ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ рОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**Д Н Е В Н И К**

Преддипломной практики по профессиональному модулю:

«Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах»

Междисциплинарный курс «Сестринская помощь при различных заболеваниях и состояниях»

студента (ки) 408 группы

специальности 34.02.01 Сестринское дело

очной формы обучения

Домаркайте

Элины

Геннадьевны

Преддипломная практика проходила в форме ЭО И ДОТ

Методический руководитель: Филенкова Надежда Леонидовна

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  **Педиатрия**  **Кормление новорожденных из рожка и через зонд**  1. Рассчитайте необходимое количество молока,  2. Вымойте руки с антисептическим мылом,  3. Налейте в чистую бутылку молоко,  4. Возьмите небольшую кастрюлю или металлическую кружку:  - прикройте дно кастрюли марлевой салфеткой,  - налейте в кастрюлю горячую воду t-60 градусов,  5. Поставьте бутылочку в кастрюлю так, чтобы уровень воды закрывал уровень молока в бутылочке,  6. Температура молока для бутылочки 40-45 градусов. Определите температуру молока, капнув несколько капель на кожу тыла кисти или внутренней поверхности предплечья,  7. Подготовьте ребенка к кормлению: перепеленайте, проведите туалет носа, положите ребенка на спину, повернув голову набок,  8. Вымойте руки, наденьте перчатки,  9. Возьмите одноразовый зонд:  - измерьте расстояние от переносицы ребенка до мечевидного отростка,  - сделайте отметку на зонде,  - положите зонд в стерильный лоток,  - возьмите шприц из стерильного лотка в правую руку.  10. Наберите молоко в шприц:  - возьмите в левую руку зонд,  - откройте зонд,  - заполните зонд молоком,  - отсоедините шприц, положите в лоток,  - закройте зонд заглушкой или зажимом.  11. Смочите конец зонда в молоке или в р-ре буры в глицерине.  Выполнение процедуры  12. Возьмите зонд в правую руку на расстоянии 7-8 см от конца,  13. Введите зонд в носовой ход и продвиньте зонд до отметки.  Примечание: не начинайте кормить ребенка не убедившись, что зонд находится в желудке! Контролируйте дыхание и цвет кожи ребенка!  14. Откройте зонд и подсоедините к нему шприц с остатком молока:  - введите медленно молоко в желудок  - отсоедините шприц и положите в лоток  - закройте зонд  15. Наберите в другой шприц 1-2 мл кипяченой воды:  - откройте зонд,  - подсоедините шприц к зонду и промойте зонд кипяченой водой,  - отсоедините шприц и положите в лоток,  - закройте зонд.  Окончание процедуры.  16. Закрепите зонд на щечке лейкопластырем до следующего кормления,  17. Положите ребенка в кроватку на бочок.  **Хирургия:**  **Измерение температуры тела с графической регистрацией Подсчет пульса. Подсчет частоты дыхания. Измерение артериального давления.**  **Алгоритм измерение пульса**  1. Охватить пальцами правой руки кисть пациента в области лучезапястного сустава  2. Расположить 1-ый палец на тыльной стороне предплечья. 2, 3, 4 пальцами нащупать лучевую артерию  3. Прижать артерию к лучевой кости и прощупайте пульс  4. Определить:   * Симметричность пульса * Ритмичность пульса * Частоту пульса * Напряжение и наполнение пульса   5. Сделать запись в лист динамического наблюдения  **Алгоритм измерения артериального давления**  1. Усадить или уложить пациента в зависимости от его состояния  2. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца  3. Подложить валик или кулак под локоть пациента  4. Наложить манжету тонометра на плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба (между манжеткой и рукой пациента должен свободно проходить палец)  5. Найти пальпаторно на локтевой аптерии пульсацию, приложить фонендоскоп  6. Соединить манжету с тонометром  7. Нагнетать постепенно воздух баллоном до исчезновения пульсации +20-30 мм ртутного столба сверх того  8. С помощью вентиля баллона снижать постепенно движение в манжетке, приоткрыв вентиль большим и указательным пальцами правой руки против часовой стрелки  9. Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона - это систолическое давление  10. Отметить по шкале на тонометре прекращение последнего громкого тона, при постепенном снижении давления - это диастолическое давление.  11. Для получения точных результатов измерить давление 3 раза на разных руках  12. Взять минимальное значение А\Д и записать данные в лист динамического наблюдения  **Алгоритм измерения температуры тела**  1. Вымыть руки теплой водой с мылом  2. Осмотреть подмышечную впадину и вытереть ее насухо  3. Взять термометр и стряхнуть ртуть ниже 35  4. Расположить термометр в подмышечной впадине так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом  5. Измерять температуру каждые 10 мин  6. Обратить внимание, чтобы между телом и термометром не было белья  7. Вынуть термометр и зафиксировать цифровые данные в истории болезни по ходу дневника пациента, а также в температурном листе в виде линии, в соответствии с цифровым значением  8. Встряхнуть термометр  9. Обработать термометр в специальном лотке с дезинфицирующим раствором в течении 30 мин  10. Затем промыть термометр под проточной водой, вытереть насухо и поставить в чистую емкость с надписью: «Чистые термометры»  **Алгоритм измерения частоты дыхания**  1. Попросите пациента лечь удобно, чтобы вы видели верхнюю часть передней поверхности грудной клетки.  2. Возьмите руку пациента, как для исследования пульса на лучевой артерии, чтобы пациент думал, что вы исследуете его пульс.  3. Смотрите на грудную клетку: вы увидите, как она поднимается и опускается.  4. Если вам не удается увидеть движение грудной клетки, положите свою руку на грудную клетку пациента, и вы почувствуете эти движения.  5. Подсчитайте частоту за 1 минуту (только количество вдохов).  6. По окончании процесса измерения помогите пациенту сесть удобнее, уберите все лишнее.  7. Снимите перчатки, вымойте руки.  8. Зарегистрируйте данные измерения в температурном листе пациента.  **Терапия**  **Смена постельного белья**  1. Установил доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получил согласие на проведение манипуляци  2. Подготовил комплект чистого белья, чистую простыню свернул в поперечный рулон.  3. Провел гигиеническую обработку рук, надел перчатки.  4. Определил в палате «чистую» зону для чистого белье. Приготовил емкость для сбора грязного белья.  5. Снял (выполняет помощник) с одеяла пациента пододеяльник, укрыл пациента пододеяльником на время смены белья. Сложил одеяло и отложил его в «чистую» зону.  6. Убрал подушку из-под головы пациента, снял с нее грязную наволочку, поместил в емкость для сбора грязного белья (выполняет помощник), надел чистую наволочку и положил в чистую зону. Высвободил края грязной простыни из-под матраца (выполняет помощник).  7. Приподнял пациента за голову и плечи, удерживал пациента. (Выполняет помощник) одной рукой скатал грязную простыню до середины кровати.  8. Расстелил чистую. На чистую простыню положил подушку и опустил на нее голову пациента.  9. Согнул пациенту ноги, попросил его приподнять таз, или помог пациенту, сдвинул грязную простыню к ногам пациента (выполняет помощник), расправил чистую.  10. Поместил грязную простыню в емкость для сбора грязного белья  11. Раскрутил чистую простыню, тщательно разгладил, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелил подкладную пеленку. Заправил края чистой простыни под матрац.  12. Надел чистый пододеяльник на одеяло  13. Убрал грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья  14. Накрыл пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедился, что пациенту комфортно. Поднял поручни кровати.  15. Убрал ширму. Емкость, для сбора грязного белья увез в санитарную комнату. Обработал поверхности в палате дезинфицирующим раствором.  16. Снял перчатки, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  17. Сделал запись о проведенной процедуре.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Кормление новорождённого через зонд |  | |  | Подсчет пульса. Подсчет частоты дыхания. Измерение артериального давления. |  | |  | Смена постельного белья |  | | оценка |
| Дата | Содержание работы  **Терапия**  **Подача кислорода пациенту:**  1. Объяснить цель и ход предстоящей манипуляции.  2. Получить согласие пациента на процедуру.  3. Обработать руки на гигиеническом уровне.  4. Подсоединить источник кислорода к трубке, идущей к увлажнителю.  5. Включить регулятор подачи кислорода и повернуть его до появления пузырьков воздуха в увлажнителе.  6. Отрегулировать поток кислорода по назначению.  7. Надеть кислородную маску поверх носа, рта и подбородка, отрегулировать металлическую полоску на переносице, добившись ее плотного прилегания, затянуть эластичный ремешок вокруг головы.  8. При использовании носовых канюль ввести вилкообразные канюли в носовые ходы пациента (предварительно очистить носовые ходы от секреций увлажненным шариком).  9. При использовании катетера смочить его конец теплой водой и ввести по нижнему носовому ходу и далее в глотку, чтобы конец катетера был виден при осмотре зева.  10. Закрепить трубки за ушами пациента и под подбородком, соединить с увлажнителем и дозиметром.  11. Открыть вентиль и начать подачу кислорода.  12. Перекрыть подачу кислорода.  13. Извлечь катетер (снять маску), поместить в емкость с дезраствором.  14. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).  15. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.  **Педиатрия**  **Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка.**  1. Информировал маму о проведении процедуры.  Подготовил необходимое оснащение.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки.  3. Обработал пеленальный стол, снял перчатки, обработал руки и надел стерильные перчатки.  4. Уложил ребенка на пеленальном столике.  5. Хорошо растянул края пупочной ранки пальцами и капнул в нее раствор 3% перекиси водорода.  6. Удалил образовавшуюся «пену» стерильной ватной палочкой движение изнутри кнаружи.  7. Обработал ранку палочкой, смоченной 70% спиртом, затем кожу вокруг ранки (от центра к периферии).  8. По необходимости обработал ранку (не затрагивая кожу) перманганатом калия с помощью ватной палочки Можно обрабатывать ранку пенкообразующими антисептиками (лифузоль).  9. Запеленал ребенка и передал его маме. отработанный материал поместил в емкость для отходов класса «Б».  10. Обработал пеленальный столик.  11. Снял перчатки, поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **Хирургия**  **Накрытие стерильного 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  6. Расстелить верхнюю простыню  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   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Подача кислорода пациенту |  | |  | 2. Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка. |  | |  | 3. Накрытие стерильного стола |  |   Содержание работы  **Терапия:**  **Постановка очистительной клизмы**  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, фартук, перчатки.  3. Извлек кружку Эсмарха из упаковки, упаковку поместил в емкость для сбора отходов класса «А».  4. При помощи запорного устройства перекрыл удлинительную трубку, заполнил мешок-емкость 1,5 л. воды, предварительно измерив ее температуру при помощи водного термометра. Подвесил кружку на штативе, на уровне одного метра от пола. Горловину мешка плотно закрыл крышкой.  5. Открыл запорное устройство и удалил воздух из системы, закрыл запорное устройство, закрепил трубку на штативе.  6. Положил адсорбирующую пеленку на кушетку так, чтобы она свисала в таз, попросил пациента принять правильное положение, оголить ягодицы. При необходимости помог пациенту.  7.Снял колпачок с дистального конца трубки, сбросил в отходы класса «А». Облил дистальный конец трубки вазелиновым маслом.  8. Раздвинул ягодицы и осторожно ввел дистальный конец трубки в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см.  9. Открыл запорное устройство на системе и ввел необходимое количество жидкости, оставив на дне мешка немного воды, закрыл кран, регулирующий поступление воды.  10. Извлек дистальный конец трубки из прямой кишки через салфетку или туалетную бумагу.  11. Попросил пациента в течение 10 минут полежать на спине, удерживая воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно.  12. Погрузил систему, адсорбирующую пеленку в емкость для сбора отходов класса «Б».  13. Снял фартук, провел его дезинфекцию, снял перчатки, поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б».  14. Провел гигиеническую обработку рук.  15. После дефекации пациента, убедился, что процедура проведена успешно.  **Педиатрия**  **Проведение контрольного взвешивания**  1. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  2. Обработать весы дез. раствором.  3. Отрегулировать весы.  Выполнение процедуры:  4. Завернутого ребенка взвесить.  5. Провести кормление в течение 15-20 минут  6. Взвесить ребенка после кормления.  Окончание процедуры:  7. Определить разницу в массе до и после кормления, которая будет соответствовать количеству высосанного молока.  8. Повторно обработать весы дез. раствором.  9. Обработать руки гигиеническим способом, осушить их.  10. Сделать запись о манипуляции в медицинской документации.  ПРИМЕЧАНИЕ: проводить контрольное взвешивание в спокойной, доброжелательной обстановке, в часы, соответствующие режиму кормления данного ребенка. Желательно провести данную процедуру не менее 3-х раз в разное время дня.  **Хирургия**  **Наложение окклюзионной повязки**  1. Снять одежду, обнажить рану  2. Края раны обработать йодом  3. Разорвать резиновую оболочку пакета по шву  4. Внутреннюю поверхность (стерильную) приложить к отверстию грудной клетки  5. Сверху клеенки положить обе подушечки  6. Прибинтовать циркулярными турами бинта.  При сквозных ранениях клеенка разрезается и накладывается на оба отверстия, подушечки также на оба отверстия   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Постановка очистительной клизмы |  | |  | 2**.** Проведение контрольного взвешивания |  | |  | 3. Наложение окклюзионной повязки |  |   Содержание работы  **Терапия**  **Постановка сифонной клизмы**  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, фартук, перчатки.  3. Поставил таз около кушетки. Положил на кушетку адсорбирующую пеленку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод.  4. Попросил пациента принять правильное положение, при необходимости помог пациенту.  5. Вскрыл упаковку с толстым зондом, и воронкой. Обработал перчатки антисептическим раствором.  6. Взял в руку зонд, смазал слепой конец зонда вазелиновым маслом. Ввел закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см.  7. Присоединил воронку к другому концу зонда, держал ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента.  8. Налил в воронку 0,5-1 л воды. Емкость с чистой водой стоит так, чтобы в нее не попали брызги промывных вод. Поднял воронку выше ягодиц так, чтобы вода ушла в кишечник до устья воронки.  9. Опустил воронку ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнила воронку полностью.  10. Слил воду из воронки в приготовленную емкость (при необходимости в лабораторную посуду для исследования). Промывание повторял до чистых промывных вод, с использованием не более 10-12 л воды.  11. Отсоединил воронку, оставил зонд в кишечнике на 10-20 минут. Воронку погрузил в емкость для дезинфекции.  12. Извлек зонд из кишечника через салфетку или туалетную бумагу. Помог пациенту провести туалет анального отверстия. У женщин обязательно кзади. Зонд и салфетку положил  13. Промывные воды слил в канализацию. Адсорбирующую пеленку сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б».  14. Все использованные емкости подверг дезинфекции. Обработал рабочие поверхности и фартук.  15. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук  **Педиатрия:**  **Введение капель в глаза, нос, уши**  **Закапывание капель в нос:**  1. Усадить пациента со слегка запрокинутой головой или уложить на спину без подушки.  2. Вымыть руки, надеть перчатки.  3. Набрать в пипетку лекарственный раствор из флакона в объеме достаточном для проведения процедуры.  4. Наклонить голову пациента к правому плечу, если пациент сидит, повернуть вправо - если лежит.  5. Приподнять кончик носа пациента большим пальцем левой руки.  6. Ввести пипетку в правый носовой ход на глубину 1-1,5 см, стараясь не касаться слизистой носа и закапать 3-4 капли.  7. Аналогично через 20-30 секунд закапать лекарственный раствор в левый носовой ход.  8. Провести дезинфекцию пипетки.  9. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим средством, вымыть руки.  **Закапывание капель в ухо**  1. Поставить флакон с лекарственным раствором в емкость с горячей водой и подогреть до температуры тела (36-37°С).  2. Уложить пациента на бок.  3. Вымыть руки, надеть перчатки.  4. Набрать в пипетку лекарственный раствор.  5. Проверить температуру лекарственного раствора (нанести раствор на тыльную поверхность ладони).  6. Оттянуть левой рукой ушную раковину верх и назад (для выпрямления наружного слухового прохода).  7. Закапать 2-3 капли лекарственного раствора в ухо.  8. При наличии перфорации барабанной перепонки слегка надавить несколько раз на козелок с целью распределения лекарственного препарата в барабанной полости.  9. Ввести в наружный слуховой проход пациента марлевый тампон.  10. Попросить пациента полежать в данном положении 10-15 минут.  11. Спросить пациента о самочувствии.  12. Аналогично закапать лекарственный раствор в другое ухо.  13. Провести дезинфекцию предметов ухода.  14. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим средством, вымыть руки.  Осложнение: ожог слизистой оболочки барабанной перепонки и барабанной полости.  **Закапывание капель в глаза**  1. Усадить пациента или уложить на спину без подушки лицом к источнику- света со слегка запрокинутой головой.  2. Вымыть руки, надеть перчатки.  3. Набрать правой рукой в пипетку лекарственный раствор.  4. Взять в левую руку стерильный марлевый шарик.  5. Попросить пациента посмотреть вверх.  6. Оттянуть нижнее веко левой рукой с помощью марлевого шарика.  7. Закапать в нижний конъюктевальный мешок 1-2 капли лекарственного раствора ближе к носу (не подносить пипетку близко к конъюнктиве!).  8. Попросить пациента закрыть глаза и повращать глазное яблоко для равномерного распределения лекарственного раствора.  9. Промокнуть шариком остатки капель у внутреннего угла глаза.  10. Аналогично закапать капли в другой глаз.  11. Спросить пациента о самочувствии.  12. Поместить весь использованный материал в соответствующие емкости с дезинфицирующими средствами.  13. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим средством, вымыть руки  **Хирургия**  **Приготовление и наложение транспортных шин**  1. шины накладывать на месте происшествия, не перенося пациента  2. использовать стандартные шины: лестничные металлические Крамера, деревянные Дитерихса, пластмассовые, пневматические  3. перед наложением шины следует ввести пострадавшему анальгетики (можно наркотические) и объяснить ему предстоящие действия  4. следует фиксировать шиной не менее двух суставов, соседних с местом перелома, а при переломах плеча и бедра – не менее трёх суставов  5. моделирование шин осуществлять по здоровой конечности пациента  6. шины накладывать поверх одежды и обуви, не снимая их, а при подозрении на открытый перелом следует разрезать одежду по шву и осмотреть место травмы  7. при наличии раны неотложную помощь начинать с проведения временного гемостаза, наложив жгут или асептическую давящую повязку  8. при повреждении конечности следует придать ей функционально выгодное положение (физиологическое)  9. фиксирование шины следует выполнять бинтами, начиная с места перелома и далее от периферии к центру  10. при вывихах иммобилизацию следует проводить в положении конечности с наименьшей болезненностью  11. при переломах и вывихах необходимо проверить пульс на артериях повреждённой конечности и её чувствительность ниже повреждения  12. при отсутствии стандартных транспортных шин следует использовать подручные средства: палки, дощечки, картон, пучки хвороста, рейки, бруски, лыжи, лопаты  13. при отсутствии средств иммобилизации необходимо осуществить аутоиммобилизацию – прибинтовать повреждённую руку к туловищу, а ногу к здоровой ноге   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Постановка сифонной клизмы |  | |  | 2. Введение капель в глаза, нос, уши,  Закапывание капель в нос |  | |  | 3. Приготовление и наложение транспортных шин |  |   Содержание работы  **Терапия**  **Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции:**  1.Собрал набор инструментов и медикаментов для Проведения манипуляции .  2. Доброжелательно и уважительно представился. Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, уточнил аллергологический анамнез, и получил информированное согласие.  3. Пригласил пациента в манипуляционный кабинет и усадил на стул в «позе наездника»  4. Провел гигиеническую обработку рук.  5. Надел стерильные перчатки  6. Подготовил инструменты и медикаменты для проведения обезболивания и пункции  7. Подготовил ампулы, набрал анестетик в шприц и сменил иглу.  8. Обработал большое, малое инъекционное поле и подал шприц врачу  9. После полного обезболивания обработал операционное поле для проведения пункции троекратно: спиртом, йодом и вновь спиртом.  10. Достал иглу ДЮФО и наложил зажим на трубку иглы, подал иглу с зажимом врачу.  11. Присоединил к канюле шприц Жане и по команде врача снимал и накладывал зажим  12. Плевральную жидкость вылил в стерильный контейнер с соблюдением мер предосторожности  13. Остальную плевральную жидкость вылил в емкость с дезраствором.  14. Одновременно с удалением иглы из плевральной полости наложил на место прокола окклюзионную.  15. Плевральную жидкость с направлением отправил в лабораторию.  16. Отходы собрал в пакет для отходов класса Б  **Педиатрия**  **Пеленание**  1. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки. Обработал пеленальный стол, снял перчатки и поместил в емкость для отходов класса «Б»  2. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение  3. Обработал руки, надел стерильные перчатки  4. Уложил на пеленальном столе пеленки послойно (снизу вверх: фланелевая, тонкая и подгузник) приготовил распашонки, тонкую вывернул швами наружу  5. Распеленал ребенка в кроватке (при необходимости подмыли осушил), положил на пеленальный стол  6. Надел на ребенка тонкую распашонку разрезом назад, а фланелевую – разрезом вперед  7. Надел треугольный (одноразовый) подгузник, проведя широкий угол между ножек ребенка, а узкие концы обернул вокруг туловища.  8. Завернул ребенка в тонкую пеленку, проведя один край между ножек, в другим обернул ребенка. Нижний край пеленки подвернул (оставив место для свободного движения ножек) и зафиксировал пеленку, расположив «замочек» спереди  9. Завернул ребенка в теплую пеленку, расположивее верхний край на уровне козелка ребенка. Зафиксировал нижний край пеленки на уровне середины плеч ребенка, «замочек» расположил спереди  10. Уложил ребенка в кроватку, протер рабочую поверхность стола дез.раствором  11. Снял перчатки, маску поместил их в емкость длясбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **Хирургия**  **Остановка артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности в суставе**  1.При кровотечении из подключичной, подмышечной, плечевой артерий: оба плеча пациента отвести назад до возможного их соприкосновения и зафиксировать в таком положении с помощью жгута, ремня или косынки над локтевыми суставами;  2. При кровотечении из артерий кисти и предплечья: в локтевой сгиб поместить ватно- марлевый валик, максимально согнуть верхнюю конечность пациента в локтевом суставе и зафиксировать плечо и предплечье на уровне средней трети с помощью жгута, ремня или косынки;  3. При кровотечении из артерий голени, стопы, подколенной артерии: в подколенную ямку поместить ватно-марлевый валик, максимально согнуть конечность в коленном суставе и зафиксировать конечность в таком положении с помощью жгута, ремня или косынки;  4. При кровотечении из бедренной артерии: в паховую область поместить ватно-марлевый валик, максимально согнуть нижнюю конечность пациента в тазобедренном суставе и зафиксировать бедро к туловищу с помощью жгута, ремня или косынки;  5. Прикрепить записку с указанием времени, фамилии и инициалов лица, оказавшего помощь.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции. |  | |  | 2. Пеленание |  | |  | 3. Остановка артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности в суставе |  |   Содержание работы  **Педиатрия:**  **Обработка слизистой полости рта при стоматите**  1. Объясните маме цель и ход проведения процедуры  2. Подготовьте оснащение  3. Обработайте руки гигиеническим способом, наденьте перчатки  4. На второй палец правой руки обмотайте марлевую салфетку, кончик которого необходимо зафиксировать большим пальцем  5. Большим пальцем левой руки осторожно надавите на подбородок и откройте рот ребенку (при необходимости примените шпатель)  6. Салфетку промокнуть в готовом растворе и промокательными движениями обработайте полость рта.  Примечание: Наберите в стерильный резиновый баллончик один из растворов для обработки полости рта.  1. Орошайте слизистую так, чтобы вода стекала в лоток. Проводите данную процедуру перед и после каждого кормления.  2. После орошения перед кормлением смажьте слизистые полости рта анестезиновой мазью с целью обезболивания.  При обработке полости рта следует соблюдать следующие правила:  1. Обрабатывать слизистую полости рта только промокательными движениями.  2. Температура лекарственного раствора должна быть 37-36гр.С.  3. Обработку полости рта проводить не менее 4-5 раз в сутки (лучше после каждого кормления).  4. В острый период использовать растворы меньшей концентрации по сравнению с концентрацией лечебного раствора в период заживления.  **Хирургия:**  **Обработка послеоперационных швов**  1. Помочь пациенту снять одежду и лечь на перевязочный стол.  2. Накрыть пациента до пояса чистой простыней.  3. Снять старую повязку пинцетом вдоль раны, придерживая пинцетом с сухим шариком кожу, не давая ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% растворе перекиси водорода. Осмотреть рану и окружающую ее область. На 1-2-е сутки после операции края зашитой раны могут быть слегка отечны, но по цвету не должны отличаться от остальной кожи. Мелкие складки, свойственные данной области, также должны сохранять свой рисунок. Швы не должны врезаться в кожу. Места вколов и выколов иглы должны быть сухими, без каких-либо выделений.  4. Проводить туалет кожи в окружности раны стерильными шариками, смоченными 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата. Протирать кожу от краев раны к периферии. Обработать края раны  промокательными движениями стерильным шариком, смоченным 1% раствором йодоната, затем шариком, смоченным 70% спиртом.  6. Сменить пинцет.  7. Наложить стерильные салфетки на раневую поверхность.  8. Зафиксировать стерильные салфетки клеевой или бинтовой повязкой, в зависимости от области поражения.  **Терапия:**  **Забор крови вакуумной системой**  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.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Забор крови вакуумной системой |  | |  | Обработка послеоперационных швов |  | |  | Обработка слизистой полости рта при стоматите |  |   Содержание работы  **Терапия**  **Измерение водного баланса у пациента**  1. Подготовьте чистые сухие емкости для сбора мочи, промаркируйте их.  2. Выделите больному мерную емкость для питья.  3. Объясните больному, что в течение суток нужно собрать мочу в емкость объемом 3 л и одновременно вести учет количества выпитой и введенной жидкости.  4. Утром, после сна, больной опорожняет мочевой пузырь в унитаз.  5. Отметьте время опорожнения, например 8 ч.  6. Последующие порции мочи за сутки собирайте в один сосуд (мерная емкость 3 л).  7. Последнюю порцию мочи соберите в 8 ч утра следующего дня.  8. Определите в мерной емкости общее количество мочи. Это будет суточный диурез.  9. Запишите эти данные в температурном листе в графе «суточное количество мочи».  10. Подсчитайте количество выпитой жидкости, включая суп 1/2 порции, кисель, компот и т. д., и количество жидкости, введенной парентерально.  11. Запишите данные в температурном листе в графе «выпито жидкости».  **Педиатрия**  **Оценка тяжести состояния ребенка, выявление проблем пациента**  1.Оценка состояния сознания.  2. Оценка положения в постели.  3. Оценка выражения лица.  4. Оценка выраженности симптомов заболевания.  1. Сознание ясное.  2. Может обслуживать себя, активно беседует с медицинским персоналом.  3. Выражение лица без особенностей.  4. Могут выявляться многие симптомы болезни, но их наличие не мешает больному проявлять свою активность.  Состояние средней тяжести:  1. Сознание пациента, как правило, ясное.  2. Пациент предпочитает большую часть времени находиться в постели, так как активные действия усиливают общую слабость и болезненные симптомы, нередко занимает вынужденное положение.  3. Выражение лица болезненное.  4. При непосредственном обследовании пациента выраженность патологических изменений со стороны внутренних органов и систем.  Тяжелое состояние:  1. Сознание может отсутствовать, быть спутанным, однако нередко остается ясным.  2. Пациент практически постоянно находится в постели, активные действия совершает с трудом.  3. Выражение лица страдальческое.  4. Жалобы и симптомы болезни выражены значительно.  Однако не всегда только по данным осмотра можно правильно оценить состояние пациента. Для этого необходимо учитывать:   * в каком сознании находится пациент; * положение его в постели; * выражение лица; * состояние кожных покровов; * наличие отёков;   объективные показатели (температура тела, частота и характер дыхания, частота пульса, величина артериального давления).  **Хирургия**  **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 её, 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   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | |  | Измерение водного баланса у пациента |  | |  | Оценка тяжести состояния ребенка, выявление проблем пациента |  | |  | Снятие швов |  |   Содержание работы  **Терапия**  **Введение внутривенно капельного**  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.  4. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  5. Подготовил лекарственный препарат (проверил срок годности лекарственного средства, целостность флакона)  6. Обработал ватным шариком наружную крышку флакона с лекарственным средством. Нестерильным пинцетом вскрыл центральную часть металлической крышки флакона и обработал резиновую пробку флакона вторым ватным шариком.  7. Проверил целостность упаковки и срок стерильности системы для инфузии. Вскрыл пакет с системой, взял ее в руки.  8. Закрыл зажим на системе, снял колпачок с иглы для флакона, ввел иглу до упора во флакон.  9. Перевернуть флакон вверх дном и закрепил на штативе, открыл воздуховод. Заполнил баллон системы до середины при помощи нажатия на него.  10. Снял инъекционную иглу с колпачком, положил в стерильный лоток.  11. Открыл зажим и заполнил капельницу по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком).  12. Закрыл зажим, присоединил инъекционную иглу с колпачком, вытеснил воздух через иглу, не снимая колпачка.  13. Зафиксировал систему на штативе.  14. Удобно уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  15. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5 -6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  16. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента. Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.  17. Надел очки. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  18. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  19. Большим пальцем зафиксировал вену, ниже места венепункции. Ввел иглу в вену. Убедился, что игла в вене.  20. Ослабил жгут, открыл зажим капельницы, убедился, что игла в вене и лекарство не поступает под кожу.  21. Закрепил систему лентой лейкопластыря. Отрегулировал скорость поступления лекарственного средства.  22. В течение инфузии следит за самочувствием пациента.  23. После завершения инфузии обработал руки, надел перчатки, закрыл зажим, убрал лейкопластырь, к месту пункции приложил ватный шарик и извлек иглу.  24. Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3 -5 минут.  25. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные системы для инфузии, ватные шарики поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б».  26. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  27. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработал тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором.  28. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  29. Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б».  30. Провел гигиеническую обработку рук.  **Педиатрия**  **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.  **Хирургия**  **Туалет гнойной раны.**  1. М/с надевает клеенчатый фартук и стерильные перчатки  2. Снимает старую повязку с помощью пинцетов, вдоль раны, придерживая сухим шариком кожу и не давая ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% р-ре перекиси водорода, а если повязка на кисти или стопе, ее лучше удалять после применения ванны из теплого 0,5% р- ра перманганата калия  3. После снятия поверхностных слоев повязки обильно смачивает внутренний слой 3% р-ром перекиси водорода или раствором любого антисептика, промокшие салфетки осторожно снимает пинцетом  4. Осматривает рану и прилежащие участки  5. Производит туалет кожи вокруг раны марлевыми шариками от краев раны к периферии 70% спиртом  6. Меняет пинцет, производит туалет раны (удаление гноя промыванием растворами перекиси водорода или фурациллина  7. При наличии гнойно-некротических процессов производит дренирование раны  8. Накладывает повязку с необходимым препаратом по назначению врача и фиксирует ее.  9. Контролирует состояние пациента, доставляет его в палату.  10. Провести дезинфекцию и утилизацию медицинских отходов в   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | |  | Введение внутривенно капельного |  | |  | Разведение и введение антибиотиков |  | |  | Туалет гнойной раны. |  |   Содержание работы  **Терапия**  **Выполнение разных инъекций**  **Внутрикожная инъекция**  1. Предупредил пациента о проведении манипуляции. Получил согласие на проведение процедуры, выяснил аллергоанамнез.  2. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток.  4. Подготовил лекарственный препарат: сверился с листом врачебных назначений, проверил срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедился, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности.  5. Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу, набрал дозу лекарственного средства в приготовленный шприц. Сменил иглу для инъекции, вытеснил воздух (не снимая колпачок).  6. Придал пациенту удобное положение (сидя). Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком.  7. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции, подождал пока кожа высохнет.  8. Зафиксировал левой рукой кожу легким натяжением, обхватив предплечье снизу. Ввел правой рукой иглу, срезом вверх под углом 5 °, только срез иглы. Приподнял кверху срез иглы, левую руку переместил на поршень и ввел медленно лекарство. На месте инъекции образуется папула в виде «лимонной корочки». Вывел иглу быстрым движением правой руки.  9. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б»).  10. Снял перчатки, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **Внутривенная 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. Подготовил лекарственный препарат.  5. сверил лекарственный препарат с листом врачебных назначений. Проверил срок годности лекарственного средства. Визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности.  6. Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц.  7. Сменил иглу для инъекции. Вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок.  8. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациента.  9. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  10. Пропальпировал вены локтевого сгиба у пациента. Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.  11. Надел очки. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  12. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле движением снизу вверх. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  13. Большим пальцем левой руки зафиксировал вену. Ввел иглу в вену срезом вверх.  14. Потянул поршень на себя, убедился, что игла в вене.  15. Ослабил жгут. Еще раз проверил положение иглы.  16. Медленно ввел лекарственный препарат, не меняя положение шприца. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик. Быстрым движением извлек иглу.  17. Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут.  18. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики погрузил в емкость для сбора отходов класса «Б».  19. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  20. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработал тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором.  21. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  22. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **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».  17. Провел гигиеническую обработку рук.  **Подкожная 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 (4) и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим 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. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  9. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле движением сверху вниз. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  10. Левой рукой собрал участок кожи наружной поверхности плеча в треугольную складку основанием вниз.  11. Ввел иглу в основание складки срезом вверх на 2/3 длины снизу вверх под углом 45 градусов к поверхности кожи.  12. Отпустил складку, освободившуюся руку перенес на поршень, медленно ввел лекарственное средство.  13. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлек иглу.  14. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в соответствующие ѐмкости для сбора отходов класса «Б».  15. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  16. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  17. Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **Педиатрия**  **Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку**.  1. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки.  3. Раздел ребенка, лежащего в кровати (поочередно различные части тела). –  4. Смочил мягкую салфетку теплой водой или кожным антисептиком, слегка отжал.  5. Протер кожу ребенка в следующей последовательности: за ушами, шею, спину, ягодичную область, переднюю часть грудной клетки, подмышечные и паховые складки, складки на руках и ногах.  6. Затем сухим полотенцем насухо осушил кожу в том же порядке.  7. Переодеть ребенка в чистую одежду.  8. Использованные одноразовые салфетки поместил в емкость для отходов класса «Б», полотенце – в мешок для грязного белья.  9. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  1. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки. Обработал пеленальный стол, снял перчатки и поместил в емкость для отходов класса «Б».  2. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение (при уходе за новорожденным использовать стерильную воду).  3. Обработал руки, надел стерильные перчатки.  4. Уложил ребенка на пеленальном столе (при проведении утреннего туалета- предварительно раздел ребенка, подмыл и осушил кожу).  5. Обработал глаза ребенка ватными шариками, смоченным кипяченой водой от наружного угла глаза к внутреннему (для каждого глаза использовать отдельный тампон). Аналогично обработке просушить глаза сухими ватными тампонами.  6. Передал ребенка маме или уложил его в кроватку, протер рабочую поверхность стола дез.раствором  7. Использованные ватные шарики поместил в емкость для отходов класса «Б». Лоток и мензурку поместил в контейнер для дезинфекции.  8. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **Хирургия**  **Проведение премедикации**  1. Объяснить пациенту цель премедикации  2. Накануне операции по назначению врача на ночь вводятся снотворные и десенсибилизирующие средства  3. В день операции за 30 мин до операции предупредить пациента, чтобы он опорожнил мочевой пузырь  4. После чего по назначению врача вводятся в/м сибазон (реланиум), в зависимости от клинической ситуации перечень вводимых медикаментов может быть расширен с учетом показаний и принципов деления премедикации на лечебную и профилактическую.  5. Предварительно предупредить пациента, что после премедикации он не должен вставать. По указанию анестезиолога атропин может вводится на операционном столе в/в перед вводным наркозом.  6. По назначению врача препараты могут вводится в/в за 10 минут до операции  7. После введения средств для премедикации контролировать состояние пациента, через 30 мин. На каталке доставить его в операционную.  8. Подвергнуть изделия медицинского назначения однократного и многократного использования обработке в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации.  9. Провести дезинфекцию и утилизацию медицинских отходов в соответствии с Сан.ПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений»  10. Снять перчатки и поместить их в накопительную емкость с дезинфицирующим раствором.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | |  | Выполнение разных инъекций |  | |  | Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку. |  | |  | Проведение премедикации |  |   Содержание работы  **Терапия**  **Сбор кала на анализы: на я/г, копрологическое исследование, Я/Г**  1. Объяснить ход манипуляции ребёнку или маме, получить информированное согласие.  2. Выписать направление на анализ.  3. Приготовить чистый горшок, обдать кипятком, остудить.  4. Посадить ребёнка на горшок для акта дефекации.  5. Провести санитарную обработку рук, надеть перчатки.  6. Взять на исследование свежевыделенный кал непосредственно после дефекации шпателем из нескольких участков 5-10 гр. без примесей мочи и воды в чистую сухую стеклянную посуду.  7. Закрыть крышкой.  8. Доставить кал в лабораторию в течении 1 часа или в течение 12 часов при хранении в холодильнике (Т 4-6 градусов).  9. Спросить о самочувствии пациента или убедиться, что пациент не испытывает неудобств.  10. Подвергнуть изделия медицинского назначения многоразового или одноразового использования обработке в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции и предстерилизационной очистке.  11. Снять перчатки, поместить в контейнер для отходов класса В  12. Вымыть и осушить руки.  **Сбор кала на копрологию**  1.Установить доброжелательное отношение с пациентом.  2. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения, получить информированное согласие.  3. Объяснить пациенту состав диеты, назначенной врачом за 4-5 дней до исследования (исключить мясо, рыбу, зелень, яблоки) и обеспечить памяткой.  4. Объяснить, что в день исследования пациент должен опорожнить кишечник (не мочиться) в судно (горшок), а не в унитаз.  5. Приготовить одноразовую емкость для сбора кала с герметичной крышкой, оформить направление. На емкости указать Ф.И.О., дату рождения пациента, дату и время сбора материала, отделение, № палаты.  6. Вымыть руки, надеть перчатки.  7. Взять кал шпателем из нескольких участков без примесей мочи и воды в количестве 5-10 гр, поместить его в подготовленную емкость, закрыть крышкой.  8. К емкости с фекалиями прикрепить направление, поместить ее в контейнер для транспортировки.  9. Обработать использованный материал и перчатки в соответствии с требованиями санэпидрежима.  10 Провести гигиеническую обработку рук.  11. Доставить в клиническую лабораторию емкость с фекалиями.  **Педиатрия**  **Составление плана обучения семьи за больным ребенком, подготовке к дополнительным исследованиям, сбору био**  1) изложение необходимой информации; 2) повторение пациентом всего, что он запомнил; 3) показ (демонстрация) того, что пациент должен освоить; 4) повторение пациентом самостоятельно или вместе с медицинской сестрой навыка; 5) самостоятельное объяснение и демонстрация пациентом навыка от начала до конца. Каждая ступень этой схемы может повториться по несколько раз, пока пациент не усвоит запланированный материал. Медицинская сестра должна стремиться перейти от передачи знаний к выработке умений, а затем и к устойчивому навыку. В процессе обучения необходимо постоянно поддерживать у обучаемых интерес, задавать им наводящие вопросы или строить беседу по принципу «вопрос - ответ», подчеркивать информацию важную для пациента. В конце беседы важно коротко повторить всю основную информацию. Медицинской сестре нужно убедиться, что обучаемые правильно поняли передаваемую информацию. Для этого она систематически проверяет и оценивает их знания и умения.  **Хирургия**  **Снятие повязки с послеоперационной раны.**  1. Накануне информировать больного о необходимости выполнения и сущности манипуляции.  2. Получить согласие больного на выполнение манипуляции.  3. Вымыть руки проточной водой с мылом; просушить стерильной салфеткой.  4. Провести гигиеническую обработку рук.  5. Надеть маску, перчатки.  6. Накрыть стерильный перевязочный стол.  7. Снять пинцетом старую повязку с раны.  8. Пинцет сбросить в лоток для отработанного материала.  9. Провести осмотр раны и пальпацию вокруг шва.  10. Обработать кожу вокруг раны от краев раны к периферии раствором антисептика салфеткой на пинцете.  11. Обработать шов промокательными движениями раствором антисептика салфеткой на пинцете.  12. Наложить сухую салфетку на рану пинцетом.  13. Закрепить салфетку одним из способов (клеол, пластырь, бинт).  14. Отработанный инструментарий и перевязочный материал поместить в емкости с дезинфицирующим раствором.  15. Обработать дезинфицирующим раствором рабочие поверхности.  16. Снять резиновые перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.  17. Вымыть руки под проточной водой с мылом и просушить их стерильной салфеткой.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | |  | Сбор кала на анализы: на я/г, копрологическое исследование, Я/Г |  | |  | Составление плана обучения семьи за больным ребенком, подготовке к дополнительным исследованиям, сбору био |  | |  | Снятие повязки с послеоперационной раны |  |   Содержание работы  **Терапия**  **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), 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 дляс бора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **Педиатрия**  **Проведение ингаляций**  1. Подготовка к процедуре:  2. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки  3. Открыть небулайзер  4.Перелить жидкость из небулы (специального контейнера с лекарственным препаратом) или накапать раствор из флакона (разовую дозу препарата);  5. Добавить физиологический раствор до нужного объема 2-3 мл (по инструкции к небулайзеру);  6. Собрать небулайзер, проверить его работу  7. Присоединить мундштук или лицевую маску;  8. Выполнение процедуры:  9. Объяснить ребѐнку/родственникам ход и суть выполнения манипуляции, получить согласие  10. Усадить ребѐнка в удобном положении перед аппаратом или уложить  11. Соединить небулайзер и компрессор, включить компрессор;  12. Выполнить ингаляцию до полного расходования раствора (20 – 30 мнут, при необходимости с перерывом в 5 –10 минут)  13. Завершение процедуры:  14. Прополоскать ребѐнку полость рта тѐплой кипячѐной водой, обеспечить покой, рекомендовать воздержаться от кашля и не разговаривать 20 – 30 минут  15. Разобрать и обработать небулайзер  16. Вымыть и осушить руки  **Хирургия**  **Остановка артериального кровотечения пальцевыми прижатием артерии к кости**  1. Оценить общее состояние пациента и область ранения  2. Придать пациенту положение лёжа или сидя.  3. Очень плотно прижать артерию четырьмя пальцами выше места кровотечения к кости на 5-10 мин.  4. Проверить пульсацию ниже места кровотечения.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Остановка артериального кровотечения пальцевыми прижатием артерии к кости |  | |  | 2. Проведение ингаляций |  | |  | 3. Разведение и введение антибиотиков |  |   Содержание работы  **Терапия**  **Раздача медикаментов пациентам**  1. Поставьте на передвижной столик емкости с лекарственными препаратами (твердыми и жидкими), пипетки (отдельно для каждого флакона с каплями), мензурки, графин с водой, ножницы, листки назначений.  2. Подойдя к пациенту, убедитесь, что перед вами пациент, фамилия которого указана в листе назначений. Будьте внимательны при наличии однофамильцев.  3. Внимательно прочитайте назначение: название лекарственного вещества, его дозировку и способ применения.  4. Проверьте соответствие этикеток на упаковке и на лекарственном средстве. Упаковку с таблетками из фольги или бумаги отрежьте ножницами; таблетки из флакона аккуратно вытряхните в ложку.  5. Жидкие лекарственные средства необходимо перемешать, а затем налить в мензурку необходимое количество и дать выпить. Если препарат назначен в каплях то необходимое количество капель накапывают в мензурку или ложку с водой.  6. Пациент должен принять соответствующим способом препараты в вашем присутствии. При необходимости научите пациента принимать различные лекарственные формы перорально и сублингвально.  7. Сделайте отметку в листе назначений о приеме препаратов. Перейдите к другому пациенту.  **Педиатрия**  **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.  **Хирургия**  **Кормление пациента через зонд**  Подготовка к кормлению  1. Ввести назогастральный зонд (если он не введен заранее).  2. Сообщить пациенту, чем его будут кормить.  3. Перевести пациента в положение Фаулера.  4. Проветрить помещение.  5. Подогреть питательную смесь на водяной бане до 38–40 оС.  6. Вымыть руки.  7. Набрать в шприц Жанэ питательную смесь (300 мл).  8. Наложить зажим на дистальный конец зонда.  9. Соединить шприц зондом, подняв его на 50 см выше туловища пациента, чтобы рукоятка поршня была направлена вверх.  10. Снять режим с дистального конца зонда и обеспечить постепенный ток питательной смеси. При затруднении прохождения смеси использовать поршень шприца, смещая его вниз.  Внимание! 300 мл питательной смеси следует вводить в течение 10 мин!  11. После опорожнения шприца пережать зонд зажимом.  12. Над лотком отсоединить шприц от зонда.  13. Присоединить к зонду шприц Жанэ емкостью 50 мл с кипяченой водой.  14. Снять зажим и промыть зонд под давлением.  15. Отсоединить шприц и закрыть заглушкой дистальный конец зонда.  16. Прикрепить зонд к одежде пациента безопасной булавкой.  17. Помочь пациенту занять комфортное положение.  18. Вымыть руки.  19. Сделать запись о проведении кормления.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Раздача медикаментов |  | |  | Разведение антибиотиков |  | |  | Кормление через зонд |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  **Педиатрия:**  **Подготовка материала к стерилизации**  1. Вымыть руки, высушить.  2. Проверить готовность бикса.  3. Надеть перчатки, маску.  4. Смочить ветошь для дезинфекции бикса в дезинфицирующем растворе.  5. Обработать бикс изнутри, последовательно со дна бикса круговыми движениями рук по спирали, перейти на наружную поверхность бикса.  6. Обработать бикс снаружи, заканчивая дезинфекцией дна бикса.  7. Сбросить ветошь для последующей дезинфекции.  8. Смочить вторую ветошь для дезинфекции бикса в дезинфицирующем растворе.  9. Повторить этапы дезинфекции бикса и ветоши.  10. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор.  11. Вымыть руки, обсушить.  12. В сухой бикс, с открытыми окошками и выстланный бязевой салфеткой (если используется бикс с фильтром, в котором нет окошек, салфетка не применяется), уложить подготовленный перевязочный материал в мешочках вертикально, рыхло; салфетка должна свисать по краям бикса на 1/3.  13. Поместить индикаторы стерильности в три заданные точки (по инструкции).  14. Закрыть материал свисающей по краям бикса салфеткой так, чтобы не было комков ткани.  15. Положить под крышку бикса последний индикатор стерильности.  16. Закрыть крышку бикса на замок, проверив его состав на привязанной к ручке бикса маркировке (бирке).  17. Поставить подпись лица, ответственного за укладку. Бикс готов к транспортировке в ЦСО.  **Хирургия:**  **Приготовление перевязочного материала (салфеток, шариков).**  **Приготовление малых салфеток:**  Все края марли, размером 20x15 см, должны быть подвернуты внутрь салфетки. Первыми подворачивают края больших сторон так, чтобы они заходили несколько друг за друга, затем подво­рачивают, меньшие стороны внутрь до соприкосновения друг с другом, и салфетку складывают пополам. Из тех же кусков марли готовят тампоны: большие, средние, малые, аналогично салфеткам, за исключением последних манипуляций. Для создания тампона образованную полоску складывают пополам в продольном и поперечном направлениях | оценка |
|  | **Приготовление шариков:**  Маленькие шарики готовят из марли 6x8 см, средние — 8x10 см. Кусочки марли, взя­тые для приготовления шариков, сворачивают таким об­разом, чтобы образовался марлевый комок в виде треу­гольного конверта. При этом из шарика не должны тор­чать нитки. Наиболее распространен следующий способ свертыва­ния шариков, состоящий из 3 моментов: противополож­ные стороны марлевой салфетки загибают на 2 см, полу­чая марлевую полоску; марлевую полоску укладывают на ногтевые фаланги 2-го и 3-го пальцев правой кисти; сво­бодные концы вкладывают один в другой, и получается марлевый шарик.  **Терапия**  **Утренний туалет тяжелобольного пациента: умывание, подмывание, уход за глазами, ушами, полостью рта, кожей.**  **Умывание пациента:**  1. Приготовить всё необходимое для манипуляции.  2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании).  3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один.  4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний.  5. Обработать руки. Надеть перчатки.  6. Аккуратно приподнять голову пациента и подстелить под неё гигиеническую пелёнку. Прикрыть грудь пациента второй пелёнкой.  7. Смочить рукавичку в тёплой воде, слегка отжать и намылить мылом.  8. Надеть рукавичку на правую руку и протереть лицо пациента сверху вниз: лоб, веки, щёки, нос, подбородок, шея, ушные раковины и заушные пространства  9. Хорошо прополоскать рукавичку в тёплой воде, слегка отжать. Смыть мыло с лица пациента в той же последовательности. При необходимости смыть мыло несколько раз.  10. Промокательными движениями полотенцем осушить кожу лица пациента в той же последовательности.  11. Убрать рукавичку, гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок.  12. Придать удобное положение. Убрать ширму.  13. Снять перчатки. Обработать руки.  14. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.  **Уход за глазами:**  1. Приготовить всё необходимое для манипуляции. В стерильный лоток положить стерильную пелёнку. В неё поместить стерильные шарики и пинцет.  2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании)  3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один  4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний  5. Обработать руки. Надеть перчатки.  6. Аккуратно приподнять голову пациента и подстелить под неё гигиеническую пелёнку. Прикрыть грудь пациента второй пелёнкой.  7. Налить в свободный стерильный лоток антисептик и поместить туда при помощи пинцета 8-10 шариков  8. Взять пинцетом смоченный шарик и отжать о внутренний край лотка и не касаясь рукой пинцета положить его на ладонь другой руки  9. Обработать глаз шариком от наружного угла к внутреннему, выводя шарик на щеку (одним движением). Повторить обработку 4-5 раз, меняя шарики (до тех пор, пока веки и ресницы не будут чистыми).  10. Сухим шариком промокнуть остатки влаги таким же движением.  11. Обработку второго глаза провести в том же порядке.  12. Использованные шарики поместить в лоток для использованного материла. Убрать гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок.  13. Придать удобное положение. Убрать ширму.  14. Снять перчатки. Обработать руки.  15. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.  **Уход за носом:**  1. Приготовить всё необходимое для манипуляции. В стерильный лоток положить стерильную пелёнку. В неё поместить стерильные турунды и пинцет.  2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании).  3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один.  4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний.  5. Обработать руки. Надеть перчатки.  6. Аккуратно приподнять голову пациента и подстелить под неё гигиеническую пелёнку. Прикрыть грудь пациента второй пелёнкой.  7. Смочить турунды лубрикантом.  8. Приподнять кончик носа пациента, другой рукой ввести турунду вращательным движением в один носовой ход, а затем вторую турунду – в другой носовой ход.  9. При необходимости оставить турунду на 1-3 минуты.  10. Использованные турунды поместить в лоток для использованного материла. Убрать гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок.  11. Придать удобное положение. Убрать ширму.  12. Снять перчатки. Обработать руки  13. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.  **Уход за ушами:**  1. Приготовить всё необходимое для манипуляции. В стерильный лоток положить стерильную пелёнку. В неё поместить стерильные турунды и пинцет.  2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании).  3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один.  4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний.  5. Обработать руки. Надеть перчатки.  6. Аккуратно приподнять голову пациента и подстелить под неё гигиеническую пелёнку. Прикрыть грудь и плечи пациента второй пелёнкой.  7. Смочить салфетку в мыльном растворе и протереть внутреннюю поверхность и заушное пространство обеих ушных раковин, при этом меняя салфетки.  8. Высушить сухой салфеткой.  9. Использованные салфетки поместить в лоток для использованного материла.  10. Взять пинцетом ватную турунду и смочить тёплым 3 % раствором перекиси водорода.  11. Переложить турунду в правую руку. Пинцет поместить в стерильный лоток.  12. Оттянуть левой рукой ушную раковину кверху и кзади.  13. Ввести турунду вращательным движением в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см.  14. Аналогично осушить сухой ватной турундой наружный слуховой проход.  15. Аналогичным образом очистить второй слуховой проход.  16. Использованные турунды поместить в лоток для использованного материла. Убрать гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок.  17. Придать удобное положение пациенту. Убрать ширму.  18. Снять перчатки. Обработать руки.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подготовка материала к стерилизации |  | |  | Приготовление перевязочного материала (салфеток, шариков). |  | |  | Утренний туалет тяжелобольного пациента: умывание, подмывание, уход за глазами, ушами, полостью рта, кожей. |  |   19. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата: | Содержание работы:  **Педиатрия:**  **Мытье рук, надевание и снятие перчаток**  **Гигиеническая обработка рук :**  1. Проверить условия необходимые для эффективного мытья рук.  2. Приготовить всё необходимое.  3. Встать перед раковиной, стараясь не касаться её поверхности руками и одеждой.  4. Включить воду и отрегулировать температуру воды до комфортного значения (35-40 оС).  5. Намочить кисти рук водой.  6. Нанести мыло на ладонь при помощи локтевого дозатора (или любого другого).  7. Тереть ладонью о ладонь.  8. Обеспечение равномерной деконтаминации кистей рук.  9. Правой ладонью тереть по тыльной стороне левой кисти и наоборот.  10. Обработать межпальцевые промежутки: тереть ладони со скрещенными растопыренными пальцами.  11. Соединить пальцы в замок, тереть тыльной стороной согнутых пальцев по ладони другой руки.  12. Тереть поочередно круговыми движениями большие пальцы рук.  13. Тереть разнонаправленными круговыми движениями поочередно ладонь кончиками пальцев противоположной руки.  14. Смыть мыло проточной водой.  Примечание: доза жидкого мыла и время обработки согласно инструкции к применению. Эффективность проведения манипуляции. Окончание процедуры  15. Выключить воду локтевым краном.  16. Вытереть насухо руки бумажным полотенцем (индивидуальным матерчатым).  17. Выбросить бумажное полотенце в педальное ведро с пакетом для отходов класса А, не касаясь его.  Примечание: если раковина не имеет бесконтактный кран, сначала вытирают руки, затем закрывают вентиль, пользуясь использованным для вытирания рук медсестры бумажным полотенцем.  **Надевание стерильных перчаток**  Выполнение процедуры  1. Разверните упаковку с перчатками (можно положить упаковку на стол). 2. Возьмите перчатку за отворот левой рукой так, чтобы ваши пальцы не касались внутренней поверхности перчатки.  3. Сомкните пальцы правой руки и введите их в перчатку.  4. Разомкните пальцы правой руки и натяните перчатку на пальцы, не нарушая ее отворота.  5. Заведите под отворот левой перчатки 2, 3 и 4-й пальцы правой руки, уже оде той в перчатку так, чтобы 1-й палец правой руки был направлен в сторону 1-ого пальца на левой перчатке.  6. Держите левую перчатку 2, 3 и 4-м пальцами правой руки вертикально.  7. Сомкните пальцы левой руки и введите ее в перчатку. III. Завершение процедуры  8. Расправьте отворот вначале на левой перчатке, натянув ее на рукав, затем на правой с помощью 2 и 3-его пальцев, подводя их под подвернутый край перчатки. В зависимости от ситуации, перчатки лучше надеть на рукава халата. В тех случаях, когда не требуется халат с длинными рукавами, перчатки закрывают запястье и часть предплечья. **Снятие стерильных перчаток**  1. Возьмите пальцами одну перчатку в районе запястья, и стягивайте ее с руки так, чтобы она вывернулась наизнанку.  2. Снятую перчатку держите в руке с надетой перчаткой.  3. Заведите пальцы руки, с которой снята перчатка, внутрь – между второй перчаткой и запястьем.  4. Скатайте вторую перчатку с руки вниз и вложите ее в первую перчатку.  5. Поместите использованные перчатки в емкость с отходами класса Б. 6. Продезинфицируйте руки обеззараживающими средствами.  **Хирургия:**  **Изготовление дренажей (марлевых, резиновых, комбинированных, трубчатых)**  Марлевые дренажи:  Для этой цели можно использовать салфетки, турунды, тампоны  Резиновые дренажи:  Нарезные полоски из перчаточной резины  Комбинированные дренажи:  1. приготовить марлевый дренаж  2. перевязать полоской перчаточной резины посередине  Трубчатые дренажи:  Готовятся из фрагментов резиновых трубок, если нет фабрично изготовленных дренажных трубок  **Терапия:**  **Измерение температуры тела с графической регистрацией Подсчет пульса. Подсчет частоты дыхания. Измерение артериального давления.**  **Алгоритм измерение пульса**  1. Охватить пальцами правой руки кисть пациента в области лучезапястного сустава  2. Расположить 1-ый палец на тыльной стороне предплечья. 2, 3, 4 пальцами нащупать лучевую артерию  3. Прижать артерию к лучевой кости и прощупайте пульс  4. Определить:   * Симметричность пульса * Ритмичность пульса * Частоту пульса * Напряжение и наполнение пульса   5. Сделать запись в лист динамического наблюдения  **Алгоритм измерения артериального давления**  1. Усадить или уложить пациента в зависимости от его состояния  2. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца  3. Подложить валик или кулак под локоть пациента  4. Наложить манжету тонометра на плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба (между манжеткой и рукой пациента должен свободно проходить палец)  5. Найти пальпаторно на локтевой аптерии пульсацию, приложить фонендоскоп  6. Соединить манжету с тонометром  7. Нагнетать постепенно воздух баллоном до исчезновения пульсации +20-30 мм ртутного столба сверх того  8. С помощью вентиля баллона снижать постепенно движение в манжетке, приоткрыв вентиль большим и указательным пальцами правой руки против часовой стрелки  9. Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона - это систолическое давление  10. Отметить по шкале на тонометре прекращение последнего громкого тона, при постепенном снижении давления - это диастолическое давление.  11. Для получения точных результатов измерить давление 3 раза на разных руках  12. Взять минимальное значение А\Д и записать данные в лист динамического наблюдения  **Алгоритм измерения температуры тела**  1. Вымыть руки теплой водой с мылом  2. Осмотреть подмышечную впадину и вытереть ее насухо  3. Взять термометр и стряхнуть ртуть ниже 35  4. Расположить термометр в подмышечной впадине так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом  5. Измерять температуру каждые 10 мин  6. Обратить внимание, чтобы между телом и термометром не было белья  7. Вынуть термометр и зафиксировать цифровые данные в истории болезни по ходу дневника пациента, а также в температурном листе в виде линии, в соответствии с цифровым значением  8. Встряхнуть термометр  9. Обработать термометр в специальном лотке с дезинфицирующим раствором в течении 30 мин  10. Затем промыть термометр под проточной водой, вытереть насухо и поставить в чистую емкость с надписью: «Чистые термометры»  **Алгоритм измерения частоты дыхания**  1. Попросите пациента лечь удобно, чтобы вы видели верхнюю часть передней поверхности грудной клетки.  2. Возьмите руку пациента, как для исследования пульса на лучевой артерии, чтобы пациент думал, что вы исследуете его пульс.  3. Смотрите на грудную клетку: вы увидите, как она поднимается и опускается.  4. Если вам не удается увидеть движение грудной клетки, положите свою руку на грудную клетку пациента, и вы почувствуете эти движения.  5. Подсчитайте частоту за 1 минуту (только количество вдохов).  6. По окончании процесса измерения помогите пациенту сесть удобнее, уберите все лишнее.  7. Снимите перчатки, вымойте руки.  8. Зарегистрируйте данные измерения в температурном листе пациента.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Мытье рук, надевание и снятие перчаток |  | |  | Изготовление дренажей (марлевых, резиновых, комбинированных, трубчатых) |  | |  | Измерение температуры тела с графической регистрацией Подсчет пульса. Подсчет частоты дыхания. Измерение артериального давления |  | | Оценка: |
| Дата | Содержание работы  **Педиатрия**  **Проведение лекарственной, очистительной клизмы. Постановка газоотводной трубки**  **Постановка очистительной клизмы:**  Выполнение процедуры:  1. Уложить ребенка на левый бок, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах и прижать к животу.  Примечание: ребенка до 6 месяцев можно уложить на спину и приподнять ноги вверх.  2. Раздвинуть ягодицы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном положении.  3. Расположив резиновый баллончик, ввести наконечник осторожно, без усилий в анальное отверстие и продвинуть его в прямую кишку, направляя его сначала к пупку, а затем, преодолев сфинктеры, параллельно копчику.  4. Медленно нажимая на баллончик снизу, ввести воду и, не разжимая его, извлечь наконечник из прямой кишки (баллончик поместить в лоток для отработанного материала).  5. Левой рукой сжать ягодицы ребенка на 3 – 5 минут.  6. Уложить ребенка на спину, прикрыв промежность пеленкой (до появления стула или позывов на дефекацию).  Завершение процедуры:  1. Подмыть ребенка после акта дефекации, подсушить полотенцем промокательными движениями.  2. Одеть ребенка.  3. Снять фартук, перчатки, поместить в дезраствор.  4. Вымыть и осушить руки.  **Постановка лекарственной клизмы и постановка газоотводной трубки:**  Выполнение процедуры:  1.Уложить ребенка на левый бок, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах и прижать к животу.  2. Раздвинуть ягодицы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном положении.  3. Пережав свободный конец газоотводной трубки, ввести ее осторожно, без усилий в анальное отверстие и продвинуть ее прямую кишку на 2/3 ее длины, направляя сначала к пупку, а затем, преодолев сфинктеры, параллельно копчику  4. Расположив баллончик с лекарственным препаратом наконечником вверх, нажать на него снизу большим пальцем правой руки.  5. Не разжимая баллончик, присоединить его к газоотводной трубке.  6. Медленно нажимая на баллончик снизу, веси лекарственный раствор и, не разжимая резиновый баллончик, отсоединить его от газоотводной трубки, предварительно пережав ее свободный конец (баллончик поместить в лоток для отработанного материала). | оценка |
|  | 7. Извлечь газоотводную трубку из прямой кишки. Пропустив ее через салфетку (газоотводную трубку и салфетку поместить в лоток для отработанного материала).  8. Левой рукой сжать ягодицы ребенка на 10 мин.  9. Уложить ребенка на живот.  Завершение процедуры:  1. Обработать перианальную область тампоном, смоченным вазелиновым маслом.  2. Одеть ребенка.  3. Снять фартук, перчатки, поместить в дезраствор.  4. Выть и осушить руки.  5. Проследить, чтобы ребенок находился в горизонтальном положении в течение 30 мин. после проведения процедуры.  **Хирургия**  **Подготовка к диагностическим исследованиям** (**рентгенологическим, эндоскопическим, ультразвуковым и т.д.).**  **Рентгенологические исследования:**  1.Рентген-лаборант помогает пациенту занять правильное положение.  2.Необходимо максимально освободить исследуемую область от одежды.  3.Область исследования также должна быть свободна от повязок, пластырей, электродов и других посторонних предметов, которые могут снизить качество получаемого изображения.  4.Убедиться, что отсутствуют различные цепочки, часы, ремень, заколки, если они расположены в области зоны исследования, которая будет подвергаться изучению.  5.Открытой оставляют только интересующую доктора область, остальное тело закрывают специальным защитным фартуком, экранирующим рентгеновские лучи.  **Общая подготовка к эндоскопическим исследованиям (проводится по трём направлениям):**  1. Психологическая подготовка. Включает разъяснение больному целей и задач предстоящего исследования.  2. Коррекция нарушенных параметров гомеостаза. В первую очередь это относится к сердечно-сосудистой и дыхательной системам, со стороны которых можно ожидать во время исследования наиболее тяжёлых осложнений.  3. Выявление заболеваний и состояний, которые могут повлиять на выбор средств для подготовки к исследованию. Это - повышенная чувствительность к лекарственным препаратом. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ультразвуковое исследование**  1) За день до обследования исключить газообразующие продукты (молоко, капусту, чёрный хлеб, бобовые, свежие овощи и фрукты, сладкие блюда);  2) на ночь принять адсорбент (дозировка по назначению врача);  3)прийти на обследование натощак: ничего не пить, не есть, не принимать лекарственные средства.  4) Если назначено ультразвуковое исследование органов брюшной полости с водно-сифонной пробой, при себе необходимо иметь: 200 мл воды и соломку для коктейля.  5) Если назначено ультразвуковое исследование органов брюшной полости с определением функции желчного пузыря, при себе необходимо иметь: желчегонный завтрак (шоколадку или банан или сладкий чай).  6) При себе иметь пелёнку и салфетки.  **Терапия**  **Оказание помощи при анафилактическом шоке**  1. Прекратить введение предполагаемого медикамента-аллергена.  2. При возможности наложить жгут выше места введения медикамента или  обколоть место введения препарата 0,1 % раствором адреналина или  норадреналина в дозе 0,3-0,5 мл с 4-5 мл физиологического раствора.  3. Провести венепункцию/венесекцию и начать в/в введение препаратов:   * при необходимости в/в капельно: дофамин (доза индивидуальна) от 300 * до 700 мкг/мл (макс. 1500 мкг/мл) с постепенным снижением, * длительность определяется гемодинамическими показателями. * Введение ГКС (гидрокортозон 250 мг в/в капельно, преднизолон 90-120 * в/в струйно, дексаметазон 8-32 мг и др.) * При систолическом артериальном давлении выше 90 мм рт. ст. могут * быть введены антигистаминные препараты [клемастин (тавегил) 2.0 мл] * Плазмозамещающие препараты в/в капельно или струйно * При возникновении бронхообструктивного синдрома – аминофиллин * (эуфиллин) 2.4 % 10 мл в/в на физиологическом растворе. * Введение прессорных аминов (0,1 % раствор адреналина подкожно с * интервалом 5-10 минут). * Оксигенация * Коррекция КЩС * Терапия острой дыхательной недостаточности, перевод на ИВЛ транспортировка больного в реанимацию  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Проведение лекарственной, очистительной клизмы. Постановка газоотводной трубки. |  | |  | Подготовка к диагностическим исследованиям (рентгенологическим, эндоскопическим, ультразвуковым и т.д.). |  | |  | Оказание помощи при анафилактическом шоке |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | | | Содержание работы  **Педиатрия**  **Осуществление парентерального введения лекарственных средств**  **Внутримышечная инъекция**  1. Объясните матери или ребёнку цель, ход предстоящей манипуляции, получите согласие на выполнение манипуляции. 2. Обработайте руки на гигиеническом уровне. 3. Помогите пациенту занять нужное положение. Техника внутримышечной инъекции: 1. Проверьте срок годности и герметичность упаковки шприца. Вскройте упаковку, соберите шприц и положите его в стерильный латок. 2. Проверьте срок годности, название, физические свойства и дозировку лекарственного препарата. Сверьте с листом назначения. 3. Возьмите стерильным пинцетом 2 ватных шарика со спиртом, обработайте и вскройте ампулу. 4. Наберите в шприц нужное количество препарата, выпустите воздух и положите шприц в стерильный латок. 5. Наденьте перчатки и обработайте шариком в 70% спирте, шарики сбросить в лоток для отработанного материала. 6. Выложить стерильным пинцетом 3 ватных шарика. 7. Обработайте центробежно (или по направлению снизу - вверх) первым шариком в спирте большую зону кожных покровов, вторым шариком обработайте непосредственно место пункции, дождитесь пока кожа высохнет от спирта.  8. Шарики сбросьте в лоток для отработанного материала. 9. Ввести иглу в мышцу под углом 90 градусов, оставив 2-3 мм иглы над кожей.  10. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное вещество. 11. К месту инъекции прижать стерильный шарик и быстро вывести иглу. 12. Уточните у пациента самочувствие.  **Примечание:** проведите мероприятия по инфекционной безопасности, обработайте руки на гигиеническом уровне, осушите индивидуальным полотенцем.  **Внутривенная инъекция в вены головы**   1. укладывает ребенка в удобное положение; 2. моет тщательно руки; 3. одевает перчатки; 4. набирает в шприц лекарственный препарат; 5. обрабатывает кожу головы в месте инъекции ватным шариком, смоченным спиртом; 6. пережимает пальцем вену выше предполагаемого места инъекции; 7. делает прокол кожи быстрым движением, на небольшую глубину; | | оценка | | | |
|  | | | 8. осторожно продвигает иглу вперед коротким движением и прокалывает вену,  9. ощущая «попадание в пустоту», из канюли иглы выступает при этом темная венозная кровь;  10. затем продвигает иглу по ходу вены; подсоединят к игле шприц:  11. убеждается, что игла осталась в вене - потягивает поршень на себя, при этом в  ширине появляется кровь;  12. не меняя положение шприца, левой рукой нажимает на поршень и медленно вводит  лекарственный препарат, оставляя в шприце небольшое количество;  13. прижав к месту инъекции ватный шарик, смоченный спиртом извлекает иглу из вены  параллельно поверхности кожи, чтобы не повредить стенку вены;  14. место пункции повторно обрабатывает спиртом и накладывает стерильную давящую  повязку  15. снимает перчатки:  16. наблюдает за состоянием ребенка в течение некоторого времени после инъекции.  **Подкожная инъекция**  1. Вымыть руки теплой водой с мылом  2. Надеть перчатки и обработать их шариком со спиртом  3. Обнажить место инъекции  4. Определить место инъекции  5. Обработать место инъекции стерильным шариком, смоченным 70-градусным спиртом площадью 10Х10 см в одном направлении  6. Обработать место инъекции вторым стерильным шариком со спиртом площадью 5Х5 см в одном направлении  7. Выпустить воздух из шприца  8. Взять шприц в правую руку, вторым пальцем придерживать муфту иглы 5-м пальцем поршень, остальными пальцами цилиндр  9. Сделать складку в месте инъекции, 1-м и 2-м пальцами левой руки  10. Ввести быстрым движением иглу под углом 30-40 градусов в основании складки на 2/3 длины иглы держа ее срезом вверх  11.Освободить левую руку, опустив складку  12.Оттянуть слегка пальцами левой руки поршень на себя, убедится, что игла не попала в сосуд (отсутствие крови в шприце)  13.Ввести медленно лекарственное вещество  14.Извлечь быстрым движением шприц с иглой  15.Прижать сухим стерильным шариком место инъекции  16.Использованные шприц, иглу, шарики, перчатки утилизировать | |  | | | |
|  | **Хирургия:**  **Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке и при других острых аллергических реакциях**  **Отёк Квинке:**  1. Немедленно прекратить поступление аллергена.  2. Ввести антигистаминные препараты в/м или в/в:  - 2,6% раствор пипольфена 0,1-0,15 мл/год жизни или  - 2% раствор супрастина 0,1-0,15 мл/год жизни.  3. Ввести 3% раствор преднизолона в дозе 1-2 мг/кг в/м или в/в.  4. По показаниям при нарастающем отеке гортани с обтурационной  дыхательной недостаточностью проведение интубации или трахеостомии.  Госпитализация в соматическое отделение.  **Крапивница:**  1. Немедленно прекратить поступление аллергена.  2. Назначить антигистаминные препараты внутрь (кларитин, кестин, зиртек,  телфаст) или в/м (см. отек Квинке).  3. При распространенной или гигантской крапивнице с лихорадкой ввести 3% раствор преднизолона 1-2 мг/кг в/м или в/в.  4. Провести энтеросорбцию активированным углем в дозе 1 г/кг в сут.  Госпитализация в соматическое отделение показана при отсутствии эффекта  от проводимой терапии. Также подлежат госпитализации больные, которым на догоспитальном этапе в связи с тяжестью состояния вводился преднизолон.  **Токсический эпидермальный некролиз:**  1. Немедленно прекратить поступление аллергена.  2. Ввести 3% раствор преднизолона в дозе 5 мг/кг в/м или в/в.  3. Ввести антигистаминные препараты в/м: 2,5% раствор пипольфена или 2% раствор супрастина в дозе 0,1-0,15 мл/год жизни  **Терапия**  **Оказание сестринской помощи при неотложных состояниях (желудочное кровотечение**, **приступ удушья при бронхиальной астме, приступ загрудинных болей при стенокардии)**  **Желудочное кровотечение:**  1. Уложить человека на спину, под ноги можно положить валик  2. До приезда врачей не давайте ему никакой жидкости, еды или лекарств, при необходимости смочите губы пострадавшего чистой питьевой водой;  3. Успокойте человека, объясните, что ему нужно делать до приезда скорой помощи;  4. Положите холод на область желудка, в качестве компресса можно использовать полотенце, смоченное в холодной воде или лед, завернутый в ткань;  5. Контролировать состояние пациента, пульс и дыхание.  6. При кровотечении освободите пострадавшего от тугих ремней и прочих сдавливающих предметов. | | | |  | | | |
|  | **Приступ загрудинных болей при стенокардии:**  1. Придать положение полусидя, подложить свернутую одежду ему под плечи и голову, а также под колени.  2. Если пострадавший ранее принимал нитроглицерин, то помочь ему его принять. Для более быстрого эффекта таблетку нужно положить под язык. Если нитроглицерин помог, приступ должен пройти в течение 2-3 минут.  3. Если после приема таблетки прошло несколько минут, а боль не прошла — нужно принять его еще раз.  4. В случае, когда не помогла даже третья таблетка, и боль затянулась на 10 - 20 минут, нужно немедленно вызывать скорую помощь, чтобы избежать развития инфаркта.  **Приступ удушья при бронхиальной астме:**  1. Успокоить пациента.  2. Освободить пациента от стесняющей одежды, расстегнуть ворот рубашки.  3. Обеспечить доступ свежего воздуха.  4. Применение имеющегося у пациента карманного ингалятора (сальбутамол, фенотерол) – можно повторять 3-х кратно с интервалом в 20 мин.  5. Помочь пациенту воспользоваться его препаратом: достать его, вынуть из упаковки, надеть насадку, перевернуть аэрозоль и сделать 1-2 нажатия таким образом, чтобы препарат во время распыления попал на область задней стенки глотки. В это время пациент сделает несколько вдохов, и действующее вещество попадет в дыхательные пути.  6. Придать пациенту удобное сидячее положение (руки пациента должны опираться на стол или поручни кресла, локти разведены в стороны).  При отсутствии эффекта или утяжелении состояния пациента (угроза астматического статуса) необходимо немедленно вызвать «Скорую помощь»     |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Осуществление парентерального введения лекарственных средств |  | |  | Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке и при других острых аллергических реакциях |  | |  | Оказание сестринской помощи при неотложных состояниях (желудочное кровотечение, приступ удушья при бронхиальной астме, приступ загрудинных болей при стенокардии) |  | | | | | |  | | | |
| Дата | Содержание работы  **Педиатрия:**  **Выполнение дезинфекции методом полного погружения**  1.Погрузить полностью предмет ухода, заполняя его полости дезинфицирующим раствором.  2.Снять перчатки.  3.Отметить время начала дезинфекции.  4.Выдержать необходимое время процесса дезинфекции данным средством.  5.Надеть перчатки.  6.Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить.  7.Вылить дезинфицирующий раствор в канализацию  8.Хранить предмет ухода в специально отведённом месте.  9.Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.  **Метод двукратного протирания:**  1.Протереть последовательно, двукратно, предмет ухода дезинфицирующим средством.  2.Следить, чтобы не оставалось необработанных промежутков на предмете ухода.  3.Дать высохнуть.  4.Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить.  5.Вылить дезинфицирующий раствор в канализацию.  6.Хранить предмет ухода в специально отведенном месте.  7.Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.  **Терапия:**  **Сбор мочи на общий анализ**  1. Посуду для сбора мочи подготовьте с вечера (тщательно вымойте ее и высушите, наклейте этикетку с указанием вида анализа, ФИО, отделения и № палаты).  2. Мочу берут утром, после сна.  3. Перед сбором мочи пациент должен тщательно подмыться (тяжелобольных пациентов подмывает медсестра), при наличии белей или выделений из влагалища - необходимо закрыть вход ватным тампоном и только после этого помочиться.  4. Собрать в посуду «среднюю порцию» мочи, т.е. начиная с середины мочеиспускания в количестве 100-200 мл.  5. Закончить мочеиспускание в унитаз.  6. Отправить собранную мочу в клиническую лабораторию на исследование.  **Сбор мочи по Нечипоренко**  1. Приготовить чистую, сухую посуду с направлением на исследование.  2. Произвести тщательный туалет области промежности (у женщин), или области наружного отверстия мочеиспускательного канала (у мужчин).  3. Отверстие влагалища закрыть тампоном.  4. Начать мочеиспускание в унитаз.  5. Продолжить мочеиспускание в подготовленную емкость 50-100 мл (для исследования нужно 2-3 мл).  6. Завершить мочеиспускание в унитаз.  7. Закрыть емкость с мочой крышкой.  8. Вымыть руки.  9. Доставить в клиническую лабораторию с сопроводительным документом  **Сбор мочи по Зимницкому**  1. В 6 ч. утра пациент опорожняет мочевой пузырь (эту мочу не собирают).  2. Пациент последовательно собирает мочу в 8 банок; в зависимости от частоты мочеиспускания мочится в каждую банку один или несколько раз, но только в течение 3 ч. Если за этот промежуток времени у пациента нет позывов к мочеиспусканию, медсестра напоминает ему о необходимости опорожнить мочевой пузырь (если мочи не окажется, банка остается пустой); если банка наполнена мочой до истечения 3-часового промежутка, пациент берет банку без номера и мочится в нее (он должен проинформировать об этом медсестру).  3. Утром следующего дня все банки отправляют в клиническую лабораторию, заполнив необходимую документацию.  **Хирургия:**  **Подсчет пульса**  Подготовка к процедуре: 1.Объяснить пациенту суть и ход исследования. 2.Получить его согласие на процедуру. 3.Вымыть руки. Выполнение процедуры: 1.Во время процедур пациент может сидеть или лежать. 2.Предложить расслабить руку, при этом кисти и предплечье не должны быть «на весу». 3.Прижать 2,3,4- м пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента (1 палец находится со стороны тыла кисти), почувствовать пульсацию. 4.Если при одновременном исследовании пульсовых волн появляются различия, то определение других его свойств проводят при исследовании той лучевой артерии, где пульсовые волны выражены лучше. 5.Взять часы или секундомер. 6.Определить ритм пульса в течение 30 секунд по интервалам между пульсовыми волнами. Если интервалы равные – пульс ритмичный, если промежутки между пульсовыми волнами различны – пульс аритмичный. 7.С помощью часов или секундомера определить частоту пульса – количество пульсовых волн в 1 минуту. Если пульс ритмичный частоту можно исследовать в течение 30 секунд и показатели умножить на два. Если пульс неритмичный – определять частоту в течение 1 минуты. Нормальные показатели частоты пульса 60-80 уд/мин. Завершение процедуры: 1.Помочь пациенту занять удобное положение или встать. 2.Вымыть руки. 3.Записать результат в температурный лист.  **Подсчет частоты дыхательных движений**  1.Взять часы с секундной стрелкой или секундомер  2. Выполнять манипуляцию сухими и теплыми руками  3.Психологически подготовить пациента к манипуляции, преднамеренно предупредив его, что будут определяться свойства пульса; | | | оценка | | | |
|  | | 4.Попросить пациента занять удобное положение и не разговаривать;  5.Положить пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса;  6.Подсчитать частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки или брюшной стенки;  7.Обратить внимание на глубину и ритмичность дыхания;  8.Зарегистрировать частоту дыханий за минуту в температурном листе.  **Измерение артериального давления**  Выполнение процедуры:  1.Уложить руку пациента в разогнутом положении (под локоть можно положить сжатый кулак кисти свободной руки или валик). Освободить руку от одежды. 2. На обнаженное плечо пациента наложить манжету на 2 – 3 см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты). Между плечом и манжетой должен проходить 1 палец. 3.Вставить фонендоскоп в уши и одной рукой поставить мембрану фонендоскопа на область локтевого сгиба (место нахождения плевой артерии). 4.Проверить положение стрелки манометра относительно «0»-й отметки шкалы и другой рукой закрыть вентиль «груши», повернуть его вправо, этой же рукой нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации на лучевой артерии + 20-30 мм.рт.ст. (т.е. несколько выше предполагаемого АД).  5.Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм.рт.ст. в 1 секунду, повернуть вентиль влево. 6.Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны на шкале манометра соответствующую систолическому АД. 7.Продолжить выпускать воздух из манжеты отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова. 8.Выпустить весь воздух из манжетки и повторить процедуру через 1 – 2 минуты. 9.Сообщить пациенту результат измерения.  Завершение процедуры:  1.Данные измерения округлить и записать АД в виде дроби, в числительном – систолическое давление, в знаменателе – диастолическое давление (АД 120/80 мм.рт.ст.).  2.Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной спиртом.  3.Вымыть руки.  4.Записать данные в принятую медицинскую документацию.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария |  | |  | Сбор мочи для анализов: общий, по Нечипоренко, по Зимницкому, на бак посев |  | |  | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления |  | | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  **Педиатрия:**  **Выписки направлений на консультации специалистов**  Оснащение**:**бланки, этикетки.  В бланке направления в лабораторию поликлиники укажите:  1) Название лаборатории (клиническая, биохимическая, бактериологическая и т.д.).  2) Фамилию, имя, отчество пациента.  3) Возраст.  4) Номер истории болезни.  5) Название отделения, номер палаты, (при амбулаторном обследовании - домашний адрес).  6) Материал.  7) Цель исследования.  8) Дату; подпись медицинской сестры, оформляющей направление.  Примечания:  - При направлении в лаборатории крови от пациентов, перенесших ОВГ или контактных по [гепатиту](https://studopedia.ru/2_69341_virusniy-gepatit-a.html), сделать маркировку.  - При оформлении мазков из зева и носа на BL (возбудителя дифтерии) обязательно укажите дату и час забора материала.  В направлении на процедуру укажите:  1) Фамилию, имя, отчество пациента.  2) Возраст.  3) Диагноз.  4) Куда направлен.  5) Цель (массаж, ЛФК и т.д.).  6) Подпись врача (назначившего процедуру).  На этикетке в лабораторию стационара напишите:  1) Номер или название отделения, номер палаты, номер истории болезни.  2) Фамилию, имя, отчество и возраст пациента.  3) Вид исследования.  4) Дату и подпись медицинской сестры.  Примечание:  - учет направлений в лаборатории, на консультации и на процедуры регистрируется в соответствующем журнале.  **Терапия:**  **Кормление тяжелобольного в постели**  Подготовка к манипуляции:  1. Уточните у пациента любимые блюда и согласуйте меню с лечащим врачом или диетологом.  2. Предупредите пациента за 15 минут о том, что предстоит прием пищи, и поду­чите ею согласие  3. Проветрите помещение, освободите место на тумбочке, протрите ее или при­двиньте прикроватный столик, протрите его  4. Расскажите пациенту, какое блюдо приготовлено для него  5. Вымойте руки  Выполнение манипуляции:  1. Помогите пациенту принять положение Фаулера (если нет противопоказаний).  2. Помочь пациенту вымыть руки, причесаться, поправить одежду. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 3. Шею и грудь пациента покроите салфеткой.  4. Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол.  5. Расположить тарелки с пищей в соответствии с пожеланиями пациента. При нарушении моторики подложить под тарелки нескользящие салфетки. При нарушении координации использовать посуду с защитным бортиком или иную посуду, рекомендованную специалистом по восстановительной медицине.  6. Предложить пациенту воспользоваться столовым прибором, в том числе специальной посудой для пациентов с нарушенными моторными функциями.  7. Если пациент готов есть самостоятельно.  8. При необходимости использовать вспомогательные приспособления для предплечья, облегчающие подъем руки до уровня рта (например, подвижные подставки для предплечья; поддерживающие ремни, одеваемые через голову); протезные или ортопедические приспособления.  9. Наблюдать за процессом питания; эффективностью пережевывания и глотания.  10. По мере необходимости заменять тарелки.  11. Дайте небольшой глоток воды и попросите его прополоскать рот.  12. Вытри губы пациента салфеткой  **Хирургия:**  **Пользование стерильным биксом**  Укладка производится в подготовленный бикс в определённом порядке:  1. Проверить исправность бикса.  2. Изнутри бикс протереть спиртово-марлевым тампоном. Дно и стенки застелить простынёй, на которую укладывать материал. На дно на простыню положить стеритест.  3. Изделия перед укладкой в бикс упаковать в бумагу или бязевую упаковку. На упаковку можно наклеивать стеритест.  4. Материал укладывать рыхло, чтобы пар свободно проникал в глубину и обеспечивал надёж­ную стерилизацию.  5. В каждый загруженный бикс поместить индикатор стерилизации (на дно, посередине, сверху) для контроля режима стерилизации на 3 уровня (стеритест или медтест). Количество тестов зависит от объема бикса.  6. Каждый предмет кладут так, чтобы он занимал, как можно меньше места и его легко можно было взять, не нарушая укладку (послойно и секторально). Уложенные в бикс изделия должны занимать не более 2/3 объёма бикса.  7. После загрузки бикса края простыни не заворачивать, а по­крыть материал сверху. На простыню положить стеритест и пинцет.  8. Укладывать определённое количество заранее приготовленного материала в соответствии с нормами загрузки биксов. Лучше укладывать пачками по 10 штук однородного материала. Пачку перевязывать полоской бинта, марлевые шарики завязывать в марлевые мешочки.  9.Каждый бикс маркировать: на этикетке указать наименование отделения, дату укладки, наименование предметов, количество, фамилию ответственного лица. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 10.На боковую стенку бикса (с двух сторон) с наружной стороны приклеить полоски стериконт для контроля режима стерилизации.  11.Доставку бикса в ЦСО проводить во влагостойком мешке, подлежащем стерилизации, обратно транспортировать в стерильном мешке. Мешок должен быть маркирован.  Перед извлечением стерильного материала и инструментов:  1. Визуально оценить плотность закрытия крышки бикса или целостность стерилизационной упаковки однократного применения.  2. Проверить цвет индикаторных меток на стериконтах, в т.ч. на стерилизационных упаковочных материалах.  3. Проверить дату стерилизации.  4. Стерильный бикс должен быть промаркирован с указанием названия отделения, материала, количества, даты и времени стерилизации, подписи м/с, ответственной за стерилизацию, боковые отверстия простого бикса закрыты, цвет индикатора изменился согласно стандарту.  5. На этикетке отметить дату и время открывания бикса, подпись открывавшего.  6. Данные стерилизации фиксируются в журнале ф.257-у. Отработанные стериконты подклеиваются в журнал (для контроля и анализа данных).  7. Стерильный материал из бикса брать стерильными пинцетами, закрывая каждый раз крышку бикса; при извлечении из бикса нельзя касаться внутренних стенок бикса руками.  8. Вскрытый бикс использовать в течение рабочей смены в процедурном кабинете, при условии упаковки в бумагу.  9. В перевязочном кабинете можно все изделия сразу извлекать из бикса на стерильный столик.  10. Извлечённый из бикса материал назад не возвращать.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Выписки направлений на консультации специалистов |  | |  | Кормление тяжелобольного в постели |  | |  | Пользование стерильным биксом |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  **Педиатрия:**  **Антропометрия**  **Измерение массы тела на электронных медицинских весах**  1.Установить весы на неподвижной поверхности (обычно на тумбочку возле пеленального стола).  2.Включить вилку сетевого провода в сеть, при этом на цифровом индикаторе засветится рамка. Через 35-40 сек. на табло появятся цифры (нули). Оставить весы включенными на 10 мин.  3.Проверить весы: нажать рукой с небольшим усилием в центр лотка – на индикаторе высветятся показания соответствующие усилию руки; отпустить грузоподъемную платформу – на индикаторе появятся нули.  4.Обработать поверхность весов дезинфицирующим раствором. Вымыть и просушить руки.  5.Положить на грузоподъемную платформу пеленку – на индикаторе высветится ее вес. Сбросить вес пеленки в память машины, нажав кнопку «Т» – на индикаторе появятся нули.  6.Раздеть ребенка.  7.Осторожно уложить на платформу сначала ягодичками, затем плечиками и головой. Ножки следует придерживать. Через некоторое время на индикаторе высветится значение массы ребенка, слева от значения массы значок «0», обозначающий, что взвешивание закончено. При перегрузке весов на табло высветится надпись «END». Спустя 5-6 с можно сбросить полученный результат. Значение массы фиксируется 35-40 с, затем, если не нажать кнопку «Т», показания весов автоматически сбрасываются на «0».  8.Снять с весов пеленку. Весы автоматически устанавливаются на «0».  9.Обеззаразить рабочую поверхность весов.  10.Вымыть и просушить руки.  **Измерение длины тела у детей раннего возраста**  1.Установить горизонтальный ростомер на стол шкалой к себе.  2.Обработать ростомер дезинфицирующим раствором. Вымыть и просушить руки. Постелить на ростомер пеленку.  3.Ребенка уложить на ростомер так, чтобы голова плотно прикасалась теменем к неподвижной планке, верхний край козелка уха и нижнее веко находились в одной вертикальной плоскости. Ноги ребенка должны быть выпрямлены легким нажатием на колени и прижаты к доске ростомера.  4.Придвинуть к стопам, согнутым под прямым углом по отношению к голени, подвижную планку ростомера.  5.Определить по шкале длину тела ребенка. Длина тела равна расстоянию между неподвижной и подвижной планками ростомера.  6.Обеззаразить рабочую поверхность ростомера.  7.Вымыть и просушить руки.  **Измерение окружности головы и грудной клетки**  1.Уложить (усадить) ребенка.  2.Провести сантиметровую ленту через затылочный бугор сзади и по надбровным дугам спереди.  3.Определить по ленте величину окружности головы.  4.Наложить сантиметровую ленту сзади под нижним углом лопаток, спереди – по нижнему краю околососковых кружков. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 5.Определить по ленте величину окружности грудной клетки. При этом рекомендуется натянуть ленту и слегка прижать мягкие ткани.  6.Обеззаразить сантиметровую ленту, промыть под проточной водой с мылом, просушить.  7.Записать в лист манипуляций.  **Терапия:**  **Обучение пациентов правилам проведения ингаляций, в том числе небулайзерных**  Правила пользования карманным ингалятором:  1.Снять с баллончика защитный колпачок, повернув баллончик вверх дном;  2.Баллончик хорошо встрянуть;  3.Сделать глубокий выдох;  4.Баллончик с аэрозолем взять в руку и обхватить губами мундштук;  5.Сделать глубокий вдох и одновременно сильно нажать на дно баллончика: в этот момент выдается доза аэрозоля;  6.Задержать дыхание на несколько секунд, затем вынуть мундштук изо рта и сделать медленный выдох (если глубокий вдох в результате тяжести состояния больного невозможен, то первая доза аэрозоля распыляется в полости рта);  7.После ингаляции надеть на баллончик защитный колпачок.  Количество доз аэрозоля определяет врач. После вдыхания глюкокортикоидов больной должен прополоскать рот водой для профилактики развития кандидоза полости рта.  Правила пользования небулайзером:  1. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки  2. Открыть небулайзер  3. Перелить жидкость из небулы (специального контейнера с лекарственным препаратом) или накапать раствор из флакона (разовую дозу препарата);  4. Добавить физиологический раствор до нужного объема 2-3 мл (по инструкции к небулайзеру);  5. Собрать небулайзер, проверить его работу  6. Присоединить мундштук или лицевую маску;  7. Объяснить ребѐнку/родственникам ход и суть выполнения манипуляции, получить согласие  8. Усадить ребѐнка в удобном положении перед аппаратом или уложить  9. Соединить небулайзер и компрессор, включить компрессор;  10. Выполнить ингаляцию до полного расходования раствора (20 – 30 мнут, при необходимости с перерывом в 5 –10 минут)  11. Прополоскать ребѐнку полость рта тѐплой кипячѐной водой, обеспечить покой, рекомендовать воздержаться от кашля и не разговаривать 20 – 30 минут  12. Разобрать и обработать небулайзер  13. Вымыть и осушить руки |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Хирургия:**  **Надевание стерильного халата и перчаток на себя**  1. Проверить бирку стерилизации бикса.  2. Бикс закрепить на подставке и приоткрыть крышку.  3. Обработать руки.  4. Открыть бикс ножной педалью подставки.  5. Не касаясь поверхности бикса, извлечь полотенце и осушить руки.  6. Обработать руки стерильной салфеткой, смоченной спиртом.  7. Проверить качество стерилизации белья, достав индикатор.  8. Развернуть края пеленки, выстилающей внутреннюю поверхность бикса.  9. Извлечь халат, развернуть его изнаночной стороной к себе, следя за тем, чтобы наружная поверхность стерильного халата не коснулась соседних предметов и вашей одежды.  10. Взять халат за края ворота так, чтобы левая кисть была прикрыта халатом, и осторожно набросить его на правую руку и предплечье.  11. Правой рукой с уже надетым стерильным халатом взять халат за левый край ворота так, чтобы правая кисть была прикрыта халатом, и вдевают левую руку.  12. Медицинская сестра вытягивает руки вперед и вверх, а санитарка подходит сзади, берет халат за тесемки, натягивает и завязывает их.  13. Медицинская сестра сама завязывает тесемки у рукавов своего стерильного халата, обернув 2 – 3 раза обшлаг рукава.  14. Сестра берет стерильный пояс из кармана халата и развертывает его, держа на расстоянии 30 – 40 см от себя, таким образом, чтобы санитарка смогла сзади захватить оба конца пояса, не касаясь стерильного халата и рук сестры, и завязать его.  15. Маску сестра прикладывает к лицу и удерживает ее за концы тесемок так, чтобы санитарка сзади смогла захватить тесемки и завязать их.  **Надевание стерильных перчаток**  1.Надеть маску, обработать руки хирургическим способом, надеть стерильный халат, обработать руки антисептиком.  2.Из раскрытой помощником упаковки, не касаясь краев, достать стерильную упаковку с перчатками (предварительно проверив срок годности)  3.Расположить перчатки на отдельном столике на стерильной пеленке  4.Развернуть упаковку с перчатками (где они уложены парами), в которой перчатки лежат ладонной поверхностью кверху, а края перчаток отвернуты кнаружи в виде манжет.  5.Взять правую перчатку за отворот левой рукой так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки.  6.Сомкнуть пальцы правой руки и ввести ее в перчатку.  7.Разомкнуть пальцы правой руки и натянуть перчатку на пальцы, не нарушая ее отворота.  8.Завести под отворот левой перчатки II, III и IV пальцы правой руки, уже одетой в перчатку так, чтобы I палец правой руки был направлен в сторону I пальца на левой перчатке. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 9.Держать левую перчатку II, III, IV пальцами правой руки вертикально.  10.Сомкнуть пальцы левой руки и ввести ее в перчатку.  11.Расправить отворот вначале на левой перчатке, натянув ее на рукав, затем на правой с помощью II, III пальцев, подводя их под подвернутый край перчатки, натянув их на рукава.  12.Руки в стерильных перчатках следует держать согнутыми в локтевых суставах и приподнятыми вперед на уровне выше пояса.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Антропометрия |  | |  | Обучение пациентов правилам проведения ингаляций, в том числе небулайзерных |  | |  | Надевание стерильного халата и перчаток на себя |  | |  |
| Дата | Содержание работы  **Педиатрия:**  **Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку**  **Гигиеническая ванна:**  1. Вымыть и просушить руки.  2. Расположить на пеленальном столе пеленки, распашонки (одежду).  3. Поставить ванночку в устойчивое и удобное положение.  4. Обработать внутреннюю поверхность ванночки. В стационаре двукратно обеззаразить ванночку дезинфицирующим раствором, ополоснуть водой, вымыть с мылом и щеткой, ополоснуть свежеприготовленным раствором перманганата калия (1 : 10000 или 1 мл 5% раствора на 100 мл воды). В домашних условиях ванночку вымыть щеткой с мылом и содой, ополоснуть кипятком.  5. Наполнить ванночку водой на 1/2 или 1/3 объема. Вначале налить холодную, затем горячую воду небольшими порциями попеременно во избежание образования водяного пара в помещении и возможного ожога кожи.  6. Измерить температуру воды водным термометром. Показания фиксируют, не вынимая термометр из воды. Нежелательно определять температуру погружением локтя в воду, так как полученный результат недостоверен.  7. Раздеть ребенка. После дефекации следует подмыть его проточной водой. Грязное белье сбросить в бак для использованного белья. Вымыть руки.  8. Зафиксировать ребенка левой рукой, охватив кистью руки его левую подмышечную область (4 пальца расположить в подмышечной впадине, большим пальцем охватить плечо сверху и снаружи; затылок и голова ребенка опираются на предплечье медсестры). Большим и средним пальцами правой руки охватить ножки ребенка на уровне голеностопных суставов, указательный палец поместить между ними.  9. Медленно погрузить ребенка в ванночку: сначала ягодицы, затем нижние конечности и туловище. Подобное положение обеспечивает наибольшее расслабление мышц. При первых гигиенических ваннах новорожденного опускают в воду, завернутого в пеленку. Ножки после погружения оставляют свободными, головку и туловище продолжают поддерживать левой рукой. Правая рука остается свободной для мытья ребенка. Уровень погружения в воду должен доходить до сосков, верхняя часть груди остается открытой.  10. Надеть «рукавичку» на правую руку. Использовать при купании губку не рекомендуется, так как эффективное обеззараживание ее затруднено.  11. Намылить тело мягкими круговыми движениями и сразу ополоснуть намыленные участки. Вначале вымыть голову (ото лба к затылку, чтобы мыло не попало в глаза, а вода – в уши), затем шею, подмышечные области, верхние конечности, грудь, живот, нижние конечности. Особенно тщательно промыть естественные складки. В последнюю очередь обмыть половые органы и межъягодичную область.  12. Снять «рукавичку».  13. Извлечь ребенка из воды в положении лицом книзу. | оценка |
|  | 14. Ополоснуть тело и вымыть лицо водой из кувшина. Кувшин держит помощник.  15. Набросить на ребенка полотенце и положить на пеленальный стол, осушить кожу осторожными промокательными движениями.  16. Смазать естественные складки стерильным растительным маслом (детским кремом, маслом «Джонсон») или припудрить детской присыпкой (с помощью тампона).  17. Обработать новорожденному при необходимости пупочную ранку.  18. Запеленать (одеть) ребенка.  19. Слить воду и обработать ванночку. В лечебном учреждении ванночку обеззараживают дезинфицирующим раствором, моют мыльно-содовым раствором и ополаскивают проточной водой. Ванночку дезинфицируют после купания каждого ребенка. В домашних условиях ее моют щеткой с мылом и содой, ополаскивают кипятком.  **Лечебная ванна:**  1. Вымыть (обработать) руки на гигиеническом уровне.  2. Подготовить оснащение: Вода из крана. Кувшин для ополаскивания. Ванночка. Водный термометр. Стерильное масло. Настои ромашки (100 гр. сухой травы на ванну), хвои (один брикет на ванну); морская соль (100 гр. на ванну) в зависимости от заболевания ребенка. Комплект белья. Пеленальный столик Перчатки.  3. На пеленальном столике разложить комплект белья. Поставить в устойчивое положение ванночку (обработанную дез. раствором или вымытую с детским мылом). Облить ванночку кипятком.  4. Ванну заполнить - на 1/2 или 1/3. Измерить Т ° воды термометром. Температура воды в ванне 37, 0-38,0 град.С. Заполнить кувшин водой из ванны Т 36,0 – 37,0 град. В ванну добавить приготовленный заранее лечебный раствор. Т воздуха в помещении- 22-24 град.С.  5. Вымыть руки, надеть перчатки.  6. Раздеть ребенка. После дефекации подмыть проточной водой. Грязное белье сбросить в бак для использованного материала.  7. Взять ребенка двумя руками: положить на левую руку взрослого, так, чтобы голова находилась на локтевом сгибе, фиксируя этой же рукой левое бедро ребенка. После погружения его в воду, левая рука переносится на левое плечо ребенка. Уровень погружения – до сосков.  8. В течение проведения ванны обливать ребенка водой из ванны.  9. Умыть его, зачерпнув рукой воду из кувшина. Ополоснуть ребенка водой из кувшина, приподняв его над водой.  10. Набросить полотенце или пеленку на ребенка, положить на пеленальный столик, осушить кожу промокательными движениями. Мокрую пеленку бросить в бак. Обработать кожные складки, запеленать и положить в кроватку.  11. Слить воду и обработать ванночку. Снять перчатки и погрузить их в емкость с дез. раствором в соответствующей концентрации с последующей утилизацией в пакетах для отходов класса «В».  12. Вымыть (обработать) руки на гигиеническом уровне. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Терапия:**  **Постановка гипертонической клизмы**  1. Объясните пациенту ход и цель процедуры, получите его согласие.  2. Постелите на кушетку клеенку, сверху пеленку, отгородите пациента ширмой.  3. Наденьте халат, маску, клеенчатый фартук.  4. Наберите в грушевидный баллончик или шприц Жане 50 – 100 мл гипертонического раствора, подогретого на «водяной» бане до t0 – 380С.  5. Смажьте слепой конец газоотводной трубки вазелиновым маслом на протяжении 20 – 30 см.  6. Уложите пациента на левой бок, правая нога должна быть согнута в коленном суставе и слегка приведена к животу.  7. Раздвиньте ягодицы I и II пальцами левой руки, а правой рукой осторожно легкими вращательными движениями введите газоотводную трубку в заднепроходное отверстие, продвигая ее в прямую кишку, вначале по направлению к пупку 3 - 4 см, а затем параллельно позвоночнику на глубину 20 - 30 см.  8. Присоедините к наружному концу газоотводной трубки грушевидный баллончик или шприц Жане, предварительно выпустив воздух, и медленно введите гипертонический раствор.  9. Наложите на наружный конец газоотводной трубки зажим или пережмите ее.  10. Извлеките газоотводную трубку правой рукой, одновременно левой рукой прощупывайте трубку, чтобы вывести лекарственное вещество из трубки.  11. Вытрите салфеткой кожу в направлении спереди назад (от промежности к анальному отверстию).  12. Попросите пациента повернуться на спину и задержать раствор в кишечнике в течение 20 – 30 минут. Спросите пациента о самочувствии.  13. Погрузите наконечник, газоотводную трубку в емкость сдезраствором.  14. Снимите перчатки.  15. Поместите салфетки, перчатки в отходы класса Б.  16. Вымойте и осушите руки.  **Хирургия:**  **Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных**  1. Объясните пациенту ход предстоящей процедуры, получите согласие па проведение процедуры.  2. Заполните пузырь мелко наколотым льдом, долейте воды, вытесните воздух, завинтите пробку. Проверьте герметичность, перевернув пузырь крышкой вниз.  3. Оберните пузырь со льдом полотенцем, и положите на нужный участок тела.  4. Через 20-30 минут обязательно снимите пузырь и сделайте перерыв на 10-15 минут.  5. Уберите пузырь для льда, вылейте воду из него и продезинфицируйте пузырь. Спросите у больного о его самочувствии. |  |
|  | 6. Вымойте и осушите руки (с использованием мыла или антисептика).  7. Сделайте отметку о выполнении манипуляции в листе динамического наблюдения за пациентом.  ПРИМЕЧАНИЕ: По мере таяния льда в пузыре воду сливают, а кусочки льда добавляют. Замораживать пузырь, заполненный водой в морозильной камере нельзя, т.к. это может привести к обморожению.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку |  | |  | Постановка гипертонической клизмы |  | |  | Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных |  | |  |
| Дата | Содержание работы  **Педиатрия:**  **Забор кала на копрограмму, бак. исследование, яйца глистов и скрытую кровь**  **Забор кала на копрограмму:**  1. Приготовить одноразовую емкость для сбора кала с герметичной крышкой, оформить направление. На емкости указать Ф.И.О., дату рождения пациента, дату и время сбора материала, отделение, № палаты.  2. Вымыть руки, надеть перчатки.  3. Взять кал шпателем из нескольких участков памперса без примесей мочи и воды в количестве 5-10 гр, поместить его в подготовленную емкость, закрыть крышкой.  4. К емкости с фекалиями прикрепить направление, поместить ее в контейнер для транспортировки.  5. Обработать использованный материал и перчатки в соответствии с требованиями санэпидрежима.  6. Провести гигиеническую обработку рук.  7. Доставить в клиническую лабораторию емкость с фекалиями.  **Взятие кала на бакпосев**  1.Представиться маме, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, получить информированное согласие на ее проведение.  2.Обработать руки гигиеническим способом, осушить их, надеть перчатки.  3.Уложить ребенка на спину до одного года или на левый бок старшего возраста.  4.Извлечь петлю из пробирки (держать ее только за наружную поверхность ватно-марлевого тампона, плотно закрывающего пробирку).  5.Развести ягодицы ребенка левой рукой, осторожно ввести петлю в анальное отверстие, продвигая ее в прямую кишку круговыми движениями на 1-2 см., затем осторожно удалить петлю, или взять кал из горшка (судна) в местах скопления слизи и крови.  6.Опустить петлю в стерильную пробирку с консервантом, не касаясь краев и наружной поверхности; пробирки. Поставить пробирку в штатив.  7.Снять перчатки, обработать руки гигиеническим способом, осушить их.  8.Оформить соответствующее направление: Ф.И.О. ребенка, возраст, №палаты, название отделения, дата, цель исследования.  9.Отправить материал и направление в бак. лабораторию.  10.Сделать запись о манипуляции в медицинской документации.  **Взятие кала на яйца глистов:**  1. Обьяснить маме/ ребенку цель и ход процедуры.  2. Обработать руки гигиеническим способом, надеть стерильные резиновые перчатки.  3. Подготовить необходимые оснащение.  4. Собрать кал непосредственно перед исследованием в чисто вымытый, ошпаренный кипятком горшок.  5. Чистым деревянным щпателем забрать свежевыпущенный кал ( 5-10 г ) из нескольких мест последней порции и поместить его чистую сухую баночку ( после чего погружают шпатель в дезрастворе).  **6.** Выписать направление, отправить материал в лабораторию в течение 1 часа. | оценка |
|  | 7. Горшок после забора материала замочить в дезрастворе, затем промыть под проточной водой и осушить.  8. Снять перчатки, выбросить в контейнер.  9. Вымыть и осушить руки.  **Взятие кала на скрытую кровь:**  1. Проведите инструктаж с матерью о порядке сбора кала на исследование. Пациент в течение 3-х дней до предстоящего анализа должен находиться на специальной диете (исключить из рациона мясо, рыбу, все виды зеленых овощей, гранаты, помидоры, яйца, свеклу, лекарственные вещества, содержащие железо, магний, висмут, йод, бром, а также карболен).  2. Объясните маме, что кал следует брать утром в день исследования.  3. Уточните у мамы, нет ли у ребенка другого источника кровотечения, приводящего к ложноположительному результату.  4. В случае положительного ответа дайте рекомендации, позволяющие исключить попадание крови в фекалии.  - не следует чистить зубы щеткой в течение 3-х дней;  - если пациент страдает носовым или геморроидальным кровотечениями, исследование не проводят.  5. Перед взятием кала надеть перчатки.  6. Разъясните, что ребенок должен опорожнить кишечник в памперс без воды.  7. После акта дефекации возьмите 5-10 г. кала лопаточкой из темных разных участков и поместите в контейнер, закройте крышку.  8. Доставьте контейнер с содержимым в лабораторию с направлением (отделение, № палаты. ФИО пациента, цель исследования, дата, подпись м/с).  9. Снимите перчатки, поместите их в отходы класса Б.  10. Вымойте и осушите руки.  **Терапия:**  **Постановка масляной клизмы**  1. Объясните пациенту цель предстоящей процедуры, получите его согласие на ее проведение, предупредите его, что после клизмы он не должен будет вставать с постели до утра.  2. Наденьте перчатки.  3. Наберите в грушевидный баллон 100 – 200 мл теплого масла.  4. Смажьте газоотводную трубку вазелином.  5. Уложите пациента на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами.   1. 6. Раздвиньте ягодицы пациента, введите газоотводную трубку в прямую кишку на 15 – 20 см. 2. 7. Подсоедините к трубке грушевидный баллон и медленно введите масло. 3. 8.Не разжимая грушевидный баллон, отсоедините его от газоотводной трубки. 4. 9. Извлеките газоотводную трубку и поместите ее вместе с грушевидным баллоном в лоток. 5. 10. Помогите пациенту вытереть область анального отверстия. 6. 11. Придайте пациенту удобное положение. Укройте его. Убедитесь, что пациент чувствует себя комфортно, поскольку эффект этой клизмы наступит через 6 – 10 часов. 7. 12. Уберите предметы ухода. 8. 13. Снимите перчатки. 9. 14. Вымойте руки. |  |
|  | **Хирургия:**  **Наложение давящей повязки при венозном кровотечении**  1. Обработайте руки спиртом.  2. Наденьте резиновые перчатки.  3. Осмотрите пациента, успокойте, уложите больного.  4. Оцените состояние пациента и раны.  5. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.  6. Придайте удобное положение пациента с хорошим доступом к ране.  7. Обработайте края раны раствором 10% повидоном.  8. Просушите салфеткой.  9. Наложите на рану стерильные салфетки.  10. Наложите поверх салфетки ватно-марлевый тампон.  11. Закрепите тампон бинтовой повязкой (в зависимости от локализации раны).  12. Транспортируйте пациента в стационар, во время транспортировки следите за АД, ЧДД, пульсом, сознанием, состоянием повязки.  13. Снять перчатки и отпустите в емкость отходов класса Б.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Забор кала на копрограмму, бак. исследование, яйца глистов и скрытую кровь. |  | |  | Постановка масляной клизмы. |  | |  | Наложение давящей повязки при венозном кровотечении. |  | |  |
| Дата | Содержание работы  **Педиатрия:**  **Применение мази, присыпки, постановка компресса**  **Применение присыпки:**   1. Кожу новорожденного нужно очистить и просушить. Если средство попадает на влажный кожный покров, он быстро скатывается комками. 2. Необходимую часть присыпки растереть ладонями, чтобы не осталось комков. Припудрить складочки осторожными, похлопывающими движениями. Растирать присыпку не рекомендовано. Ее разрешается наносить при помощи шарика из поролона или ваты, но тогда она будет активно распыляться. Да и прикосновения мамы куда лучше! 3. Не рекомендуется насыпать сразу на новорожденного. Повышается вероятность распыления в воздухе или на кожный покров новорожденного попадет лишнее количество средства. Во избежание пересыхания кожи не припудривать толстым слоем. 4. Для полного высыхания присыпки и кожи нужно подержать ребенка без одежды несколько минут. 5. Обрабатывать важно не только места, где одет подгузник. Нужно припудрить складки под мышками, на ручках, под коленями, в области шеи. 6. Рекомендовано производить чередование порошкового средства с детским кремом. 7. Если замечена негативная реакция в виде покраснения или сыпи на коже, использование следует прекратить.   **Применение мази:**  1. Прочитайте название мази.  2. Информируйте маму о ходе манипуляции и о лекарственном препарате.  3. Помогите ребенку занять удобное для процедуры положение.  4. Вымойте руки.  5. Выдавите из тюбика на стеклянную лопаточку (или возьмите шпателем из большой емкости) нужное для пациента количество мази.  6. Нанесите мазь тонким слоем на кожу, пользуясь стеклянной лопаточкой; не делайте это руками, т. к. некоторые мази всасываются и через неповрежденную кожу.  7. Скажите маме ребенка подержать поверхность кожи с нанесенной мазью 10 – 15 минут открытой.  8. Осмотрите ребенка, не испытывает ли он дискомфорта в связи с процедурой.  9. Вымойте руки.  10. Осмотрев кожу, убедитесь, что мазь впиталась.  **Постановка компресса:**  1.Проведите психологическую подготовку ребенка (мамы), объясните ход процедуры. 2.Удобно усадите ребенка ( на стул или на колени маме - по возрасту). 3.Вымойте руки теплой водой с мылом и высушите чистым полотенцем. 4.Освободите больное ухо: уберите волосы, снимите серьги.  5.Налейте в лоток растительного масло или спирт 30-40 (водка), или спирт 70-96 с водой 1:1. 6. Смочите марлевую салфетку. 7. Отожмите | оценка |
|  | 8. Наденьте влажный слой на ухо.  9. Наденьте изолирующий слой на ухо.  10. Приложите вату к уху так, чтобы были закрыты все нижележащие слои.  11. Зафиксируйте компресс бинтом относительно плотно, чтобы не проходил воздух.  12. Вымойте руки. 13. Через 2 часа проверьте правильность постановки компресса (внутренний слой должен быть теплым и влажным), 14. через 4-6 ч снимите компресс, 15. Протрите осторожно кожу ватой, смоченной в теплой воде, если использовали растительное масло, 16. Протрите кожу насухо, 17. Наденьте ребенку шапочку или косынку.  **Терапия:**  **Постановка периферического венозного катетера**  1. Объяснить цель и ход процедуры, убедиться в отсутствии противопоказаний, уточнить информированность о лекарственном средстве, получить согласие на процедуру.  2. Подготовить необходимое оснащение.  3. Помочь пациенту лечь, принять удобное положение.  4. Выбрать и осмотреть вену в локтевой ямке методом пальпации. Убедиться, что в месте инъекции нет болезненности, местного повышения температуры, высыпаний.  5. Подложить под локоть клеенчатую подушечку, помочь максимально разогнуть руку в локтевом суставе.  6. Вымыть руки, надеть чистые перчатки.  7. В стерильном лотке подготовить 3 ватных шарика, обработанных антисептиком, 2 стерильные салфетки.  8. Упаковку катетера обработать антисептиком.  9. Наложить резиновый жгут (на рубашку или пелёнку) в средней трети плеча.  10. Проверить пульс на лучевой артерии, убедится в его наличии.  11. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кисть в кулак; одновременно обработать область венепункции ватным шариком, смоченным антисептиком, делая мазки в направлении от периферии к центру, двукратно.  12. Снять защитный чехол катетера.  13. Снять колпачок с иглы катетера, крылышки разогнуть, 3-мя пальцами доминантной руки взять катетер: 2-й, 3-й палец доминантной руки охватывают канюлю иглы в области крылышек, 1-й палец поместите на крышке заглушки.  14. Фиксировать вену большим пальцем левой руки, натянув кожу над местом венепункции.  15. Пациент оставляет кисть сжатой.  16. Ввести иглу катетера срезом вверх под углом 15 гр. к коже, наблюдая за появлением крови в индикаторной камере. |  |
|  | 17. При появлении в канюле крови уменьшают угол наклона иглы-стилета и на несколько миллиметров вводят иглу в вену.  18. Придерживая стальную иглу-стилет на месте, осторожно ввести тефлоновый катетер в сосуд (сдвигать с иглы в вену).  19. Снять жгут. Пациент разжимает кисть.  20. Пережать вену для снижения кровотечения (прижать пальцем) и полностью извлечь стальную иглу, утилизировать иглу.  21. Снять заглушку с защитного чехла и закрыть катетер (можно сразу присоединить шприц или инфузионную систему).  22. Зафиксировать катетер фиксирующей повязкой.  23. Провести регистрацию катетеризации вены согласно требованиям лечебного учреждения.  **Хирургия:**  **Применение холода для остановки кровотечения**  1. Установить доверительные отношения с пациентом.  2. Объяснить цель, ход процедуры, уточнить понимание, получить согласие на процедуру.  3. Подготовить необходимое оснащение.  4. Заполнить пузырь для льда мелкими кусочками льда, залить их холодной водой.  5. Положить пузырь на горизонтальную поверхность, завинтить пробку.  6. Завернуть пузырь в полотенце, салфетку.  7. Приложить на нужный участок тела: область головы на 5 минут (с интервалом 5 минут); область брюшины на 15-20 минут (с интервалом 30 минут).  8. Зафиксировать время.  9. По мере таяния льда, воду сливать, и подкладывать новые кусочки льда.  10. Убрать пузырь со льдом, вылить воду и удалить остатки льда.  11. Пациенту создать покой и удобное положение  12. Обработать пузырь дезинфицирующим раствором.  13. Вымыть и осушить руки.  Примечание: при нарушении целостности кожных покровов медсестре необходимо перед началом процедуры надеть перчатки, а после окончания – снять их и продезинфицировать.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Применение мази, присыпки, постановка компресса. |  | |  | Постановка периферического венозного катетера. |  | |  | Применение холода для остановки кровотечения. |  | |  |
| Дата | Содержание работы  **Педиатрия:**  **Подача кислорода через маску и носовой катетер**  **Оксигенотерапия с помощью носовых катетеров:**  1. Вымыть руки, надеть перчатки;  2. Придать ребенку удобное положение;  3. При необходимости очистить носовые ходы;  4. Измерить глубину введения катетера (от крыла носа до конца уха);  5. Взять катетер, как писчее перо, увлажненный водой конец катетера  6. Ввести по нижнему носовому ходу до метки (катетер держать перпендикулярно поверхности лица);  7. Катетер введен правильно, если его кончик виден в зеве и находится на один сантиметр ниже малого язычка;  8. Закрепить наружную часть катетера на щеке.  **Дача кислорода через маску Амбу:**  Вымыть руки, надеть перчатки  1. Обработать маску: протереть ватным тампоном, смоченным 70% спиртом, а затем, протереть стерильным изотоническим раствором.  2. Очисть рот и глотку от слизи.  3. Запрокинуть голову и выдвинуть нижнюю челюсть ребенка.  4. Плотно фиксировать левой рукой маску к лицу больного и быстро сжать мешок.  5.Разжать мешок для заполнения его новой порцией воздушно-кислородной смесью (для доношенных – 60% кислород, для недоношенных – 40%).  6.Контролировать визуально дыхательные движения грудной клетки.  7.Контролировать свободную проходимость дыхательных путей.  **Терапия:**  **Введение инсулина**  1. Объясните пациенту ход проведения манипуляции, получите от него согласие.  2. Наденьте чистый халат, маску, обработайте руки на гигиеническом уровне, наденьте перчатки.  3. Прочитайте название инсулина, дозировку (40,80,100 ЕИ в 1 мл) – должен соответствовать назначению врача.  4. Посмотрите дату, срок годности – должен соответствовать.  5. Проверить целостность упаковки.  6. Вскройте упаковку с выбранным стерильным инсулиновым шприцом, выложите его в стерильный лоток.  7. Вскройте алюминиевую крышку, обрабатывая её 70 % спиртом двукратно.  8. Проколите резиновую крышку флакона после высыхания спирта, наберите инсулин (дозу, назначенную врачом и плюс 2 ЕИ).  9. Смените иглу. Выпустите воздух из шприца (2 ЕД уйдут в иглу).  10. Положите шприц на стерильный лоток, приготовьте 3 стерильных, ватных шарика (2 смоченных 70% спиртом, 3-ий - сухой).  11. Обработайте кожу сначала 1-м, затем 2-м ватным шариком (со спиртом), 3-ий (сухой) зажмите в левой руке. | оценка |
|  | 12. Соберите кожу в складку треугольной формы.  13. Введите иглу в основание складки под углом 45° на глубину 1-2 см (на 2/3 иглы), держа шприц в правой руке.  14. Введите инсулин.  15. Прижмите место укола сухим ватным шариком.  16. Извлеките иглу, придерживая ее за канюлю.  17. Сбросьте одноразовый шприц и иглу в ёмкости c 3% хлорамином на 60 мин.  18. Снять перчатки, поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.  19. Вымыть руки, осушить.  **Хирургия:**  **Определение группы крови, пробы на индивидуальную резус совместимость, биологическая проба**  **Определение группы крови:**  Нанести цоликлоны анти-А, анти-В на специальный планшет по одной большой капле (0,1 мл), под соответствующими надписями.  Рядом с ними капнуть исследуемую кровь (0,01–0,03 мл) по одной маленькой капле. Перемешать их и наблюдать за наступлением или отсутствием реакции агглютинации в течение 3 мин. При сомнительном результате добавить 1 каплю 0,9% физиологического раствора.  Расшифровка результатов определения группы крови  - если реакция агглютинации наступила с анти-А цоликлоном, то исследуемая кровь относится к группе А (II);  - если реакция агглютинации наступила с анти-B цоликлоном, то исследуемая кровь относится к группе B (III);  - если реакция агглютинации не наступила с анти-А и с анти-B цоликлонами, то исследуемая кровь относится к группе 0 (I);  - если реакция агглютинации наступила с анти-А и с анти-B цоликлонами, то исследуемая кровь относится к группе AB (IV).  **Определение резус-фактора цоликлоном Анти-D**  На планшете смешивают большую каплю (0,1 мл) анти-D цоликлона и маленькую каплю (0,01 мл) исследуемой крови пациента. За наступлением реакции агглютинации или её отсутствием наблюдают в течение 3 мин.  - если реакция агглютинации наступила с цоликлоном анти-D , то исследуемая кровь относится к резус-положительной (Rh+)  - если реакция агглютинации не наступила с цоликлоном анти-D, то исследуемая кровь относится к резус-отрицательной (Rh—).  **Проба на индивидуальную совместимость по системе АВ0**  На белую поверхность (тарелку, пластинку) на­носят крупную каплю {0,1 мл) сыворотки крови реципиента и маленькую капельку (0,01 мл) крови донора из флакона и смешивают их между собой, периодически покачивая тарелку (пластинку). Реакция проводится при температуре 15 - 25°С, ре­зультаты оценивают через 5 минут:  - отсутствие агглютинации эритроцитов донора свидетельствует о совместимости крови донора и реципиента по системе АВО.  Появление агглютинации указывает на их несовместимость — такую кровь данному больному переливать нельзя. |  |
|  | **Биологическая проба**   1. 1. Объяснить пациенту суть предстоящий манипуляции, получить его информированное согласие. 2. 2. Вымыть руки с мылом, осушить индивидуальным полотенцем. 3. 3. Обработать руки кожным антисептиком и надеть стерильные перчатки. 4. 4. Подготовить систему для внутривенного вливания крови. 5. 5. Подсоединить систему к локтевой вене. 6. 6. Однократно переливается 10 мл гемотрансфузионной среды со скоростью 2 – 3 мл (40-60 капель) в минуту, затем переливание прекращают и в течение 3 минут наблюдают за реципиентом. Такую процедуру проводят еще дважды   **Оценка результата:**  а) если у реципиента не отмечается нарушений гемодинамики и нет жалоб – проба отрицательная, переливание производить можно;  б) при наличии беспокойства, болей в пояснице, озноба, мелькание «мушек» перед глазами и других жалоб, пробу следует оценить как положительную, переливание необходимо прекратить. Больного берут под наблюдение.  **Окончание манипуляции:**   1. 1. Уточнить у пациента о его самочувствии. 2. 2. Снять перчатки, поместить их в дезинфицирующий раствор. 3. 3. Вымыть руки, осушить полотенцем. 4. 4. Заполнить протокол гемотрансфузии.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подача кислорода через маску и носовой катетер |  | |  | Введение инсулина |  | |  | Определение группы крови, пробы на индивидуальную резус совместимость , биологическая проба |  | |  |
| Дата | Содержание работы  **Педиатрия:**  **Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей**  **Обработка волосистой части головы при гнейсе:**  1. Объяснить маме/родственникам цель и ход проведения процедуры.  2. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки, постелить пелёнку на пеленальный стол (предварительно обработанный дезинфицирующим раствором)  3. Уложить или усадить ребёнка на пеленальный стол.  4. Ватным тампоном, обильно смоченным стерильным вазелиновым (растительным) маслом, обработать волосистую часть головы промокательными движениями в местах локализации гнейса (для размягчения себорейных корочек).  5. Для лучшего размягчения и отслоения корочек положить на обработанную поверхность марлевые салфетки и надеть шапочку (минимум на 2 часа).  6. Через 2 часа провести гигиеническую ванну.  7. После проведения гигиенической ванны осторожно удалить корочки с помощью мягкой щёточки.  Примечание: если не удалось удалить все корочки – повторить процедуру в течение нескольких дней. Плотно «сидящие на волосах» корочки срезаются ножницами вместе с волосами  8. Убрать пелёнку с пеленального стола и поместить её в мешок для грязного белья. Снять перчатки и осушить руки.  **Обработка ногтей:**  1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход проведения процедуры; 2. Подготовить необходимое оснащение; 3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки; 4. Обрабатывать режущую часть ножниц ватным тампоном, смоченным в спирте; 5. Удобно зафиксировать ребенка у себя на руках. Выполнение процедуры: Постричь ногти ребенку: - на руках округло; - на ногах - прямолинейно. Окончание процедуры: Уложить ребенка в кроватку и передать его маме. Инфекционный контроль: 1. Использованные ножницы обработать 70% этиловым спиртом, 2. Снять перчатки, замочить их в 3% р-ре хлорамина на 60 минут, 3. Обработать руки. | оценка |
|  | **Терапия:**  **Подготовка пациента и проведение дуоденального зондирования**  1. За 3 дня до проведения дуоденального зондирования на ночь давать больному стакан тёплого сладкого чая (за исключением больных сахарным диабетом) и ставить грелку на область правого подреберья (за исключением пациентов с подозрением на лямблиоз).  2. Усадить больного на стул таким образом, чтобы спина плотно прилегала к спинке стула, голову пациента слегка наклонить вперёд.  3. Осторожно поместить слепой конец зонда на корень языка больного и попросить его делать глотательные движения.  4. При достижении зондом желудка на его свободный конец наложить зажим.  5. Уложить больного на кушетку без подушки на правый бок, предложив ему согнуть ноги в коленях; под правый бок (на область печени) подложить тёплую грелку.  6. Попросить пациента продолжить заглатывание зонда в течение  20–60 мин до метки 70 см.  7. Опустить в пробирку конец зонда, снять зажим; если олива зонда находится в начальной части двенадцатиперстной кишки, в пробирку начинается поступление золотисто-жёлтой жидкости (порция А – «дуоденальная желчь»).  8. Собрать в течение 10 мин 2–3 пробирки поступаемой жидкости (порция А желчи), наложить на конец зонда зажим.  9. Если порция А желчи не поступает, нужно слегка потянуть зонд назад (возможен заворот зонда) или провести повторное зондирование под визуальным рентгенологическим контролем.  10. Уложить пациента на спину, снять зажим и через зонд шприцем ввести раздражитель желчного пузыря, попросить больного лечь на спину, на зонд наложить зажим.  11. Через 10–15 мин попросить больного лечь на правый бок, опустить зонд в следующую пробирку и снять с зонда зажим. В пробирку в течение 20–30 мин будет поступать густая жидкость темно-оливкового цвета – «пузырная желчь» (порция В, около 60 мл).  12. Если порция В желчи не поступает, вероятно, имеется спазм сфинктера Одди. Для его снятия следует ввести больному подкожно 1 мл 0,1 %-го раствора атропина (по назначению врача!).  13. Когда начнёт выделяться прозрачная жидкость золотисто-жёлтого цвета (порция С), опустить зонд в следующую пробирку – в течение 20–30 мин выделяется 15–20 мл желчи из желчных протоков печени (печёночная желчь).  14. Осторожно извлечь зонд и погрузить его в ёмкость с дезинфицирующим раствором.  15. Отправить полученные порции жёлчи в лабораторию.  **Хирургия:**  **Уход за стомами**  **Уход за колостомой:**  1. Несколько шариков кладут в тазик и заливают перекисью водорода. |  |
|  | 2. Берут шарик пинцетом, обрабатывают кожу вокруг выступающей части слизистой оболочки кишки красного цвета (колостомы) движениями от периферии к отверстию. Повторяют обработку несколько раз.  3. Обрабатывают кожу вокруг колостомы шариком, смоченным спиртом. 4. Шпателем на кожу вокруг колостомы наносят толстым слоем (0,5 см) изолирующую мазь или пасту. 5. Накладывают повязку: смачивают стерильную салфетку вазелиновым маслом, кладут на стому, а поверх нее - еще несколько салфеток с ватой. 6. Укрепляют повязку бинтами, а лучше с помощью бандажа или специального пояса.  **Уход за трахеостомой:**  1. Каждые 2 - 3 ч в трахеотомическую трубку вливают две-три капли стерильного масла или 4% раствора натрия гидрокарбоната, чтобы она не забилась слизью. Извлекают канюлю из трубки 2 - 3 раза в сутки, очищают, обрабатывают, смазывают маслом и снова вводят в наружную трубку.  2. Если пациент с трахеостомой сам не может хорошо откашляться, то периодически отсасывают содержимое трахеи.  3. Чтобы избежать мацерирования кожи вокруг трахеостомы, необходимо, не вынимая трубки, обрабатывать кожу. Для этого следует: а) положить в стерильный почкообразный тазик достаточное количество ватных шариков и залить их раствором фурацилина; б) используя стерильный пинцет, обработать кожу вокруг стомы шариками, смоченными фурацилином; в) после обработки кожи антисептическим раствором нанести пасту Лассара или цинковую мазь, затем наложить асептическую повязку, для чего две стерильные салфетки разрезать до половины на две равные части и подвести под трубку с одной и другой стороны.  **Уход за гастростомой:**  **После каждого введения пищи через гастростомическую трубку необходимо:** 1) положить в тазик несколько ватных шариков и залить раствором фурацилина или перекиси водорода; 2) обработать шариками, надетыми на пинцет, кожу вокруг трубки, затем обработать кожу вокруг стомы шариком, смоченным спиртом; 3) нанести на кожу вокруг трубки с помощью шпателя изолирующую мазь; 4) наложить сухую асептическую повязку, для чего стерильную салфетку разрезают на две части до половины и, раздвинув, кладут вокруг трубки, вторую салфетку кладут с другой стороны; 5) зафиксировать повязку пластырем или с помощью пояса из ткани с отверстием для трубки.  **Уход за цитостомой:**  Манипуляцию выполняют в перчатках. 1. На водяной бане до +38 °С подогревают раствор фурацилина или нитрата серебра и набирают в шприц Жане 100 - 150 мл. 2. Отсоединяют контейнер для мочи от катетера Пеццера. |  |
|  | 3. Присоединяют к катетеру шприц Жане и промывают мочевой пузырь раствором антисептика, выводя раствор после промывания в мочеприемник.  4. Промывают контейнер для мочи или берут новый и соединяют с катетером.  5. Кожу вокруг катетера обрабатывают раствором перекиси водорода с помощью ватных шариков, которые держат пинцетом.  6. Кожу вокруг цистостомы обрабатывают спиртом.  7. Накладывают сухую асептическую повязку. Для этого стерильную салфетку разрезают пополам до середины и кладут вокруг катетера. Так же подготавливают вторую салфетку и кладут с противоположной стороны.  8. Салфетки фиксируют лейкопластырем или бандажом.  9. Снять перчатки и утилизировать в отходы класса В, обработать руки антисептиком.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей |  | |  | Подготовка пациента и проведение дуоденального зондирования |  | |  | Уход за стомами |  | |  |

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринский уход в терапии**

Ф.И.О. обучающегося: Домаркайте Элина Геннадьевна

Группы 408 специальности «Сестринское дело»

Проходившего (ей) преддипломную практику с 12 мая по 8 июня 2020 г

За время прохождения практики мною выполнены следующие виды работ:

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

**ОТЧЕТ ПО ПРЕДДИПЛОМНОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в хирургии**

Ф.И.О. обучающегося: Домаркайте Элина Геннадьевна

Группы 408 специальности «Сестринское дело»

Проходившего (ей) преддипломную практику с 12 мая по 8 июня 2020 г

За время прохождения практики мною выполнены следующие объемы работ:

**1. Цифровой отчет**

|  |  |
| --- | --- |
| **Виды работ** | **Количество** |
| Сбор сведений о больном. | ОЗН |
| Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | ОЗН |
| Оценка тяжести состояния, выявление проблем пациента | ОЗН |
| Составление плана сестринского ухода за больным | ОЗН |
| Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | ОЗН |
| Выписка направлений на консультации специалистов | ОЗН |
| Кормление пациента через зонд | ОЗН |
| Уход за кожей (профилактика пролежней), слизистыми (глаз, полостью рта) и т. д. Уход за подключичным катетером. | ОЗН |
| Обработка послеоперационных швов. | ОЗН |
| Приготовление перевязочного материала (салфеток, шариков). | ОЗН |
| Предстерилизационная очистка инструментов | ОЗН |
| Изготовление дренажей (резиновых, марлевых, комбинированных) | ОЗН |
| Укладывание в биксы операционного белья, одежды, перевязочного материала, перчаток. | ОЗН |
| Обработка рук хирургическим, современным методом | ОЗН |
| Надевание стерильного халата и перчаток на себя | ОЗН |
| Пользование стерильным биксом | ОЗН |
| Накрытие стерильного стола | ОЗН |
| Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных. | ОЗН |
| Остановка артериального кровотечения пальцевым прижатием артерии к кости | ОЗН |
| Остановка артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности в суставе | ОЗН |
| Наложение давящей повязки при венозном кровотечении. | ОЗН |
| Применение холода для остановки | ОЗН |
| Наложение мягких повязок «на различные участки тела» | ОЗН |
| Наложение окклюзионной повязки или пластырной повязки | ОЗН |
| Снятие повязок с послеоперационной раны | ОЗН |
| Приготовление и наложения транспортных шин | ОЗН |
| Определение группы крови, пробы на индивидуальную, резус совместимость, биологическую пробу | ОЗН |
| Проведение премедикации | ОЗН |
| Приготовление столика медсестры анестезиологического кабинета | ОЗН |
| Сбор инструментов для операции | ОЗН |
| Уход за стомами | ОЗН |
| Туалет гнойной раны | ОЗН |
| Уход за мочевым катетером | ОЗН |
| Снятие швов с послеоперационной раны | ОЗН |
| Подготовка пациента к диагностическим исследованиям (рентгенологическим, эндоскопическим, ультразвуковым и т.д.). | ОЗН |
| Подготовка пациента к операции. Обучение пациента и его родственников уходу в до и послеоперационном периоде | ОЗН |
| Раздача и контроль приема лекарственных средств больными  Проведение оксигенотерапии | ОЗН |
| Оформление сестринской документации (истории болезни, журнала движения больных, порционного требования, выборка назначений врача и т.д.). | ОЗН |
| Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке и при других острых аллергических реакциях | ОЗН |

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в педиатрии**

Ф.И.О. обучающегося: Домаркайте Элина Геннадьевна

Группы 408 специальности «Сестринское дело»

Проходившего (ей) преддипломную практику с 12 мая по 8 июня 2020 г

За время прохождения практики мною выполнены следующие объемы работ:

**1. Цифровой отчет**

|  |  |
| --- | --- |
| **Виды работ** | **Количество** |
| Сбор сведений о больном ребёнке. | ОЗН |
| Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | ОЗН |
| Оценка тяжести состояния ребенка, выявление проблем пациента | ОЗН |
| Составление плана сестринского ухода за больным | ОЗН |
| Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | ОЗН |
| Выписка направлений на консультации специалистов | ОЗН |
| Кормление новорожденных из рожка и через зонд | ОЗН |
| Введение капель в глаза, нос, уши, | ОЗН |
| Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка. | ОЗН |
| Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку | ОЗН |
| Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария | ОЗН |
| Подготовка материала к стерилизации | ОЗН |
| Работа с кувезом, линеоматом, аппаратом контроля витальных функций | ОЗН |
| Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид. режима | ОЗН |
| Антропометрия | ОЗН |
| Проведение контрольного взвешивания | ОЗН |
| Составление планов обучения семьи уходу за больным ребенком, подготовке к дополнительным исследованиям, сбору биологического материала для исследований. | ОЗН |
| Пеленание | ОЗН |
| Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку | ОЗН |
| Мытье рук, надевание и снятие перчаток | ОЗН |
| Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей. | ОЗН |
| Заполнение медицинской документации | ОЗН |
| Проведение проветривания и кварцевания | ОЗН |
| Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований | ОЗН |
| Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь | ОЗН |
| Проведение ингаляций | ОЗН |
| Проведение очистительной и лекарственной клизмы, введение газоотводной трубки | ОЗН |
| Применение мази, присыпки, постановка компресса. | ОЗН |
| Разведение и введение антибиотиков | ОЗН |
| Осуществление парентерального введения лекарственных препаратов. | ОЗН |
| Забор крови для биохимического и гормонального исследования | ОЗН |
| Подача кислорода через маску и носовой катетер | ОЗН |
| Обработка слизистой полости рта при стоматите | ОЗН |

**2. Текстовой отчет**

При прохождении производственной практики мною самостоятельно были проведены: «Рекомендации для медработников по уходу за новорожденным, родившимся от ВИЧ – инфицированной матери»

санпросвет работы с указанием количества человек курация, беседы с детьми, родителями

Я хорошо овладел(ла) умениями: кормление новорожденных из рожка и через зонд, мытье рук, надевание и снятие перчаток, подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления

Особенно понравилось при прохождении практики: подача кислорода через маску и носовой катетер, разведение и введение антибиотиков, выполнение различных видов инъекций, раздача медикаментов пациентам

Недостаточно освоены: определение группы крови, пробы на индивидуальную, резус совместимость, биологическую пробу

Замечания и предложения по прохождению практики не имею

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

подпись (расшифровка)

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

подпись (расшифровка)

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

подпись (расшифровка)

М.П. организации

**ПРОТОКОЛ ТЕСТИРОВАНИЯ**

Фамилия, имя, отчество Домаркайте Элина Геннадьевна

Специальность Сестринское дело

Идентификатор варианта Вариант №2003

Дата тестирования 06.06.2020 Время: с 18:11 по 18:35

Результат тестирования 71%

Ответы на вопросы тестовых заданий:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Г**  2. **Г**  3. **Г**  4. **А**  5. **А**  6. **Г** | 7. **А**  8. **В**  9. **Г**  10. **А**  11. **А**  12. **В** | 13. **Г**  14. **В**  15. **В**  16. **Б**  17. **Г**  18. **Б** | 19. **Б**  20. **А**  21. **В**  22. **Б**  23. **В**  24. **Б** | 25. **А**  26. **А**  27. **А**  28. **В**  29. **А**  30. **А** | 31. **В**  32. **В**  33. **А**  34. **Г**  35. **Б**  36. **А** | 37. **А**  38. **Г**  39. **Б**  40. **В**  41. **Б**  42. **А** | 43. **В**  44. **Г**  45. **Б**  46. **Г**  47. **Б**  48. **Б** | 49. **Б**  50. **В**  51. **Г**  52. **В**  53. **Г**  54. **Б** | 55. **А**  56. **В**  57. **Б**  58. **Г**  59. **Г**  60. **Г** |

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6 К ДИФФ ЗАЧЕТУ ПО ПЕДИАТРИИ**

Медсестра на патронаже у ребенка, больного корью. Ребенок болен 6-й день, высыпания второй день. Температура 37,8 С, пульс 120 в мин. ЧДД 28 в мин. На лице, верхней половине туловища пятнисто-папулезная сыпь, расположенная на не гиперемированном фоне. Сыпь местами сливается. У ребенка гнойный конъюнктивит, светобоязнь, серозное отделяемое из носа. Ребенок жалуется, что ему больно смотреть на свет. Мать не умеет промывать глаза, закапывать капли.

**ЗАДАНИЕ:**

1.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода с мотивацией.

2.Обучите мать правилам ухода за кожей и слизистыми.

3.Методика постановки прививки против кори.

**1. Проблемы пациента:**

* светобоязнь;
* мать не умеет промывать глаза ребенку, закапывать капли;
* риск развития блефарита;
* трудно дышать из-за серозного отделяемого из носа;
* риск развития пневмонии.

**Приоритетная проблема:**мать не умеет промывать глаза, закапывать капли в глаза ребенку правильно

**Цель:**мать будет уметь промывать глаза и закапывать капли в глаза ребенку правильно.

**План:**

1. М/с объяснит матери необходимость изоляции ребёнка в отдельной затемненной комнате на 5-10 дней. Для предотвращения распространения инфекции по эпидемическим показаниям, уменьшения светобоязни
2. М/с обучит мать ежедневному промыванию глаз раствором фурацилина, чаем, отваром ромашки, закапыванию капель по назначению врача. Для обеспечения правильного ухода за глазами, профилактики развития блефарита
3. М/с проведет беседу с матерью о мерах профилактики возможных осложнений. Для предупреждения возникновения блефарита

**Оценка:**светобоязнь уменьшилась, мать ребенка умеет правильно промывать ему глаза, закапывать капли. Цель достигнута.

**2. Обучите мать правилам ухода за кожей и слизистыми**

* Налейте жидкость для промывания глаз в стерильную емкость
* Усадите ребёнка в удобное положение
* Наденьте на руки медицинские перчатки и приступайте к процедуре
* Смочите ватный диск и проведите им по одному глазу
* Двигайтесь при этом от внешнего уголка к внутреннему
* Если грязь не удалось убрать с первого раза, повторите манипуляцию еще раз (желательно используя чистый ватный диск)
* Как только глаз очистится от гноя, промокните его кусочком марли или другой мягкой ткани
* Повторите манипуляцию с другим глазом

**3. Методика постановки прививки против кори**

Коревая вакцина содержит штаммы вируса кори. Выпускается в ампулах в форме сухого препарата желто-розового цвета с содержанием 1 прививочной дозы. Вакцинацию проводят детям в возрасте 12 месяцев, не болевших корью. Ревакцинацию в 6 лет.

Подготовка к манипуляции:

1. Осмотреть ребенка

2. Вымыть руки, одеть перчатки

3. Проверить маркировку, целостность, срок годности ампулы с вакциной, количество доз

Выполнение манипуляции:

1. Развести вакцину раствором по 0,5 мл растворителя на одну прививочную дозу вакцины. Растворенная вакцина имеет вид прозрачной, бесцветной жидкости.

2 Обработать 70% спиртом место инъекции

3 Введите разовую дозу вакцины подкожно под лопатку или в область плеча

4 Ампулу с остатками вакцины бросить в лоток для использованного материала. 5 Опустить использованный шприц и ватные тампоны в дезраствор

Окончание манипуляции:

1 Вымыть руки, сбросить перчатки в дезраствор

2 Внести данные о вакцинации в карту профилактических прививок (063/у) и в историю развития ребенка (112/у) с указанием даты вакцинации, дозы, номера серии, учреждения – изготовителя, реакции на прививку.

3 Наблюдать ребенка после прививки в течении 30 минут.

Прививочная реакция**:** у части детей с 6 до 18 суток после введения вакцины могут наблюдаться температурные реакции и катаральные явления (кашель, насморк, конъюнктивит), кореподобная сыпь. Эти явления продолжаются 1-3 суток.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1 К ДИФФ ЗАЧЕТУ ПО ХИРУРГИИ**

В стационар поступил пациент Л. 25 лет на стационарное лечение в хирургическое отделение. Пациент проживает в городских условиях, работает на производстве с очень напряженным циклом, поэтому часто приходится нервничать, много курит. Больным себя считает около года, когда впервые появилась изжога после приема пищи и отрыжка кислым, в течение всего этого времени в поликлинику не обращался, лечился самостоятельно, отказался от алкоголя, строго соблюдал диету и принимал омепразол 1 раз в день, который ему рекомендовал знакомый, но, не смотря на лечение, пациента по прежнему беспокоила изжога после приема пищи и отрыжка кислым.

За месяц до поступления в стационар больной прошел санаторно-курортное лечение в санатории Ессентуки, но, не смотря на проведенное лечение у пациента в последнее время появились боли в эпигастральной области, через 3-4 часа после приема пищи, обильное слюнотечение, отрыжка кислым, изжогу и больной отметил, что стал терять в весе не смотря на сохраненный аппетит, однократно отмечался черный стул. При обращении к участковому терапевту, врач направила пациента на стационарное лечение.

**Жалобы:** на острые боли в эпигастральной области, возникающие через 3-4 часа после еды, нередко ночью, отрыжку кислым, изжогу, запоры, похудание. Аппетит сохранен.

**Объективно:** общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии живота выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

**Задания:**

1.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели сестринского вмешательства

2.Составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

3.Подготовьте пациента к ФГДС и объясните цель исследования.

4.Обучите пациента мерам профилактики осложнений язвенной болезни.

5.Назовите препараты из группы ингибиторов протонной помпы и укажите показания и возможные побочные эффекты.

6.Подготовить набор инструментов для оперативного вмешательства на органах брюшной полости.

**1.Проблемы пациента**

настоящие:

· Боли в эпигастральной области, возникающие через 3-4 часа после еды, ночные боли,

· похудание,

· изжога,

· запоры.

Приоритетная проблема пациента:

· боли в эпигастральной области, возникающие через 3-4 часа после еды,

· изжога,

Потенциальные:

· Риск развития кровотечения, перфорации.

· Риск развития онкологического заболевания.

Краткосрочная цель:

· Уменьшаться боли после приема пищи, исчезнет изжога.

Долгосрочная цель:

Пациент перестанет терять в весе, восстановится нормальный режим дефекации, наступит рубцевание язвы.

**2.План сестринских вмешательств.**

|  |  |
| --- | --- |
| **План** | **Мотивация** |
| 1.М/с обеспечит физический и  психический покой, информирует пациента о цели и методе лечения (оперативное – консервативное).   и сути предстоящих манипуляций | Для обеспечения психоэмоционального воздействия на пациентаи снятие тревоги.  Для осознанного сотрудничества больного в лечебном процессе |
| 2.М/с обеспечит и проконтролирует постельный режим. | Для уменьшения болей, профилактики кровотечения. |
| 3.М/с обеспечит частое дробное питание малыми порциями и проконтролирует назначенную врачом диету (№1а, 1б, 1.) при этом исключит из рациона соленое, острое, жареное. | Для исключения продуктов, вызывающих раздражение слизистой оболочки желудка и12-ти перстной кишки, для обеспечения щадящего воздействия на слизистую, снижения кислотности купированию боли. |
| 4.М/с проведет беседу с родственниками об обеспечении рационального питания пациента. | Для получения более быстрого эффекта от лечения и рецидива в будущем. |
| 5.М/с обеспечит беседу с пациентом о приеме и побочных эффектах антацидных препаратов. | Для предотвращения побочных эффектов при приеме антацидов. |
| 6.М/с обеспечит контроль за температурой тела, пульсом, АД, общим состоянием пациента. | Для объективной оценки результатов лечения или возможных осложнений |

**3. Подготовьте пациента к ФГДС и объясните цель исследования.**

1. Пациент с утра ничего не ест, не пьет, зубы не чистит.
2. В 9 часов отправляется в кабинет ФГС, в сопровождении М/с, взяв с собой полотенце.

**4.Обучите пациента мерам профилактики осложнений язвенной болезни.**

**Первичная:**

1. Предотвращение развития и инфицирования Helicobacter pylori

2. Неукоснительное соблюдение гигиены полости рта.

3. Полностью отказаться от табакокурения и употребления спиртосодержащих напитков.

4. Не пренебрегать искусством питания.

5. Недопущение неоправданного, бессистемного приема лекарств, способных спровоцировать язву.

6. Привлечение к спортивным, трудовым мероприятиям, рекомендованному отдыху. Отводить время для сна не менее шести часов в сутки, соблюдая режим дня. Детям и подросткам выполнять свои возрастные нормы.

7. Не лишне будет обратиться за психологической помощью. Климат в семье дело немаловажное и следует избегать.

**5. Назовите препараты из группы ингибиторов протонной помпы и укажите показания и возможные побочные эффекты.**

Омепразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол, декслансопразол, дексрабепразол.

В общем противопоказаниями и ограничениями к применению ИПН являются: гиперчувствительность к замещенным бензимидазолам (фактически к ИПН), беременность (в инструкциях к некоторым препаратам содержится формулировка: допускается к применению, если польза для беременной превышает риск для матери и плода), кормление грудью, детский возраст, для некоторых ИПН — заболевания печени.

**6. Сбор необходимого набора инструментов для оперативного вмешательства на органах брюшной полости (лапаротомии).**

**Цель:** проведение оперативного вмешательства- лапаротомии.

**Показания:** обеспечение доступа к органу или патологическому очагу брюшной полости.

**Противопоказания:** нет.

**Осложнения:** нет.

**Оснащение:** стерильные перчатки, кожный антисептик, растворы фурациллина, перекиси водорода, бинты, липкий пластырь, шприцы, инъекционные иглы, 1) ранорасширитель Госсе, 2) ранорасширитель Микулича, 3) печеночные зеркала, 4)брюшное зеркало, 5) троакар, 6) шпатель Ревердена, 7) мягкие кишечные жомы, 8) раздавливающие кишечные жомы, 9) жом Пайера.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **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 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 стерильный халат, перчатки. | Соблюдение принципов асептики |
| 4. | Открываем стерильный стол с инструментами и материалом (простыни, халаты), собираем набор необходимых инструментов: 1) ранорасширитель Госсе, 2) ранорасширитель Микулича, 3) печеночные зеркала, 4) брюшное зеркало, 5) троакар, 6) шпатель Ревердена, 7) мягкие кишечные жомы, 8) раздавливающие кишечные жомы, 9) жом Пайера. |  |
| 5. | Основной стерильный стол закрываем и накрываем малый операционный стол. Раскладываем инструменты и материал на малом операционном столе. | Соблюдение принципов асептики |

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6 К ДИФФ ЗАЧЕТУ ПО ТЕРАПИИ**

В терапевтическое отделение госпитализирован больной 38 лет. Предъявляет жалобы на повышение температуры до 40˚ с ознобом, головную боль, слабость, сильный кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, боли в правой в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком вдохе, одышку.

Врачебный диагноз: внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле.

Объективно: состояние тяжелое, температура 39,50С. Лицо гиперемировано, на губах герпес. Кожные покровы изюбыточно влажные. ЧДД 32 в мин. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, голосовое дрожание в нижних отделах правого легкого усилено, при перкуссии там же притупление, а при аускультации влажные мелко и среднепузырчатые хрипы. Пульс 110 уд./мин., ритмичный, слабого наполнения. АД 90/50 мм рт.ст, тоны сердца приглушены.

**Задания**

1. Определите проблемы пациента, сформулируйте цели сестринского вмешательства.
2. Составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

**Проблемы пациента:**

* лихорадка
* сильный кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты,
* боли в грудной клетке при кашле и глубоком вдохе,
* одышка,
* герпес на губах.

**Приоритетная проблема:** лихорадка

**Цели:** Температура тела будет постепенно снижаться, не вызывая осложнений; сухой кашель в течение 3 днейперейдет во влажный со свободным, откашливанием мокроты.

**План:**

* Выполнять назначения врача (введение антибиотиков, примение муколитических, отхаркивающих, жаропонижающих, противовирусные препаратов)
* Придать пациенту удобное возвышенное положение в сухой постели.
* Обеспечить приток "свежего воздуха.
* Подавать увлажненный кислород
* Наблюдать за общим состоянием пациента, цветом кожных покровов, характером дыхания
* Обтирание кожи раствором воды с добавлением спирта, холодную примочку на лоб.
* Обеспечить проветривание помещения и обнажение пациента.
* Наложить пузыри со льдом на проекции крупных сосудов через тканевые прослойки.
* Организовать дробное питание малыми порциями и обильное питье (если назначил врач).
* Постоянно следить за психическим состоянием пациента
* Обучить пациента дыхательной гимнастике.

**Оценка:** пациент чувствует себя удовлетворительно, температура тела в норме, пациент свободно откашливает мокроту. Цель достигнута.