой, кожу вокруг свища, меняя их по мере загрязнения. | Гигиенические мероприятия кожных покровов вокруг свища. |
| 4. | Обработайте кожу вокруг свища раствором фурациллина. Высушите аккуратными промокательными движениями кожу вокруг свища марлевыми шариками. | Гигиенические мероприятия колостомы. |
| 5. | Нанесите шпателем защитную пасту Лассара (или цинковую мазь) вокруг свища в непосредственной близости от кишки. Обработайте кожу в отдалении от кишки 10% раствором танина. | Создание условий для оптимального функционирования стомы. |
| 6. | Накройте всю область со свищем пропитанной вазелином ватно-марлевой салфеткой. Положите сверху пеленку или оберните простыней, сложенной в 3-4 слоя или наденьте бандаж. Замените при необходимости простынь, на которой лежит пациент. | Защита кожи от воздействия агрессивной среды. |
| 7. | Обработайте перчатки, фартук, использованный перевязочный материал в соответствии с требованиями санэпидрежима. Вымойте руки. | Соблюдение норм санэпидрежима. |

**Задача по педиатрии**

**Задача №10**

1. Нарушены потребности: есть, пить, выделять, спать, отдыхать, быть здоровым.

Проблемы пациента:

настоящие: запор,нарушения питания, беспокойство,

потенциальные:риск жизнедеятельности, связанный с нарушением опорожнения кишечника, риск возникновения осложнений.

Приоритетная проблема –:нарушение опорожнения кишечника (запор).

Краткосрочная цель: у пациента будет стул не реже 1 раза в день .

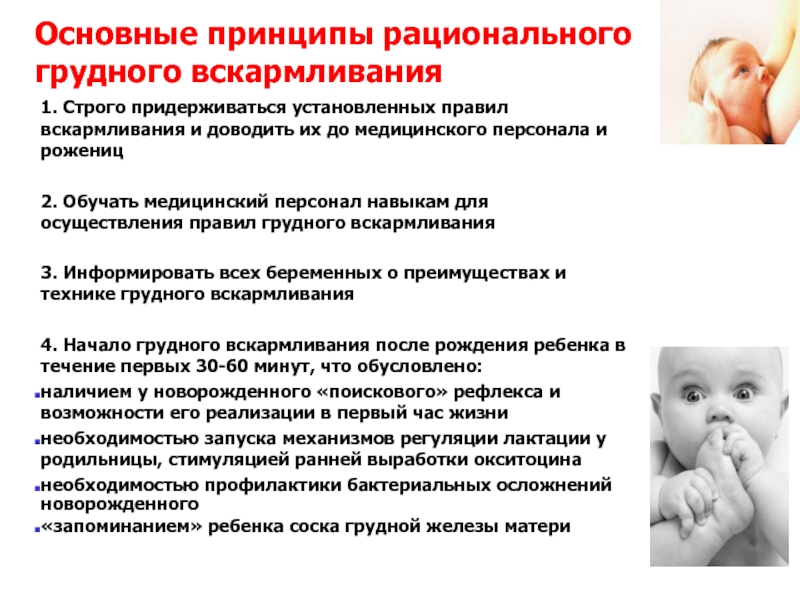
Долгосрочная цель: родственники продемонстрируют знания о способах борьбы с запорами.

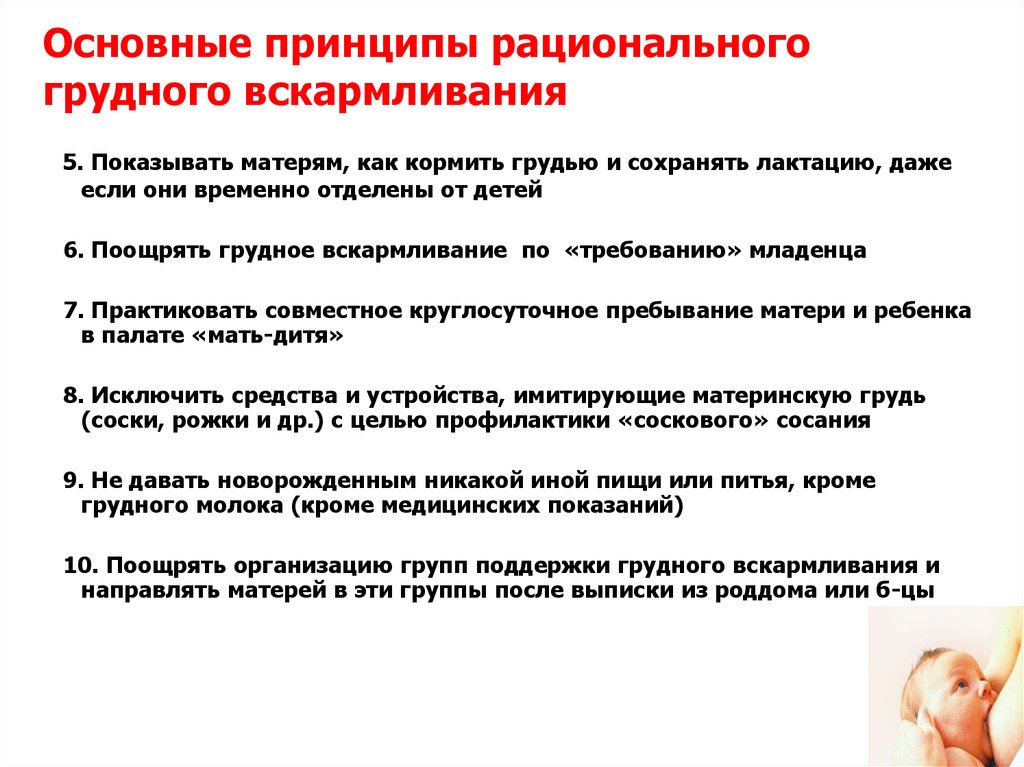
План:

|  |  |
| --- | --- |
| Медицинская сестра: |  |
| 1. Обеспечит кисло-молочно-растительную диету (творог, кефир, овощной отвар, фруктовые соки и пюре); 2. Обеспечит достаточный приём жидкости (кисломолочные продукты, соки) в зависимости от аппетита; 3. Попытается выработать у пациента условный рефлекс на дефекацию в определённое время суток (например, утром после приёма пищи); 4. Обеспечит массаж, гимнастику, воздушные ванны; 5. Обеспечит постановку очистительной клизмы, газоотводной трубки, по назначению врача; 6. будет регистрировать ежедневно кратность стула в медицинской документации; 7.Обучит родственников особенностям питания при запорах; 8. Рекомендует расширение режима двигательной активности. |  |

Мотивация:

Для нормализации моторики кишечника. 2. Для нормализации моторики кишечника. 3. Для регулярного опорожнения кишечника.   4. Для улучшения общего состояния пациента. 5. Для опорожнения кишечника.6. Для наблюдения за опорожнением кишечника. 7. Для профилактики запоров. 8. Для нормализации моторики кишечника.





Очистительная клизма грудному ребенку (напишите чек-лист)

* Объяснить маме/ребёнку суть и ход предстоящей процедуры, получить согласие.
* Вымыть руки, надеть клеёнчатый фартук, перчатки.
* Положить на обработанный пеленальный стол (кровать) клеёнку, сверху пелёнку и подгузник, подготовить оснащение. Вымыть руки.( При неудержании воды в прямой кишке она будет вытекать, не загрязняя белье ).
* Достать пинцетом баллон и выложить его на лоток. Заполнить грушевидный баллон (или кружку Эсмарха) кипячёной водой комнатной температуры – детям старшего возраст, 28-30 градусов – детям раннего возраста.( Холодная вода стимулирует перистальтику кишечника)
* Наконечник баллона смазать вазелином с помощью шпателя и марлевой салфетки. (Облегчить введение наконечника в прямую кишку).
* Грудного ребёнка (до 6-ти месяцев) положить на пеленальный стол спиной с приподнятыми кверху и прижатыми к животу ножками. Между ног положить рыхло сложенную пелёнку (или подгузник). Детей старше 6-ти мес. – на кушетку или кровать на левый бок, ноги прижаты к животу. (Учитывается анатомическая особенность расположения прямой и сигмовидной кишки)
* В руку взять баллон с водой и выпустить из него воздух
* Осторожно без усилий ввести наконечник в анус на глубину 3-5 см детям раннего возраста, на 6-8 см детям старшего возраста
* Медленно нажимая баллон, ввести воду в кишечник.
* После введения жидкости одной рукой зажмите ягодицы ребёнка, а другой рукой осторожно извлекать наконечник, не разжимая баллона. (Чтобы вода не вылилась наружу)
* Придержать некоторое время (3-5мин.) ягодицы, сжатыми чтобы вода не вытекала до усиления перистальтики кишечника. Затем прикрыть промежность подгузником или рыхло сложенной пелёнкой. Выполнить массаж живота по часовой стрелке для лучшего опорожнения. (Для лучшего размягчения каловых масс )
* У грудных детей испражнения выделяются в рыхло сложенную пелёнку, старших детей высадить на горшок.
* Убедиться, что процедура прошла эффективно (отделяемое должно содержать фекалии)
* Обработать перианальную область тампоном, смоченным вазелиновым маслом; одеть ребёнка, перенести его в горизонтальном положении в кроватку. Использованные пелёнки сбросить в бак.
* Снять фартук, перчатки и поместить их в дез. раст Вымыть и осушить руки.
* Проследить, чтобы ребёнок находился в горизонтальном положении не менее 30 мин. После проведения процедуры. После процедуры – гигиенический уход. Примечания. Обработка резинового баллона производится путём погружения в дез. Р-р. Затем промывания под проточной водой, замачивается в моющем растворе на 15 мин., промывается в этом же растворе, затем под проточной водой, в дистиллированной воде; готовится к стерилизации. Ребёнку до 3-х месяцев вводится 25-30 мл; детям до 2-х – 10 мл на месяц жизни (в 2 года – 240 мл);  После 2-х лет количество жидкости рассчитывается по формуле: 240 мл+20-30 мл на 1 год жизни. Для усиления послабляющего действия в воду можно добавить глицерин.вор.