**Приложение 1**

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:

студента (ки) 4 курса \_409-1 группы

специальности 34.02.01.Сестринское дело

Щуковой Натальи Алексеевны

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

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

База производственной практики: ЭО и ДОТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Руководители практики:

Общий руководитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Непосредственный руководитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Методический руководитель: Филенкова Надежда Леонидовна

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

**Содержание**

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

**Цели и задачи практики**

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

**Задачи:**

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

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

**Практический опыт:**

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

**Умения:**

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

**Знания:**

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

**График прохождения практики**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование разделов и тем практики | Время прохождения практики |
| 1 | Работа на посту (педиатрическом участке) | *20 04 – 20 04* |
| 2 | Работа в процедурном и прививочном кабинетах |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 12.05 | **1.Кормление из рожка.**  1.Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры.  2.Подготовить необходимое оснащение.  3.Вымыть и высушить руки, надеть косынку, подготовить ребенка к кормлению.  4.Залить в рожок необходимое количество свежеприготовленной смеси (молока).  5.Если соска новая, проколоть в ней отверстие раскаленной иглой.  6.Надеть соску на бутылочку, проверить скорость истекания смеси и её температуру, капнув на тыльную поверхность своего предплечья.  7.Расположить ребенка на руках, с возвышенным головным концом.  8.Покормить малыша, следя за тем, чтобы во время кормления горлышко бутылки было постоянно и полностью заполнено смесью.  9.Подержать ребенка в вертикальном положении 2-5мин  10.Положить ребенка в кроватку на бок ( или повернуть голову на бок).  11.Снять с бутылочки соску, промыть соску и рожок под проточной водой, а затем замочить в 2% растворе соды на 15-20минут, прокипятить в дистиллированной воде 30мин или стерилизовать в сухожаровом шкафу при t-180град 60 минут. Слить из бутылочки воду и хранить её в закрытой емкости.  **2.Алгоритм введения назогастрального зонда и кормление пациент**а  1. Вымыть руки, осушить.  2. Придать пациенту высокое положение Фаулера и определить длину вводимого зонда, измерив расстояние от полости рта до желудка.  3. Налить в лоток раствор фурациллина 1:2000 и погрузить в него зонд до отметки.  4. Уложить пациента на спину, подложив подушку под голову и шею, поместив на грудь салфетку.  5. Надеть перчатки.  6. Ввести через носовой ход тонкий желудочный зонд на глубину 15 - 18 см, затем придать пациенту положение Фаулера (полусидя) и предложить заглатывать зонд до метки.  7. Набрать в шприц Жане воздух 30 - 40 мл и присоединить его к зонду.  8. Ввести воздух через зонд в желудок под контролем фонендоскопа.  9. Отсоединить шприц и наложить зажим на зонд, поместив наружный конец зонда в лоток.  10. Зафиксировать зонд отрезком бинта и завязать его вокруг лица и головы пациента.  11. Снять зажим с зонда, подсоединить воронку или использовать шприц Жане без поршня и опустить до уровня желудка.  12. Наклонить слегка воронку и влить в нее подготовленную пищу, подогретую на водяной бане до 38 - 40° С, постепенно поднимать воронку до тех пор, пока пища не останется только в устье воронки.  13. Опустить воронку до уровня желудка и повторить введение пищи в желудок.  14. Промыть зонд чаем или кипяченой водой после кормления.  15. Наложить зажим на конец зонда, снять воронку и обернуть конец зонда стерильной салфеткой, зафиксировать.  16. Поместить конец зонда с зажимом в лоток, или зафиксировать петлей бинта на шее пациента до следующего кормления.  17. Снять перчатки, продезинфицировать.  18. Вымыть руки, осушить  19. Уложить пациента в удобное положение, создать полный покой, наблюдение.  **3.Смена постельного белья продольным способом**  Простыни, наволочки, пододеяльники, пелёнки должны чётко совпадать по размеру с размерами подушки, одеяла и матраса.  При наличии сменной подушки, оденьте её в чистую наволочку и положите в «чистую зону» до замены.   1. Снимите с одеяла пациента грязный пододеяльник, наденьте чистый пододеяльник. Сложите одеяло и отложите его в «чистую» зону. 2. Скрутите чистую простыню валиком в продольном направлении и положите в «чистой» зоне до замены. 3. Пациента поверните на бок от себя так, чтобы больной оказался спиной к расстиланию простыни. 4. Края грязной простыни высвободите из-под матраса, и скрутите валиком продольно в направлении спины пациента. Докрутив до тела лежащего, оставьте грязную простыню, подоткнув ее под тело пациента. 5. Приготовленную в виде валика чистую простыню разложите на кровати и раскручивайте в направлении спины пациента. Избегайте прямого контакта грязного и чистого постельного белья. 6. Поверните пациента сначала на спину, а затем на другой бок. 7. Скрутите грязную простыню и бросьте ее в ведро. 8. Раскрутите чистую простыню, тщательно разгладьте, чтобы не было складок, заломов и других неровностей. 9. Заправьте края чистой простыни под матрас. 10. Поменяйте подушки или наволочки на них. 11. Подстелите подкладную пелёнку. 12. Накройте пациента одеялом с чистым пододеяльником. 13. Убедитесь, что больному удобно; узнайте, как он себя чувствует. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 13.05 | 1. **Закапывание капель в ухо.**   1.Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие.  2.Подготовить все необходимое оснащение. Флакон с лекарственным препаратом поставить в ёмкость с водой (50-60С.), подогреть до температуры тела (можно подогреть, держа в руке).  3.Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.  4.Уложить ребенка, повернув голову на здоровую сторону.  5.При наличии отделяемого из уха, очистить слуховой проход ватными жгутиками.  6.Набрать в пипетку лекарственное вещество, капнуть одну каплю на тыльную поверхность своего лучезапястного сустава.  7.Выпрямить наружный слуховой проход: а) если ребенок до года - оттянуть мочку вниз; б) если ребенок старше года - оттянуть ушную раковину кзади и кверху.  8.Ввести пипетку в наружный слуховой проход и закапать по наружной стенке назначенное врачом количество капель лекарственного препарата.  9.Положить пипетку в лоток для обработанного материала.  10.Нажать несколько раз на козелок уха ребенка (при невыраженном болевом синдроме).  11.Заложить в ухо ватный тампон на 10-15 минут.  12.Предупредить ребенка/ родственников, что в течение 10-15 мин., голова должна оставаться повернутой на здоровую сторону. Проконтролировать.  13.Снять перчатки, вымыть и осушить руки.  2. **Предупреждение развития пролежней**  1. Избегайте длительного нарушения кровообращения в местах возможного образования пролежней. Для этого:   * каждые 2 часа меняйте положение пациента в постели, если нет противопоказаний: * следите за удобным положением пациента в постели в соот­ветствии с правилами биомеханики; * для наиболее удобного положения пациента используйте специаль­ные приспособления и кровати с противопролежневыми матрацами различной конструкции, валики для рук и ног, подставки под стопы;   2. Проверяйте состояние кожи, осматривая ее ежедневно.   * При сухости кожи используйте увлажняющие питательные кремы, осо­бенно в местах возможных пролежней. Там, где кожа особенно по­теет, возможно применение подсушивающей присыпки. * не менее двух раз в день (при необходимости можно ча­ще) тщательно обмывайте или обтирайте кожу, особенно места возможного образования пролежней, теплой водой. * при недержании мочи можно используйте памперсы для взрослых пациентов, своевременно меняйте их (не реже, чем через 4 часа). * для мужчин можно применять съемные мочеприемники. * при недержании кала параллельно со сменой белья под­мывайте пациентов.   3.Следите за состоянием постельного и нательного белья па­циента:   * своевременно меняйте мокрое загрязненное белье; * не используйте белье, имеющее грубые швы, застежки, пуговицы на стороне, обращенной к пациенту; * не используйте неровные матрацы и щиты; * регулярно расправляйте складки на белье; * стряхивайте крошки с постели после каждого приема пищи.   4.Правильно перемещайте пациента в постели, чтобы избежать сдвига и разрыва мягких тканей. Обучите родственников пациента технике правильного перемещения в постели.  5.Предохраняйте кожу пациента от возможности получения ссадин, расчесов, от раздражающих пластырей.  3. **Алгоритм введения назогастрального зонда и кормление пациент**а  1. Вымыть руки, осушить.  2. Придать пациенту высокое положение Фаулера и определить длину вводимого зонда, измерив расстояние от полости рта до желудка.  3. Налить в лоток раствор фурациллина 1:2000 и погрузить в него зонд до отметки.  4. Уложить пациента на спину, подложив подушку под голову и шею, поместив на грудь салфетку.  5. Надеть перчатки.  6. Ввести через носовой ход тонкий желудочный зонд на глубину 15 - 18 см, затем придать пациенту положение Фаулера (полусидя) и предложить заглатывать зонд до метки.  7. Набрать в шприц Жане воздух 30 - 40 мл и присоединить его к зонду.  8. Ввести воздух через зонд в желудок под контролем фонендоскопа.  9. Отсоединить шприц и наложить зажим на зонд, поместив наружный конец зонда в лоток.  10. Зафиксировать зонд отрезком бинта и завязать его вокруг лица и головы пациента.  11. Снять зажим с зонда, подсоединить воронку или использовать шприц Жане без поршня и опустить до уровня желудка.  12. Наклонить слегка воронку и влить в нее подготовленную пищу, подогретую на водяной бане до 38 - 40° С, постепенно поднимать воронку до тех пор, пока пища не останется только в устье воронки.  13. Опустить воронку до уровня желудка и повторить введение пищи в желудок.  14. Промыть зонд чаем или кипяченой водой после кормления.  15. Наложить зажим на конец зонда, снять воронку и обернуть конец зонда стерильной салфеткой, зафиксировать.  16. Поместить конец зонда с зажимом в лоток, или зафиксировать петлей бинта на шее пациента до следующего кормления.  17. Снять перчатки, продезинфицировать.  18. Вымыть руки, осушить  19. Уложить пациента в удобное положение, создать полный покой, наблюдение |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 14.05 | **1.Сбор мочи на общий анализ у девочек раннего возраста.**  1.Объяснить ребенку/родственникам цель и ход процедуры.  2.Подготовить необходимое оснащение. Выписать направление в клиническую лабораторию.  3.Вымыть и осушить руки, одеть перчатки.  4.Положить на постель клеенку.  5.Слегка надуть резиновый круг и обернуть его пеленками.  6.Поставить на клеенку тарелку и положить на нее обернутый пеленками резиновый круг (края пеленки не должны попадать в тарелку).  7.Просушить половые органы полотенцем промокательными движениями.  8.Подмыть девочку под проточной водой в направлении спереди назад.  9.Уложить девочку на резиновый круг.  10.Под голову подложить подушку.  11.Открыть кран и попоить водой.  12.После мочеиспускания снять девочку с круга.  13.Пеленкой или полотенцем осушить половые органы ребенка промокательными движениями.  14.Осторожно снять из тарелки собранную мочу в чистую сухую баночку.  15.Снять перчатки, вымыть и осушить руки.  16.Организовать транспортирование полученного материала в лабораторию не позднее одного часа после сбора.     1. **Снятие швов**   1. Объяснил пациенту цель и ход предстоящей процедуры  2. Одел колпак, маску, стерильные перчатки  3. Кожу вокруг раны обработал антисептиком.  4. Подтянул за усики узла анатомическим пинцетом, извлек часть нити из кожи, пока не появился участок нити белого цвета, который находился в ткани, и в этом месте нить пересек остроконечными ножницами или скальпелем и извлек еѐ, подтягивая в направлении раны, таким образом швы снимаем через один или два подряд, если собираемся вводить в этом месте дренаж  5. После снятия швов кожу обработал антисептиком, наложил стерильную повязку.  3. **Использование карманного ингалятора**  1.Снять колпачки с карманного ингалятора, встряхнуть ингалятор.  2.Больного усадить, плечи и голову слегка запрокинуть назад.  3.Научить больного вдохнуть лекарство следующим образом: сделать глубокий вдох и на высоте вдоха нажать на баллончик и вдохнуть лекарство. Затем, задержать дыхание на 10 – 15 секунд и медленно выдохнуть.  4.Надеть на баллончик защитный колпачок.  5.Больной должен знать, что индивидуальным ингалятором можно пользоваться не чаще, чем 3 – 4 раза в сутки. Если применение индивидуального ингалятора не принесло облегчения дыхания, при повторном применении также не наступило улучшение, то не следует больше им пользоваться. Следует немедленно обратиться к врачу. Возможно, что у больного развивается астматическое состояние. При этом ингаляции Б-2 агонистов короткого действия усугубляет бронхоспазм и ухудшает состояние больного. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 15.05 | 1. **Обработка пупочной ранки.**  1.Объяснить маме ( родственникам) цель и ход выполнения процедуры.  2.Подготовить необходимое оснащение.  3.Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором и постелить на него пеленку.  4.Уложить ребенка на пеленальном столе.  5.Хорошо растянуть края пупочной ранки указательным и большим пальцами левой руки.  6.Капнуть из пипетки в ранку 1-2 капли 3% раствора перекиси водорода, удалить образовавшуюся в ранке «пену» и корочку стерильной ватной палочкой (сбросить палочку в лоток).  7.Сохраняя растянутыми края пупочной ранки, обработать её стерильной ватной палочкой,смоченной 70% этиловым спиртом, движением изнутри к наружи (сбросить палочку в лоток).  8.Обработать кожу вокруг ранки этиловым спиртом с помощью ватной палочки движениями от центра к периферии (сбросить палочку в лоток).  9.Обработать (по необходимости) пупочную ранку (не затрагивая вокруг ранки) 5%раствором перманганата калия или спиртовым раствором бриллиантовой зелени с помощью ватной палочки (сбросить палочку в лоток).  10.Запеленать ребенка и положить в кроватку.  11.Убрать пеленку с пеленального стола и поместить её в мешок для грязного белья. Использованные палочки замочить в дез. растворе. Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезинфицирующим раствором, снять перчатки, вымыть и осушить руки. 2. **Изготовление перевязочного материала (салфетка, турунда, шарик, тампон)** Изготовление салфетки:   1. кусок бинта подогнуть с 4 сторон 2. сложить вдвое 3. сложить еще раз вдвое   Изготовление турунды:   1. взять узкий бинт и подогнуть с верхней и нижней стороны 2. сложить вдвое по длине 3. смотать в клубок (на всю длину бинта) 4. отрезать по мере надобности   **использовать при перевязках поверхностных ран**  Изготовление шарика:   1. отрезать фрагмент бинта длиной 15 - 20 см., подогнуть края 2. поставить 2 - ой и 3 - ий пальцы косо вниз на бинт и перевернуть так, чтобы получился треугольник вершиной вниз 3. нижнюю грань бинта положить по свободной стороне треугольника – получится конвертик 4. в него ввести оставшуюся часть бинта   Изготовление тампона:   1. края бинта подогнуть с 4 сторон 2. сложить вдвое 3. скрутить рулончиком 4. **Оксигенотерапия через носовой катетер**   1. Объяснить пациенту (когда возможно) цель оксигенотерапии и ее последовательность.  2. Подготовить к работе аппарат Боброва.  3. Вымыть руки, осушить, надеть перчатки, обработать их спиртом.  4. Определить длину вводимой части катетера (от мочки уха до крыльев носа), поставить метку.  5. Облить стерильным вазелиновым маслом вводимую часть катетера.  6. Осмотреть зев, придавив шпателем корень языка. Убедиться, что кончик катетера виден при осмотре зева.  7. Поместить шпатель в дезинфицирующий раствор.  8. Зафиксировать наружную часть катетера лейкопластырем к щеке.  9. Прикрепить катетер к источнику увлажненного кислорода (аппарату Боброва).  10. Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи.  11. Проверять состояние источника кислорода через каждые 8 часов и осматривать слизистую носа пациента для выявления раздражения.  12. Провести итоговую оценку состояния пациента в удовлетворении потребностей в нормальном дыхании.  13. Удалить катетер и продезинфицировать.  14. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор.  15. Вымыть руки, осушить их |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 18.05 | 1. **Утренний туалет новорожденного и грудного ребенка (в условиях стационара).**  1.Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры.  2.Подготовить необходимое оснащение.  3.Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором и постелить на него пеленку.  4.Раздеть ребенка (при необходимости подмыть) и положить на пеленальный столик. Сбросить использованную одежду в мешок для грязного белья.  5.Обработать ребенка ватными шариками, смоченными в растворе фурациллина от наружного угла глаза к внутреннему ( для каждого глаза использовать отдельный тампон).  6.Умыть ребенка тампоном, смоченным раствором фурациллина в следующей последовательности: лоб,щеки, кожа вокруг рта.  7.Почистить носовые ходы тугими ватными жгутиками, смоченными в растительном масле, вводя в каждый носовой ход отдельный жгутик вращательными движениями.  8.При необходимости уши ребенка прочистить сухими ватными жгутиками ( для каждого ушка отдельный жгутик).  9.Открыть рот ребенка, слегка нажав на подбородок, и осмотреть слизистую рта.  10.Обработать естественные складки кожи ватными тампонами, смоченными в стерильном масле, меняя  их по мере необходимости. Обработку проводить в следующей последовательности: за ушами – шейные – подмышечные -локтевые - лучезапястные и ладонные – подколенные -голеностопные – паховые - ягодичные.  Примечание: минимальный расход шариков - два: на верхнюю и нижнюю половину туловища. 2. **Укладка в бикс операционного белья, одежды, перевязочного материала и перчаток** 1.Протереть бикс раствором 0,5% нашатырного спирта  2.Постелить чистую простыню  3.Закладку производить послойно и по секторам  4.При послойной закладке бикса на дно (в первую очередь) закладывается то, что потребуется в самую последнюю очередь: на дно инструменты и перевязочный материал; далее «верхняя» простыня, «нижняя» простыня, клеенка, халат хирурга, халат медсестры (стерильную маску и шапку хирург и медсестра надевают после предварительного мытья рук до хирургической обработки рук; стерильные перчатки надевают, достав из пакета). Примечание: пакет с перчатками открывает другая медсестра и не прикасается к внутреннему содержимому пакета; одевающаяся медсестра достает перчатки, не касаясь наружной стороны пакета  5.Заложить три индикатора стерильности (вниз, в середину и вверх)  6.Закладку производить рыхло  7.Соблюдать сроки стерильности бикса:  - открытый бикс использовать сразу  - закрытый бикс с фильтром стерилен 20 суток  - закрытый бикс без фильтра стерилен 72 часа  **3.Очистительная клизма**  1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры и получить его согласие на проведение процедуры.  2. Если процедура проводится в палате и там есть другие люди, отгородить пациента ширмой.  3. Надеть клеенчатый фартук.  4. Вымыть руки, надеть перчатки.  5. Присоединить наконечник к кружке Эсмарха, закрыть вентиль, налить в кружку воды 1,5-2 л.  6. Укрепить кружку Эсмарха на штативе.  7. Открыть вентиль и слить немного воды через наконечник, вытесняя воздух, закрыть вентиль.  8. Смазать наконечник вазелином с помощью шпателя.  9. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня.  10. Уложить пациента на левый бок, при этом его правая нога должна быть со-гнута в колене и прижата к животу.  11. Подложить под ягодицы пациента клеенку, свисающую в таз, покрытую пеленкой.  12. Обработать перчатки антисептическим раствором.  13.Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести наконечник в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см.  14. Открыть вентиль на системе.  15. Ввести необходимое количество жидкости.  16. Закрыть вентиль.  17. Осторожно извлечь наконечник из прямой кишки.  18. Попросить пациента в течение 10 минут полежать на спине и удерживать воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно.  19. Снять клизменный наконечник с системы, снять перчатки, фартук, поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором.  20. Вымыть руки.  21. Надеть перчатки.  22. Провести туалет анального отверстия.  23. Убрать клеенку, пеленку и сбросить их в дезинфицирующий раствор.  24. Снять перчатки и погрузить их в дезинфицирующий раствор.  25. Вымыть руки.  Примечание: при жалобе пациента на боль спастического характера прекратить введение раствора пока боль не утихнет. Предложить глубоко дышать. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 19.05 | 1. **Кормление новорожденного ребенка через зонд.**  1.Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры.  2.Подготовить необходимое оснащение  3.Надеть косынку, маску, вымыть и осушить руки, надеть перчатки.  4.Уложить ребенка на бок с приподнятым головным концом, зафиксировать такое положение с помощью пеленки.  5.Измерить глубину введения зонда: от мочки уха, через переносицу до конца мечевидного отростка грудины (не касаясь ребенка), сделать метку.  6.Заполнить шприц молоком, присоединить зонд, взять свободный конец зонда стерильной перчаткой или пинцетом, приподнять его и заполнить зонд молоком (до появления первой капли молока из отверстия на конце зонда).  7.Отсоединить шприц, закрыть зажим и смочить слепой конец зонда в молоке.  8.Ввести зонд со средней линии языка (по нижнему носовому ходу) до метки, не прилагая усилий. Во время введения следить за состоянием ребенка (нет ли кашля, цианоза, одышки).  Примечание: можно ввести зонд в желудок ребенка без предварительного его заполнения. В этом случае после введения зонда в желудок ребенка, присоединить шприц и потянуть поршень на себя, заполнить его желудочным содержимым.  9.Присоединить шприц, приподнять его и очень медленно ввести назначенный объем молока.  Примечание: при необходимости повторного использования зонда, фиксировать его лейкопластырем к коже щеки и ввести небольшое количество физиологического раствора.  10.Положить ребенка в кроватку на бок с приподнятым головным концом  11.Снять перчатки, вымыть и осушить руки.  12.Использованный инструментарий поместить в дезинфицирующий раствор. **2.Надевание стерильной одежды на себя** 1.Достать халат из бикса стерильным пинцетом в свернутом виде  2.Взять халат обеими руками (халат на изнаночной стороне, а рукава на лицевой) и развернуть его на расстоянии вытянутых рук  3.Подвести руки с изнаночной стороны халата (лицевая сторона халата остается стерильной) и ввести кисти в отверстия для рукавов  4.Натянуть халат на себя, используя запасную зону около воротника (нельзя надевать халат, придерживая за край воротника)  5.Попросить завязать халат, стоящую позади медсестру  6.Надеть перчатки в три приема  - взять правой рукой за край манжеты 1-ую перчатку и надеть на левую кисть, не расправляя манжету  - подвести 2-ой и 3-ий пальцы левой руки (в перчатке) под манжету 2-ой перчатки и надеть на правую кисть; расправить манжету  - подвести 2-ой и 3-ий пальцы правой руки под манжету 1-ой перчатки и расправит ее  **3.Масляная клизма**  1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры и получить его согласие.  2. Подогреть масло на «водяной бане» до 38 °С.  3. Проверить температуру масла термометром.  4. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня и помочь пациенту повернуться на левый бок, правую ногу согнуть в колене и прижать к животу.  5. Вымыть руки, надеть перчатки.  6. Набрать в грушевидный баллон масла 50-150 мл. смазать вазелином газоотводную трубку с помощью шпателя. Положить баллон и трубку в стерильный лоток.  7. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 20-30 см.  8. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести набранный раствор.  9. Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  10. Извлечь газоотводную трубку и поместить ее и грушевидный баллон в лоток с дезинфицирующим раствором.  11. Провести туалет анального отверстия.  12. Снять перчатки и погрузить в дезинфицирующий раствор.  13. Помочь пациенту занять удобное положение в постели, предупредить, что эффект наступит через 10-12 часов.  14. Вымыть руки, осушить их. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | | Подпись |
| 20.05 | 1. **Контрольное кормление (взвешивание).**  1.Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры.  2.Подготовить необходимое оснащение.  3.Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.  4.Надеть на ребенка памперс и запеленать.  5.Подготовить мать к кормлению.  6.Обработать весы дезинфицирующим раствором и подготовить их к работе.  7.Взвесить ребенка и зафиксировать полученную массу.  8.Передать ребенка матери для кормления грудью в течение 20минут.  9.Повторно взвесить ребенка ( не меняя пеленок в случае мочеиспускания и дефекации) и зафиксировать результат. Определить разницу полученных данных ( при взвешивании ребенка до и после кормления).  10.Передать ребенка маме или положить в кроватку.  11.Протереть весы дезинфицирующим раствором, снять перчатки. 12.Вымыть и осушить руки.  13.Рассчитать необходимое ребенку количество молокана одно кормление( объемный или калорийный метод).  14.Оценить соответствие фактически высосанного молока ребенком долженствующему количеству. 2. **Накрытие стерильного инструментального стола** 1.Протереть стол раствором хлорамина (3 %) (горизонтальные поверхности, затем вертикальные дважды с интервалом 15-20 минут)  2.Обработать руки хирургическим способом и открыть стерильный бикс  3.Надеть стерильное белье и перчатки  4.Накрыть стол стерильной клеенкой (клеенку держать за центр, не касаясь стороной, на которой будут лежать инструменты, стола)  5.Расстелить нижнюю простыню «ртом к стене»  6.Расстелить верхнюю простыню «ртом к себе»  7.Верхнюю половину верхней простыни сложить гармошкой  8.Половину стерильного полотенца разложить на столе и на ней распределить инструменты и перевязочный материал (зажимы с зажимами, крючки с крючками и т.д. так, чтобы при взятии одного инструмента он не зацеплял другие)  9.Накрыть другой половиной полотенца  10.Надеть 2 цапки на углы верхней простыни; под одну из них прикрепить ярлычок (дата и время накрывания стола)  11.Расправить гармошку  12.В журнале перевязочной записать время накрывания стерильного стола и поставить подпись медсестры  **3.Гипертоническая клизма**  1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры и получить его согласие.  2. Подогреть флакон с лекарственным средством на «водяной бане» до 38°С.  3. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня.  4. Помочь пациенту лечь на левый бок, правая нога должна быть согнута в коленке и прижата к животу.  5. Подложить под ягодицы пациенту клеенку пеленку.  6. Вымыть руки, надеть перчатки.  7. Набрать в грушевидный баллон 50-100 мл подогретого раствора.  8. Смазать вазелином газоотводную трубку на протяжении 20-30 см с помощью шпателя.  9. Положить баллон и газоотводную трубку в стерильный лоток.  10. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 20-30 см.  11. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести подогретый раствор.  12. Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки, затем извлечь ее.  13. Поместить газоотводную трубку и грушевидный баллон в емкость с дезинфицирующим раствором.  14. Провести туалет анального отверстия.  15. Напомнить пациенту, чтобы он задержал раствор в кишечнике на 15-20 ми-нут.  16. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.  17. Вымыть руки. |  | |  |
| Дата | Содержание работы | | Оценка | Подпись |
| 21.05 | 1. **Гигиеническая ванна (для грудного ребенка).**  1.Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры.  2.Подготовить необходимое оснащение.  3.Поставить ванночку в устойчивое положение.  4.Обработать внутреннюю поверхность ванночки дезинфицирующим раствором. Вымыть ванночку щеткой и сполоснуть кипятком.  5.Протереть пеленальный столик дезинфицирующим раствором и приготовить на нем  пеленки.  6.Положить на дно ванночки пеленку, сложенную в несколько слоев ( края пеленки не  должны заходить на боковые стенки ванночки).  7.Положить в ванну водный термометр. Наполнить ванну водой на ½ или 1/3 t воды  36-37С.  Примечание: при заполнении ванны водой чередовать холодную и горячую воду, при  необходимости добавить несколько капель 5% раствора перманганата калия до бледно  -розового окрашивания воды.  8.Набрать из ванны воду в кувшин для ополаскивания ребенка .  9.Раздеть ребенка при необходимости подмыть проточной водой.  10.Взять ребенка на руки, поддерживая левой рукой спину и затылок, правой - ягодицы и бедра. Медленно погрузить малыша в воду ( сначала ножки и ягодицы, затем-верхнюю половину туловища). Вода должна доходить до уровня сосков ребенка, верхняя часть груди остается открытой. Освободить руку, продолжая левой поддерживать голову и  верхнюю половину туловища ребенка.  11.Надеть на свободную руку рукавичку, помыть ребенка в следующей последовательности: голова ( от лба к затылку) – шея – туловище - конечности (особенно тщательно промыть естественные складки кожи). Последними обмыть половые органы, межъягодичную область.  12.Снять рукавичку. Приподнять ребенка над водой и перевернуть ребенка вниз лицом. 13.Ополоснуть малыша водой из кувшина (желательно иметь помощника).  Накинув полотенце, положить ребенка на пеленальный столик. Осушить кожные покровы промокательными движениями.  14.Обработать естественные складки кожи стерильным растительным маслом. Одеть ребенка и уложить вкроватку.  15.Использованные пеленки, «рукавичку» поместить в мешок для грязного белья ( рукавичку прокипятить). Слить воду из ванны. Обработать внутреннюю поверхность ванны и рабочую поверхность пеленального стола дезраствором.  Вымыть и осушить руки.   1. **Уход за коллостомой**   1.Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.  2.Наденьте фартук, перчатки и маску.  3.Удалите перевязочный материал с передней брюшной стенки пациента. Очистите ватными или марлевыми тампонами, смоченными водой, кожу вокруг свища, меняя их по мере загрязнения.  4.Обработайте кожу вокруг свища раствором фурациллина. Высушите аккуратными промокательными движениями кожу вокруг свища марлевыми шариками.  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.  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.  7.Обработайте перчатки, фартук, использованный перевязочный материал в соответствии с требованиями санэпидрежима. Вымойте руки.  **3.Сифонная клизма**  1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры и получить его согласие на проведение процедуры.  2. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня и помочь пациенту лечь на левый бок, правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу.  3. Подложить под ягодицы клеенку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод, сверху клеенки постелить пеленку.  4. Надеть фартук.  5. Вымыть руки, надеть перчатки.  6. Приготовить систему, смазать слепой конец зонда вазелином на протяжении 30-40 см с помощью шпателя.  7. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см.  8. Взять воронку, присоединенную к зонду, держать ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента и налить в нее 0,5-1 л воды.  9. Медленно поднимать воронку выше ягодиц так, чтобы вода уходили в кишечник лишь до устья воронки.  10. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнит воронку полностью.  11. Слить воду из воронки в приготовленную емкость.  12. Повторить промывание до чистых промывных вод, но с использованием не более 10-12 л воды.  13. Отсоединить воронку по окончании процедуры, медленно извлечь зонд из кишечника.  14. Погрузить использованные предметы в дезинфицирующий раствор.  15. Провести туалет анального отверстия.  16. Снять перчатки, фартук; погрузить их в дезинфицирующий раствор.  17. Вымыть руки. | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 22.05 | 1. **Согревающий компресс на ухо.**  1.Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие.  2.Подготовить все необходимое оснащение.  3.Вымыть и осушить руки.  4.Приготовить слои компресса:  - марлевую салфетку сложить в 6-8 слоев, сделать в ней отверстие для уха в центре;  - компрессная бумага – на 2см больше салфетки тоже с отверстием в центре;  - кусок ваты на 2см больше, чем компрессная бумага.  5.Смочить марлевую салфетку в 40С спирте, слегка отжать и положить ее на чистую сухую кожу ребенка. Ухо ребенка продеть через отверстие в центре салфетки.  6.Поверх салфетки положить компрессную бумагу (полиэтиленовую пленку), так же продев в отверстие ушную раковину.  Накрыть эти слои слоем ваты и укрепить компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии. Вымыть руки.  7.Напомнить ребенку/маме, что компресс наложен на 4-6 часов.  8.Через 1,5-2 часа после наложения компресса пальцем, не снимая повязки, проверить влажность салфетки.  9.Снять компресс через положенное время, вытереть кожу и надеть шапочку ребенку.  10.Вымыть и осушить руки.  **2**.**Предстерилизационная очистка медицинских изделий**  1.Медсестра ополаскивает медицинские изделия под проточной теплой водой 2 мин.  2.Затем замачивает в моющем комплексе при полном погружении изделия на 15 мин.  3.Далее моет каждое изделие при помощи ерша, ватно-марлевого тампона в течении 5 мин  4.Ополаскивает под проточной водой с применением моющего средства «Биолот-3, Астра, Лотос и т. д.»  5.Затем ополаскивает в дистиллированной воде 5 мин.  6.Сушит горячим воздухом при температуре 80-85º. С  до полного исчезновения влаги.   1. **Газоотводная трубка**   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры и получить его согласие.  2. Отгородить пациента ширмой, если есть другие люди в палате.  3. Помочь пациенту лечь ближе к краю кровати на левый бок, ноги прижать к животу. (если пациенту противопоказано положение на левом боку, газоотводную трубку можно ставить лежа на спине).  4. Положить под ягодицы клеенку, пеленку.  5. Поставить на пеленку (или моющийся стул рядом с пациентом) между его ногами, если он лежит на спине, судно с небольшим количеством воды.  6. Вымыть руки, надеть перчатки.  7. Смазать вазелином закругленный конец газоотводной трубки на протяжение 20-30 см с помощью шпателя.  8. Перегнуть трубку посередине, зажать свободный конец 4-м и 5-м пальцами, а закругленный конец взять как пишущее перо.  9. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.  10. Опустить свободный конец газоотводной трубки в судно на 1 час, но не более 2-х часов.  11. Снять перчатки, опустить в дезинфицирующий раствор.  12. Обеспечить пациенту безопасность, если он лежит на краю кровати.  13. Укрыть пациента.  14. Вымыть руки.  15. По истечении заданного времени надеть перчатки и извлечь газоотводную трубку из анального отверстия.  16. Поместить газоотводную трубку в емкость с дезинфицирующим раствором.  17. Провести туалет анального отверстия.  18. Убрать клеенку и пеленку и поместить в непромокаемый мешок.  19. Снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.  20. Вымыть руки. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 25.05 | **1. Соскоб (мазок) на энтеробиоз.**  1.Объяснить ребенку/родственникам цель и ход процедуры.  2.Подготовить необходимое оснащение. Написать стеклографом номер на предметном стекле в соответствии с номером направления. Капнуть пипеткой на предметное стекло каплю глицерина.  3.Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.  4.Уложить ребенка на левый бок, верхнюю ногу согнуть в коленном суставе. Пальцами левой руки раздвинуть ягодицы ребенка.  5.Смочить отточенный конец спички (или палочку с ватным тампоном) в капле глицерина на предметном стекле и провести соскоб (мазок) с прианальных складок и нижнего отдела прямой кишки.  6.Сделать мазок спичкой (палочкой) по предметному стеклу в капле глицерина. Закрыть вторым предметным стеклом, соединить их резиновым кольцом и завернуть в крафт-бумагу.  7.Использованный материал замочить в дез. растворе  8.Вымыть и обработать антисептическим раствором руки в перчатках, снять их, вымыть и осушить руки.  9.Как можно раньше транспортировать материал в лабораторию в сопровождении направления.  **2. Наложение давящей повязки**  1.Убедитесь в необходимости данной манипуляции или наличии раны, ушиба.  2.Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте его.  3.Усадите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему.  4.Провести туалет раны, используя временный способ для остановки кровотечения.  5.На рану наложить стерильную салфетку, сверху – валик из ваты или марли или свернутых ватно-марлевых подушек ППИ (пилот).  6.Туго прибинтовать его, используя перегиб бинта над пилотом зафиксировать булавкой.  7.Проверяем правильность, эффективность, эстетичность данной повязки.  **3.Дуоденальное зондирование**  1. Объяснить пациенту цель и ход исследования, уточнить аллергоанамнез.  2. Измерить длину зонда (от мочки уха до резцов, от резцов до пупка и сделать метку №1, прибавить ширину ладони пациента (10-15 см), сделать метку №2).  3. Вымыть руки, осушить, надеть маску, перчатки, обработать их спиртом.  4. Предложить пациенту сесть, широко открыть рот.  5. Смочить зонд стерильной водой и ввести за корень языка, затем постепенно с помощью глотательных движений до метки №1 (зонд в желудке). С помощью шприца с воздухом проверить местонахождение зонда. На свободный конец наложить зажим.  6. Уложить пациента на кушетку (без подушки) на правый бок, под таз подло-жить валик, под правое подреберье - грелку.  7. Снять зажим, свободный конец зонда опустить в пробирку на штативе на низкой скамейке рядом с кушеткой; выделяется мутное, светлое содержимое желудка.  8. Предложить пациенту медленно заглатывать зонд до метки №2. Продолжительность заглатывания 40-60 мин.  9. Зонд попадает в 12-перстную кишку и начинает выделяться золотисто-желтая жидкость. Это порция А, дуоденальная желчь - (содержимое из 12-перстной кишки) - 15-40 мл за 20-30 минут.  10.После первой порции ввести раздражитель с помощью шприца через зонд в теплом виде (для лучшего отхождения порции В) - 30-50 мл 33% раствора сульфата магния или 40% раствора глюкозы.  11.Уложить пациента на спину, наложить зажим на свободный конец зонда на 10 минут.  12.Уложить пациента на правый бок, снять зажим, опустить зонд в пробирки поочередно выделяется темно-оливковая желчь. Это порция В, пузырная желчь - (из желчного пузыря) - 30-60 мл за 20-30 минут.  13. Переложить зонд в следующие пробирки, когда начнет выделяться прозрачная, светло-желтая желчь. Это порция С, печеночная желчь (из желчных протоков) - 15-20 мл за 20-30 мин.  14. Извлечь зонд при помощи салфетки, дать пациенту прополоскать рот содой.  15. Поместить использованные изделия в дезинфицирующий раствор  16. Снять перчатки, поместить в дезинфицирующий раствор.  17. Вымыть, осушить руки.  18. Отправить все пробирки в лабораторию с направлением (для выявления форменных элементов, простейших и т.д.).  19.Пробирки поместить в банку с теплой водой температура 37°С. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 26.05 | 1. **Постановка очистительной клизмы новорожденному и грудному ребенку**   1.Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие.  2.Подготовить все необходимое оснащение.  3.Постелить клеенку накрыть ее пеленкой.  4.Выложить полотенце для подсушивания ребенка после процедуры.  5.Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.  6.Взять резиновый баллончик в правую руку выпустить из него воздух набрать в него воду температуры 20-22о.  Примечание: необходимое количество воды:  - новорожденному – 25-30 мл;  - грудному 50-150 мл;  - 1-3 года – 150-250 мл.  7.Смазать наконечник вазелиновым маслом методом полива.  8.Уложить ребенка на левый бок, согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах, прижать к животу.  Примечание: ребенка в возрасте до 6 месяцев положить на спину, приподнять ноги вверх.  9.Раздвинуть ягодицы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном положении.  10.Расположив резиновый баллон наконечником вверх нажать на него снизу большим пальцем правой руки и до появления воды.  11.Не разжимая баллончика ввести наконечник осторожно без усилий в анальное отверстие и продвинуть в прямую кишку вначале к пупку, а затем преодолев сфинктеры параллельно копчику.  12.Медленно нажимая на баллон снизу ввести воду, и не разжимая его извлечь наконечник из прямой кишки одновременно левой рукой сжать ягодицы ребенка. Баллон поместить в лоток для отработанного материала.  13.Уложить ребенка на спину, прикрыв промежность пеленкой (до появления стула или позывов на дефекацию).  14.Подмыть ребенка после акта дефекации, подсушить полотенцем промокательными движениями.  15.Одеть, уложить в постель.  16.Снять фартук, перчатки, поместить в дезраствор. Вымыть и осушить руки.  **2.Наложение окклюзионной повязки**  1.Убедитесь в наличии открытого пневмоторакса  2.Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте пациента.  3.Усадите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему.  4.Обработать кожу вокруг раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната).  При наличии ИПП, вскрываем его и прикладываем к ране стерильной стороной.  При отсутствии ИПП, положите на рану стерильную салфетку, затем нужного размера кусок целлофанового пакета, смазываем вазелином и прикладываем к ране (прижимая по периферии).  При наличии ИПП, одну ватно-марлевую подушечку плотно прижимают в проекции раны к прорезиненной оболочке, а другую продвигают по бинту на противоположную сторону.  При отсутствии ИПП, из бинта или ткани изготавливают валик и прикладывают в центр предполагаемой раны поверх целлофана  5.Фиксируют валик (подушечку) бинтом или тканью циркулярной повязкой с портупеей.  6.Проверяем правильность, эффективность, эстетичность данной повязки.  **3.Выполнение внутривенного капельного введения лекарств**  1. Вымыть руки, высушить.  2. Уточнить у пациента аллергоанамнез. Сверить лекарственное средство с листом врачебного назначения, дать необходимую информацию о манипуляции.  3. Подготовить к работе флакон и ампулы с лекарственным средством - проверить срок годности, поставить дату вскрытия стерильного флакона.  4. Набрать в шприц лекарственное средство и ввести его во флакон через резиновую пробку.  5. Проверить капельную систему (герметичность, срок годности). Вскрыть пакет и извлечь рукой систему из упаковки на стерильный лоток (салфетку).  6. Снять колпачок с иглы воздуховода и ввести её во флакон до упора, зафиксировать трубку воздуховода вдоль флакона так, чтобы её конец был на уровне дна.  8. Снять колпачок с иглы для флакона капельной системы и ввести в пробку до упора. Закрыть зажим системы.  10. Перевернуть флакон вверх дном и закрепить на стойке-штативе, держать иглу для пациента в правой (левой) руке.  11.Снять инъекционную иглу с колпачком, положить в стерильный лоток.  12.Открыть зажим (не полностью) и заполнить капельницу до половины объема, держа её горизонтально.  13.Закрыть зажим. Возвратить капельницу в исходное положение.  14.Открыть зажим и заполнить систему по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком).  15. Закрыть зажим, зафиксировать систему на штативе и присоединить иглу с колпачком. На штативе фиксируют 2-3 полоски лейкопластыря.  17. Надеть стерильную маску, очки.  18. Обработать руки антисептическим раствором, надеть стерильные перчатки, обработать их спиртом.  19. Под локтевой сгиб пациента подложить клеёнчатую подушечку.  20. Выше локтевого сгиба, поверх одежды или салфетки, наложить резиновый жгут с сохранением пульса. Обработайте место пункции вены двумя шариками, смоченными спиртом, движением снизу вверх  21. Снять со штатива систему, снять колпачок с иглы, открыть зажим системы (не полностью). Большим пальцем левой руки натяните кожу вниз, ниже места пункции, зафиксируйте вену и проведите пункцию (в системе должна показаться кровь).  22. Снять жгут, попросить пациента разжать кулак.  23.Понаблюдайте за введением, чтобы жидкость не поступала под кожу и установить скорость введения лекарственного средства (по назначению врача, т.е. количество капель в минуту). Фиксируйте канюлю иглы лейкопластырем. В течение вливания следить за самочувствием пациента, несколько раз заходить в палату.  25. После завершения инфузии закрыть зажим, убрать лейкопластырь, к месту пункции слегка прижать ватный спиртовой шарик, и извлечь иглу.  26. Левой рукой помочь согнуть пациенту руку в локтевом сгибе.  27.Через 3-5 минут убрать у пациента окровавленный шарик и замочить в емкости с дезинфицирующим раствором.  28. Провести этап дезинфекции использованного материала, системы (её разрезать ножницами в дезинфицирующем растворе на кусочки по 10 см).  30. Снять перчатки. Вымыть руки. |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 27.05 | **1.Алгоритм оценки анализов мочи по различным методикам.**  **Общий анализ мочи:**  Цвет – соломенно-желтый или желтый.  Прозрачность- полная.  Реакция – кислая.  Белок- до 0,033%.  Глюкоза- нет.  Микроскопия осадка  желчные пигменты нет  эритроциты 0-1 в поле зрения  лейкоциты 0 -4 в поле зрения  соли, слизь – нет  **Анализ мочи по Нечипоренко:**  Лейкоциты – 2,0x10 /л или 2000/мл.  Эритроциты до 1,0x 10 / или до 1000/ мл.  Анализ мочи на стерильность  микробное число (МЧ) до 100 000 МТ.  **Анализ мочи по Зимницкому**   |  |  | | --- | --- | | Выделительная функция | Концентрационная функция | | Диурез 600+100 (n-1)  Соотношение ДД: НД=2 или 3:1 | Изменение плотности мочи в течение суток  Должно быть менее 7 | | Заключение:  Выделительная функция | Концентрационная функция |   Примечание: ДД – дневной диурез (с 6 до 18 часов).  НД – ночной диурез (с 18 до 6 часов).  **2.Наложение повязки ДЕЗО**  1.Убедитесь в необходимости данной манипуляции или наличии раны, ушиба. Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте его.  3.Усадите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему.  4.Обработать кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положить на рану стерильную салфетку.  5.Поместить в подмышечную впадину ватную подушечку (валик).  6.Перевести руку на грудь. Согнуть предплечье в локтевом суставе под прямым углом.  7.Провести закрепляющий тур к больной руке вокруг туловища, плотно прижимая плечо к грудной клетке.  8.Провести бинт через подмышечную впадину здоровой стороны по передней поверхности груди косо на надплечье больной стороны.  9.Провести бинт вниз по задней поверхности больного плеча под локоть.  10.Обогнуть локтевой сустав и поддерживая предплечье направить бинт косо вверх в подмышечную впадину здоровой стороны.  11.Провести бинт по задней поверхности грудной клетки на больное надплечье.  12.Опустить по передней поверхности больного плеча под локоть и обогнуть предплечье.  13.Направить бинт на заднюю поверхность грудной клетки в подмышечную впадину здоровой стороны и зафиксировать булавкой.  14.Проверяем правильность, эффективность, эстетичность данной повязки  **3. Копрологическое исследование**  1.Подготовить посуду, оформить направление  2.Проинструктировать пациента о порядке сбора кала. Непосредственно после дефекации взять лучинкой из нескольких участков 5-10 г кала без примесей воды и мочи и поместить во флакон. Флакон оставить на полу в специальном ящике в санитарной комнате.  3.Собранный материал доставить в клиническую лабораторию.  4.Полученные из лаборатории результаты подклеить в историю болезни  Примечание: использованные лучины помешают в полиэтиленовый пакет, пакет следует завязать и выбросить в мусорный контейнер. Кал может быть доставлен в лабораторию не позднее 8 часов после сбора и храпения в прохладном месте. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 28.05 | **1.Туалет слизистой полости рта.**  1.Объяснить матери и ребенку ход и цель процедуры.  2.Подготовить необходимое оснащение. Налить лекарственный раствор в мензурку.  3.Накрыть грудь ребенка пеленкой или фартуком.  4.Вымыть руки, надеть перчатки.  5.Подставить почкообразный лоток к сидящему ребенку.  Примечание: ребенку младшего возраста можно проводить процедуру в положении на боку, предварительно запеленав его с руками.  6.Набрать раствор в резиновый баллон и оросить лекарственным средством слизистую оболочку ротовой полости, протереть кожу вокруг ватным шариком.  Примечание: ребенку грудного возраста обработку слизистой рта можно проводить стерильной марлевой салфеткой, смоченной в растворе и намотанной на указательный палец медсестры.  7.При наличии язвочек и афт провести обработку элементов ватной палочкой с лекарственным веществом, открыв рот с помощью шпателя (при этом помощник удерживает голову и руки ребенка.).  8.Передать ребенка маме.  9.Убрать использованный материал в дезраствор.  10.Снять перчатки, вымыть руки.  **2.Пальцевое прижатие артерии**  1.Кровотечение из боковой поверхности лба, век остановить прижатием височной артерии в точке на 1 см кпереди и чуть выше козелка ушной раковины к дуге скуловой кости.  2.Кровотечение из губ, десен, подбородка, языка – прижатием наружной челюстной артерии на границе задней и средней трети нижней челюсти.  3.Обильное кровотечение в области шеи – прижатием общей сонной артерии на середине внутреннего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы к сонному бугорку поперечного отростка 6 шейного позвонка.  4.Кровотечение из верхней конечности ил плечевого пояса – прижатием подключичной артерии в надключичной ямке на уровне середины ключицы к первому ребру.  5.Кровотечение из плеча и нижележащих отделов верхней конечности – прижатием подмышечной (подкрыльцовой) артерии в подмышечной ямке в головке плечевой кости.  6.Кровотечение из плеча и нижележащих отделов верхней конечности – прижатием подмышечной (подкрыльцовой) артерии в подмышечной ямке в головке плечевой кости.  7.Кровотечение из предплечья и нижележащих отделов верхней конечности – прижатием плечевой артерии у внутреннего края двуглавой мышцы плеча.  8.Кровотечение из нижнего отдела бедра, голени – прижатием бедренной артерии в точке ниже середины паховой складки в лобковой кости.  9.Кровотечение из голени, стопы – прижатием подколенной артерии в центре подколенной ямки.  10.Кровотечение в области таза, маточное кровотечение – прижатием брюшного отдела аорты слева на уровне пупка к позвоночнику кулаком, предварительно уложив пострадавшего на спину на твердую поверхность.  **3. 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 повязку.  5. Плевральную жидкость с направлением отправил в лабораторию.  16.Отходы собрал в пакет для отходов класса «Б» |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 29.05 | 1. **Разведение антибиотиков**  1.Объяснить ребенку/родственникам цель и ход процедуры.  2.Подготовить необходимое оснащение.  3.Прочитать надпись на флаконе и растворителе (наименование, доза, срок годности).  4.Определить необходимое количество растворителя для соответствующего разведения антибиотика.  5.Определить количество готового раствора, которое необходимо набрать в шприц, чтобы обеспечить введение назначенной дозы лекарственного вещества.  6.Вымыть и осушить руки, обработать антисептиком  7.Вскрыть упаковку шприц (сбросить в лоток). Надеть на него иглу с колпачком, зафиксировать иглу на шприце. Снять с иглы колпачок (сбросить в лоток). Собранный шприц поместить на стерильный лоток.  8.Ватным шариком, смоченным этиловым спиртом, обработать крышечку флакона с антибиотиком, вскрыть ее и вновь обработать спиртом (ватный шарик оставить на флаконе).  9.Протереть шейку ампулы растворителем ватным шариком со спиртом, надрезать пилкой. Накрыть стерильной салфеткой и надломить (ватный шарик бросить в лоток).  10.Набрать в шприц рассчитанное количество растворителя (пустую ампулу от растворителя бросить в лоток), убрать шарик с флакона и, проколов иглой резиновую пробку, ввести растворитель во флакон с сухим антибиотиком.  11.Отсоединяет цилиндр шприца от иглы (игла остается во флаконе), осторожно встряхивает флакон до полного растворения порошка а/б.  12.Поднять флакон вверх дном и набрать необходимое количество раствора.  13.Сменить иглу для инъекции (0840), удалить воздух в колпачок  14.На стерильный лоток поместить готовый шприц и 3 стерильных шарика со спиртом. Накрыть стерильной салфеткой.  **2.Остановка кровотечения максимальным сгибанием конечности**  1.Убедитесь в необходимости данной манипуляции или наличии раны, кровотечения. Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте его.  2.Для остановки кровотечения из ран предплечья и кисти. В область локтевого сгиба уложить ватно-марлевый валик (пилот). Максимально согнуть руку в локтевом суставе до прекращения кровотечения. Фиксировать ее в таком положении бинтом (косынкой, ремнем).  3.Из верхней части плеча и подключичной области. Вложить ватно-марлевый валик в подмышечную область. Обе руки, согнутые в локтевых суставах, свести их за связать их на уровне локтей (при этом подключичная артерия сдавливается между ключицей и первым ребром).  4.Из ран ниже голени.  Вложить ватно-марлевый валик в подколенную ямку. Максимально согнуть ногу в коленном суставе. Закрепить голень к бедру.  5.Из бедренной артерии (в том числе при ранениях бедра в верхней его части, когда наложить жгут невозможно). Вложить ватно-марлевый валик в паховую область. Максимально согнуть ногу в тазобедренном суставе.  Бедро фиксировать ремнем (косынкой, бинтом) к туловищу.  **3.Введение инсулина.**  1. Доброжелательно и уважительно представился Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, получил его согласие  2. Вымыл руки на гигиеническом уровне  3. Надел чистые перчатки и обработал кожным антисептиком.  4. Подготовил лотки, пинцеты , ватные шарики и инсулиновый шприц.  5. Упаковки от них поместил в пакет для отходов класса «А»  6. Часть шариков залил спиртом, часть- оставил сухими.  7. Обработал пробку флакона с инсулином шариком со спиртом и сухим шариком.  8. Набрал в шприц воздух на столько делений, сколько предстоит набрать инсулина, ввел воздух во флакон, перевернул шприц и флакон и набрал инсулин.  9. Поменял иглу и выпустил воздух не снимая колпачка с иглы.  10. Положил шприц в стерильный лоток и обработал перчатки кожным антисептиком. 11. Дважды обработал кожу пациента ватными шариками со спиртом и высушил место инъекции сухим ватным шариком.  12. Взял шприц с инсулином, снял колпачок с иглы, сделал одной рукой кожную складку, а другой ввел под углом 45\*шприц с инсулином.  13. Отпустил кожную складку и, надавив на поршень, ввел инсулин.  14. Через 3-4 секунды извлек иглу, прикрыв место инъекции сухим ватным шариком. 15. Иглу поместил в иглоотсекатель.  16. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в пакет для отходов класса «Б» Лотки и пинцеты замочил в дезрастворе. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 1.06 | 1. **Дача кислорода ребенку из кислородной подушки с помощью маски.**  1.Объяснить ребенку/родственникам цель и ход процедуры.  2.Подготовить необходимое оснащение.  3.Вымыть и высушить руки  4.Заполнить аппарат Боброва водой на 2/3 объема  5.К кислородной подушке присоединить через резиновую трубку аппарата Боброва со стороны длинной стеклянной трубки, опущенной в воду.  6.К короткой стеклянной трубке аппарата Боброва через резиновый переходник подсоединить маску и проверить подачу кислорода из подушки, открыв вентиль.  7.Открыть зажим на подушке, надеть маску на рот и нос ребенка и подавить на подушку.  Примечание: в случае подачи кислорода из централизованной системы , подавать кислород со скоростью 1,5-2 л/мин, контролируя скорость по шкале дозиметра  8.Продолжить подачу кислорода в течение 30 мин – 2 часов  9.Снять маску с лица ребенка, закрыть вентель на подушке.  10.Провести дезинфекцию подушки 2-кратным протиранием 3:раствором перекиси водорода (1% хлоргекседином) с интервалом 15 мин.  Маску замочить в дез. растворе, аппарат Боброва промыть стерилизовать в сухожаровом шкафу.  **2.Определение групповой принадлежности крови по системе АВО**  1.Готовят все необходимое для определения групповой принадлежности (планшет, две серии сывороток, 6- стерильных пипеток, 6 стерильных стеклянных палочек, физ. раствор, часы, донора или флакон с кровью).  2.Объясняют пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте его.  3.Усадите пациента и во время выполнения манипуляции встаньте или сядьте лицом к нему.  4.Моют руки под проточной водой с мылом, обрабатывают кожным антисептиком, надевают стерильные перчатки.  5.Обработать кожу пальца или вены (70% этиловым спиртом).  6.Берут белую тарелку, (планшет), подписывают фамилию и инициалы донора или проверяемой крови из флакона. В каждую из трех лунок, отдельной пипеткой, наносят по одной капле (в 10 раз большей чем капля крови) сыворотки одной серии, далее тоже самое проделывают вторично, но со второй серией сыворотки и с новыми пипетками во втором ряду лунок.  7.Стеклянной палочкой (каждый раз разной) в каждой лунке смешивают кровь с сывороткой и покачивают, планшет в течение 5 минут.  8.Через 5 минут читают результат при дневном свете, если возникают сомнения в реакции агглютинации, то в каждую лунку добавляют по одной капле физ. раствора и вновь смешивают и читают результат.  **3.Проведение забора крови из вены на биохимическое исследование с помощью вакутейнера**  1. Пригласил и проинформировать пациента, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  4. Собрал систему вакуумного забора крови Vacuette.  5. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту  6. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  7. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента, надел очки. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком.  8. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции (вкола).  9. Провел пунктирование вены. Вставил пробирку в держатель до упора. Ослабил жгут, как только кровь начала поступать в пробирку.  10. Извлек пробирку после прекращения тока крови из держателя. Вынул держатель с иглой из вены, предварительно приложив к месту венепункции ватный шарик, или спиртовую салфетку. Пробирку поставил в штатив.  11. Вакутейнер сбросил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий, класса «Б», ватные шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б», пинцет и лоток погрузил в емкости для дезинфекции, обработал очки, жгут.  12. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 2.06 | **1.Пеленание новорожденного.**   1. Подготовить необходимое оснащение. 2. Отрегулировать t воды в кране, проверить её запястьем. 3. вымыть и осушить руки, надеть перчатки. Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором. 4. Уложить на пеленальном столике пеленки послойно (снизу вверх: фланелевая пеленка, тонкая пеленка, подгузник или памперс). 5. Распеленать ребенка в кроватке (при необходимости подмыть и осушить пеленкой), положить на пеленальный столик. 6. Надеть подгузник, для этого:   а) уложить ребенка на пеленки так, чтобы широкое основание подгузника приходилось на область поясницы;  б) провести нижний угол подгузника между ножками малыша;  в) обернуть боковые концы подгузника вокруг тела.  Примечание: подгузник можно заменить памперсом.   1. Завернуть ребенка в тонкую пеленку:   а) расположить ребенка на тонкой пеленке так, чтобы верхний её край был на уровне шеи;  б) одним краем пеленки накрыть плечо ребенка и провести пеленку под другую ручку и между ножек;  в) другим краем накрыть и зафиксировать второе плечо;  г) подвернуть нижний край пеленки так, чтобы оставалось свободное пространство для движения ножек ребенка;  д) зафиксировать пеленку на уровне середины плеч (выше локтевых суставов), «замочек» расположить спереди.   1. Запеленать ребенка в теплую пеленку с ручками:   а) расположить ребенка на фланелевой пеленке так, чтобы её верхний край располагался на уровне козелка;  б) одним краем пеленки накрыть и зафиксировать одно плечо, завести его под спину;  в) другим краем пеленки накрыть и зафиксировать второе плечо;  г) нижний край пленки завернуть как тонкую.   1. Уложить ребенка в кроватку. 2. Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезинфицирующим раствором, снять перчатки, 3. вымыть и осушить руки.   **2.Подготовка пациента к колоноскопии**  1.Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.  2.Назначьте за 3 дня до исследования диету с исключением бобовых, черного хлебы, капусты, молока.  3.Дайте пациенту выпить настой ромашки или активированный уголь 2 раза в день и после ужина поставьте газоотводную трубку на 1 час накануне исследования, если у пациента метеоризм.  4.Предложите пациенту накануне исследования в 18 часов легкий ужин.  5Поставьте пациенту накануне исследования в 20 и 21 час очистительные клизмы и утром за 1-2 часа до исследования.  6.Сопроводите пациента в эндоскопический кабинет с историей болезни и полотенцем.  7.Наденьте пациенту специальные трусы. Придайте пациенту коленно-локтевое положение во время исследования.  8.Проконтролируйте состояние пациента в течении ближайших 2х часов после исследования.  **3.Внутримышечная инъекция**  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток.  5. Подготовил лекарственный препарат (проверил срок годности лекарственного средства, целостность ампулы).  6. Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц.  7. Сменил иглу для инъекции, вытеснил воздух (не снимая колпачок).  8. Придал пациенту удобное положение.  9.Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком.  10. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  11. Ввел иглу в мышцу, глубоко на 2/3 длины иглы под углом 90°. Ввел медленно лекарственное средство.  12. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлек иглу.  13.Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в соответствующие ѐмкости для сбора отходов класса «Б».  14. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  15.Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  16. Снял перчатки, маску, погрузил их в емкость для сбора отходов класса «Б». |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 3.06 | 1. **Закапывание капель в глаза.**   1.Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие.  2.Подготовить все необходимое оснащение.  3.Вымыть и осушить руки.  4.Подогреть лекарственное вещество до комнатной температуры.  5.Отдельными стерильными ватными шариками, смоченными раствором фурациллина промыть глаза ребенка в направлении от наружного угла глаза к внутреннему.  6.Набрать в пипетку лекарственное вещество.  - левой рукой с помощью сухого ватного шарика оттянуть вниз нижнее веко;  -попросить ребенка смотреть вверх (если возможно по возрасту).  7.Взять пипетку в правую руку и под углом 450С. на расстоянии 1-2см нажать на колпачок пипетки и выпустить 1-2 капли в нижний свод коньюктивы в наружный угол.  8.Попросить ребенка закрыть глаза.  9.Избыток капель при закрытии глаза снять ватным шариком.  10.Снять перчатки, вымыть и осушить руки.  **2.Подготовка набора инструментов для первичной хирургической обработки раны**  1.Одеваем маску, волосы убираем под чепчик, с рук снимаем все украшения,  2.На рядом стоящий со стерильным столом, рабочий столик, ставим необходимые для работы растворы (Перекиси водорода 3%, фурациллина 1: 5000, новокаина 0,25%, NaCL10%), кожный антисептик и нестерильный перевязочный материал (бинты, липкий пластырь и т.д.), упаковки с шовным материалом и т. д.  3.Моем руки (хирургическим способом), одеваем стерильные перчатки.  4.Открываем стерильный стол с инструментами и материалом, рабочим пинцетом берем стерильный лоток и кладем все необходимые для работы инструменты и перевязочный материал.  5.Стерильный стол закрываем.  **3.Разведение и введение антибиотиков**  1. Ознакомился с назначением врача  2. Пригласил и проинформировал пациента. Выяснил аллергоанамнез. Получил согласие на проведение процедуры.  3. Провел гигиеническую обработку рук (студент проговаривает, но не выполняет). Надел маску. Надел перчатки.  4. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  5. Подготовил шприц к работе. Подготовил лекарственный препарат:  6.Сверил лекарственный препарат с листом врачебных назначений; проверил срок годности лекарственного средства; визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности; Развел антибактериальное средство и набрал лекарственный препарат в шприц:  7. Обработал наружную крышку флакона с лекарственным препаратом (порошком), вскрыл центральную часть металлической крышки флакона нестерильным пинцетом при ее наличии, обработал резиновую пробку ватным шариком;  8. Обработал ампулу с растворителем и вскрыл ее;  9. Набрал в шприц из ампулы необходимое количество растворителя по инструкции антибактериального препарата;  10. Ввел под углом 90° иглу во флакон с лекарственным средством (порошком), проколов резиновую пробку, выпустил растворитель во флакон с порошком антибиотика, придерживая канюлю иглы, снял иглу вместе с флаконом с подыгольного конуса, соблюдая инфекционную безопасность, положил шприц в стерильный лоток, перемешал аккуратно лекарственное средство во флаконе до полного его растворения; 11. Набрал содержимое флакона (по назначению врача) в шприц, сменил иглу, вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок с иглы, готовый шприц положил в стерильный лоток.  12. Придал пациенту удобное положение. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  13. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  14. Ввел иглу под углом 90 градусов к поверхности кожи, в мышцу и ввел лекарственное средство.  15. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, смоченный антисептиком, быстрым движением извлек иглу, придерживая канюлю.  16. Снял иглу со шприца при помощи иглосъемника. Шприц и ватные шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Лоток и пинцет погрузил в емкости для дезинфекции. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» флаконы – отходы класса «Б».  17. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 4.06 | 1. **Внутримышечная инъекция**   1.Вымыть руки, высушить, обработать антисептиком.  2.Уточнить у пациента аллергоанамнез, сверить лекарственное средство с листом врачебного назначения, объяснить пациенту цель и ход процедуры.  3.Подготовить ампулу с лекарственным средством. Если раствор масляный, то подогреть на водяной бане до температуры 37°С.  4.Собрать шприц, присоединив иглу для набора лекарственного средства и набрать нужную дозу (согласно врачебному назначения)  5.Сменить иглу для инъекции, удалить воздух в колпачок.  6.На стерильный лоток поместить готовый шприц и 3 стерильных шарика со спиртом. Накрыть стерильной салфеткой.  7.Надеть стерильную маску, обработать руки антисептическим раствором, надеть перчатки, обработать их спиртом.  8.Положить пеленку на кушетку, предложить пациенту лечь на кушетку (на живот, на бок или на спину) в зависимости от состояния пациента.  9.Освободить место для инъекции от одежды, осмотреть и пропальпировать его: медицинская сестра мысленно делит ягодицу на четыре равные части двумя линиями: поперечной от большого вертела бедренной кости до крестца, продольной - делит ягодицу пополам через седалищный бугор. Инъекцию делать в верхний наружный квадрант ягодицы!  10.Обработать левой рукой место инъекции ватным спиртовым шариком сверху вниз вначале широко, затем - место инъекции (другим шариком), а третий шарик зажать в левой руке 4 и 5 пальцами.  11.Взять шприц в правую руку, придерживая канюлю иглы 4 или 5 пальцем, а остальными цилиндр шприца.  12.Левой рукой 1 и 2 пальцами слегка собрать кожу в месте инъекции в складку, а правой, держа шприц перпендикулярно к месту инъекции, под углом 90° быстрым движением, ввести иглу в мышцу на 2/3 длины иглы.  13.Левую руку перенести на рукоятку поршня, подтянуть «на себя» (если раствор масляный) и медленно ввести, надавливая на поршень большим пальцам левой руки.  14. К месту инъекции прижать стерильный шарик со спиртом и быстро вывести иглу.  15.Забрать у пациента шарик, и замочить в дезинфицирующем растворе.  16.Провести этап дезинфекции использованного материала, шприца, игл.  17.Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор, вымыть руки.  **2.Проведение туалета гнойной раны**  1.Одеваем маску, волосы убираем под чепчик, с рук снимаем все украшения,  2.На рядом стоящий со стерильным столом, рабочий столик, ставим необходимые для работы растворы (Перекиси водорода 3%, фурациллина 1: 5000, новокаина 0,25%, NaCL10%), кожный антисептик и нестерильный перевязочный материал (бинты, липкий пластырь и т.д.), упаковки с шовным материалом и т. д.  3.Моем руки (хирургическим способом), одеваем стерильные перчатки.  4.Открываем стерильный стол с инструментами и материалом, рабочим пинцетом берем стерильный лоток и кладем все необходимые для работы инструменты и перевязочный материал или работаем с крафт-пакетом. Стерильный стол закрываем.  5.Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.  6.Снимаем пинцетом прежнюю повязку и опускаем в таз с 5%-ным раствором хлорамина.  7.Осматриваем рану, оцениваем отделяемое. Кожу вокруг раны обрабатываем 70% спиртом по направлению к ране, сушим кожу вокруг марлевым шариком.  8.Промываем рану 3%-ным раствором перекиси водорода или фурацилина с помощью шарика или по трубчатому дренажу шприцем. 9.Затем сушим рану салфеткой.  10.Обильно смачиваем салфетку или турунду гипертоническим раствором и рыхло вводим в рану.  11.На рану накладываем стерильную салфетку и клеим клеоловую повязку и бинтуем. По мере промокания повязки меняем её.  **3.Измерение артериального давления**  1.Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения, успокойте.  2.Положите руку пациента в разогнутом положении ладонью вверх. Если пациент находится в положении сидя, то для лучшего разгибания конечности попросите его подложить под локоть сжатый кулак свободной руки.  3.Наложите манжетку на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба; закрепите манжетку так плотно, чтобы между ней и плечом проходил только один палец.  4.Соедините манометр с манжеткой. Проверьте положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы. Нащупайте пульс в области локтевой ямки и поставьте на это место фонендоскоп.  5.Закройте вентиль на груше и накачивайте в манжетку воздух, пока давление в манжетке по показаниям манометра не превысит на 25-30 мм рт столба уровень, при котором перестала определяться пульсация артерии.  6.Откройте вентиль и медленно выпускайте воздух из манжетки. Одновременно фонендоскопом выслушивайте тоны и следите за показаниями шкалы манометра.  7.Отметьте величину систолического давления при появлении над плечевой артерией первых отчетливых звуков.  8.Отметьте величину диастолического давления, которая соответствует моменту полного исчезновения тонов.  9.Артериальное давление нужно измерять 2-3 раза на обеих руках с промежутками в 1-2 минуты. Запишите данные измерения артериального давления в виде дроби в истории болезни, например, 120\75 мм рт. ст. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 5.06 | 1. **Обработка волосистой части головы при гнейсе и уход за ногтями ребенка**   **1.**Объяснить маме цель и ход прове­дения процедуры.  **2.**Подготовить оснащение.  **3.**Обработать руки гигиеническим способом, надеть стерильные резиновые перчатки.  4**.**Усадить или уложить ребенка на столик  **5.**Ватным тампоном, обильно смочен­ным маслом, обработать волосистую часть головы промокательными дви­жениями в местах локализации гнейса.  **6.**Положить на обработанную поверх­ность марлевые салфетки и надеть шапочку (минимум на 2 часа).  **7.**Передать ребенка маме. Убрать пе­ленку и поместить ее в мешок для грязного белья, столик обработать.  **8.**Через 2 часа провести гигиениче­скую ванную, во время мытья осто­рожно удалить корочки.  9.Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры.  10.Подготовить необходимое оснащение.  11.Вымыть и осушить руки, надеть перчатки, обработать режущую часть ножниц ватным тампоном, смоченным в спирте.  12.Удобно зафиксировать ребенка у себя на руках.  13.Подстричь ногти ребенка:  - на руках округло; - на ногах прямолинейно.  14.Уложить в кроватку.  **2.Современные способы обработки рук**  1.Мыть руки с мылом под проточной водой течение 2х мин. Во время предварительного мытья рук с можно использовать стерильную щетку.  2.Затем руки (до локтевого сгиба), обрабатывают трижды, (при помощи стерильных салфеток) последовательно, сначала правую кисть и предплечье, а затем левую, одним из кожных антисептиков в течении - (Спирт 96%-ный - 2 мин, Первомур 2,4%-ный -1 мин, Дегмин 1%-ный - 3 мин, Дегмицид - 3 мин, Диоцид 1:5000 – 3 мин, Хлоргексидина-биглюконат 5%-ный – 2-3 мин).  3.Руки просушить стерильной салфеткой от кончиков пальцев до средней трети предплечья, соблюдая последовательность и симметричность.  4.Одеть стерильные перчатки, если этого требует работа  **3.Взятие мочи на пробу по Нечипоренко**  1.Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе выполнения.  2.Попросите пациента провести гигиенический туалет наружных половых органов.  3.Дайте пациенту чистую сухую банку.  4.Предложите собрать в банку среднюю порцию мочи (не менее 10мл).  5.Прикрепите направление (этикетку) к банке с мочой.  6.Поставьте банку с мочой в специальный ящик в санитарной комнате.  7.Снимите перчатки, вымойте руки.  8. Проследите за доставкой мочи в лабораторию. |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 8.06 | **1.Проведение ингаляций**  1. Проинструктировать пациента о поведении и дыхании во время процедуры;  2. Заполнить ёмкость ингалятора лекарством;  3. Усадить пациента у ингалятора;  4. Убедиться в его готовности:  5. Включить ингалятор.  6. Убедится в правильном поведении и дыхании пациента.  7. Вести наблюдение за пациентом.  8. В случае аллергических реакций (кашель, удушье) прекратить процедуру и вызвать врача.  9. Выключить ингалятор.  10. Снять наконечник и простерилизовать.  11. Предложить пациенту отдохнуть 10-15 мин.  12. Предупредить пациента о нежелательном курении, громком разговоре и охлаждении в течение 2-х часов.  **2.Наложение «черепичной» повязки на локтевой и коленный сустав**  1.Убедитесь в наличии раны или ушиба.  2.Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте пациента.  3.Уложите или усадите (в зависимости от места травмы) пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему.  4.Обработать кожу вокруг раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положить на травмированное место (рану) стерильную салфетку.  5.Закрепляющий тур в области коленного сустава начинают с кругового хода бинта через подколенную чашечку.  6.Затем бинт направляется на заднюю поверхность сустава в проекции подколенной ямки с переходом на голень.  7.Далее вокруг голени, через подколенную ямку и на бедро, прикрывая предыдущий тур на ½.  8.Туры бинта идут попеременно, выше и ниже, перекрещиваясь в подколенной области.  9.Закрепляется повязка в нижней трети бедра.  10.Проверяем правильность, эффективность, эстетичность данной повязки  **3.Сбор мочи на суточный диурез и определение водного баланса**  1.Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.  2.Разбудите пациента утром и предложите ему помочиться в унитаз (эта порция не учитывается).  3.Дайте пациенту 3-х литровую банку.  4.Собирайте последующую мочу в 3-х литровую банку в течение суток с 8 утра до 8 утра следующего утра.  5.Записывайте в лист учета суточного диуреза количество выпитой и выделенной жидкости.  6.Собирайте первую утреннюю порцию мочи следующего дня в этот же сосуд, например с 8 до 8 часов.  7.Подсчитайте по листу суточного диуреза количество выделенной мочи и количество выпитой и введенной жидкости за сутки.  8.Запишите полученные результаты в специальную графу температурного листа. Проведите дезинфекцию мерной банки в соответствии с требованиями санэпидрежима.  Примечание:В норме человек теряет примерно 75-80% от принятой жидкости. Водный баланс считается положительным, когда мочи выделяется больше 75-80%. Водный баланс считается отрицательным, когда мочи выделяется меньше 75-80%.  Лист суточного диуреза:   |  |  | | --- | --- | | Дата: | | | Ф.И.О. | | | Количество выпитой и введенной жидкости | Количество выделенной мочи | | |  |  | |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Задача по педиатрии**  1.Проблемы пациента:  - тревожный сон из-за зуда в ночное время, вызываемого острицами;  - расчёсы в области ануса.  *Приоритетная проблема:* тревожный сон из-за зуда в ночное время, вызываемого острицами.  *Цель:*  - сон ребёнка улучшится;  - повторного заражения не наступит.   |  |  | | --- | --- | | План | Мотивация | | 1. М/с проведет беседу с матерью о заболевании, способах заражения. | Исключить риск повторного заражения. | | 2. М/с проведет с матерью беседу о гигиене постельного белья (необходимости каждодневной смены его или проглаживания утюгом) и ежедневной влажной уборке помещения. | Исключить риск заражения окружающих. | | 3. М/с порекомендует остричь ногти ребенку, подмывать его каждый вечер и утро, менять ежедневно нательное белье. | Для уменьшения зуда и расчесов. |   Оценка: зуд в перианальной области не беспокоит ребенка со следующего дня после принятия антигельминтного средства, ребёнок спит хорошо. Цель достигнута.  2.Для профилактики энтеробиоза необходимо:  • Прививайте детям навыки личной гигиены. Отучайте детей от привычки брать в рот пальцы и игрушки.  • Часто мойте руки с мылом, намыливайте их два раза и делайте это как можно чаще.  • Коротко стригите ногти.  • Утром и вечером тщательно подмывайте ребенка.  • Ежедневно меняйте или стирайте нательное белье малыша.  • Часто меняйте постельное белье (обязательно аккуратно снимая его с постели без излишнего встряхивания в помещении), стирайте белье при температуре не ниже 60° С, проглаживайте горячим утюгом.  • Проводите регулярную влажную уборку помещений с частой сменой воды или полосканием тряпок для мытья полов под проточной водой. Применяйте при уборке активные моющие вещества (моющие порошки, соду, горчицу), которые эффективно удаляют яйца гельминтов. Губительное воздействие на яйца остриц оказывает выдерживание постельных принадлежностей и мягких игрушек на улице на морозе или летом на ярком солнце в течение 2-3 часов.  • Мойте детские игрушки.  • В рацион питания ребенка при отсутствии аллергии рекомендуется вводить морковь, землянику, гранатовый сок. грецкие орехи, чай из зверобоя, которые способствуют очищению организма от гельминтов.  • Ребенок должен имен, отдельную постель и свое полотенце.  3.Соскоб (мазок) на энтеробиоз.  1.Объяснить ребенку/родственникам цель и ход процедуры.  2.Подготовить необходимое оснащение. Написать стеклографом номер на предметном стекле в соответствии с номером направления. Капнуть пипеткой на предметное стекло каплю глицерина.  3.Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.  4.Уложить ребенка на левый бок, верхнюю ногу согнуть в коленном суставе. 5.Пальцами левой руки раздвинуть ягодицы ребенка.  6.Смочить отточенный конец спички (или палочку с ватным тампоном) в капле глицерина на предметном стекле и провести соскоб (мазок) с прианальных складок и нижнего отдела прямой кишки.  7.Сделать мазок спичкой (палочкой) по предметному стеклу в капле глицерина. 8.Закрыть вторым предметным стеклом, соединить их резиновым кольцом и завернуть в крафт-бумагу.  9.Использованный материал замочить в дез. растворе  10.Вымыть и обработать антисептическим раствором руки в перчатках, снять их, вымыть и осушить руки.  **Задача по хирургии.**  Больной С., 48лет. В анамнезе химический ожог пищевода, 3-х .летней давности. Ранее была выполнена гастростомия, проводилось многократное бужирование пищевода. В течение последних 8-ми месяцев больной поправился на 8 кг, пищу принимает естественным путем, жалоб практически не предъявляет. У больного просьба ликвидировать гастростому. Задания.  1.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели сестринского вмешательства  2.Составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.  3. Проведите беседу с пациентом и его родственниками по поводу осложнений которые могут развиться в п/операционном периоде.  4.Разработать примерный план реабилитации.  5.Объясните действие препарата (кортизон), показания и противопоказания.  6. Провести туалет чистой п/операционной раны.  Эталон ответа  1.Проблемы пациента.  Настоящие: - Ожог пищевода, 3-х .летней давности, гастростомия, проводилось многократное бужирование пищевода.  · беспокойство за исход ожога  Приоритетная проблема:- Закрыть гастростому.  Потенциальная проблема: - Невозможность питаться естественным путем. Риск развития рубцов вновь после бужирования; Риск развития инфекции после операции закрытия стомы.  Краткосрочная цель: - Улучшить психоэмоциональное состояние пациента, профилактика контрактур.  Долгосрочная цель: - Пациент прооперирован, самочувствие удовлетворительное.  2.План сестринских вмешательств.  План (Мотивация)  1.М/с. обеспечит физический и психический покой пациента, объяснит пациенту на примерах о благоприятном исходе операции. (Для обеспечения психоэмоционального воздействия на пациента и снятие тревоги, создания психологического комфорта.)  2.М/с. обеспечит осмотр пациента перед операцией хирургом. (Для получения назначений и решения вопроса о сроках оперативного лечения и предоперационной подготовке.)  3.М/с. обеспечит контроль за состоянием пищевода его проходимостью, участвуя в кормлении пациента. (С целью своевременной профилактики развития рубцов).  4.М/с. по назначению врача, будет выполнять процедуры направленные  на профилактику рубцовых контрактур в области пищевода. (Для профилактики в будущем п/операционных осложнений.)  5.М/с. обеспечит контроль за температурой тела, пульсом, АД, общим состоянием пациента. (Для объективной оценки состояния больного и профилактики возможных осложнений.)  3. Проведите беседу с пациентом и его родственниками по поводу осложнений которые могут развиться в п/операционном периоде.  Тяжесть химического ожога пищевода зависит от количества, концентрации, характера принятого вещества, сроков оказание первой медицинской помощи. Ведь принятое внутрь вещество, кроме самого ожога, оказывает общетоксическое поражающее воздействие на сердце, печень и почки. Ожог пищевода химическими веществами подразделяется на четыре стадии патологоанатомических изменений. При 1-й стадии образуется гиперемия (усиленный приток крови) и отек слизистой оболочки. 2-я стадия характеризуется некрозом тканей и их изъязвлением. При 3-й стадии происходит образование грануляций – новых тканей, заполняющих заживающие язвы. 4-я стадия – это рубцевание язв. Причем последняя стадия рубцово-язвенного процесса может длиться годами.  После образования рубцов основным методом лечения химического ожога пищевода является бужирование. При бужировании через пищевод проводят тонкий металлический проводник. По нему вводят бужи – специальные  расширители, предназначенные для исследования и лечения пищевода. Чаще всего применяют рентгеноконтрастные полые бужи. В случае, если бужирование не помогает, проводят операцию по частичной или тотальной пластике пищевода.  Клинический опыт показывает, что при своевременно начатом и адекватном консервативном лечении почти при всех ожогах II степени и некоторых -- III степени может быть сохранена вполне его проходимость и функция. Однако в связи с возможным образованием стриктуры требуется клиническое наблюдение, последующее рентгенологическое и, при необходимости, эндоскопическое исследование пищевода через 3 нед, 3 и 6 мес, один год и в более поздние сроки.  Вместе с тем, у части больных, несмотря на быстрое и достаточное применение антибиотиков, кортикостероидов и дилатации пищевода фиброзно-склеротические изменения могут прогрессировать с последующим образованием стриктуры вследствие распространенного по протяжению и глубине поражения. У некоторых больных в связи с перфорацией пищевода или нежеланием проводить бужирование также может возникнуть стриктура. В этих случаях пищевод должен быть замещен сегментом желудка, тощей или толстой кишки.  4.Разработать примерный план реабилитации.  После стихания острых воспалительных явлений при ожогах 2—3-й степени с целью ранней реабилитации является профилактика развития стенозов. Пострадавшим назначают рассасывающую терапию, специальное питание и бережное перерастягивание (бужирование) пищевода. Для профилактики рубцовых стенозов пищевода применяется гипербарическая оксигенация (ГБО), которая уменьшает глубину зоны некроза, отграничивает лейкоцитарную инфильтрацию, способствует очищению раневой поверхности и вызывает эпителизацию ее к концу 1-го месяца. ГБО подавляет образование соединительной ткани, что приводит к развитию более рыхлого, тонкого и эластического рубца пищевода. При возникновении ранних кровотечений проводят гемостатическую терапию.  5.Объясните действие препарата (кортизона) показания и противопоказания. ГКС. Кортизон - биологически неактивное соединение, которое в печени превращается в гидрокортизон, оказывающий влияние на углеводный, липидный и белковый обмен. Обладает МКС активностью (задержка Na+, повышение склонности к отекам, выведение K+), но более слабой, чем истинные МКС. Способствует накоплению гликогена в печени, повышает концентрацию глюкозы в крови, вызывает увеличение выведения азота с мочой. Оказывает противовоспалительное, иммунодепрессивное и противоаллергическое действие. Противовоспалительный эффект обусловлен угнетением фосфолипазы А2, что приводит к торможению синтеза Pg, снижению выделения макрофагального хемотаксического фактора, уменьшению миграции макрофагов и лимфоцитов в очаг воспаления, стабилизации мембран лизосом и предотвращению выделения лизосомальных ферментов.  Показания: хронические и подострые воспалительные процессы с тенденцией образования грубой рубцовой ткани.  Противопоказания: для кратковременного применения по "жизненным" показаниям единственным противопоказанием является гиперчувствительность. C осторожностью.  6. ПРОВЕДЕНИЕ «ТУАЛЕТА ЧИСТОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ»  Цель: создать условия для быстрейшего заживления раны.  Показания: наличие послеоперационной раны.  Противопоказания: нет  Осложнения: нет.  Оснащение: стерильные инструменты (пинцеты, зажимы, зонды, ножницы, шпатель для наложения мази, шприцы, дренажи), стерильный перевязочный материал ( марлевые шарики и салфетки), стерильные растворы ( 3%-ная перекись водорода, 10%-ный раствор хлористого натрия, 0,02%-ный раствор фурацилина), 96%-ный спирт, клеол,1%-ный нашатырный спирт, мази синтомициновая, актовегиновая), 5%-ный раствор марганцовокислого калия или 1-10%-ный раствор ляписа, бинты, вата, турунда.  № Последовательность выполнения (этапы) Обоснование  1. Одеваем маску, волосы убираем под чепчик, с рук снимаем все украшения, (Соблюдение принципов асептики)  2. На рядом стоящий со стерильным столом, рабочий столик, ставим необходимые для работы растворы (Перекиси водорода 3%, фурациллина 1: 5000, новокаина 0,25%, NaCL10%), кожный антисептик и нестерильный перевязочный материал (бинты, липкий пластырь и т.д.), упаковки с шовным материалом и т. д. (Для качественного выполнения манипуляции)  3. Моем руки (хирургическим способом), одеваем стерильные перчатки. (Инфекционная безопасность)  4. Открываем стерильный стол с инструментами и материалом, рабочим пинцетом берем стерильный лоток и кладем все необходимые для работы инструменты и перевязочный материал или работаем с крафт-пакетом. (Качественность выполнения манипуляции)  5. стерильный стол закрываем. (Соблюдение принципов асептики.)  6. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. (Психологическая подготовка, воздействие)  7. Пинцетом снимаем старую повязку с раны.  8. Обрабатываем линию шва спиртом или хлоргексидином. (Условия для быстрейшего заживления раны)  9. На рану накладываем стерильную салфетку, затем края раны смазываем клеолом и сверху закрываем развернутой салфеткой и прижимая по краям. (Соблюдение принципов асептики)  **Задача по терапии**  Пациент 60 лет поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение по поводу ИБС, осложнённой хронической сердечной недостаточностью. Предъявляет жалобы на отеки нижних конечностей, значительное увеличение в размере живота, сердцебиение, слабость, незначительную одышку в покое. Одышка усиливается в горизонтальном положении, из-за чего плохо спит. Почти ничего не ест, страдает от необходимости ограничения жидкости, иногда  пьёт воду «взахлёб». Считает себя обезображенным из-за больших размеров живота. Тревожен, на контакт идет с трудом. Боится предстоящей абдоминальной пункции.  Положение в постели вынужденное - ортопноэ. Кожные покровы цианотичные. Пациент неорятен. Отеки стоп и голеней, ЧДД 22 в минуту, пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств, АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме.  ***Задания***   1. Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства. 2. Обучите пациента правилам определения водного баланса. 3. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии с применением носового катетера.   Эталон ответа:  1.Проблемы пациента:  Настоящие: не может спать в горизонтальном положении из-за асцита и усиления одышки, не понимает необходимости ограничения жидкости при отёках, волнуется из-за предстоящей абдоминальной пункции, тяжело переживает изменение внешнего облика изза асцита, не справляется с мероприятиями личной гигиены, риск развития пролежней, риск развития трофических язв в области нижних конечностей, не адаптирован к своему заболеванию.  Приоритетная проблема: не адаптирован к своему заболеванию.  Потенциальная: риск развития осложнений  План :  1.Провести беседу с пациентом и его родственниками о необходимости соблюдения диеты, ограничения жидкости.  2. Обеспечить строгое соблюдение диеты № 10 с ограничением соли и жидкости (суточный диурез + 400 мл), усилением белкового питания.  3.Обеспечить возвышенное изголовье в постели, используя по мере возможности функциональную кровать и упор для стоп; обеспечит постельный комфорт.  4. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты по 20 минут 3 раза в день.  5. Обеспечить взвешивание пациента 1 раз в 3 дня.  6. Обеспечить подсчёт водного баланса.  7. беспечит уход за кожей и слизистыми.  8. Наблюдать за внешним видом, пульсом, АД больного.  2.Обучите пациента правилам определения водного баланса.  1.Установить доверительные отношения с пациентом, оценить его способности к самостоятельному проведению процедуры.  2. Убедиться, что пациент сможет проводить учет жидкости, выпитой и выделенной в течение суток.  3. Объяснить цель и ход исследования и получить согласие пациента на процедуру.  4. Объяснить пациенту необходимость соблюдения обычного водно-пищевого и двигательного режима.  5. Убедиться, что пациент не принимал диуретики в течение 3 дней до исследования.  6. Дать подробную информацию о порядке записей в листе учета водного баланса, убедиться в умении заполнять лист.  7. Объяснить примерное процентное содержание воды в продуктах питания для облегчения учета водного баланса.  8. Подготовить оснащение.  9. Объяснить, что в 6:00 необходимо выпустить ночную порцию мочи в унитаз.  10. Собирать мочу после каждого мочеиспускания в градуированную емкость, измерять диурез. Объяснить, что необходимо указывать время приема или введения жидкости, а также время выделения жидкости в листе учета водного баланса в течении суток, до 6:00 следующего дня.  11.Фиксировать количество выделенной жидкости в листе учета.  12.Фиксировать количество поступившей в организм жидкости в листе учета.  13. В 6.00 следующего дня сдать лист учета медицинской сестре  14. Определить медицинской сестре, какое количество жидкости должно выделиться с мочой (в норме) по формуле: количество выпитой жидкости Х 0,8 (80%)  15.Сравнить количество выделенной жидкости, рассчитанной по формуле с фактически выделенной.  16. Считать водный баланс отрицательным, если выделяется меньше жидкости, чем рассчитано (в норме).  17. Считать водный баланс положительным, если выделено больше жидкости, чем рассчитано. Примечание: это может быть результатом действия диуретических лекарственных средств, употребление мочегонных продуктов питания, влияния холодного времени года. Суточный водный баланс - это соотношение между количеством введенной в организм жидкости и количеством жидкости, выделенной из организма в течение суток. Учитывается жидкость, содержащаяся во фруктах, супах, овощах и т.д., а также объем парентерально вводимых растворов.  3. Оксигенотерапия через носовой катетер  1. Объяснить пациенту (когда возможно) цель оксигенотерапии и ее последовательность.  2. Подготовить к работе аппарат Боброва.  3. Вымыть руки, осушить, надеть перчатки, обработать их спиртом.  4. Определить длину вводимой части катетера (от мочки уха до крыльев носа), поставить метку.  5. Облить стерильным вазелиновым маслом вводимую часть катетера.  6. Осмотреть зев, придавив шпателем корень языка. Убедиться, что кончик катетера виден при осмотре зева.  7. Поместить шпатель в дезинфицирующий раствор.  8. Зафиксировать наружную часть катетера лейкопластырем к щеке.  9. Прикрепить катетер к источнику увлажненного кислорода (аппарату Боброва).  10. Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи.  11. Проверять состояние источника кислорода через каждые 8 часов и осматривать слизистую носа пациента для выявления раздражения.  12. Провести итоговую оценку состояния пациента в удовлетворении потребностей в нормальном дыхании.  13. Удалить катетер и продезинфицировать.  14. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор.  15. Вымыть руки, осушить их. |  |  |

Место печати МО

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

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

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

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в педиатрии**

Ф.И.О. обучающегося Щукова Н.А. .

Группы 409-1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ специальности СД .

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

в детской поликлинике № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

За время прохождения практики мною выполнены следующие объемы работ:

**1. Цифровой отчет**

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

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в терапии (стационар)**

Ф.И.О. обучающегося \_Щукова Н.А\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группы 409-1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-по специальности СД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

За время прохождения практики мною выполнены следующие объемы работ:

**1. Цифровой отчет**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | Виды работ | **Количество** |
| 1. | Сбор мочи для анализов: общий, по Нечипоренко, по Зимницкому, на бак. посев | Освоено |
| 2. | Сбор кала на анализы: на яйца паразитов, на копрологическое исследование, на скрытую кровь. | Освоено |
| 3 | Утренний туалет тяжелобольного пациента: умывание, подмывание, уход за глазами, ушами, полостью рта, кожей. | Освоено |
| 4 | Смена постельного белья | Освоено |
| 5 | Кормление тяжелобольного в постели | Освоено |
| 6 | Измерение температуры тела с графической регистрацией Подсчет пульса. Подсчет частоты дыхания. Измерение артериального давления. | Освоено |
| 7 | Раздача медикаментов пациентам | Освоено |
| 8 | Обучение пациентов правилам проведения ингаляций, в том числе, небулаизериых | Освоено |
| 9 | Подача кислорода пациенту | Освоено |
| 11 | Измерение водного баланса у пациента | Освоено |
| 12 | Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции. | Освоено |
| 13 | Подготовка пациента и проведение дуоденального зондирования | Освоено |
| 14 | Постановка очистительной клизмы | Освоено |
| 16 | Постановка гипертонической клизмы | Освоено |
| 17 | Постановка масляной клизмы | Освоено |
| 18 | Постановка сифонной клизмы | Освоено |
| 19 | Постановка периферического венозного катетера | Освоено |
| 20 | Оказание сестринской помощи при неотложных состояниях(желудочное кровотечение, приступ удушья при бронхиальной астме, приступ загрудинных болей при стенокардии) | Освоено |
| 21 | Выполнение различных видов инъекций: -подкожные,  -внутримышечные,  -внутривенные струйные | Освоено |
| 22 | Выполнение внутривенного капельного введения  лекарств | Освоено |
| 23 | Разведение и введение антибиотиков | Освоено |
| 24 | Введение гепарина. | Освоено |
| 25 | Введение инсулина. | Освоено |
| 26 | Проведение забора крови из вены на биохимическое  исследование с помощью вакутейнер | Освоено |
| 27 | Оказание неотложной помощи при анафилактическом  шоке и при других острых аллергических реакциях | Освоено |

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в хирургии**

Ф.И.О. обучающегося Щукова Н.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группы 409-1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ специальности СД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

За время прохождения практики мною выполнены следующие объемы работ:

**1. Цифровой отчет**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | Виды работ | **Количество** |
| 1. | Сбор сведений о больном. | Освоено |
| 2. | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | Освоено |
| 3. | Оценка тяжести состояния , выявление проблем пациента | Освоено |
| 4. | Составление плана сестринского ухода за больным | Освоено |
| 5 | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | Освоено |
| 6 | Выписка направлений на консультации специалистов | Освоено |
| 7 | Кормление пациента через зонд | Освоено |
| 8 | Уход за кожей (профилактика пролежней), слизистыми (глаз, полостью рта) и т. д. Уход за подключичным катетером. | Освоено |
| 9 | Обработка послеоперационных швов. | Освоено |
| 11 | Приготовление перевязочного материала (салфеток, шариков). | Освоено |
| 12 | Предстерилизационная очистка инструментов | Освоено |
| 13 | Изготовление дренажей (резиновых, марлевых, комбинированных) | Освоено |
| 14 | Укладывание в биксы операционного белья, одежды, перевязочного материала, перчаток. | Освоено |
| 15 | Обработка рук хирургическим, современным методом | Освоено |
| 16 | Надевание стерильного халата и перчаток на себя | Освоено |
| 17 | Пользование стерильным биксом | Освоено |
| 18 | Накрытие стерильного стола | Освоено |
| 19 | Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных. | Освоено |
| 20 | Остановка артериального кровотечения пальцевым прижатием артерии к кости | Освоено |
| 21 | Остановка артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности в суставе | Освоено |
| 22 | Наложение давящей повязки при венозном кровотечении. | Освоено |
| 23 | Применение холода для остановки | Освоено |
| 24 | Наложение мягких повязок «на различные участки тела» | Освоено |
| 25 | Наложение окклюзионной повязки или пластырной повязки | Освоено |
| 26 | Снятие повязок с послеоперационной раны | Освоено |
| 27 | Приготовление и наложения транспортных шин | Освоено |
| 28 | Определение группы крови, пробы на индивидуальную, резус совместимость, биологическую пробу | Освоено |
| 29 | Проведение премедикации | Освоено |
| 30 | Приготовление столика медсестры анестезиологического кабинета | Освоено |
| 31 | Сбор инструментов для операции | Освоено |
| 32 | Уход за стомами | Освоено |
| 33 | Туалет гнойной раны | Освоено |

# 2. Текстовой отчет

При прохождении производственной практики мною самостоятельно были проведены: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сан-просвет работы с указанием количества человек курация, беседы с детьми, родителями

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

Я хорошо овладел(ла) умениями \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Особенно понравилось при прохождении практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Недостаточно освоены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Замечания и предложения по прохождению практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

подпись (расшифровка

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

подпись (расшифровка

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

подпись (расшифровка

М.П.организации