Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный

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

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

# Д Н Е В Н И К

**ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

Наименование практики «Технология оказания медицинских услуг»

Ф.И.О. \_\_\_Казакова Алиса Сергеевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место прохождения практики \_\_проходит в дистанционном режиме\_

(медицинская организация, отделение)

с «\_19\_\_» \_\_\_06\_\_\_\_ 20\_20 г. по «\_\_02\_» \_\_\_07\_\_\_ 20\_20 г.

Руководители практики:

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_Черемисина Алена Александровна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Красноярск

2020

Содержание

1. Цели и задачи практики

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

3. Тематический план

4. График прохождения практики

5. Инструктаж по технике безопасности

6. Содержание и объем проведенной работы

7. Манипуляционный лист

8. Отчет (цифровой, текстовой)

**Цели и задачи прохождения производственной практики**

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

**Задачи**:

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

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

**Практический опыт:**

ПО 1. выявления нарушенных потребностей пациента;

ПО 2. оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий;

ПО3. планирования и осуществления сестринского ухода;

ПО 4. ведения медицинской документации;

**Умения:**

У 1. собирать информацию о состоянии здоровья пациента;

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

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

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

У 5. осуществлять посмертный уход;

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

У 10. заполнять документацию по инструкции;

**Знания:**

З 1. способы реализации сестринского ухода;

З 2. технологии выполнения медицинских услуг;

З 3. последовательность посмертного ухода;

З 4. перечень основной учетно-отчетной документации.

**Тематический план**

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

**График прохождения практики**

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

###### Инструктаж по технике безопасности

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Пользоваться электроприборами и оборудованием разрешается только после дополнительного инструктажа по технике безопасности на рабочем месте, под руководством непосредственного руководителя практики и при условии полной исправности приборов. В случае обнаружения любых неисправностей необходимо срочно сообщить непосредственному руководителю практики, не предпринимая попыток устранить неисправность.

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

12. Соблюдать универсальные меры предосторожности при работе с бьющимися острыми и режущими предметами.

13. Соблюдать правильную биомеханику тела для предотвращения травм опорно-двигательного аппарата при транспортировке пациентов и уходе за ними.

3. Требования безопасности по окончании работы:

1. Использованные перчатки подлежат дезинфекции перед утилизацией.

2. Сменная рабочая одежда стирается отдельно от другого белья, при максимально допустимом температурном режиме, желательно кипячение.

3. Сменная обувь обрабатывается дезинфицирующим средством, после окончания работы необходимо принять гигиенический душ.

4. Требования безопасности в аварийной ситуации:

1. При загрязнении перчаток кровью, необходимо обработать её настолько быстро, насколько позволяет безопасность пациента, затем: перед снятием перчаток с рук необходимо обработать их раствором дезинфектанта, перчатки снять, руки вымыть гигиеническим способом.

2. При повреждении перчаток и кожных покровов: немедленно обработать перчатки раствором дезинфектанта, снять их с рук, не останавливая кровотечение из ранки, вымыть руки с мылом под проточной водой, затем, обработать кожу 70% раствором спирта или 5% спиртовым раствором йода. О происшедшем аварийном случае сообщить заведующему или старшей медсестре отделения.

3. При попадании крови на кожу рук, немедленно вымыть руки дважды под тёплой проточной водой, затем обработать руки 70% раствором спирта.

4. При попадании крови на слизистую оболочку глаз – немедленно промыть водой и обработать 1% раствором борной кислоты или 0,05% раствором перманганата калия.

5. При попадании крови на слизистую оболочку носа – не заглатывая воду, промыть нос проточной водой, затем закапать 1% раствор протаргола.

6. При попадании крови на одежду место загрязнения немедленно обработать раствором дезинфектанта, затем снять загрязненную одежду погрузить её в дезинфицирующий раствор. Кожу рук и других участков тела под загрязненной одеждой обработать спиртом. Обувь обрабатывается путём двукратного протирания ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе.

7. При загрязнении кровью или другими биологическими жидкостями поверхностей необходимо обработать их раствором дезинфектанта.

8. При попадании дезинфицирующих и моющих средств на кожу или слизистые немедленно промыть их водой. При попадании в дыхательные пути прополоскать рот и носоглотку водой и выйти на свежий воздух.

5. Требования безопасности при пожаре и аварийной ситуации:

1. Немедленно прекратить работу, насколько это позволяет безопасность пациента.

2. Сообщить о случившемся администрации отделения или дежурному персоналу.

3. В кратчайшие сроки покинуть здание.

Место печати МО

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 19.06 | Заполнение направлений для проведения анализов:      **Алгоритм взятия содержимого зева для лабораторного исследования**  **Подготовка к процедуре:**   * Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования, сроки получения результата и получить согласие. * Обработать руки. * Поставить стеклографом номер на пробирке, соответствующий номеру направления. * Установить пробирку в штатив. * Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть маску, перчатки.   **Выполнение процедуры:**   * Сесть напротив пациента. * Извлечь тампон из пробирки, придерживая его за пробку (пробирка остается в штативе). * Свободной рукой приподнять кончик носа пациента, другой рукой ввести тампон в глубь левой, затем правой полости носа. * Извлечь тампон из полости носа и ввести тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности. * Поставить штатив для пробирок, в специальный контейнер для транспортировки. * Проверить соответствие номера пробирки с номером направления и Ф.И.О. пациента.   **Завершение процедуры:**   * Снять перчатки, маску и поместить емкость для сбора отходов класса «Б». * Провести гигиеническую обработку рук. * Доставить пробу в лабораторию в контейнере в течение 1 часа.   При необходимости взять мазок из носа легкими поступательно-вращательными движениями вводите тампон в нижний носовой ход с одной, затем с другой стороны. При необходимости сохранить мазок пригодным для исследования длительное время, используйте влажный тампон (предварительно слегка увлажните его стерильным физраствором).  **Сестринское обучение пациента для сбора мочи по Нечипоренко:**  Утром тщательно провести гигиену наружных половых органов. Собрать 50,0 мл мочи – "среднюю порцию" в подготовленную емкость с крышкой, спустив небольшое количество мочи в унитаз/судно до и после мочеиспускания. При сборе мочи исключить соприкосновение с краями емкости. Поставить емкость с мочой в условленное место.  **Сестринское обучение пациента для сбора мочи на общий анализ:**  Через 3 дня Вам нужно будет собрать мочу на общий анализ. До сбора необходимо исключить из рациона окрашивающие мочу продукты питания (морковь, свекла) и медикаменты (амидопирин). Утром, в день исследования, необходимо провести гигиену наружных половых органов, после чего, собрать 100,0-150,0 мл мочи в подготовленную емкость с крышкой, предварительно спустив небольшое количество мочи в унитаз/судно. При сборе мочи исключить соприкосновение гениталий с краями емкости. Поставить емкость с мочой в условленное место.  **Сестринское обучение пациента для сбора мочи на диастазу:**  В день исследования провести гигиену наружных половых органов. Собрать 50,0-100,0 мл мочи, желательно "среднюю порцию", в подготовленную емкость с крышкой. Доставить в лабораторию в теплом виде, поскольку через время фермент разрушается, и результаты могут быть недостоверными.  **Сестринское обучение пациента для сбора мочи на сахар:**  Утром опорожните мочевой пузырь в унитаз и далее с 6.00 до 6.00 следующего утра всю мочу собирайте в 3-х литровую банку с Вашей фамилией, которая стоит на полу в санитарной комнате.  **Сестринское обучение пациента для сбора мочи по методу Зимницкого:**  Утром, в 6. 00 в день исследования, Вам будет необходимо опорожнить мочевой пузырь. Далее последовательно, через каждые 3 часа, будете собирать мочу в 8 банок. На каждой из банок указан номер и временной промежуток. На случай, если частота мочеиспусканий будет больше, использовать дополнительные банки. При отсутствии позывов на мочеиспускание в какой-либо временной промежуток, банка остается пустой. Ночью будете разбужены для сбора соответствующей порции мочи. Последняя порция мочи собирается в 6.00 утра следующего дня. За время сбора мочи водно-пищевой режим должен быть обычным, исключить прием мочегонных препаратов. В течение суток следует вести учет всей принятой жидкости, включая жидкую пищу, фрукты и овощи.  **Сестринское обучение пациента для сбора мочи на бактериологическое исследование:**  Утром тщательно провести гигиену наружных половых органов кипяченой водой с мылом, осушить бумажными салфетками. Вымыть и осушить руки. Открыть крышку емкости, не прикасаясь руками к ее внутренней стороне, поместить ее на расстеленную салфетку внутренней поверхностью вверх. Выпустить немного мочи, задержать мочеиспускание. Подставить емкость для сбора мочи, не соприкасаясь с гениталиями. Собрать 10,0-50.0мл мочи и задержать мочеиспускание. Закрыть емкость крышкой, не касаясь ее внутренней поверхности, и закончить мочеиспускание в унитаз. Поставить емкость с мочой в условленное место.  **Сестринское обучение пациента для взятия кала на общий анализ:**  За 3-4 дня до исследования отменить прием слабительных препаратов, касторового и вазелинового масла и прекратить введение ректальных свечей. Кал, полученный после клизмы, а также после приема бария (при рентгеновском обследовании) для исследования непригоден. Емкость для сбора кала получить в процедурном кабинете лаборатории заранее. Предварительно написать на этикетке емкости для кала данные: Ф.И.О., дату рождения, дату и время сбора материала, запись должна быть сделана разборчивым почерком. До сбора кала предварительно помочиться в унитаз. Далее путем естественной дефекации в емкость или подкладное судно соберите испражнения. Затем кал забирается ложечкой в чистый, одноразовый контейнер с завинчивающейся крышкой в количестве не более 1/3 объема контейнера. Емкость завинчивается крышкой и доставляется в процедурный кабинет лаборатории медицинской сестре.  **Сестринское обучение пациента для взятия кала на дисбактериоз:**  За 3-4 дня до исследования нужно отменить прием слабительных препаратов, касторового и вазелинового масла и прекратить введение ректальных свечей. Кал, полученный после клизмы, а так же после приема бария (при рентгеновском обследовании), для исследования непригоден. Специальную стерильную емкость для сбора кала нужно получить заранее в любом процедурном кабинете лаборатории. Предварительно написать на этикетке емкости для кала данные: ФИО, дату рождения, дату и время сбора материала. Запись должна быть сделана разборчивым почерком. При взятии материала необходимо соблюдать стерильность. До сбора анализа помочиться в унитаз, далее путем естественной дефекации в подкладное судно собрать испражнения (нужно проследить, чтобы не попала моча). Подкладное судно предварительно обрабатывается любым дезинфицирующим средством, тщательно промывается проточной водой несколько раз и ополаскивается кипятком. Кал забирается в стерильный одноразовый контейнер (с завинчивающейся крышкой) ложечкой в количестве не более 1/3 объема контейнера. Материал доставляется в любой процедурный кабинет лаборатории в течение 3 часов с момента сбора анализа. Желательно в течение указанного времени материал хранить в холоде (для этого можно использовать хладопакет или обложить контейнер кубиками льда, приготовленными заранее), но не замораживать.  **Сестринское обучение пациента для взятия кала на скрытую кровь:**  За 3 дня исключить из рациона продукты питания, содержащие железо (гречневая каша, мясные и рыбные блюда) и медикаменты (препараты железа, висмута). При кровоточивости десен заменить чистку зубов щеткой на обработку рта полосканием. Перед сбором кала произвести туалет гениталий и области промежности, осушить. Произвести опорожнение кишечника в чистое, сухое судно. Собрать кал в небольшом количестве из различных мест. Поместить в условленное место.  **Сестринское обучение пациента для взятия кала на я/глист и цисты лямблий:**  Необходимы совершенно свежие испражнения, сохраненные до момента доставки в лабораторию в теплом виде. Помимо того, что для исследования необходимо взять кал из трех разных мест всего объема испражнений, в целях высокой выявляемости глистоносительства и обсемененности простейшими сбор кала на анализ и доставку его в лабораторию следует производить неоднократно (не менее 2-3 раз подряд).  **Сестринское обучение пациента для взятия кала на копрологическое исследование:**  По назначению врача в течение 3 дней необходимо придерживаться специальной диеты (Шмидта или Певзнера); - без специального назначения врача пациент придерживается своей обычной диеты, но запрещаются все продуктовые передачи. Непосредственно после дефекации взять специальной лопаткой из нескольких участков 5-10 г кала без примесей воды и мочи и поместить во флакон. Флакон оставить в специальном ящике в санитарной комнате.    **Подготовка пациента к ректороманоскопии:**   * Установить доверительные отношения с пациентом. * Проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. * Выписать направление. * Сообщить пациенту, что несоблюдение требований, предъявляемых к подготовке пациента (ограничения в режиме питания), могут повлиять на результат исследования. Провести психологическую подготовку пациента. * Провести инструктаж: за 2 - 3 суток до исследования из диеты исключают продукты, способствующие газообразованию: ржаной хлеб, бобовые, фрукты, молоко. * Поставить очистительную клизму вечером и утром за 1,5-2 часа до исследования. * Предупредить пациента, чтобы он явился утром в эндоскопический кабинет в назначенное время. * В условиях стационара проводить или транспортировать пациента в эндоскопический кабинет с направлением. * Опорожнить мочевой пузырь непосредственно перед исследованием.   **Инструктирование пациента и правила сбора мокроты на общий анализ:**   * Установить доверительные отношения с пациентом. * Проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. * Выписать направление. * Обеспечить пациента лабораторной посудой накануне вечером. * Обратить внимание на то, что соблюдение рекомендаций обязательно, иначе материал может быть непригодным для исследования. * Провести инструктаж: "Вам необходимо собрать для исследования утреннюю мокроту. В 8 часов натощак почистите зубы и тщательно прополощите рот водой, после этого сделайте несколько глубоких вздохов и откашливайте мокроту в эту банку, всего 3-5 мл (чайную ложку). Банку с мокротой закройте и оставьте в специальном ящике в санитарной комнате". Примечание: если у пациента имеется кровоточивость десен, зубы чистить не следует. Необходимо тщательно прополоскать рот раствором фурацилина, содовым раствором, чистой водой. Выполнение процедуры Пациенту откашлять мокроту в банку, 3-5 мл (чайную ложку). Банку с мокротой закрыть и оставить в специальном ящике в санитарной комнате.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнение направлений для проведения анализов | 3 | |  | Взятие мазка из зева для бактериологического исследования | 1 | |  | Обучение пациента технике сбора мочи для различных исследований | 1 | |  | Обучение пациента технике сбора фекалий для исследований | 1 | |  | Оформление направления на ультразвуковое исследование | 1 | |  | Подготовка пациента к ректороманоскопии | 1 | |  | Обучение пациента правилам сбора мокроты на общий анализ | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 20.06 | **Алгоритм оказание помощи пациенту при обструкции дыхательных путей:**  **Подготовка к процедуре:**   * Оценить состояние пациента.   **Выполнение процедуры:**   * Подойти к пострадавшему сзади. * Проксимальной частью ладони (ближе к запястью), нанести 3-4 отрывистых удара по позвоночнику на уровне верхнего края лопаток. * Если это не помогает, использовать прием Геймлиха: * Подойти к пострадавшему сзади. * Обхватить пострадавшего обеими руками. * Поместить кулак одной руки на эпигастральную область пострадавшего, прикрыв кулак ладонью второй руки. * Прижать пострадавшего к себе 3-4 раза, производя отрывистые толчки в направлении спереди назад и снизу вверх.   **Завершение процедуры:**   * Проверить, выпало ли инородное тело в ротовую полость. * Удалить инородное тело из ротовой полости.   **Алгоритм подсчета дыхательных движений:**  **Подготовка к процедуре:**   * Предупредить пациента до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). * Психологически подготовить пациента к манипуляции, преднамеренно предупредив его, что будут определяться свойства пульса; * Получить согласие. * Провести гигиеническую обработку рук. * Попросить пациента принять удобное положение и не разговаривать. * Взять часы или секундомер.   **Выполнение процедуры:**   * Положить пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса. * Подсчитать частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной * клетки у женщин или брюшной стенки у мужчин. Обратить внимание на глубину и ритмичность дыхания.   **Завершение процедуры:**   * Сообщить пациенту результаты исследования «пульса». * Провести гигиеническую обработку рук. * Зарегистрировать частоту дыханий за минуту в температурном листе у.ф. № 004/у.   **Алгоритм измерение артериального пульса:**  **Подготовка к процедуре:**   * Предупредить пациента за 15 минут до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). * Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. * Получить согласие. * Провести гигиеническую обработку рук. * Попросить пациента принять удобное положение.   **Выполнение процедуры:**   * Предложить расслабить руку, при этом кисти и предплечье не должны быть «на весу». * Прижать 2,3,4- м пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента (1 палец находится со стороны тыла кисти), почувствовать пульсацию. Если при одновременном исследовании пульсовых волн появляются различия, то определение других его свойств проводят при исследовании той лучевой артерии, где пульсовые волны выражены лучше. * Взять часы или секундомер. * 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. * С помощью часов или секундомера определить частоту пульса – количество пульсовых волн в 1 минуту. * Нормальные показатели частоты пульса 60-80 уд/мин.   **Завершение процедуры:**   * Сообщить пациенту результаты исследования. * Провести гигиеническую обработку рук. * Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.   **Обучение пациента правильно пользоваться карманным ингалятором при введении лекарственного средства через нос:**  **Подготовка к процедуре:**   * Предупредить пациента о проведении обучения. * Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить его согласие, выяснить аллергоанамнез. * Провести гигиеническую обработку рук. * Взять один ингалятор, другой дать пациенту (пустые). * Попросить пациента повторять действия.   **Проведение обучения:**   * Снять с баллончика защитный колпачок. * Хорошо встряхнуть баллончик с аэрозолем. * Слегка запрокинуть голову. * Прижать правое крыло носа к носовой перегородке. * Произвести выдох через рот. * Ввести наконечник ингалятора в левую половину носа. * На вдохе через нос нажать на дно баллончика. * Задержать дыхание на несколько секунд и затем медленно выдохнуть через рот. * Повторить манипуляцию, введя наконечник в другую половину носа. * Попросить пациента проделать тоже самое с полным баллончиком. * Проконтролировать правильность выполнения.   **Завершение процедуры:**   * После ингаляции обработать насадку для носа (личный можно промыть с мылом под проточной водой) надеть на баллончик защитный колпачок. * Провести гигиеническую обработку рук. * Сделать запись о выполненной процедуре.   **Алгоритм проведения дуоденального зондирования:**  **Подготовка пациента:**   * Зондирование проводится утром, натощак, накануне легкий ужин, исключая продукты, вызывающие метеоризм, на ночь стакан сладкого чая, теплая грелка на область правого подреберья (грелка не используется при исследовании на лямблии).   **Подготовка к процедуре:**   * Объяснить пациенту цель и ход исследования, уточнить аллергоанамнез. * Получить согласие на проведение процедуры. * Промаркировать пробирки и направление для идентификации. * Провести гигиеническую обработку рук. * Надеть маску, перчатки. * Подготовить оснащение: из упаковки пинцетом достать дуоденальный зонд и положить в стерильный лоток. * Обработать перчатки антисептическим раствором.   **Выполнение процедуры:**   * Измерить длину зонда (от мочки уха до резцов, от резцов до пупка и сделать метку №1, прибавить ширину ладони пациента (10-15 см), сделать метку №2). * Предложить пациенту сесть, широко открыть рот. * В руки пациенту дать полотенце. Смочить зонд стерильной водой и ввести за корень языка, затем постепенно с помощью глотательных движений до метки №1 (зонд в желудке). * С помощью шприца с воздухом проверить местонахождение зонда. * На свободный конец наложить зажим. * Уложить пациента на кушетку (без подушки) на правый бок, под таз подложить валик, под правое подреберье - грелку. * Снять зажим, свободный конец зонда опустить в пробирку на штативе на низкой скамейке рядом с кушеткой; выделяется мутное, светлое содержимое желудка. * Предложить пациенту медленно заглатывать зонд до метки №2. Продолжительность заглатывания 40-60 мин. * Зонд попадает в 12-перстную кишку и начинает выделяться золотисто-желтая жидкость. Это порция «А», дуоденальная желчь - (содержимое из 12-перстной кишки) - 15-40 мл за 20-30 минут. * После первой порции ввести раздражитель с помощью шприца через зонд в теплом виде (для лучшего отхождения порции «В») - 30-50 мл 33% раствора сульфата магния или 40% раствора глюкозы. * Уложить пациента на спину, наложить зажим на свободный конец зонда на 10 минут. * Уложить пациента на правый бок, снять зажим, опустить зонд в пробирки поочередно выделяется темнооливковая желчь. Это порция «В», пузырная желчь - (из желчного пузыря) - 30-60 мл за 20-30 минут. * Переложить зонд в следующие пробирки, когда начнет выделяться прозрачная, светло-желтая желчь. Это порция «С», печеночная желчь (из желчных протоков) - 15-20 мл за 20-30 мин.   **Завершение процедуры:**   * Извлечь зонд при помощи салфетки, дать пациенту прополоскать рот. * Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. * Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». * Провести гигиеническую обработку рук. * Отправить все пробирки в лабораторию с направлением (для выявления форменных элементов, простейших и т.д.).  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Оказание помощи при обструкции дыхательных путей | 1 | |  | Измерение АД, пульса, ЧДД, температуры тела, регистрация показателей | 2 | |  | Обучение пациента ингаляции лекарственного средства через нос | 1 | |  | Проведение дуоденального зондирования | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 22.06 | **Алгоритм подачи кислорода через носовой катетер, канюлю:**  **Подготовка к процедуре:**   * Провести идентификацию пациента. * Установить доверительные отношения с пациентом, если это возможно для обеспечения слаженности совместной работы. * Получить согласие на проведение процедуры. * Выявить у пациента признаки и симптомы, связанные с гипоксией и наличием мокроты в дыхательных путях. * Установить показания для проведения процедуры по назначению врача. * Вымыть и осушить руки, надеть стерильные перчатки. * Подготовить к работе аппарат Боброва: * а) налить в чистую стеклянную емкость дистиллированную воду, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната (при ацидозе), или спирт 95%-ный (2/3 объема при сердечной астме), температура 30—40°С (спирт 20%-ный и антифомсилан служат пеногасителями и используются при наличии у пациента отека легких). * б) обеспечить герметичность соединений при помощи винта на пробке.   **Выполнение процедуры:**   * Определить длину вводимой части катетера (расстояние от козелка ушной раковины до входа в нос - приблизительно 15 см), поставить метку. * Облить стерильным глицерином вводимую часть катетера в целях предупреждения травмы слизистой носа (можно подсоединить носовые канюли). * Ввести катетер в нижний носовой ход до метки (катетера виден при осмотре зева шпателем). * Осмотреть зев, придавив шпателем корень языка. Убедиться, что кончик катетера виден при осмотре зева. * Сбросить шпатель в емкость для сбора отходок класса "Б". * Зафиксировать наружную часть катетера тесемками бинта и лейкопластырем для обеспечения постоянного положения катетера для удобства пациента, профилактики мацерации кожи лица. * Соединить с аппаратом Боброва, заполненным дистиллированной водой или 96% ным спиртом, или другим пеногасителем. * Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи кислорода по назначению врача. * Осмотреть слизистую носа пациента.   **Завершение процедуры:**   * Провести итоговую оценку состояния пациента. * Удалить катетер (или снять носовую канюлю). * Сбросить в емкость для сбора отходов класса "Б". * Лоток, погрузить в соответствующую емкость для дезинфекции, продезинфицировать аппарат Боброва. * Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса Б. провести гигиеническую обработку рук. * Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.         **Алгоритм частичной санитарной обработки пациента, обтирание пациента:**  **Подготовка к процедуре:**   * По возможности информировать пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. * Получить согласие. * Отгородить пациента ширмой. * Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, фартук, перчатки. * Приготовить моющий раствор.   **Выполнение процедуры:**   * Подложить одноразовую подкладную пеленку под плечи и грудь пациента. Одноразовой рукавицей, смоченной в воде, обтереть по массажным линиям лицо пациента: веки, лоб, щеки, нос, уши, область вокруг рта, подбородок. * Осушить полотенцем. * Одноразовой рукавицей, смоченной в воде, обтереть пациенту шею, грудь, руки (живот и ноги прикрыты одеялом). * Вытереть пациенту шею, грудь, руки полотенцем насухо и прикрыть одеялом. * Обтереть живот, спину, нижние конечности (от коленей - вверх, от коленей - вниз), осушить и закрыть одеялом.   **Окончание процедуры:**   * Убрать ширму. Одноразовые рукавицы для мытья, одноразовые подкладные пеленки погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б». * Использованное полотенце убрать в клеенчатый мешок. * Слить воду в канализацию, емкость продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата, помыть чистящим средством, прополоскать проточной водой, поставить на сушку. * Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».). * Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». * Провести гигиеническую обработку рук. * Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.   **Проведение противопедикулезной укладки согласно приказу № 342:**   * Лицо, проводящее обработку, должно облачиться в халат, защитную косынку и перчатки. * Пациента заворачивают в клеенчатую материю. * Глаза заболевшего защищают сложенным в несколько слоев полотенцем для защиты от попадания препаратов. * Тщательно обрабатывают волосы больного средством, затем накрывают его голову шапочкой на время, указанное в инструкции к препарату. * После обработки волосы обязательно нужно промыть под проточной водой. * Далее - использование шампуня, входящего в состав укладки. * После того как волосы будут просушены, каждую прядь следует вычесать редким гребнем на предмет яиц, погибших вшей. * Повторный осмотр пациента на успешность проведенной процедуры. * Обработка расчески спиртом или кипятком. * Обработка помещения дезинсекционным составом. * Вещи больного складываются в специальный мешок для дальнейшего их обеззараживания. * Халат, перчатки, косынка обрабатывающего, а также иные используемые в процедуре одноразовые предметы помещаются в отдельный мешок и утилизируются.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подача увлажненного кислорода | 1 | |  | Заполнение документации при приеме пациента | 1 | |  | Частичная санитарная обработка пациента | 1 | |  | Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 23.06 | **Алгоритм ухода за носовой канюлей при оксигенотерапии:**  **Подготовка к процедуре:**   * Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений. * Получить согласие на проведение манипуляции. * Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки.   **Выполнение процедуры:**   * Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления. * Попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке. * Подсоединить шприц с 10-20 куб. см (10 куб. см для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в области эпигастрия при помощи стетоскопа (булькающие звуки). * Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение – манипуляции, связанные с оксигенотерапией). * Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы. * Каждые 3 ч (по назначению врача) промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в отдельную емкость.   **Завершение процедуры:**   * Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или загрязнен. * Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы. * Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком. * Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции. * Обработать руки гигиеническим способом, осушить. * Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании). * Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.   **Алгоритм смены нательного белья:**   * Приготовить все необходимое по смене белья. * Обработать руки гигиеническим способом, надеть маску, перчатки. Закрыть ширмой. * Помочь пациенту сесть на край кровати, соблюдая механику и безопасность себя и пациента. * Снять рубашку со здоровой руки, затем с головы и в последнюю очередь с поврежденной руки. Быстро сложить грязное белье в мешок для грязного белья. * Достать чистую рубашку, начиная надевать на поврежденную руку, затем на голову и здоровую руку. * То же проделать со штанами * Помочь пациенту принять удобное положение, накрыть одеялом. Убрать ширму. * Унести мешок в санитарную комнату * Сделать запить о выполнении   **Смена постельного белья продольным способом:**   * Осторожно вынуть подушку из-под головы пациента. * Поднять боковые поручни со стороны медицинской сестры. * Сменить наволочку на подушке. Подушку положить на стул. * Грязную наволочку поместить в мешок для грязного белья. * Опустить боковые поручни со стороны медицинской сестры. * Вынуть одеяло из пододеяльника. Одеяло сложить и положить на стул. * Накрыть пациента пододеяльником на время смены белья. * Повернуть пациента на бок по направлению к себе. * Поднять боковые поручни со стороны медицинской сестры. * Перейти на другую сторону, переместив манипуляционный столик. * Опустить боковой поручень со стороны медицинской сестры. * Скатать валиком грязную простыню, положить этот валик под спину пациенту (если белье сильно загрязнено, то на валик положить пеленку). * Положить сложенную вдвое чистую простыню на свободную сторону постели. * Заправить чистую простынь под матрас с противоположной от пациента стороны. * Помочь пациенту перекатиться через валик на чистую сторону на бок. * Уточнить у пациента о его самочувствии. * Поднять боковой поручень со стороны медицинской сестры. * Перейти на другую сторону, переместив манипуляционный столик. * Опустить боковой поручень со стороны медицинской сестры. * Скатать грязную простыню и положить ее в мешок для белья. * Расправить чистую простыню. * Заправить чистую простынь под матрас. * Расстелить чистый пододеяльник поверх грязного, вставить одеяло. * Накрыть пациента одеялом, извлекая грязный пододеяльник, которым он был укрыт по направлению к ногам. * Поместить грязный пододеяльник в мешок для грязного белья. * Удобно расположить пациента в постели. Осторожно поместить подушку обратно * Уточнить у пациента о его самочувствии. * Поднять боковой поручень со стороны медицинской сестры   **Проведение утреннего туалета:**   * Приготовить все необходимое для проведения процедуры, обработать руки гигиеническим способом, надеть маску, перчатки. * Поднять кровать, опустила поручни, помогла пациенту придать положение Фаулера, спросила о самочувствии пациента. * Положить на грудь непромокаемую пеленку. Вытащить из пакетика салфетки и поместить в лоток, разделить их на сухие и влажные (полить дистиллированной водой). Упаковку скинуть в отходы класса «А». * Пинцетом брать мокрые и сухие салфетки и сначала проводить по массажным линиям (лоб, щеки, нос, область вокруг рта, подбородок.), сначала влажной салфеткой, а затем насухо промачивающими движениями сухой. * Попросит пациента закрыть глаза, а затем мокрой отжатой салфеткой, смоченной в воде, провести от внешнего к внутреннему углу глаза, сбросить салфетку в емкость для отходов класса «Б» и после уже сухой салфеткой провести также от внешнего к внутреннему углу глаза. Скинуть в емкость для отходов класса «Б». * То же самое сделать со вторым глазом. * Взять турунду, смочить в вазелиновом масле, * Отжать о стенки мензурки. * Ввести турунду вращательными движениями в носовой ход на 1-3 минуты. * Извлечь турунду из носового хода вращательными движениями. * При необходимости для очищения использовать несколько турунд. * Обработать другой носовой ход тем же способом. * Взять турунду, смочить в 3% раствор перекиси водорода, отжать о стенки мензурки. * Оттянуть, левой рукой ушную раковину так, чтобы выровнять слуховой проход (к верху и кзади). * Ввести турунду вращательными движениями в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см. на 2-3 * минуты. * Извлечь турунду из слухового прохода вращательными движениями. * При необходимости для очищения использовать несколько турунд. * Обработать другой слуховой проход тем же способом. * Отодвинуть шпателем щёку пациента, и пинцетом с марлевым шариком, смоченным в антисептическом * растворе, обработать каждый зуб от десны, начиная от коренных зубов к резцам, с наружной стороны, слева, * затем справа, предварительно сменив шарик. * Попросить пациента открыть рот и сменив марлевый шарик, обработать каждый зуб от десны, начиная от * коренных к резцам, с внутренней стороны. * Сменить марлевый шарик, и обработать язык. * Помочь пациенту прополоскать рот или повести орошение с помощью грушевидного баллончика. * Оттянуть шпателем угол рта, поочерёдно промыть левое, затем правое защечное пространство раствором. * Вытереть кожу вокруг рта сухой салфеткой, смазать губы вазелином, трещины обработать 1% раствором   бриллиантового зеленого.   * Использованные лотки, пинцеты, шпатель, марлевые шарики и салфетки поместить в соответствующие   емкости для дезинфекции с последующей обработкой изделий многоразового использования и утилизацией в  отходы класса «Б» – одноразового.   * Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».   Провести гигиеническую обработку рук.   * Сделать запись о проведенной процедуре   **Положение Фаулера**   * Проверить тормоза, убрать мешающиеся на полу предметы, опустить кровать на уровень своего бедра. Приготовить оснащение. Обработать руки гигиеническим способом, надеть перчатки. * Убрать подушку из-под головы, поместив в изголовье кровати. * Поднять изголовье кровати под углом 45 градусов и положила небольшую подушку под голову. * Под руки положить небольшие подушки, а ладони слегка разогнуть вниз, придав нормальное положение. * Согнуть пациенту колени и подложила под них валик, а стопам придала положение под углом 90 градусов, подперев небольшим валиком. * Укрыть пациента одеялом   **Положение Симса**   * Аккуратно опустить кровать, убрать подушку к изголовью и убрать одеяло к ногам. * Переместить пациента к краю кровати и переместить его в положении «лежа на боку» и частично «на животе»: положить руку под бедро, а другую к плечу, ногу положить на ногу и перевернуть пациента. * Подложить подушку под голову и небольшие подушки под руку, которая перед лицом, и под верхнюю ногу. * У подошвы ног положить валики для упора.   **Положение на спине**   * Аккуратно опустить кровать, убрать подушку к изголовью и остальные подушки, убрать одеяло к ногам. * Перевернуть пациента на спину: ногу на ногу, руку, которая сзади, к бедру. * Под плечо обездвиженной руки подложить подушку, а в ладонь положила мячик, так же сделать с парализованной ногой, согнув ту в колене. Подложить под стопы валик в качестве подпорки. * Расправить простыню, вернуть подушку под голову и накрыть пациента одеялом.   **Помощь в первом периоде лихорадки**   * Обеспечить постельный режим * Тепло укрыть пациента * К ногам положить грелку * Обеспечить обильное горячее питьё (чай, настой шиповника и др.) * Контролировать физиологические отправления * Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом   **Помощь во втором периоде лихорадки**   * Следить за строгим соблюдением пациентом постельного режима * Обеспечить постоянное наблюдение за лихорадящим пациентом (контроль АД, пульса, температуры тела, за общим состоянием) * Заменить теплое одеяло на легкую простыню * Давать пациенту (как можно чаще!) витаминизированное прохладное питье (морс, настой шиповника) * На лоб пациента положить пузырь со льдом или холодный компресс, смоченный в растворе уксуса (2 столовых ложки на 0,5 литра воды) - при выраженной головной боли и для предупреждения нарушения сознания * При гиперпиретической лихорадке следует сделать прохладное обтирание, можно использовать примочки (сложенное вчетверо полотенце или холщовую салфетку, смоченные в растворе уксуса пополам с водой и отжатые, нужно прикладывать на 5-10 мин., регулярно их меняя) * Периодически протирать слабым раствором соды ротовую полость, a губы смазывать вазелиновым маслом * Питание осуществлять по диете № 13 * Следить за физиологическими отправлениями, подкладывать судно, мочеприёмник * Проводить профилактику пролежней   **Помощь в третьем периоде лихорадки**   * При критическом снижении: * Вызвать врача * Приподнять ножной конец кровати и убрать подушку из-под головы * Контролировать АД, пульс * Приготовить для п/к введения 10% раствор кофеин-бензоат натрия, кордиамин, 0,1% раствор адреналина, 1% раствор мезатона * Дать крепкий сладкий чай * Укрыть пациента одеялами, к рукам и ногам пациента приложить грелки * Следить за состоянием его нательного и постельного белья * При литическом снижении: * Создать пациенту покой * Контроль t°, АД, ЧДД, РS * Производить смену нательного и постельного белья * Осуществлять уход за кожей * Перевод на диету № 15 * Постепенное расширение режима двигательной активности  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии | 1 | |  | Смена нательного и постельного белья | 1 | |  | Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.) | 1 | |  | Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине | 1 | |  | Уход за лихорадящим больным | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 24.06 | Алгоритм уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером  **Подготовка к процедуре**   * Убедиться, что пациент находится в горизонтальном положении на кровати с опущенным изголовьем положении лежа на спине. Положить под область крестца пациента одноразовую ламинированную пеленку. * Предложить или помочь пациенту принять положение лежа на спине с согнутыми в коленях ногами и слегка разведенными в тазобедренных суставах. * На манипуляционном столе подготовить лоток с уже приготовленными стерильными – салфеткой, пропитанной антисептическим раствором и сухой салфеткой.   **Выполнение процедуры**   * Надеть непромокаемый фартук, обработать руки гигиеническим способом, надеть нестерильные перчатки. * Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем. * Взять доминантной рукой из лотка салфетку, пропитанную антисептиком и движениями в одном направлении обработать проксимальный конец катетера от наружного отверстия мочеиспускательного канала к лобку на расстоянии 10 см. * Использованную салфетку поместить в емкость для отходов класса Б. * Взять доминантной рукой из лотка сухую стерильную салфетку и движениями в одном напавлении просушить проксимальный конец катетера от наружного отверстия мочеиспускательного канала к лобку на расстоянии 10 см. * Использованную салфетку поместить в емкость для отходов класса Б. * Осмотреть область уретры вокруг катетера; убедиться, что моча не подтекает. * Визуально оценить состояние кожи промежности на наличие признаков инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое). * Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута. * Визуально оценить состояние системы «катетер – дренажный мешок», проверить отсутствие скручивания трубок системы. * Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже её плоскости.   **Завершение процедуры**   * Извлечь одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую) методом скручивания. * Утилизировать одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую) в емкость для отходов класса Б. * Подвергнуть лоток дезинфекции методом полного погружения в маркированную емкость с дезраствором. * Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания. * Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б». * Снять фартук и поместить его в емкость для медицинских отходов класса «Б. * Снять перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б». * Обработать руки гигиеническим способом. * Узнать у пациента его самочувствие. * Сделать запись о результатах выполнения процедуры в лист назначений.   **Алгоритм опорожнение мочевого дренажного мешка**   * Тщательно вымойте руки * Опустите мочеприемник ниже бедра или мочевого пузыря, так как будете его опорожнять * Держите мочеприемник над унитазом или над специальным контейнером, который дал врач. * Откройте сливное отверстие внизу мочеприемника и опорожните его в унитаз или в контейнер * Не позволяйте мочеприемнику касаться ободка унитаза или горловины контейнера * Промойте сливное отверстие мочеприемника спиртом при помощи марлевого или ватного тампона. * Тщательно закройте сливное отверстие мочеприемника.   Не кладите мочеприемник на пол. Снова прикрепите мочеприемник к ноге  Обработайте руки.  **Уход за катетером и мочеприемником, использование съемного мочеприемника**  Начинать замену мочеприемника лучше ранним утром. В домашних условиях это делается так: сначала следует опорожнить от мочи, затем промыть под струей воды. Только после этого стоит завернуть использованный в рулон газеты, поместите в пакет и выбросить в отходы. Ни в коем случае не выбрасывайте в туалет, это может привести к засорению. Всегда проводите манипуляции с катетером и с мочеприемником в перчатках. Что касается насчет ухода за катетером, то здесь важно учитывать личную гигиену. Проверяйте кожу вокруг промежности и подмывайте кожу вокруг катетера не менее 2 раз в день теплой водой с мылом. Следите, чтобы трубка катетера была соединена с внутренней поверхностью бедра, и чтобы трубка катетера не перекручивалась и не образовывала петли. Дренажерный мешок прикрепляйте к кровати так, чтобы он был ниже уровня мочевого пузыря, и чтобы при этом не касался пола. Промывайте катетер в том случае, когда уверены в его закупорке. При нарушении же оттока мочи лучше стоит заменить катетер на новый.  **Алгоритм укладки материала в бикс для стерилизации**   * Вымыть руки. * Надеть маску, перчатки, обработать их антисептиком. * Приготовить бикс: внутреннюю поверхность бикса и крышки протереть тканевой салфеткой, смоченной раствором антисептика двукратно, с интервалом 15 минут, выдержать экспозицию по инструкции дезинфицирующего средства. * Снять перчатки, вымыть руки. * Застелить бикс пеленкой. * На дно бикса положить индикатор стерильности. * Стерилизуемый материал уложить рыхло, послойно, а перевязочный материал – по секторам. * В средний слой снова вложить индикатор стерильности. * Края пеленки завернуть внутрь. * Сверху положить третий индикатор стерильности. * Закрыть крышку бикса. * Открыть боковые отверстия и заблокировать пояс (при необходимости).   Закрепить на ручке бикса промаркированную бирку («ватные шарики» и др.).   * Отправить бикс в ЦСО для стерилизации в автоклаве.   **Правила работы с биксом (разгрузка бикса)**   * Проверить бикс на герметичность (поясок должен закрывать решетчатые окна бикса полностью!) и маркировку, срок годности и название. * Вымыть руки, надеть маску. * Открыть бикс, проверить индикатор стерильности (изменил ли он цвет по эталону), закрыть бикс. * Отметить на бирке дату, время вскрытия бикса, поставить свою подпись. * Обработать руки, надеть перчатки, обработать перчатки антисептиком. * Достать из бикса стерильным пинцетом необходимый материал и поместить его на стерильный стол или в стерильный лоток. * Закрыть бикс.   **Алгоритм накрытия стерильного стола**   * Перед накрытием стерильного стола вымыть руки на гигиеническом уровне, надеть маску, перчатки, обработать дважды столик дезинфицирующим раствором с интервалом 15 минут, затем, после экспозиции смыть остатки дезинфицирующего раствора чистой ветошью. * Снять перчатки, обработать руки. * Проверить бикс с одеждой (герметичность, дату стерилизации), поставить дату вскрытия и время на бирке. * Провести гигиеническую обработку рук; – открыть бикс на педальной установке, проверить изменение цвета индикатора согласно эталону * Достать стерильный пинцет из бикса и им по очереди достать: емкость для пинцета, стерильный халат, маску, перчатки (надеть их согласно алгоритму) * Стерильным пинцетом достать простынь и вложить ее в левую руку, пинцет положить в сухую стерильную емкость * На вытянутых руках развернуть простынь, сложенную в 4-е слоя и накрыть процедурный столик движением «от себя» так, чтобы нижние края свисали на 20- 30 см * Достать вторую простынь, сложенную в 4-е слоя, развернуть и положить поверх первой. * Сзади захватить цапками все 8-м слоев простыней, впереди захватить 2-мя цапками только 4-е верхних слоя по краям, стол накрыт; * Открыть стерильный стол за передние цапки «от себя», сложив слои гармошкой, не доводя до края 10-15 см, цапки свисают за стол. * Выложить пинцетом на столик необходимый стерильный инструмент в удобном порядке (или по принятой схеме) * Взявшись за передние цапки, поднять их вверх, расправить «гармошку» и движение «на себя» закрыть стол, не касаясь стерильной части стола. * Прикрепить к левому верхнему углу простыни бирку (дата стерилизации стерильного стола, время накрытия и подпись медицинской сестры).   **Транспортировка больного:**   * Обработала руки гигиеническим способом, надела перчатки. * Опустила боковые поручни, закрепила тормоза. * Затем прикатила кресло-каталку к кровати, поставила его на тормоза и отодвинула у него подставку для ног.   Предупредила пациента, что на счет «3» он поможет мне с перемещением. Считая, раскачались в такт и на счет «3» через подмышечный захват перенесла пациента на кресло каталку.   * Затем я поставила ноги пациента на подставку, а самого пациента пододвинула поближе к спинке каталки. * Убедилась, что пациент чувствует себя хорошо, закрепила ремни безопасности и накрыла пациента одеялом, после чего сняла тормоза и совершила транспортировку пациента в иное помещение. После транспортировки обработала кресло-каталку, а одеяло проветрила.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером | 1 | |  | Опорожнение мочевого дренажного мешка | 1 | |  | Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника | 1 | |  | Уход за лихорадящим больным | 1 | |  | Работа со стерильным биксом, стерильным материалом | 1 | |  | Транспортировка и перекладывание больного | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 25.06 | **Алгоритм катетеризацию мочевого пузыря у мужчины и женщины**  **Алгоритм катетеризация мочевого пузыря у мужчины**  **Подготовка к процедуре**  1)Предупредить пациента о проведении манипуляции.  2)Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен).  3)Обеспечить изоляцию пациента. Получить добровольное информированное согласие на выполнение манипуляции.  4)Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, стерильные перчатки.  6)Попросить пациента лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помочь пациенту.  7)Подложить под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку.  8)Подготовить оснащение: стерильный лоток, лоток для использованного материала, 2 стерильных пинцета, стерильные: марлевая салфетка, тампоны, стерильное вазелиновое масло, раствор водного антисептика.  9)Поставить между ног пациента емкость для сбора мочи.  10)Взять стерильную салфетку, обернуть ею половой член ниже головки, отодвинуть крайнюю плоть.  11)Взять пинцетом марлевый тампон, смочить в растворе водного антисептического раствора и обработать головку полового члена сверху вниз от мочеиспускательного канала к периферии, меняя тампоны, не менее двух раз, тампоны сбросить в лоток для использованного материала.  12)Влить несколько капель стерильного вазелинового масла в открытое наружное отверстие мочеиспускательного канала.  **Выполнение процедуры**  1) Взять стерильным пинцетом, зажатый в правой руке, катетер на расстоянии 5-7 см от клюва (клюв опущен вниз).  2)Обвести конец катетера над кистью и зажать между 4 и 5 пальцами (катетер над кистью в виде дуги).  3)Облить конец катетера стерильным вазелиновым маслом на длину 20 см над лотком.  4)Вводить катетер пинцетом, первые 4-5 см, фиксируя 1-2 пальцами левой руки головку полового члена.  5)Перехватить пинцетом катетер еще на 3 - 5 см от головки и медленно погружать в мочеиспускательный канал на длину 19-20 см, опуская, одновременно, левой рукой половой член.  6)Оставшийся конец катетера опустить над емкостью для сбора мочи.  **Завершение процедуры**  1) Извлечь катетер пинцетом, после прекращения мочевыделения струей, одновременно надавить на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой, для омывания уретры каплями мочи.  2)Катетер поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Обеспечивается обмывание мочеиспускательного канала остатками мочи, т.е. естественным путем.  3)Салфетки поместить в емкость для сбора отходов класса «Б».  4)Лотки и пинцеты погрузить в емкости для дезинфекции.  5)Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  6)Слить мочу из судна в канализацию, судно погрузить в емкость для дезинфекции.  7)Снять перчатки, маску, поместить в емкость для сбора отходов класса «Б».  8)Провести гигиеническую обработку рук.  9)Сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм катетеризация мочевого пузыря у женщины**  **Подготовка к процедуре**  1)Предупредить пациента о проведении манипуляции.  2)Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен). Получить добровольное информированное согласие на выполнение манипуляции. Обеспечить изоляцию пациентки (поставить ширму).  3)Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  4)Попросить пациентку лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помочь пациентке.  5)Подложить под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку, поставить судно. 6)Учесть анатомическую особенность расположения мочевого пузыря.  7)Подготовить оснащение к подмыванию пациентки. Взять в левую руку емкость с раствором для подмывания, в правую - корнцанг с салфетками. Подмыть пациентку движениями сверху вниз, последовательно от лобка к анальному отверстию, меняя салфетки. Осушить кожу в той же последовательности, сменить судно. Обеспечение инфекционной безопасности. Салфетки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Корнцанг в емкость для дезинфекции. Снять перчатки. Поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. Надеть стерильные перчатки.  8)Подготовить оснащение для катетеризации: стерильный лоток, 2 стерильных пинцета, стерильные марлевые салфетки, стерильное вазелиновое масло, раствор водного антисептика.  **Выполнение процедуры**  1) Провести туалет половых органов: - раздвинуть левой рукой половые губы, правой рукой с помощью пинцета взять марлевые салфетки, смоченные в растворе антисептика на водной основе, и обработать отверстие мочеиспускательного канала движением сверху вниз между малыми половыми губами, использовать не менее двух салфеток.  2)Сменить марлевую салфетку.  3)Приложить марлевую салфетку, смоченную в растворе антисептика на водной основе к отверстию мочеиспускательного канала.  4)Сбросить салфетку и корнцанг в лоток для использованного материала.  5)Сменить пинцет.  6)Взять пинцетом клюв мягкого катетера на расстоянии 4-6 см от его конца. Обвести наружный конец катетера над кистью и зажаит между 4 и 5 пальцами правой руки.  7)Облить конец катетера стерильным вазелиновым маслом над лотком.  8)Развести левой рукой половые губы, а правой ввести катетер пинцетом на 4-6 см, до появления мочи.  9)Оставшийся конец катетера опустил в емкость для сбора мочи.  10)Пинцет положить в лоток для использованного материала.  11)После прекращения мочевыделения струей, извлечь катетер, одновременно надавливая на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой.  **Завершение процедуры**  1) Катетер поместить в емкость для сбора отходов класса «Б».  2)Лотки, и пинцеты погрузить в емкости для дезинфекции.  3)Одноразовую пеленку поместить в емкость для сбора отходов класса «Б».  4)Снять перчатки, маску, поместить в емкость для сбора отходов класса «Б».  5)Провести гигиеническую обработку рук.  6)Сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм постановки банок**  **Подготовка к процедуре**  1)Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  2) Убедиться в целости краев банок и разместить их в ящике, на столе у постели пациента.  3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  4) Отрегулировать высоту кровати.  5) Опустить изголовье кровати, помочь пациенту лечь на живот (при постановке банок на спину), предложить повернуть голову на бок, руками обхватить подушку. Освободить от одежды верхнюю часть туловища.  6) Длинные волосы пациента(ки) прикрыть пеленкой. При наличии волос в месте постановки банок, заручившись согласием пациента, сбрить их.  **Выполнение процедуры**  1) Нанести на кожу тонкий слой вазелина.  2) Сделать плотный фитиль из ваты и закрепить на корнцанге.  3) Смочить фитиль в спирте и отжать его. Флакон закрыть крышкой и отставить в сторону. Вытереть руки.  4) Зажечь фитиль.  5) Ввести фитиль в банку, предварительно взятую в другую руку.  6) Удержать фитиль в полости банки 2-3 с, извлечь его и быстрым движением приставить банку к коже больного.  7) Повторить этапы 5-6 необходимое, по числу банок, количество раз.  8) Потушить фитиль, погрузив его в воду.  9) Накрыть поверхность банок полотенцем или пеленкой, а сверху накрыть больного одеялом.  10) Через 3-5 мин проконтролировать эффективность постановки по выраженному (1 и более см.) втягиванию кожи в полость банки и убедиться в отсутствии болевых ощущений у пациента. При неэффективной постановке одной или нескольких банок – снять их и установить повторно.  11) Выдержать экспозицию 15-20 мин.  12) По истечении времени процедуры снять банки (одной рукой отклонить банку в сторону, другой надавить на кожу с противоположной стороны у края банки, после чего снять банку).  13) Салфеткой удалить с кожи пациента вазелин.  **Завершение процедуры**  1) Помочь пациенту одеться.  2) Банки продезинфицировать, вымыть и уложить в ящик.  3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  4) Уточнить у пациента его самочувствие.  5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации  **Алгоритм постановки горчичников**  **Подготовка к процедуре**  1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Уточнить отсутствие аллергии на горчицу. В случае наличия аллергии и отсутствия согласия на процедуру - уточнить дальнейшие действия у врача.  2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки.  3) Осмотреть кожу пациента на предмет повреждений, гнойничков, сыпи – для определения показаний к проведению процедуры.  4) Проверить пригодность горчичников: горчица не должна осыпаться с бумаги и иметь специфический (резкий) запах. При использовании горчичников, сделанных по другим технологиям (например, пакетированная горчица) проверить срок годности.  5) Подготовить оснащение. Налить в лоток горячую (40° - 45°) воду.  6) Помочь пациенту лечь на живот (при постановке горчичников на спину) и принять удобную позу, голова пациента должна быть повернута на бок.  **Выполнение процедуры**  1) Погрузить горчичник в горячую воду, дать ей стечь.  2) Плотно приложить горчичник к коже стороной, покрытой горчицей.  3) Повторить действия, размещая нужное количество горчичников на коже.  4) Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом.  5) Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 3-5 мин.  6) Оставить горчичники на 10-15 мин, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице.  **Завершение процедуры**  1) При появлении стойкой гиперемии (через 10-15 мин) снять горчичники и положить их в приготовленный лоток для использованных материалов с последующей их утилизацией.  2) Смочить салфетку в теплой воде и снять с кожи остатки горчицы.  3) Пеленкой промокнуть кожу пациента насухо. Помочь ему надеть нижнее белье, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели еще не менее 20-30 мин и в этот день не принимал ванну или душ.  4) Снять перчатки.  5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  6) Уточнить у пациента его самочувствие.  7) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Постановка согревающего компресса**  Принесла необходимое оснащение, обработала руки гигиеническим способом. Осмотрела кожные покровы. Подготовила салфетку нужного размера, сложенную в 6-8 слоев, вырезала нужных размеров кусок компрессной клеенки и ваты, которая больше размером, чем клеенка. Далее стала накладывать на участок кожи сначала салфетку в полуспиртовом растворе, затем клеенку и в конце закрыла это ватой. После забинтовала данное «сооружение» и напомнила пациенту, что держится все это в течении 4-5 часов. Каждые полтора часа проверяла на влажность салфетки, прощупав пальцем. Обработала руки гигиеническим способом. Через некоторое время я сняла компресс и сбросила его в отходы класса «Б». Вытерла кожу и наложила уже сухую повязку. Обработала руки гигиеническим способом, сделала запись.  **Постановка грелки**  Принесла необходимое оснащение, обработала руки гигиеническим способом, надела перчатки, придала пациенту удобное положение. Осмотрела кожные покровы. Взяла грелку и проверила на наличие трещин. Лишь затем в эту грелку я налила горячей воды. После я вытеснила воздух из грелки, пока не увидела воду в горлышке, а затем закрутила грелку крышкой и перевернула ее, чтобы проверить, что ничего не течет. Обернула в пеленки грелку и приложила на место, которое нужно согреть. Спросила, хорошо ли греет, прикрыла одеялом пациента и сообщила, что через некоторое время сниму его. Проверяла кожу под грелкой несколько раз. Через 10 минут убрала грелку и накрыла вновь одеялом пациента. Грелку я затем продезинфицировала, вылив до этого воду, и оставила сушить. Салфетку сбросила в отходы класса «Б», пеленку положила в емкость для грязного белья и унесла в санитарную комнату. Сняла перчатки, обработала руки гигиеническим образом, сделала запись.  **Постановка пузыря со льдом**  Принесла необходимое оснащение, обработала руки гигиеническим способом, надела перчатки, придала пациенту удобное положение. Далее я проверила пузырь на наличие трещин, лишь затем достала лед и начала насыпать его в пузырём. Втеснила воздух из пузыря, закрыла крышкой и проверила, не протекает ли он. Укутала в пеленки и положила на место, которое нужно было охладить. После я через 6 минут убрала пузырь со льдом и дала коже пациента отдохнуть. Из пузыря я вылила воду и промыла его изнутри, затем продезинфицировала двухкратно и поставила сушить. Салфетку сбросила в отходы класса «Б», пеленку положила в емкость для грязного белья и унесла в санитарную комнату. Сняла перчатки, обработала руки гигиеническим образом, сделала запись.  **Алгоритм постановка горячего компресса.**  **Подготовка к процедуре**  1) Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение.  2)Провести гигиеническую обработку рук.  **Выполнение процедуры**  1) Смочить ткань в горячей воде, хорошо отжать.  2) Приложить смоченную ткань к телу.  3) Поверх ткани плотно наложить клеенку.  4) Поверх клеенки положить грелку или теплую шерстяную ткань.  5) Менять компресс каждые 10-15 мин.  6) Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени. Интересоваться самочувствием пациента.  **Завершение процедуры**  1) Тканевую салфетку сбросить в емкость для сбора грязного белья.  2) Провести гигиеническую обработку рук.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Катетеризация мочевого пузыря | 1 | |  | Постановка банок | 1 | |  | Постановка горчичников | 1 | |  | Постановка согревающего компресса | 1 | |  | Применение грелки, пузыря со льдом | 1 | |  | Постановка горячего компресса | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 26.06 | **Постановка холодного компресса**  Приготовила необходимое оснащение, обработала руки гигиеническим способом, надела перчатки, придала пациенту удобное положение. Подстелила под голову пациента непромокаемую пеленку. Взяла 2 полотенце, сложила в два слоя и смочила их в тазике с прохладной водой. Взяла одно из них, встряхнула и положила на нужный участок кожи на пару минут. Затем спустя время положила то полотенце в тазик, а другое также встряхнула и положила на тот же участок кожи. Продолжала все это делать в течении 10 минут, после этого поинтересовалась самочувствием пациента. По окончанию процедуры я оставила бабушку в покое. Выжатые 2 полотенце я сбросила в емкость для грязного белья, а воду из тазика вылила в канализацию. Сам таз я продезинфицировала и поставила на сушку. Сняла перчатки, обработала руки гигиеническим образом, сделала запись.  **Алгоритм разведение антибиотиков**  **Подготовка к процедуре**  1) Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом.  2) Надеть маску, надеть перчатки. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  3) Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток.  4) Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить пригодность лекарственного средства (отсутствие посторонних примесей, осадка и пр.).  **Выполнение процедуры**  1) Первым шариком обработать наружную крышку флакона с лекарственным препаратом (порошком).  2) Нестерильным пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона (при необходимости).  3) Обработать резиновую пробку флакона вторым ватным шариком.  4)Обработать ватным шариком ампулу и вскрыть ее.  5) Набрать в шприц из ампулы необходимое количество растворителя по инструкции антибактериального препарата (разведение 1:1, или 1:2), удалить из шприца пузырьки воздуха.  6) Под углом 90 ° ввести иглу во флакон с лекарственным средством (порошком), проколов резиновую пробку.  7) Выпустить растворитель во флакон с порошком антибиотика, придерживая канюлю иглы.  8) Снять иглу вместе с флаконом с подигольного конуса, соблюдая инфекционную безопасность. Шприц положить в стерильный лоток, соблюдая инфекционную безопасность.  9) Аккуратно перемешать лекарственное средство во флаконе до полного его растворения и иглу снова присоединить к подигольному конусу, не вынимая из флакона.  10) Поднять флакон вверх дном и набрать содержимое флакона или его часть (по назначению врача) в шприц.  **Завершение процедуры**  1) Сменить иглу, вытеснить воздух из шприца, не снимая колпачок с иглы.  2) Готовый шприц положить в стерильный лоток, укрепив его рукояткой за боковую сторону лотка.  **Алгоритмы постановки различных инъекций**  **Подкожная инъекция**  **Подготовка к процедуре**  1) Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры.  2) Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом. Надеть маску, надеть перчатки.  3) Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  4) Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток.  5) Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности.  6) Ватным шариком – обработать ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц.  7) Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок).  **Выполнение процедуры**  1) Придать пациенту удобное положение.  2) Пропальпировать место инъекции.  3) Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением сверху вниз.  4) Обработать другим ватным шариком место инъекции.  5) Левой рукой (1,2,3 пальцами) собрать участок кожи наружной поверхности плеча в треугольную складку основанием вниз.  Держа шприц в правой руке быстрым движением ввести иглу в основание складки срезом вверх на 2/3 длины снизу вверх под углом 45 градусов к поверхности кожи.  6) Отпустить складку, освободившуюся руку перенести на поршень, медленно ввести лекарственное средство.  7) Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу.  **Завершение процедуры**  1) Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  2) Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  3) Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм внутрикожной инъекции**  **Подготовка к процедуре**  1) Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры.  2)Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом.  3)Надеть маску, надеть перчатки.  4)Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом.  5)Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  6)Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток.  7)Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности.  8)Ватным шариком – обработать ампулу (флакон) с лекарственным средством.  9)Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц.  10)Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок).  **Выполнение процедуры**  1) Придать пациенту удобное положение (сидя).  2)Пропальпировать место инъекции.  3)Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением сверху вниз.  4)Обработать другим ватным шариком место инъекции (подождать пока кожа высохнет).  5)Левой рукой фиксировать кожу легким натяжением, обхватив предплечье снизу.  6)Правой рукой ввести иглу (срез иглы направлен вверх) под углом 5 ° под роговой слой кожи, только срез иглы, (указательным пальцем фиксируют канюлю иглы).  7)Слегка приподнять кверху срез иглы, левую руку переместить на поршень и ввести медленно лекарство. На месте инъекции образуется папула в виде «лимонной корочки».  8)Быстрым движением правой руки вывести иглу.  **Завершение процедуры**  1) Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  2) Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  3) Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм внутримышечной инъекции**  **Подготовка к процедуре**  1) Предложить пациенту занять удобное положение на кушетке лежа на животе.  2)Проверить герметичность упаковки и срок годности одноразового шприца и иглы.  3)Проверить герметичность упаковки и срок годности иглы для инъекции.  4)Проверить герметичность упаковки и срок годности одноразовых спиртовых салфеток.  5)Взять упаковку с лекарственным препаратом, сверить его наименование с назначением врача, проверить дозировку, объем и срок годности.  6)Выложить на манипуляционный стол расходные материалы и инструменты.  **Выполнение процедуры**  1)Надеть маску. Обработать руки гигиеническим способом. Надеть нестерильные перчатки.  2)Вскрыть поочередно 4 одноразовые спиртовые салфетками и не вынимая из упаковки оставить на манипуляционном столе.  3)Взять ампулу с лекарственным средством в доминантную руку, чтобы специально нанесенный цветной маркер был обращен к Вам.  4)Прочитать на ампуле название препарата, объем и дозировку.  5)Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.  6)Обработать шейку ампулы первой стерильной спиртовой салфеткой.  7)Обернуть этой же спиртовой салфеткой головку ампулы.  8)Вскрыть ампулу резким движением пальцев руки "от себя ".  9)Вскрытую ампулу с лекарственным средством поставить на манипуляционный стол.  10)Спиртовую салфетку (внутри которой головка ампулы) и упаковку от нее поместить в емкость для медицинских отходов класса «А».  11)Вскрыть упаковку одноразового стерильного шприца со стороны поршня.  12)Взяться за рукоятку поршня и обеспечить соединение цилиндра шприца с иглой внутри упаковки (не снимая колпачка с иглы).  13)Взять собранный шприц из упаковки, снять колпачок с иглы, придерживая иглу за канюлю.  14)Поместить колпачок из-под иглы в емкость для медицинских отходов класса «А».  15)Ввести иглу в ампулу, стоящую на столе и набрать нужное количество препарата, избегая попадания воздуха в цилиндр шприца.  16)Поместить пустую ампулу в емкость для медицинских отходов класса «А».  17)Снять двумя пальцами одной руки иглу с цилиндра шприца.  18)Поместить иглу в непрокалываемый контейнер отходов касса «Б».  19)Выложить шприц без иглы на стерильную поверхность упаковки от шприца.  20)Вскрыть стерильную упаковку иглы для инъекции со стороны канюли и взяв шприц, присоединить шприц к канюле иглы.  21)Поместить упаковку от иглы в емкость для медицинских отходов класса «А».  22)Вытеснить воздух из шприца в колпачок до появления первой капли из иглы.  23)Положить собранный шприц с лекарственным препаратом в упаковку.  24)Попросить пациента освободить от одежды ягодичную область для инъекции (верхний наружный квадрант ягодицы).  25)Осмотреть и пропальпировать предполагаемое место инъекции.  26)Обработать двукратно место инъекции 2 и 3 спиртовыми салфетками.  27)Использованные спиртовые салфетки и упаковки от них поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б».  28)Туго натянуть кожу пациента в месте инъекции большим и указательным пальцами одной руки, а в доминантную руку взять шприц, придерживая канюлю иглы.  29)Ввести иглу быстрым движением руки под углом 90 градусов на 2/3 её длины.  30)Потянуть поршень на себя и убедиться в отсутствии крови в конюле иглы  31)Медленно ввести лекарственный препарат в мышцу не доминантной рукой.  32)Извлечь иглу, прижав к месту инъекции 4-ю спиртовую салфетку, не отрывая руки с салфеткой, слегка помассировать место введения лекарственного препарата.  **Завершение процедуры**  1) Отсоединить иглу от шприца с помощью иглосъемника и поместить в непрокалываемый контейнер отходов класса «Б».  2)Шприц в неразобранном виде поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б».  3)Убедиться в отсутствии наружного кровотечения в области инъекции.  4)Поместить спиртовую салфетку, использованную при инъекции в емкость для медицинских отходов класса «Б».  5)Упаковку от шприца и упаковку от салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «А».  6)Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.  7)Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б».  8)Снять перчатки.  9)Поместить перчатки в емкость для отходов класса «Б».  10)Снять медицинскую одноразовую маску.  11)Поместить маску в емкость для отходов класса «Б».  12)Обработать руки гигиеническим способом.  13)Уточнить у пациента о его самочувствии.  14)Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации.  **Алгоритм внутривенная инъекция**  **Подготовка к процедуре**  1)Предложить или помочь пациенту занять удобное положение сидя или лежа на спине.  2)Проверить герметичность упаковки и срок годности одноразового шприца и иглы.  3)Проверить герметичность упаковки и срок годности иглы для инъекции.  4)Проверить герметичность упаковки и срок годности одноразовых спиртовых салфеток.  5)Взять упаковку с лекарственным препаратом, сверить его наименование с назначением врача, проверить дозировку, объем и срок годности.  6)Выложить на манипуляционный стол расходные материалы и инструменты.  **Выполнение процедуры**  **1 часть**  1) Надеть маску одноразовую.  2)Надеть очки защитные медицинские.  3)Обработать руки гигиеническим способом.  4)Надеть нестерильные перчатки.  5)Вскрыть поочередно 4 одноразовые спиртовые салфетки и, не вынимая из упаковки, оставить на манипуляционном столе.  6)Взять ампулу с лекарственным средством в доминантную руку, чтобы специально нанесенный цветной маркер был обращен к аккредитуемому.  7)Прочитать на ампуле название препарата, объем и дозировку.  8)Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.  9)Обработать шейку ампулы первой спиртовой салфеткой.  10)Обернуть этой же стерильной спиртовой салфеткой головку ампулы.  11)Вскрыть ампулу резким движением пальцев руки "от себя ".  12)Вскрытую ампулу с лекарственным средством поставить на манипуляционный стол.  13)Стерильную спиртовую салфетку (внутри которой головка ампулы) и упаковку от нее поместить в емкость для медицинских отходов класса «А».  14)Вскрыть упаковку одноразового стерильного шприца со стороны поршня.  15)Взяться за рукоятку поршня и обеспечить соединение цилиндра шприца с иглой внутри упаковки (не снимая колпачка с иглы).  16)Взять собранный шприц из упаковки, снять колпачок с иглы, придерживая ее за канюлю.  17)Поместить колпачок из-под иглы в емкость для медицинских отходов класса «А».  18)Ввести иглу в ампулу, стоящую на столе и набрать нужное количество препарата, избегая попадания воздуха в цилиндр шприца.  19)Поместить пустую ампулу в емкость для медицинских отходов класса «А».  20)Снять двумя пальцами одной руки иглу с цилиндра шприца.  21)Поместить иглу в непрокалываемый контейнер отходов класса «Б».  22)Выложить шприц без иглы на стерильную поверхность упаковки от шприца.  23)Вскрыть стерильную упаковку иглы для инъекции со стороны канюли и взяв шприц, присоединить шприц к канюле иглы.  24)Поместить упаковку от иглы в емкость для медицинских отходов класса «А».  25)Вытеснить воздух из шприца в колпачок до появления первой капли из иглы.  26)Положить собранный шприц с лекарственным препаратом в упаковку.  **Часть2**  1)Попросить пациента освободить от одежды область локтевого сгиба правой или левой руки.  2)Подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.  3)Наложить венозный жгут в средней трети плеча на одежду или одноразовую салфетку.  4)Определить пульсацию на лучевой артерии.  5)Попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.  6)Попросить пациента сжать кулак.  7)Пропальпировать и осмотреть предполагаемое место венепункции.  8)Обработать место венепункции 2-ой одноразовой салфеткой с антисептиком в одном направлении.  9)Обработать место венепункции 3-й одноразовой салфеткой с антисептиком в одном направлении.  10)Поместить использованные одноразовые салфетки с антисептиком в емкость для медицинских отходов класса «Б».  11)Поместить упаковки от одноразовых салфеток с антисептиком в емкость для медицинских отходов класса «А».  12)Взять шприц в доминантную руку, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы срезом вверх.  13)Снять колпачок с иглы.  14)Утилизировать колпачёк в емкость для медицинских отходов класса «А».  15)Натянуть свободной рукой кожу на расстоянии примерно 5 см ниже места венепункции по направлению к периферии кожу, фиксируя вену.  16)Пунктировать локтевую вену «одномоментно» или «двухмоментно» под углом 10-15° (почти параллельно коже), держа иглу срезом вверх.  16)Ввести иглу не более чем на ½ длины.  17)Убедиться, что игла в вене – потянуть поршень шприца на себя при этом в шприц должна поступать кровь.  18)Развязать/ослабить жгут.  19)Попросить пациента разжать кулак.  20)Убедиться, что игла в вене – потянуть поршень шприца на себя при этом в шприц должна поступать кровь.  21)Нажать свободной рукой на поршень, не меняя положения шприца, медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце незначительное количество раствора.  22)Взять 4-ую одноразовую салфетку с антисептиком прижать ее к месту венепункции.  23)Извлечь иглу.  24)Попросить пациента держать одноразовую салфетку с антисептиком у места венепункции 5-7 минут, прижимая большим пальцем второй руки.  **Завершение процедуры**  1)Отсоединить иглу от шприца с помощью иглосъемника и поместить в непрокалываемый контейнер отходов класса «Б».  2)Поместить шприц в неразобранном виде поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б».  3)Убедиться (через 5-7 минут) в отсутствии наружного кровотечения в области венепункции.  4)Поместить одноразовую салфетку с антисептиком, использованную при инъекции, в емкость для медицинских отходов класса «Б».  5)Поместить упаковку от шприца в емкость для медицинских отходов класса «А» Выполнить 70  6)Поместить упаковку от салфетки в емкость для медицинских отходов класса «А».  7)Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.  8)Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б».  9)Снять перчатки.  10)Поместить перчатки в емкость для отходов класса «Б».  11)Снять очки.  12)Поместить очки в емкость для отходов класса «Б».  13)Снять медицинскую одноразовую маску.  14)Поместить маску в емкость для отходов класса «Б».  15)Обработать руки гигиеническим способом.  16)Уточнить у пациента о его самочувствии.  17)Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации.  **Алгоритм внутривенной капельной инъекции**  **Подготовка к процедуре**  1) Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры.  2)Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом.  3)Надеть маску, надеть перчатки.  4)Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом.  5)Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  6)Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы, убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности.  7)Первым шариком обработать наружную крышку флакона с лекарственным средством, нестерильным пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона (при необходимости) и обработать резиновую пробку флакона вторым ватным шариком.  8)Проверить целостность упаковки и срок стерильности системы для инфузии.  9)Вскрыть пакет с системой, взять ее в руки.  10)Закрыть зажим на системе, снять колпачок с иглы для флакона, ввести иглу до упора во флакон.  11)Перевернуть флакон вверх дном и закрепить на штативе, открыть воздуховод.  12)Заполнить баллон системы до середины при помощи нажатия на него.  13)Снять инъекционную иглу с колпачком стерильным пинцетом, положить в стерильный лоток.  14)Открыть зажим и заполнить капельницу по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком).  15)Закрыть зажим, присоединить инъекционную иглу с колпачком, вытеснить воздух через иглу, не снимая колпачка.  16)Фиксировать систему на штативе.  **Выполнение процедуры**  1) Удобно уложить пациента.  2)Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  3)Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба.  4)Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  5)Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента, выбрать наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.  6)Надеть очки.  7)Обработать перчатки спиртсодержащим антисептиком.  8)Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх.  9)Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола).  10)Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см.  11)Проколоть осторожно стенку вены, пока не появится ощущение пустоты.  12)Убедиться, что игла в вене.  13)Ослабить жгут, открыть зажим капельницы, убедиться, что игла в вене и лекарство не поступает под кожу.  14)Закрепить систему лентой лейкопластыря.  15)Отрегулировать скорость поступления лекарственного средства.  16)В течение инфузии следить за самочувствием пациента.  17После завершения инфузии закрыть зажим, убрать лейкопластырь, к месту пункции приложить ватный шарик и извлечь иглу.  18)Помочь пациенту согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут, затем наложить давящую повязку.  **Завершение процедуры**  1) Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. Снять перчатки, очки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  2)Провести гигиеническую обработку рук.  3)Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм забора крови из вены при помощи шприца**  **Подготовка к процедуре**  1) Накануне исследования провести инструктаж и составить памятку по подготовке пациента к процедуре.  2) Пригласить и проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. Выписать направление. Промаркировать пробирки.  3) Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, надеть перчатки.  4) Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  5) Подготовить шприц. Положить его в стерильный лоток.  **Выполнение процедуры**  1) Удобно усадить или уложить пациента.  2) Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  3) Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба.  Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  4) Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента. Надеть очки.  5) Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх.  6) Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола).  7) Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см.  8) Провести пунктирование вены. Возникает ощущение «попадания в пустоту».  9) Убедиться, что игла в вене: потянув поршень на себя.  10) Продолжать тянуть поршень на себя, набирая нужное количество крови и не снимая жгута.  11) Развязать жгут, прежде чем извлечь иглу из вены.  12) Прижать место пункции 3-м стерильным ватным шариком (салфеткой), смоченным 70% спиртом, извлечь иглу.  13) Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе, удерживая ватный шарик на месте пункции 3-5 минут, затем сбросить в дезинфицирующий раствор (либо наложить давящую повязку).  14) Снять иглу со шприца, сбросить в лоток для использованного материала.  15) Выпустить медленно кровь по стенке пробирки, находящейся в штативе. Следить, чтобы кровь не пенилась при быстром наполнении пробирки.  16) Установить штатив в специальный контейнер для транспортировки.  **Завершение процедуры**  1) Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. Обработать жгут и клеенчатую подушечку.  2) Снять перчатки, очки, маску и поместить в емкость для дезинфекции. Провести гигиеническую обработку рук.  3) Сделать запись о проведенной процедуре. Доставить контейнер с материалом и направлением в клиническую лабораторию.  **Измерение веса**  Приготовила необходимое оснащение, обработала руки гигиеническим способом. Включила весы и уравновесила их, после чего постелила на них одноразовую пеленку. Попросила встать на весы без обуви и помогла пациенту встать на весы, придерживая его, а затем отошла чуть подальше. Сообщила и записала результат – 25 кг. Помогла ему аккуратно сойти с весов, одноразовую пеленку убрала.  **Измерение роста**  Постелила новую одноразовую пеленку на основание ростомера. Встала сбоку ростомера и подняла горизонтальную планку. Попросила пациента снять обувь и встать на пеленку, при этом помогая ему встать на основание ростомера. Проследила, чтобы голова, спина, ягодицы и пятки были прижаты к ростомеру, а затем аккуратно опустила на голову планку. Произнесла результат – 135 см. Придерживая планку, помогла сойти пациенту с ростомера. Записала данные.  В конце процедуры я надела перчатки и дважды обработала ростомер и весы с небольшим интервалом. После я сняла перчатки, обработала руки гигиеническим способом, сделала запись.  **Измерение пульса**  Приготовила необходимое оснащение, обработала руки гигиеническим способом. Помогла занять удобное положение. Предложила расслабить руки и поместить на ровную поверхность, чтобы не висела. Сначала прижала 2мя пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента и выяснила, что различий между ними нет. Выбрала себе руку, на которой буду проводить измерение. Взяла часы и стала определять ритм пульса в течение 30 секунд, а после высчитывать частоту. У бабушки пульс ритмичный, 80 ударов в минуту. Сообщила результаты, провела гигиеническую обработку рук, сделала запись.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка холодного компресса | 1 | |  | Разведение антибиотиков | 1 | |  | Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, внутривенные капельные | 1 | |  | Забор крови из вены на исследование | 1 | |  | Антропометрия | 1 | |  | Измерение пульса | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 27.06 | **Измерение температуры тела**  Приготовила необходимое оснащение, обработала руки гигиеническим способом. Помогла занять удобное положение. Предложила пациенту осушить подмышечную впадину салфеткой, подала ему емкость для скидывания салфетки – отходы класса «Б». Посмотрела, чтобы ртутный столбик находился ниже 35 градусов и положила в середину мышечной впадины градусник. Попросила подождать пять минут. Забрала градусник и сообщила температуру пациенту – 36, 8 градусов. Далее я встряхнула градусник и поместила в емкость для дезинфекции. Затем сняла перчатки, провела гигиеническую обработку рук, сделала запись.    **Измерение АД**  Приготовила необходимое оснащение, проверила его целостность, обработала руки гигиеническим способом. Помогла занять удобное положение. На обнаженное плечо над локтевым изгибом я положила манжет, проверила, чтобы он сильно не сдавливал руку. Надела фонендоскоп, его мембрану положила на локтевой изгиб. Убедилась, что разместила правильно. Стала нагнетать воздух и затем медленно стала выпускать. Отметила первое появление удара – 130. Продолжила выпускать воздух из манжеты отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова - 80. Повторила манипуляцию через две минуты. Результат – 135/84. Записала результат в виде дроби. Сняла манжет и фонендоскоп. Надела перчатки и обработала фонендоскоп, также и манжетку с помощью салфеток. Салфетки сбросила в отходы класса «Б», сняла перчатки, сбросила в отходы класса «Б», обработала руки гигиеническим способом, сделала запись.  **Измерение ЧДД**  Приготовила необходимое оснащение, обработала руки гигиеническим способом. Помогла занять удобное положение. Выбрала себе руку, на которой буду проводить измерение. Взяла часы и стала якобы измерять пульс, в то время положив руку на плечо пациентки стала считать ЧДД. Спустя минуту сообщила результат пульса, записала результат частоты дыхательных движений.  **Особенности суточного диуреза:**  1)Определение суточного диуреза обычно проводится в условиях стационара (в больнице), но иногда и в домашних условиях.  2)Записывая количество выпитой (или введенной) жидкости следует учитывать фрукты и жидкие блюда (например, супы).  3)Жидкость записывается в **мл**.  Полностью объем выделенной мочи за сутки и есть суточный диурез.  Отеки при вертикальном положении тела появляются на ногах и увеличиваются к вечеру. Почечные отеки появляются на лице под глазами, вследствие рыхлости подкожной клетчатки.  У лежащих пациентов больных в первую очередь появляются в области поясницы. Больного с отеками нужно ежедневно:  1)взвешивать натощак в одно и тоже время, в одной и той же одежде;  2)измерять суточный водный баланс, т.е. соотношение между выпитой за сутки жидкостью и количеством выделенной мочи;  3)Суточный учет этих данных позволяет судить о динамике отеков — их уменьшение или увеличение.  Все больные с отеками должны находиться под наблюдением врача, который назначает диету с ограничением поваренной соли и жидкости.  **Алгоритм постановки пиявки на тело.**  **Подготовка к процедуре**  1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры.  2)Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  3)Помочь пациенту удобно лечь для предстоящей процедуры.  4)Огородить пациента ширмой.  5)Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  6)Подготовить необходимое оснащение и оборудование.  7)Осмотреть место постановки пиявок.  8)Подстелить клеёнку при необходимости или пеленку одноразовую под предполагаемую область.  9)Надеть перчатки.  **Выполнение процедуры**  1) Обработать кожу (место, постановки пиявок) вначале 70 %-ным спиртом (большим по площади, чем нужно для процедуры), стерильной салфеткой или ватным шариком, смоченным в горячей кипяченой воде, протереть кожу до покраснения, меняя шарики 2-3 раза. Кожу осушить стерильной салфеткой.  2)Смочить место постановки пиявок стерильным раствором 40 %-ной глюкозы.  3)Поместить пиявку на ватно-марлевый тампон, транспортировать ее в пробирку или банку хвостовым концом вниз.  4)Поднести пробирку или банку к коже или слизистой (в стоматологии), отверстие пробирки или банки плотно приставить к месту присасывания (как только пиявка присосётся, в ее передней части появится волнообразное движение).  5)Положить салфетку под пиявку.  6)Повторить пп. 3 – 5 до тех пор, пока не будут поставлены все пиявки.  7)Наблюдать за активностью пиявок: если не движутся, слегка провести по её поверхности пальцем.  8)Снять ватно-марлевым тампоном, смоченным спиртом, через 20-30 мин (по назначению врача) все пиявки.  9)Поместить снятые пиявки в емкость с дезинфицирующим раствором с последующей утилизацией.  **Завершение процедуры**  1) Поместить пинцет в емкость для дезинфекции.  2)Обработать кожу вокруг ранки антисептиком или 5 %-ного спиртовым раствором йода.  3)Наложить асептическую ватно-марлевую давящую повязку с слоем ваты, менять повязку в течение суток по необходимости.  4)Фиксировать повязку бинтом или лейкопластырем.  5)Убрать клеенку в емкость для дезинфекции.  6)Обработать использованные пиявки, убедиться, что число пиявок, поставленных пациенту, и число пиявок, находящихся в емкости для дезинфекции, совпадает.  7)Снять перчатки и поместить в ёмкость для дезинфекции.  8)Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  9)Создание комфорта для пациента после проведения манипуляции.  10)Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Измерение температуры тела | 10 | |  | Заполнение температурного листа при регистрации показателей: масса тела, рост; частота пульса, АД, ЧДД, температуры тела | 1 | |  | Измерение артериального давления | 10 | |  | Подсчет частоты дыхательных движений | 1 | |  | Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков | 1 | |  | Поставка пиявки на тело пациента | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 29.06 | **Профилактика пролежней**  **Подготовка к процедуре**  1) По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  2) Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  3) Подготовить необходимое оборудование.  4) Отгородить пациента ширмой.  **Выполнение процедуры**  1) Осмотреть кожу в местах возможного образования пролежней (затылок, лопатки, локти, крестец, пятки и т.д.).  2) Убрать крошки с простыни, расправить простыню. Проследить за отсутствием на постельном и нательном белье складок.  3) Изменить положение тела больного (несколько раз в день, желательно каждые 2 часа, если позволяет его состояние: на спину, на бок, на живот, в положение Симса, в положение Фаулера.  4) Обработать кожу в местах возможного образования пролежней (с нейтральным мылом или средством для сухой обработки кожи).  5) Сухую неповрежденную кожу обработать салфетками, смоченными в теплом камфорном или этиловом спирте.  6) Нанести защитный крем.  7) Растереть мягкие ткани в местах возможного образования пролежней (кроме выступающих костных участков).  8) Подкладывать надувной резиновый круг, вложенный в наволочку, так чтобы крестец находился над его отверстием.  9) Подложить поролоновые круги под локти и пятки пациента.  10) Обучить родственников пациента мероприятиям по профилактике пролежней.  **Завершение процедуры**  1) Убрать ширму.  2) Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  3) Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  4) Перчатки, маску сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  5) Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.    **Раздача**  1) Раздачу пищи осуществляют буфетчица (раздатчица) и палатная медсестра в соответствии с данными порционного требования.  2) Кормление тяжелобольных осуществляет медсестра у постели пациента.  3) Пациенты, находящиеся на общем режиме, принимают пищу в столовой.  4) Пациентам, находящимся на палатном режиме, буфетчица и палатная медсестра доставляют пищу в палату на специальных столиках.  5) Перед раздачей пищи медсестра и буфетчица должны надеть халаты, маркированные «для раздачи пищи», вымыть руки.  6) Санитарки, занятые уборкой помещений, к раздаче пищи не допускаются.  7) Категорически запрещается оставлять остатки пищи и грязную посуду у постели пациента.  **Кормление тяжелобольного пациента**  Проветрила помещение, провела гигиеническую обработку рук, надела перчатки и подготовила стол для кормления. Помогла пациенту принять положение Фаулера, вымыла и осушила ей руки, положила на грудь салфетку. Затем я стала кормить пациента: по краям пол-ложки забирала еду и прикоснувшись к губам, поместила еду на язык. Давала по желанию пациента попить из поильника. В конце еды предложила прополоскать рот водой. Убрала столик с посудой, салфетку в емкость для грязного белья, унесла в санитарную комнату. Оставила пациента в положении Фаулера на пол часа, затем придала удобное положение. Обработала столик и все поверхности, которые были использованы. Сняла перчатки, сбросила в отход класса «Б», провела гигиеническую обработку рук, сделала запись.  **Алгоритмы искусственного кормления**  **Через гастростому**  **Подготовка к процедуре**  1) Предупредить (если пациент адекватен) пациента заранее (10-15 мин.) о предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд.  2) Проветрить помещение.  3) Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  4) Придать пациенту положение Фаулера, рядом с пациентом положить непромокаемую салфетку.  5) Вскрыть упаковку с зондом.  6) Обработать перчатки антисептическим раствором.  7) Вставить заглушку в дистальный конец зонда.  8) Облить конец зонда стерильным вазелиновым маслом и ввести в гастростому.  **Выполнение процедуры**  1) Снять заглушку с зонда и подсоединить к воронке. Слегка наклонить воронку и наполнить питательной смесью, температура которой 38-40 °С. Медленно поднять воронку, держать прямо, когда пища опустится до устья воронки, следует опустить ее до уровня желудка и снова заполнить питательной смесью.  2) После кормления, промыть воронку кипячёной водой, отсоединить.  3) Наложить зажим на зонд (или закрыть заглушкой) и зафиксировать зонд до следующего кормления, придать пациенту удобное положение.  **Завершение процедуры**  1) Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья.  2) Пациенту рекомендовать не вставать с постели в течение 1,5-2 часов.  3) Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  4) Использованную посуду, воронку поверхность прикроватной тумбочки обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима.  5) Перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  6) Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  **Через назогастральный зонд**  **Подготовка к процедуре**  1) Предупредить (если пациент адекватен) пациента заранее (10-15 мин.) о предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд.  2) Проветрить помещение  3) Провести гигиеническую обработку рук, перчатки  4) Придать пациенту положение Фаулера, на грудь пациента положить непромокаемую салфетку.  5) Обработать перчатки антисептическим раствором.  6) Убедиться, что зонд находится в желудке (метка на зонде или при помощи фонендоскопа и шприца Жане).  **Выполнение к процедуре**  1) Набрать в шприц питательную смесь, предварительно приготовленную, удалить из шприца воздух.  2) Снять зажим/заглушку с зонда, подсоединить к зонду шприц с пищей.  3) Ввести питательную смесь, перекрыть зонд, отсоединить использованный шприц, наложить зажим/заглушку.  4) Подсоединить шприц с водой, снять зажим, промыть зонд, перекрыть зонд, отсоединить использованный шприц, наложить зажим/заглушку.  **Завершение процедуры**  1) Использованный шприц Жане положить в емкость из-под пищи.  2) Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья.  3) Пациента на 20-30 минут оставить в положении Фаулера (по возможности), затем придать удобное положение.  4) Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  5) Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое – обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима. Обработать поверхности.  6) Снять перчатки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  7) Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Профилактика пролежней. | 1 | |  | Заполнение порционного требования | 1 | |  | Раздача пищи больным | 1 | |  | Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника | 1 | |  | Искусственное кормление пациента | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 30.06 | **Алгоритм раздачи пациентам лекарств**  **Выполнение мероприятия**  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) Переходя от пациента к пациенту, раздайте лекарственные средства у постели пациента согласно назначениям врача.  3) Давая лекарственное средство пациенту, предоставьте ему необходимую информацию.  4) Научите пациента принимать различные лекарственные формы перорально и сублингвально.  5) Пациент должен принять лекарственное средство в вашем присутствии.  **При раздаче лекарственных средств нужно учитывать следую­щее:**    1. Лекарственные средства чаще даются внутрь до еды за 15-30 минут, так как при взаимодействии с пищей замедляется их всасы­вание.  2. Препараты, раздражающие слизистую оболочку желудочно-­кишечного тракта  (препараты железа, ацетилсалициловая кислота, раствор кальция хлорида и др.) принимают после еды через 15-30 минут.  3. Ферментативные препараты, улучшающие процессы пище­варения  (фестал, панзинорм, сок желудочный и др.) даются пациен­ту во время еды.  4. Препараты, назначенные пациенту "натощак", должны быть приняты за 20-60 минут до завтрака.  5. Снотворные принимаются за 30 минут до сна.  6. Нитроглицерин, валидол (при необходимости) хранятся у пациента на тумбочке постоянно.  7. Настои, отвары, растворы, микстуры, назначаются обычно столовыми ложками (15 мл), в условиях стационара удобно пользо­ваться градуированными мензурками.  8. Спиртовые настойки, экстракты и некоторые растворы  (например, 0,1% раствор атропина сульфата, настойка пустыр­ника) назначают в каплях.  Если во флаконе с лекарственным веществом нет вмонтированной капельницы, то используют пи­петки. Для каждого лекарственного вещества должна быть отдельная пипетка!  9. Пилюли, драже, капсулы, таблетки, содержащие железо, принимаются в неизменном виде.  **Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения**  **Правила**  1)Лекарства, предназначенные для лечения больных в стационарных условиях, отпускаются аптеками дежурному фельдшеру или медицинской сестре только в оригинальной заводской или аптечной упаковке.  2)Представитель отделения, получая лекарство, обязан проверить соответствие его с прописью в требовании.  3)Категорически запрещается получение лекарств из аптеки подсобным персоналом (санитарами, шоферами и др.).  4)Ответственность за хранение и расход лекарств, а также за порядок на местах хранения, соблюдение правил выдачи и назначение лекарств несет заведующий отделением (кабинетом).  5)Непосредственным исполнителем организации хранения и расхода медикаментов является старшая медицинская сестра.  6)Хранение медикаментов в отделениях (кабинетах) должно быть организовано в запирающихся шкафах. Обязательно деление на группы "Наружные", "Внутренние", "Инъекционные", "Глазные капли".  7)Кроме того, в каждом отделении шкафа, например, "Внутренние", должно быть деление на порошки, микстуры, ампулы, которые размещаются раздельно, причем порошки хранятся, как правило, на верхней полке, а растворы на нижней.  8)Пахучие и красящие вещества должны быть выделены в отдельный шкаф.  9)Хранение лекарств в операционной, перевязочной, процедурной организуется в инструментальных остекленных шкафах или на хирургических столиках. 10)Каждый флакон, банка, штанглаз, содержащие лекарства, должны иметь соответствующую этикетку.  Наркотические лекарственные средства должны храниться в сейфах или в железных шкафах.  11)В аптечных и медицинских организациях на внутренних сторонах дверец сейфов или металлических шкафов, в которых осуществляется хранение наркотических и психотропных лекарственных средств, должны вывешиваться списки хранящихся наркотических и психотропных лекарственных средств с указанием их высших разовых и высших суточных доз.  12)По истечении рабочего дня наркотические и психотропные лекарственные средства должны быть возвращены на место основного хранения наркотических и психотропных лекарственных средств.  13)В медицинских организациях должны храниться наркотические и психотропные лекарственные препараты, изготовленные производителями лекарственных средств или аптечной организацией.  14)Места хранения наркотических и психотропных лекарственных средств, требующих защиты от повышенной температуры (холодильная камера, холодильник, термоконтейнер), необходимо оборудовать приборами для регистрации температуры.  15)Недоброкачественные наркотические и психотропные лекарственные средства, выявленные в аптечной, медицинской организации или организации оптовой торговли лекарственными средствами, а также наркотические или психотропные лекарственные средства, сданные родственниками умерших больных в медицинскую организацию, до их списания и уничтожения подлежат идентификации и хранению на отдельной полке или в отдельном отделении сейфа или металлического шкафа.  16)В местах хранения медицинских препаратов должен соблюдаться температурный и световой режим.  17)Настои, отвары, эмульсии, пенициллин, сыворотки, вакцины, органопрепараты, растворы, содержащие глюкозу, и т.п. должны храниться только в холодильниках (температура 2 - 10 град. С).  **Закапывание капель в глаза**  Приготовила необходимое оснащение, обработала руки гигиеническим способом, надела перчатки. Помогла занять удобное положение. Приготовила капли, проверила на срок годности, на целостность, название. В лоток положила стерильные марлевые шарики. Дала шарики в каждую руку пациента, взяла шарик и попросила пациента наклонить назад голову. Закапала пациенту в глаза 2 капли, попросила промокнуть вытекшие возле внутреннего угла капли шариками. Попросила пациента занять удобное положение, спросила, не испытывает ли он дискомфорта. После процедуры сбросила одноразовые предметы в емкость отходов класса «Б», многоразовое поместила в емкость для дезинфекции. Сняла перчатки, сбросила в отходы класса «Б», обработала руки гигиеническим способом, сделала запись.  **Алгоритм введение мази за нижнее веко**  **Подготовка к процедуре**  1) Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  2) Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  3) Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики.  4) Помочь пациенту занять удобное положение.  **Выполнение процедуры**  1) Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз.  2) Выдавить из тюбика мазь, продвигая её от внутреннего угла глаза к наружному так, чтобы мазь вышла за наружную спайку век. Отпустить нижнее веко, пациент должен закрыть глаза.  3) Попросить пациента закрыть глаза.  4) Попросить пациента удалить, вытекающую из-под сомкнутых век мазь или сделать это за него.  5) При необходимости заложить мазь за нижнее веко другого глаза, повторить те же действия.  **Завершение процедуры**  1) Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  2) Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  3)Сделать запись о выполненной процедуре.  **Масляные капли**  Приготовила необходимое оснащение, обработала руки гигиеническим способом, надела перчатки. Помогла занять удобное положение. Приготовила капли, проверила на срок годности, на целостность, название. В лоток положила стерильные марлевые шарики. Дала шарики в каждую руку пациента, взяла шарик и попросила пациента наклонить назад голову. Закапала пациенту в каждый носовой ход 2 капли, попросила промокнуть вытекшие из носа капли шариками. Спросила, ощутил ли он вкус масла во рту, попросила пациента так подержать голову несколько минут. После процедуры сбросила одноразовые предметы в емкость отходов класса «Б», многоразовое поместила в емкость для дезинфекции. Сняла перчатки, сбросила в отходы класса «Б», обработала руки гигиеническим способом, сделала запись.  **Сосудосуживающие капли**  Приготовила необходимое оснащение, обработала руки гигиеническим способом, надела перчатки. Помогла занять удобное положение. Приготовила капли, проверила на срок годности, на целостность, название. В лоток положила стерильные марлевые шарики. Дала шарики в каждую руку пациента, взяла шарик и попросила пациента наклонить назад голову. Закапала пациенту в каждый носовой ход 2 капли, попросила каждый носовое крыло помассировать легкими круговыми движениями и промокнуть вытекшие из носа капли шариками. После процедуры сбросила одноразовые предметы в емкость отходов класса «Б», многоразовое поместила в емкость для дезинфекции. Сняла перчатки, сбросила в отходы класса «Б», обработала руки гигиеническим способом, сделала запись.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Раздача лекарств пациентам | 1 | |  | Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения | 1 | |  | Закапывание капель в глаза | 1 | |  | Введение мази за нижнее веко | 1 | |  | Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 01.07 | Содержание работы 11 дня:  **Алгоритм введение мази в носовые ходы**  **Подготовка к процедуре**  1) Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  2) Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  3) Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные ватные турунды, марлевые шарики.  **Выполнение процедуры**  1) Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Выдавить на ватную турунду 0,5-0.7 см мази (если мазь во флаконе, воспользоваться стерильной стеклянной лопаточкой).  2) Ввести ватную турунду вращательными движениями в нижний носовой ход (с одной стороны) на 10-15 минут.  3) Извлечь турунду и положить её в ёмкость для использованного материала.  4) Повторить предыдущие действия при введении мази в другой носовой ход.  5) Марлевым шариком, при необходимости, удалить остатки мази с кожи после процедуры.  6) Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.  **Завершение процедуры**  1) Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  2) Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  3) Сделать запись о выполненной процедуре.  **Капли в ухо**  Приготовила необходимое оснащение, обработала руки гигиеническим способом, надела перчатки. Помогла занять удобное положение. Приготовила капли, проверила на срок годности, на целостность, название. В лоток положила стерильные марлевые шарики. Набрала в пипетку 2 капли, оттянула ухо назад и вверх и закапала. Повторила те же действия со вторым ухом. Убедилась, что пациенту комфортно. После процедуры сбросила одноразовые предметы в емкость отходов класса «Б», многоразовое поместила в емкость для дезинфекции. Сняла перчатки, сбросила в отходы класса «Б», обработала руки гигиеническим способом, сделала запись.  **Нанесение мази на кожу**  Рассказала ход и цель данной процедуры, получила согласие. Рассказала все необходимое о мази, которую я применила. Отгородила ширмой. Осмотрела кожу. Выяснила аллергоанамнез. Приготовила необходимое оснащение, обработала руки гигиеническим способом, надела перчатки. Помогла занять удобное положение. На стеклянную лопаточку выдавила мазь и намазала мазь, попросила пациента подержать место открытым некоторое время. Сняла салфеткой остатки. Салфетки и шпатель выбросила в отходы класса «Б», продезинфицировала поверхности, убрала ширму. Сняла перчатки, сбросила в отходы класса «Б», обработала руки гигиеническим способом, сделала запись.  **Нанесение присыпки на кожу**  Рассказала ход и цель данной процедуры, получила согласие. Рассказала все необходимое о мази, которую я применила. Отгородила ширмой. Осмотрела кожу. Выяснила аллергоанамнез. Приготовила необходимое оснащение, обработала руки гигиеническим способом, надела перчатки. Помогла занять удобное положение. На чистую кожу нанесла присыпку и распределила порошок с помощью ватного шарика. Одноразовые принадлежности выбросила в отходы класса «Б», продезинфицировала поверхности, убрала ширму. Сняла перчатки, сбросила в отходы класса «Б», обработала руки гигиеническим способом, сделала запись.  **Нанесение мази в кожу**  Рассказала ход и цель данной процедуры, получила согласие. Рассказала все необходимое о мази, которую я применила. Отгородила ширмой. Осмотрела кожу. Выяснила аллергоанамнез. Приготовила необходимое оснащение, обработала руки гигиеническим способом, надела перчатки. Помогла занять удобное положение. На стеклянную лопаточку выдавила мазь и намазала мазь, втирала легкими движениями до полного исчезновения и накрыла одеялом. Сняла салфеткой остатки. Салфетки и шпатель выбросила в отходы класса «Б», продезинфицировала поверхности, убрала ширму. Сняла перчатки, сбросила в отходы класса «Б», обработала руки гигиеническим способом, сделала запись.  **Подача судна и мочеприемника**  **Судно**  1)Пришла в палату по вызову пациента. Провела гигиеническую обработку рук, надела перчатки. Отгородила ширмой, достала судно и ополоснула теплой водой.  2)Открыла нижнюю часть тела, попросила пациента приподнять таз и подсунула ему судно. Сказала, чтобы не сильно тужились, вышла за ширму и попросила позвать, когда справите нужду.  3)По окончании попросила приподнять таз и извлекла судно. Осмотрела судно и вылила содержимое в канализацию.  4)Сняла перчатки, обработала руки гигиеническим способом, а затем надела новую пару перчаток.  5)Подмыла пациента, убрала ширму.  6)Далее сняла перчатки, сбросила в отходы в класс «Б», обработала руки гигиеническим способом и сделала запись.  **Мочеприемник**  Рассказала ход и цель данной процедуры, получила согласие. Придала пациенту положение Фаулера. Приготовила необходимое оснащение, обработала гигиеническим способом руки, отгородила пациента ширмой, открыла нижнюю часть и попросила остальных пациентов покинуть временно палату. Ополоснула мочеприемник теплой водой, оставив там ее немного, подложила непромокаемую пеленку. Подала мочеприемник, прикрыла пациента одеялом и оставила на некоторое время его. По окончании убрала мочеприемник и отодвинула ширму. Далее я осмотрела мочеприемник и вылила содержимое в канализацию. Сняла перчатки, обработала руки гигиеническим способом, а затем надела новую пару перчаток. Подмыла пациента, убрала ширму. После сняла перчатки, сбросила в отходы в класс «Б», обработала руки гигиеническим способом и сделала запись.  **Алгоритм постановки газоотводной трубки**  **Подготовка к процедуре**  1)Установить контакт с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль).  2)Идентифицировать пациента (попросить пациента представиться, чтобы сверить с историей болезни).  3)Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру.  4)Объяснить ход и цель процедуры.  **Выполнение процедуры**  1) Обработать руки гигиеническим способом.  2)Надеть нестерильные перчатки.  3)Помочь пациенту лечь на левый бок, слегка привести ноги к животу.  4)Подложить под пациента одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую).  5)Поставить рядом с пациентом (на постель возле ягодиц) судно с небольшим количеством воды.  6)Взять упаковку со стерильной газоотводной трубкой, оценить срок годности, убедиться в целостности упаковки.  7)Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой.  8)Поместить упаковку в емкость для медицинских отходов класса «А».  9)Закруглённый конец трубки смазать лубрикантом (имитация вазелина) на протяжении 30 см методом полива над лотком и оставить трубку над лотком.  10)Приподнять одной рукой ягодицу, и другой рукой осторожно ввести газоотводную трубку на 3-4 см по направлению к пупку, далее на 15-20 см по ходу кишечника параллельно позвоночнику.  11)Уточнить у пациента его самочувствие.  12)Опустить свободный конец трубки в судно с водой. Оставить трубку в кишечнике не более одного часа до полного отхождения газов.  13)Накрыть пациента простынёй или одеялом. При выполнении процедуры необходимо контролировать отхождение газов и самочувствие пациента каждые 15 минут.  14)Уточнить у пациента его самочувствие.  После полного отхождения газов извлекаем газоотводную трубку через сухую нестерильную салфетку.  15)Поместить использованную газоотводную трубку в емкость для медицинских отходов класса «Б».  16)Обработать прианальное пространство гигиенической влажной салфеткой.  **Завершение процедуры**  1) Поместить использованную салфетку в емкость для медицинских отходов класса «Б».  2)Поместить судно на подставку.  3)Убрать пеленку методом скручивания и поместить ее в емкость для медицинских отходов класса «Б».Снять перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б».  4)Обработать руки гигиеническим способом.  5)Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинскую документацию.  **Алгоритм постановка лекарственной клизмы**  **Подготовка к процедуре**  1) Объясните ему цель, ход предстоящей процедуры, получите его согласие.  2)Заполнить систему лекарственным раствором, укрепить флакон на штативе на 1 метр выше уровня кишечника пациента.  3)Поставить ширму у кровати пациента.  4)Подложить под пациента клеенку, пеленку.  5)Уложить пациента на левый бок, ноги согнуты в коленях и приведены к животу. При невозможности уложить пациента на левый бок, клизму ставят в положении «лежа на спине».  6)Вымыть и осушить руки, надеть маску, фартук, перчатки.  **Выполнение манипуляции**  1) Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами.  2)Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  3)Затем раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.,  4)Вытеснить остатки воздуха из баллона или шприца Жанэ.  5)Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон или шприц Жанэи медленно ввести лекарственное средство.  6)Отсоединить шприц Жанэ или, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  **Завершение процедуры**  1) Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Влажной салфеткой или туалетной бумагой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади.  2)Салфетку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  3)Помочь пациенту занять удобное положение в постели.  4)Адсорбирующую пеленку оставить под пациентом.  5)Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  6)Емкость из-под лекарственного средства сбросить в отходы класса «А». Снять фартук, перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  7)Провести гигиеническую обработку рук.  8)Сделать запись о проведенной процедуре.  9)Убедиться в эффективности действия после введения лекарственного средства.  **Алгоритм постановка очистительной клизмы**  **Подготовка к процедуре**  1) Обработать руки гигиеническим способом.  2)Надеть непромокаемый фартук и нестерильные перчатки.  3)Проверить герметичность упаковки, целостность и срок годности кружки Эсмарха.  4)Проверить температуру воды в емкости (кувшине) (23-25ºС) при помощи водного термометра.  5)Вскрываем упаковку с одноразовой кружкой Эсмарха. Упаковку помещаем в емкость для отходов класса «А».  6)Перекрыть гибкий шланг кружки Эсмарха краником (зажимом) и наполнить водой в объеме 1200-1500 мл.  7)Подвесить кружку Эсмарха на подставку, открыть краник (зажим), слить немного воды через наконечник в лоток, чтобы вытеснить воздух, закрыть краник (зажим).  8)Смазать наконечник лубрикантом методом полива над лотком.  9)Уложить пациента на левый бок на кушетку с оголенными ягодицами.  10)Положить под область крестца пациента одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую).  11)Попросить пациента согнуть ноги в коленях и слегка подвести к животу.  **Выполнение процедуры**  1) Развести одной рукой ягодицы пациента.  2)Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку на 3-4 см по направлению к пупку, а далее вдоль позвоночника до 10-12 см.  3)Уточнить у пациента его самочувствие.  4)Открыть краник (зажим) и убедиться в поступлении жидкости в кишечник.  5)Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом, задать вопрос о возможном наличии неприятных ощущений.  6)Закрыть краник (зажим) после введенияжидкости и, попросив пациента сделать глубокий вдох, осторожно извлечь наконечник через гигиеническую салфетку.  7)Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5-10 мин., после чего опорожнить кишечник.  **Завершение процедуры**  1) Кружку Эсмарха и использованную салфетку поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б».  2)Попросить пациента встать.  3)Убрать одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую) методом скручивания и поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б» .  4)Использованный лоток дезинфицировать методом полного погружения.  5)Снять фартук и перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б».  6)Обработать руки гигиеническим способом.  7)Уточнить у пациента его самочувствие.  8)Сделать запись о результатах процедуры в медицинской документации.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Введение мази в носовые ходы | 1 | |  | Закапывание капель в ухо | 1 | |  | Нанесение мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента | 1 | |  | Подача судна и мочеприемника | 1 | |  | Постановка газоотводной трубки | 1 | |  | Постановка лекарственной клизмы | 1 | |  | Постановка очистительной клизмы | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 02.07 | **Алгоритм постановка масляной клизмы**  **Подготовка к процедуре**  1) Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие.  2)Предупредить пациента о том, что после проведения манипуляции нельзя вставать с кровати.  3)Получить добровольное информированное согласие на выполнение манипуляции.  4)Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, фартук; стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, вазелиновое масло 100-200 мл, влажные салфетки или туалетная бумага, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр.  5)Подогреть масло на «водяной бане» до 38 °С, проверить температуру масла термометром.  6)Прийти в палату к пациенту, провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, фартук, перчатки.  7)В грушевидный баллон или шприц Жанэ набрать масло.  8)Отгородить пациента ширмой, положить адсорбирующую клеенку на постель, попросить пациента лечь на левый бок, правую ногу прижать к животу, оголить ягодицы, при необходимости помочь пациенту.  9)Обработать перчатки антисептическим раствором.  10)Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой.  **Выполнение процедуры**  1)Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами.  2)Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  3)Затем раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.,  4)Выпустить остатки воздуха из баллона, шприца Жанэ.  5)Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон или шприц Жанэ и медленно ввести масло.  6)Отсоединить баллон не разжимая или шприц Жанэ от газоотводной трубки.  **Завершение процедуры**  1)Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  салфеткой или туалетной бумагой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади.  2)Салфетку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  3)Помочь пациенту занять удобное положение в постели.  4)Адсорбирующую пеленку оставить под пациентом.  5)Напомнить пациенту, что эффект от клизмы наступит через 10-12 часов.  6)Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  7)Емкость из-под масла сбросить в отходы класса «А». Снять перчатки, фартук, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  8)Провести гигиеническую обработку рук.  9)Сделать запись о проведенной процедуре.  10)Утром уточнить у пациента, был ли стул. Убедиться, что процедура проведена успешно.  **Алгоритм постановка сифонной клизмы**  **Подготовка к процедуре**  1) Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен).  2)Получить добровольное информированное согласие на выполнение манипуляции.  3)Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, клеенчатый фартук, перчатки.  4)Поставить таз около кушетки.  5)Положить на кушетку адсорбирующую пеленку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод.  6)Попросить пациента лечь на левый бок, при этом его правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу, при необходимости медицинский работник помогает пациенту.  7)Вскрыть упаковку с толстым зондом, и воронкой, внутренняя поверхность упаковки служит стерильной поверхностью, на которой лежит зонд и воронка.  8)Обработать перчатки антисептическим раствором.  **Выполнение процедуры**  1) Взять в руку зонд, смазать облить слепой конец зонда вазелиновым маслом на протяжении 30-40 см.  2)Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см.  3)К другому концу зонда присоединить воронку, держать ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента и наливать в нее 0,5-1 л воды. Следует отметить, что емкость с чистой водой стоит так, чтобы в нее не попали брызги промывных вод.  4)Медленно поднимать воронку выше ягодиц так, чтобы вода ушла в кишечник лишь до устья воронки.  5)Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнит воронку полностью.  6)Слить воду из воронки в приготовленную емкость (при необходимости в лабораторную посуду для исследования).  7)Промывание повторять до чистых промывных вод, но с использованием не более 10-12 л воды.  **Завершение процедуры**  1) По окончании процедуры отсоединить воронку и убрать в емкость для дезинфекции, зонд оставить в кишечнике примерно на 10-20 минут для того, чтобы слилась оставшаяся в кишечнике жидкость.  2)После медленно извлечь зонд из кишечника через салфетку или туалетную бумагу и также поместить в емкость для дезинфекции.  3)Помочь пациенту провести туалет анального отверстия. У женщин обязательно кзади для профилактики инфицирования. Сбросить бумагу в емкость для сбора отходов класса «Б».  4)Промывные воды слить в канализацию.  5)Все использованные емкости подвергнуть дезинфекции по инструкции дезинфицирующего средства.  6)Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  7)Затем провести дезинфекцию поверхностей: кушетка, пол.  8)Снять фартук, провести его дезинфекцию.  9)Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  11)Провести гигиеническую обработку рук.  12)Уточнить у пациента его самочувстие, по возможности.  Произвести запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм постановка гипертонической клизмы**  **Подготовка к процедуре**  1) Предупредить пациента о проведении манипуляции.  2)Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие.  3)Пригласить пройти в клизменную.  4)Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска, фартук перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, 10 % раствор натрия хлорида – 100 мл или 20-30 % раствор магния сульфата – 50 мл, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр.  5)Подогреть раствор на «водяной бане» до 38 °С, проверить его температуру водным термометром.  6)Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть маску, фартук, перчатки.  7)В грушевидный баллон или шприц Жанэ набрать гипертонический раствор.  8)Положить адсорбирующую пеленку на кушетку, попросить пациента лечь на левый бок, правую ногу прижать к животу, оголить ягодицы.  9)Обработать перчатки антисептическим раствором.  **Выполнение процедуры**  1) Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами.  2)Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  3)Раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.,  4)Вытеснить остатки воздуха из баллона или шприца Жанэ.  5)Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон или шприц Жанэ и медленно ввести набранный раствор.  6)Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон или шприц Жанэ от газоотводной трубки.  **Завершение процедуры**  1)Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Салфеткой или туалетной бумагой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади, сбросить салфетку в емкость для сбора отходов класса «Б».  2)Напомнить пациенту, что эффект наступит через 20-30 минут.  3)По окончании процедуры использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  4)Емкость из-под масла утилизировать в отходы класса «А». Снять фартук, перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», провести гигиеническую обработку рук.  5)После дефекации пациента, убедиться, что у пациента был стул.  **Алгоритм введение лекарственного средства в прямую кишку**  **Подготовка к процедуре**  1) Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  2) Достать упаковку с суппозиториями из холодильника, прочитать названия суппозитория, уточнить срок годности, сравнить названия с назначением врача. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате.  3) Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, перчатки.  4) Отгородить пациента ширмой.  5) Положить под ягодицы адсорбирующую пеленку. Попросить пациента принять положение на спине или на левом боку и согнуть ноги в коленях.  **Выполнение процедуры**  1) Вскрыть оболочку, в которую упакован суппозиторий, но не извлекать его.  2) Попросить пациента расслабиться.  3) Развести ягодицы одной рукой, а другой ввести выдавленный из упаковки суппозиторий в анальное отверстие (оболочка от упаковки останется у Вас в руках).  4) Предложить пациенту лечь в удобное для него положение (помочь при необходимости).  **Завершение процедуры**  1) Оболочку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  2) Снять маску, перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  3) Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм помощи при рвоте**  **Подготовка к процедуре**  1) Объяснить пациенту ход и цели предстоящей процедуры, получить согласие. Успокоить пациента.  2) Обработать руки. Надеть перчатки. Подготовить необходимое оснащение.  3) Надеть фартук на себя и пациента.  4) Усадить пациента, если позволяет его состояние.  5) Поставить таз или ведро к ногам пациента.  **Выполнение процедуры**  1) Придерживать голову пациента, положив ему ладонь на лоб во время рвоты. Дать пациенту стакан с водой для полоскания рта после рвоты. Обтереть вокруг рта полотенцем.  2) Помочь пациенту лечь, сняв с него фартук.  **Завершение процедуры**  1) Проветрить палату. Убрать емкость с рвотными массами из палаты, предварительно показав их врачу. Затем слить в канализацию, обработать емкости.  2) Полотенце убрать в мешок для грязного белья. Снять фартук, обработать фартуки двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства.  3) Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  4)Сделать запись.  **Алгоритм промывание желудка толстым зондом**  **Подготовка к процедуре**  1) Объяснить пациенту ход и цели предстоящей процедуры, если пациент в сознании, получить согласие.  2) Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, фартук, перчатки. Подготовить необходимое оснащение.  3) Надеть фартук на пациента.  4) Усадить пациента на стул, голову немного наклонить вперед (или уложить, голова на бок, под головой адсорбирующая пеленка).  5) Приставить таз к ногам пациента – слева от него, справа – ведро с водой.  6) Обработать перчатки антисептическим раствором.  7) Измерить зондом расстояние до желудка (от мечевидного отростка до кончика носа и мочки уха), поставить метку.  **Выполнение процедуры**  1) Смочить слепой конец зонда стерильным глицерином и предложить пациенту открыть рот.  2) Взять зонд в правую руку на расстояние 10 см от закругленного конца, встать справа от пациента, положить конец зонда на корень языка.  3) Предложить пациенту делать глотательные движения, глубоко дышать носом. Зонд ввести до метки медленно и равномерно.  4) Убедиться в правильном местонахождении зонда в желудке: ввести в желудок около 20 мл воздуха с помощью шприца Жанэ, выслушивая при этом эпигастральную область.  5) Присоединить воронку к зонду. Опустить воронку ниже уровня желудка, слегка наклонив ее, налить воду кружкой.  6) Медленно поднять воронку вверх на 1 метр от пола или на 30 см выше рта пациента. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее до уровня колен пациента и слить содержимое в таз (или в стерильную емкость на исследование).  7) Повторить промывание до получения чистых промывных вод.  **Завершение работы**  1) Отсоединить воронку и извлечь зонд из желудка, обернув его салфеткой. Дать пациенту прополоскать рот, обтереть вокруг рта салфеткой.  2) Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  3) Промывные воды слить в канализацию, емкости продезинфицировать.  4) Обработать фартук двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства.  5) Отправить в лабораторию 200 мл промывных вод на исследование.  6) Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  7)Сделать запись.  **Алгоритм посмертного ухода**  1)Установите ширму.  2)Наденьте перчатки и фартук.  3)Положите тело на спину, уберите подушки.  4)Поместите конечности в нейтральное положение (руки вдоль тела). Уберите любые механические приспособления, например шины. Трупное окоченение появляется через 2-4 часа после смерти.  5)Полностью накройте тело простынёй, если Вы вынуждены отлучиться.  6)Аккуратно закройте глаза, обеспечив легкое давление, в течение 30 сек. на опущенные веки.  7)Раны с выделениями должны быть закрыты чистой непромокаемой пеленкой, надежно зафиксированы широкой липкой лентой во избежание протекания.  8)Выясните у родственников, необходимо ли снять обручальное кольцо. 9)Заполните форму и обеспечьте сохранность ценностей. Украшения должны сниматься в соответствии с правилами лечебного учреждения в присутствии второй медсестры. Список украшений должен быть внесён в форму уведомления о смерти.  10)Заполните формы, идентифицирующие пациента, и идентификационные браслеты.  11)Закрепите браслеты на запястье и лодыжке.  12)Извещение о смерти должно заполняться в соответствии с правилами лечебного учреждения, которые могут предписывать закрепление данного документа на одежде пациента или простыне.  13)Накройте тело простынёй.  14)Свяжитесь с санитарами для перевозки тела в морг. Родственники ещё раз могут проститься с умершим в похоронном зале после разрешения персонала морга.  15)Снимите и утилизируйте перчатки и фартук в соответствии с местными правилами и вымойте руки.  16)Все манипуляции должны быть документированы. Делается запись о религиозных обрядах. Фиксируются также данные о способе завертывания тела (простыни, мешок) и наложенных повязках (на раны, на отверстия).   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка масляной клизмы | 1 | |  | Постановка сифонной клизмы | 1 | |  | Постановка гипертонической клизмы | 1 | |  | Введение лекарственного средства в прямую кишку | 1 | |  | Оказать помощь пациенту при рвоте | 1 | |  | Промывание желудка | 1 | |  | Осуществить посмертный уход | 1 | |  |  |