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. \_\_\_\_\_Присяжная Каролина Дмитриевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место прохождения практики \_\_\_\_\_\_\_Дистанционно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(медицинская организация, отделение)

с «25» мая 2020 г. по «06» июня 2020 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.Перед началом работы в отделении стационара необходимо переодеться.

2.Форма одежды: медицинский халат, медицинская шапочка, медицинская маска, сменная обувь (моющаяся и на устойчивом каблуке). Ногти должны быть, коротко отстрижены, волосы убраны под шапочку, украшения не должны касаться одежды. При повреждении кожи рук, места повреждений должны быть, закрыты лейкопластырем или повязкой.

3.Требования безопасности во время работы:

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

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 попаданий брызг крови и жидких выделений в лицо (во время манипуляций, катетеризации и других лечебных процедур);

6.Рассматривать все белье, загрязненное 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, соприкасающегося с кровью или другими жидкими выделениями пациента проводить только после дезинфекции в перчатках;

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

Место печати МО

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата  25.  06 | Содержание и объем проведенной работы  **План 1 рабочего дня**  1.Заполнение порционного требования.  2. Искусственное кормление пациента(через гастростому и назогостральный зонд)  3.Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника.  4.Заполнение журнала учета лекарственных средств.  5.Раздача лекарств пациентам  6.Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, внутривенные капельные.    **Алгоритм Кормление пациента через гастростому.**  Цель: накормить пациента.  Показания: непроходимость пищевода в связи с ожогами, ранениями, опухолями.  Оснащение: стерильный желудочный зонд, стерильное вазелиновое масло, шприц Жане или воронка, непромокаемая салфетка или полотенце, зажим, ёмкость с пищей температуры 38 – 400 С, кипяченая вода до 100 мл., средства индивидуальной защиты, емкость для сбора грязного белья, емкости для дезинфекции предметов ухода за пациентом, емкости для сбора отходов класса «Б».  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 (требуется помощь ассистента).  6.Вставить заглушку в дистальный конец зонда.  7.Облить конец зонда стерильным вазелиновым маслом и ввести в гастростому на 10см.  Выполнение процедуры:  8.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.  9.После кормления, промыть воронку и зонд кипячёной водой, отсоединить.  10.Наложить зажим на зонд (или закрыть заглушкой) и зафиксировать зонд до следующего кормления, придать пациенту удобное положение.  Завершение процедуры:  11.Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья.  12.Пациенту рекомендовать не вставать с постели в течение 1,5-2 часов. Затем придать пациенту комфортное положение в постели.  13.Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  14.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. Обработать поверхности.  15.Перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  16.Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм Кормление тяжелобольного через назогастральный зонд**.  Цель: накормить пациента.  Показания: расстройство глотательной функции, бессознательное состояние, хирургические вмешательства на желудке, аномалии развития при сохранной проходимости пищевода.  Оснащение: назогастральный зонд, шприц Жане, непромокаемая салфетка, полотенце, зажим (заглушку), 3 - 4 стакана пищи ( питательной смеси) с температурой 38 – 40° С, кипяченая вода до 100 мл., средства индивидуальной защиты, емкость для сбора грязного белья, емкости для дезинфекции предметов ухода за пациентом, емкости для сбора отходов класса «Б».  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 перчатки.  4.Придать пациенту положение Фаулера, на грудь пациента положить непромокаемую салфетку.  **Алгоритм кормления тяжелобольного пациента из ложки и поильника.**  Цель: кормление пациента.  Показания: не способность пациентом самостоятельно принимать пищу.  Оснащение: столик для кормления, полотенце или салфетка, столовый прибор с пищей, стакан с водой, поильник, средства индивидуальной защиты, емкость для сбора грязного белья, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента заранее (10-15 мин.) о предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд.  2.Проветрить помещение.  3.Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  4.Подготовить столик для кормления.  5.Помочь занять пациенту высокое положение Фаулера (при невозможности – повернуть голову пациента на бок.)  6.Помочь пациенту вымыть руки и осушить их, грудь пациента прикрыть салфеткой (при кормлении пациента в положении – лежа, голова повернута на бок, положить салфетку под голову и грудь).  Выполнение процедуры:  7.Убедиться, что пища не горячая. Наполнить ложку пищей на 2/3 объёма, прикоснуться к губам, поместить пищу на язык.  8.Подождать, пока пациент проглотит пищу (повторять 1 и 2 пункты, пока пациент не насытится).  9.Дать пациенту попить из поильника (по желанию пациента - давать пить в процессе кормления).  Завершение процедуры:  10.Предложить пациенту прополоскать рот водой, или провести орошение полости рта, удалить салфеткой участки загрязнения пищей.  11.Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья, убрать столик с посудой.  12.Пациента на 20-30 минут оставить в положении Фаулера (по возможности), затем придать удобное положение.  13.Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  14.Использованную посуду, прикроватный столик, поверхность прикроватной тумбочки обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима.  15.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  16.Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной | Оценкк | Подпись | |
|  | **Алгоритм раздачи лекарственных средств пациентам.**  Цель: раздача лекарственных средств пациентам и контроль приема препаратов.  Показания: назначение врача.  Оснащение: передвижной столик, емкости с лекарственными препаратами (твердыми и жидкими), пипетки (отдельно для каждого флакона с каплями), мензурки, графин с водой, ножницы, листки назначений, антисептический раствор для гигиенической обработки рук.  Мероприятия:  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.  **Алгоритм выполнения подкожной инъекции.**  Цель: введение лекарственных средств в подкожно-жировой слой с лечебной целью.  Показания: назначение врача.  Противопоказания: поражение кожи в месте инъекции, аллергия на лекарственное средство.  Осложнения: постинъекционные инфильтрат и абсцесс, повреждения нервных стволов, масляная эмболия, поломка иглы, аллергические реакции, сепсис, СПИД, вирусный гепатит, некроз.  Место инъекции: наружную поверхность плеча, бедер, подлопаточная область, боковая поверхность брюшной стенки, передняя поверхность брюшной стенки.  Оснащение: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки; 2 стерильных шприца емкостью 1-2 мл., стерильный лоток, лоток для использованного материала, стерильные ватные шарики, спиртовой кожный антисептик; лекарственное средство, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Подготовка к процедуре:  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:  8.Придать пациенту удобное положение.  9.Пропальпировать место инъекции.  10.Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением сверху вниз.  11.Обработать другим ватным шариком место инъекции.  12.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.  13.Отпустить складку, освободившуюся руку перенести на поршень, медленно ввести лекарственное средство.  14.Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу.  Завершение процедуры:  15.Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  16.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  16.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм выполнения внутримышечной инъекции.**  Цель: введение лекарственных средств в мышцу с лечебной целью.  Показания: назначение врача.  Противопоказания: поражение кожи в месте инъекции, аллергия на лекарственное средство, кахексия.  Осложнения: постинъекционные инфильтрат и абсцесс, повреждения нервных стволов, масляная эмболия, поломка иглы, аллергические реакции,  сепсис, СПИД, вирусный гепатит, некроз.  Место инъекции: верхне - наружный квадрант ягодицы, боковая поверхность бедра, дельтовидная мышца.  Оснащение: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки; 2 стерильных шприца емкостью 5 мл, стерильный лоток, лоток для использованного материала, стерильные ватные шарики, спиртовой кожный антисептик, разрешенный к применению; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Подготовка к процедуре:  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:  8.Придать пациенту удобное положение (лежа на животе).  9.Пропальпировать место инъекции.  10.Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением сверху вниз.  11.Обработать другим ватным шариком место инъекции.  12.Держа шприц в правой руке (срез иглы направлен вниз) под углом 90 градусов к поверхности кожи, ввести иглу одномоментно в мышцу, глубоко на 2/3 длины иглы.  13.Ввести медленно лекарственное средство.  14.Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу.  Завершение процедуры:  15.Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  16.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  17.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм выполнения внутривенной инъекции.**  Цель: быстрое достижение лечебного эффекта, диагностическая, введение лекарственных средств с питательной целью.  Показания: назначение врача.  Противопоказания: повышенная чувствительность к лекарственному средству, местное поражение кожи, воспаление, наличие отека, гематомы.  Осложнения: воздушная эмболия, гематома, аллергические реакции, сепсис, СПИД, вирусный гепатит, некроз.  Место инъекции: вены локтевого сгиба, вены: кисти, стопы, предплечья, височной области (чаще всего у маленьких детей).  Оснащение: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, очки или щиток. изделия медицинского назначения одно - и многоразового использования (в расчете на одну инъекцию): 2 стерильных шприца емкостью 10-20 мл; стерильный лоток; стерильный пинцет; лоток для использованного материала; стерильные ватные шарики; жгут; клеенчатая подушечка; кожный антисептик, разрешенный к применению; лекарственное средство. Емкости для дезинфекции и утилизации медицинских отходов.  Подготовка к процедуре:  1.Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры.  2.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, надеть перчатки.  3.Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции.  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 лекарственное средство на предмет его пригодности.  5.Первым шариком – обработать ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц. Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок).  Выполнение процедуры:  6.Удобно усадить или уложить пациента.  7.Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  8.Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  9.Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента.  10.Надеть очки.  11.Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх.  12.Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола).  13.Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см.  14.Провести пунктирование вены.  15.Потянуть поршень на себя, в шприце должна появиться кровь.  16.Развязать жгут, еще раз проверить положение иглы.  Не меняя положение шприца, медленно ввести лекарственный препарат.  17.Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу, попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут (либо наложить давящую повязку).  Завершение процедуры:  18.Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  19.Снять перчатки, маску, одноразовые очки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  20Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм выполнения внутривенной капельной инъекции.**  Цель: введение в вену лекарственных средств больших объемов.  Показания: назначение врача.  Противопоказания: повышенная чувствительность к лекарственному средству, местное поражение кожи, воспаление, наличие отека, гематомы.  Осложнения: воздушная эмболия, гематома, аллергические реакции, сепсис, СПИД, вирусный гепатит, некроз.  Место инъекции: вены локтевого сгиба, предплечья, кисти, стопы, подключичная вена.  Оснащение: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, одноразовые очки или щиток; стерильная капельная система, стерильный лоток, стерильный пинцет, нестерильный пинцет, лоток для использованного материала, стерильные ватные шарики, жгут, клеенчатая подушечка, кожный антисептик, лейкопластырь, лекарственное средство, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Подготовка к процедуре:  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.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.  5.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.  6.Проверить целостность упаковки и срок стерильности системы для инфузии.  Вскрыть пакет с системой, взять ее в руки.  7.Закрыть зажим на системе, снять колпачок с иглы для флакона, ввести иглу до упора во флакон.  8.Перевернуть флакон вверх дном и закрепить на штативе, открыть воздуховод.  9.Заполнить баллон системы до середины при помощи нажатия на него.  10.Снять инъекционную иглу с колпачком стерильным пинцетом, положить в стерильный лоток.  11.Открыть зажим и заполнить капельницу по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком).  12.Закрыть зажим, присоединить инъекционную иглу с колпачком, вытеснить воздух через иглу, не снимая колпачка.  13.Фиксировать систему на штативе.  Выполнение процедуры:  14.Удобно уложить пациента.  15.Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  16.Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  17.Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента, выбрать наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.  18.Надеть очки.  19.Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх.  20.Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола).  21.Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см.  22.Проколоть осторожно стенку вены, пока не появится ощущение пустоты.  23.Убедиться, что игла в вене.  24.Ослабить жгут, открыть зажим капельницы, убедиться, что игла в вене и лекарство не поступает под кожу.  Закрепить систему лентой лейкопластыря. Отрегулировать скорость поступления лекарственного средства.  25.В течение инфузии следить за самочувствием пациента.  26.После завершения инфузии закрыть зажим, убрать лейкопластырь, к месту пункции приложить ватный шарик и извлечь иглу.  27.Помочь пациенту согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут (наложить давящую повязку).  Завершение процедуры:  28.Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  29.Снять перчатки, очки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  30.Сделать запись о выполненной процедуре.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнение порционного требования | 3 | | Искусственное кормление пациента(через гастростому и назогостральный зонд) | 2 | | Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника | 1 | | Заполнение журнала учета лекарственных средств. | 2 | | Раздача лекарств пациентам | 1 | | Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, внутривенные капельные | 1 |   **План 2 рабочего дня**  1.Постановка газоотводной трубки.  2.Промывание желудка.  3.Уход за лихорадящим больным.  4.Разведение антибиотиков.  5.Заполнение накладной – требования на лекарственные средства.  6.Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения.  **Алгоритм постановки газоотводной трубки.**  Цель: выведение газов из кишечника.  Показание: метеоризм.  Противопоказания: кишечные кровотечения, выпадение прямой кишки.  Оснащение: стерильная газоотводная трубка, стерильное вазелиновое масло, марлевая салфетка, лоток, средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, ширма, адсорбирующая пеленка, судно, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры и получить его согласие.  2.Приготовить оснащение к процедуре: стерильная газоотводная трубка, стерильное вазелиновое масло, марлевая салфетка или туалетная бумага, средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, адсорбирующая пеленка, судно.  3.Прийти в палату к пациенту, Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  4.Поставить ширму у кровати пациента, положить адсорбирующую пеленку на постель, попросить пациента лечь ближе к краю кровати на левый бок, ноги прижать к животу, оголить ягодицы, при необходимости помочь пациенту.  5.Поставить на пеленку или на стул рядом с пациентом судно с небольшим количеством воды. Если пациенту противопоказано положение на левом боку, газоотводную трубку можно ставить в положении пациента лежа на спине, тогда судно с водой будет находиться между ногами пациента.  Выполнение процедуры:  6.Взять закругленный конец газоотводной трубки как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами. Облить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  7.Раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см., свободный конец газоотводной трубки опустить в судно с водой. О том, что газоотводная трубка введена правильно, свидетельствуют пузырьки на поверхности воды. Газоотводная трубка ставится на 1 час, так как возможно образование пролежней на слизистой оболочке кишки. По назначению врача процедура может быть повторена.  8.Укрыть пациента. Наблюдать в течение часа за эффективностью процесса выведения газов из кишечника.  9.Обеспечить пациенту безопасность, если он лежит на краю кровати (поднять поручень кровати).  10.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Завершение процедуры:  11. По истечении заданного времени обработать руки, надеть перчатки и извлечь газоотводную трубку из анального отверстия.  12.Поместить газоотводную трубку в емкость для сбора отходов класса «Б». Вылить воду из емкости в канализацию, емкость дезинфицировать.  13.Провести туалет анального отверстия.  14.Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  15.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  16.Сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм промывания желудка толстым зондом.**  Цель: удалить из желудка его содержимое.  Показания: Острые отравления различными ядами, принятыми внутрь, пищевые отравления, гастриты с обильным образованием слизи, реже - уремия (при значительном выделении азотсодержащих соединений через слизистую оболочку желудка), и др.  Необходимость эвакуации желудочного содержимого с целью снижения давления на стенки желудка и уменьшения выраженности тошноты и рвоты, связанных с кишечной непроходимостью или оперативным вмешательством.  Противопоказания: крупные дивертикулы, значительное сужение пищевода, отдаленные сроки (более 6-8 ч) после тяжелого отравления крепкими кислотами и щелочами (возможна перфорация стенки пищевода), язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, опухоли желудка, кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма, тяжелые сердечные заболевания.  Оснащение: фантомы для выполнения манипуляций; комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий ; антисептический раствор для гигиенической обработки рук; система для промывания желудка: одноразовый, толстый, стерильный, желудочный зонд, стеклянная воронка емкостью 0,5-1 л; таз для промывных вод; клеенчатый фартук– 2 шт.; полотенце; салфетки; стерильная емкость для забота промывных вод; вода комнатной температуры – 10 л; кружка, емкостью 1 л; стерильный лоток; стерильный глицерин; шприц Жанэ; фонендоскоп.  Подготовка к процедуре:  1.Объяснить пациенту ход и цели предстоящей процедуры, если пациент в сознании, получить согласие.  2.Провести гигиеническую обработку рук.  3.Надеть маску, фартук, перчатки, Подготовить необходимое оснащение.  4.Надеть фартук на пациента.  5.Усадить пациента на стул, голову немного наклонить вперед (или уложить, голова на бок, под головой адсорбирующая пеленка).  6.Приставить таз к ногам пациента – слева от него, справа – ведро с водой (попросить помощника).  7.Измерить зондом расстояние до желудка (от мечевидного отростка до кончика носа и мочки уха), поставить метку.  Выполнение процедуры:  8.Смочить слепой конец зонда, предложить пациенту открыть рот.  9.Взять зонд в правую руку на расстояние 10 см от закругленного конца, встать справа от пациента, положить конец зонда на корень языка.  10.Предложить пациенту делать глотательные движения, глубоко дышать носом. Зонд ввести до метки медленно и равномерно.  11.Ввести в желудок около 20 мл воздуха с помощью шприца Жанэ, выслушивая при этом в эпигастральной области характерные звуки.  12.Присоединить воронку к зонду.  13.Опустить воронку ниже уровня желудка, слегка наклонив ее, налить воду кружкой.  14.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).  15.Повторить промывание до получения чистых промывных вод.  Завершение процедуры:  16.Отсоединить воронку и извлечь зонд из желудка, обернув его салфеткой.  17.Дать пациенту прополоскать рот, обтереть вокруг рта салфеткой.  18.Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  19.Промывные воды слить в канализацию, емкости продезинфицировать.  20.Обработать фартук двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства.  21.Отправить в лабораторию 200 мл промывных вод на исследование.  22.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  23.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм оказания помощи пациенту в первом периоде лихорадки.**  Мероприятия:  1.Обеспечить постельный режим.  2.Тепло укрыть пациента, к ногам положить грелку.  3.Обеспечить обильное горячее питьё (чай, настой шиповника и др.).  4.Контролировать физиологические отправления.  5.Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.  **Алгоритм оказания помощи пациенту во втором периоде лихорадки.**  Мероприятия:  1.Следить за строгим соблюдением пациентом постельного режима.  2.Обеспечить постоянное наблюдение за лихорадящим пациентом (контроль АД, пульса, температуры тела, за общим состоянием).  3.Заменить теплое одеяло на легкую простыню.  4.Давать пациенту (как можно чаще!) витаминизированное прохладное питье (морс, настой шиповника).  5.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.  6.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).  7.Периодически протирать слабым раствором соды ротовую полость, a губы смазывать вазелиновым маслом.  8.Питание осуществлять по диете № 13.  9.Следить за физиологическими отправлениями, подкладывать судно, мочеприёмник.  10.Проводить профилактику пролежней.  **Алгоритм оказания помощи пациенту в третьем периоде лихорадки при литическом снижении температуры тела.**  Мероприятия:  1.Создать пациенту покой.  2.Контролировать t°, АД, ЧДД, РS.  3.Производить смену нательного и постельного белья.  4.Осуществлять уход за кожей.  5.Перевод на диету № 15, по назначению врача.  6.Постепенно расширять режим двигательной активности.  **Алгоритм оказания помощи пациенту в третьем периоде лихорадки при критическом снижении температуры тела.**  Мероприятия:  1.Вызвать врача  2.Организовать доврачебную помощь:   * уложить пациента на ровную поверхность, убрать подушку из-под головы, приподнять ножной конец кровати; * подать увлажненный кислород; * контролировать АД, пульс, температуру; * дать крепкий сладкий чай; * укрыть пациента одеялами, к рукам и ногам пациента приложить грелки; * следить за состоянием кожных покровов; * следить за состоянием его нательного и постельного белья (по мере необходимости бельё нужно менять, иногда часто).   3.Приготовить для п/к введения 10% раствор кофеин-бензоат натрия, кордиамин, 0,1% раствор адреналина, 1% раствор мезатона.  4.Выполнить назначения врача.  **Алгоритм разведения антибиотиков.**  Цель: подготовка к инъекции  Оснащение: флакон с лекарственным средством (порошок); ампула с растворителем; стерильный пинцет; нестерильный пинцет; стерильный лоток; стерильные одноразовые шприцы; ватные шарики; спиртсодержащий антисептик; лоток для использованного материала.  Подготовка к процедуре:  1.Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом.  2.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 пригодность лекарственного средства (отсутствие посторонних примесей, осадка и пр.).  Выполнение процедуры:  6.Первым шариком обработать наружную крышку флакона с лекарственным препаратом (порошком).  7.Нестерильным пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона (при необходимости).  8.Обработать резиновую пробку флакона вторым ватным шариком.  9.Обработать ватным шариком ампулу и вскрыть ее.  10.Набрать в шприц из ампулы необходимое количество растворителя по инструкции антибактериального препарата (разведение 1:1, или 1:2), удалить из шприца пузырьки воздуха.  11.Под углом 90 ° ввести иглу во флакон с лекарственным средством (порошком), проколов резиновую пробку.  12.Выпустить растворитель во флакон с порошком антибиотика, придерживая канюлю иглы.  13.Снять иглу вместе с флаконом с подигольного конуса, соблюдая инфекционную безопасность. Шприц положить в стерильный лоток, соблюдая инфекционную безопасность.  14.Аккуратно перемешать лекарственное средство во флаконе до полного его растворения и иглу снова присоединить к подигольному конусу, не вынимая из флакона.  15.Поднять флакон вверх дном и набрать содержимое флакона или его часть (по назначению врача) в шприц.  Завершение процедуры:  16.Сменить иглу, вытеснить воздух из шприца, не снимая колпачок с иглы.  17.Готовый шприц положить в стерильный лоток, укрепив его рукояткой за боковую сторону лотка.  **Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения.**  Правила хранения лекарств в отделениях:  1.Ответственность за хранение и расход лекарств, а также за порядок на местах хранения, соблюдение правил выдачи и назначение лекарств несет заведующий отделением (кабинетом). Непосредственным исполнителем организации хранения и расхода медикаментов является старшая медицинская сестра.  2.Хранение медикаментов в отделениях (кабинетах) должно быть организовано в запирающихся шкафах. Обязательно деление на группы "Наружные", "Внутренние", "Инъекционные", "Глазные капли".  Кроме того, в каждом отделении шкафа, например, "Внутренние", должно быть деление на порошки,  микстуры, ампулы, которые размещаются раздельно, причем порошки хранятся, как правило, на верхней полке, а растворы на нижней.  3. Пахучие и красящие вещества должны быть выделены в отдельный шкаф.  4.Хранение лекарств в операционной, перевязочной, процедурной организуется в инструментальных остекленных шкафах или на хирургических столиках. Каждый флакон, банка, штанглаз, содержащие лекарства, должны иметь соответствующую этикетку.  5.Ядовитые лекарственные средства должны храниться в отдельном шкафу под замком. Наркотические лекарственные средства должны храниться в сейфах или в железных шкафах. На внутренней стороне дверок шкафа (сейфа) должна быть надпись "А" и перечень ядовитых средств с указанием высших разовых и суточных доз. Запасы ядовитых и наркотических средств не должны превышать 5-дневной потребности в них.  6.Сильнодействующие лекарственные средства (список Б) должны храниться в отдельном (деревянном) шкафу под замком. Запасы сильнодействующих средств не должны превышать 10-дневной потребности.  7.В местах хранения и на постах дежурных врачей и медицинских сестер должны быть таблицы высших разовых и суточных доз ядовитых, наркотических и сильнодействующих средств, а также таблицы противоядий при отравлениях.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка газоотводной трубки | 2 | | Промывание желудка | 1 | | Уход за лихорадящим больным | 1 | | Разведение антибиотиков | 1 | | Заполнение накладной – требования на лекарственные средства | 2 | | Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения | 2 |   **План 3 рабочего дня**  1.Осуществить посмертный уход.  2.Раздача пищи больным.  3.Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков.  4.Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника.  5.Закапывание капель в ухо.  6.Закапывание капель в глаза.  7.Постановка горячего компресса.  **Алгоритм осуществления 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. 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.  9.Заполните формы, идентифицирующие пациента, и идентификационные браслеты.  10.Закрепите браслеты на запястье и лодыжке.  11.Извещение о смерти должно заполняться в соответствии с правилами лечебного учреждения, которые могут предписывать закрепление данного документа на одежде пациента или простыне.  12.Накройте тело простынёй.  13.Свяжитесь с санитарами для перевозки тела в морг. Родственники ещё раз могут проститься с умершим в похоронном зале после разрешения персонала морга.  14.Снимите и утилизируйте перчатки и фартук в соответствии с местными правилами и вымойте руки.  15.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).  **Раздача пищи больным.**  1.Раздачу готовой пищи производят не позднее 2 часов после ее приготовления, включая и время доставки пищи в отделение.  2.Категорически запрещается оставлять в буфетных остатки пищи после ее раздачи, а также смешивать пищевые остатки со свежими блюдами.  3.Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздачу пищи надлежит осуществлять только в халате с маркировкой "Для раздачи пищи".  4.При выдаче на пищеблоке блюд для буфетных отделений температура готовой пищи должна быть: первых - не ниже 75°С, вторых - не ниже 65°С, холодные блюда и напитки - от 7 до 14°С.  5.Технический персонал, занятый уборкой палат и других помещений отделения, к раздаче не допускается.  6.Питание всех больных отделения, за исключением тяжелобольных, проводят в специально выделенном помещении - столовой.  7.После каждой раздачи пищи производят тщательную уборку помещений буфетной и столовой с применением растворов дезинфицирующих средств.  8.Личные продукты питания больных (передачи из дома) хранят в шкафу, тумбочке (сухие продукты) и в специальном холодильном шкафу (скоропортящиеся продукты). Передачи больным принимаются только в пределах разрешенного врачом ассортимента и количества продуктов.  **Выявление скрытых и явных отеков.**  При осмотре кожных покровов медицинская сестра обращает внимание на наличие отеков.  Отек – это скопление жидкости в тканях. Характерны для хронических заболеваний сердца и почек.  При наличии отеков у пациента необходимо обратить внимание на их локализацию, консистенцию, степень выраженности. В случае выраженной отечности контуры конечностей и суставов сглажены, кожа напряжена, прозрачна, иногда лопается и через трещины просачивается жидкость. Длительно не проходящие отеки вызывают трофические расстройства кожи: она утолщается, грубеет, становится неэластичной.  Отеки могут быть местные и общие:  Местные отеки обусловлены локальными процессами (сдавление вен, нарушение оттока лимфы). Иногда местные отеки возникают в результате аллергической реакции организма, чаще всего на лекарственные вещества, продукты питания, укусы насекомых. Возможны и отеки воспалительного происхождения, основными симптомами которых являются гиперемия кожных покровов, боль, жар.  Общие отеки могут появляться у пациентов с заболеваниями сердца, почек, нарушением питания (кахексия).  Отеки определяются:   * путем надавливания пальцем на кожу: если они имеются, в месте надавливания остается ямка, которая длительное время не исчезает; * подсчетом водного баланса (ведется учет выпитой жидкости и количества выделенной мочи) Суточный водный баланс – это соотношение между количеством выделенной жидкости из организма и количеством введенной жидкости в течение суток. Учитывается жидкость, содержащаяся во фруктах (условно фрукты и овощи считаются продуктами на 100% состоящими из воды и т.о. количество жидкости, получаемой с ними, определяется их массой), первые блюда (одна тарелка супа – 400-450 мл, из них ½ жидкая часть, ½ густая часть), третьи блюда – 100% жидкость и считаются парентерально введенные   растворы. Для учета выпитой больным воды утром ему дается графин с водой, из которого пьет воду только он.   * при взвешивании пациента (в случае скопления жидкости в организме резко увеличивается масса тела).   В зависимости от локализации отека различают:   * гидроторакс (скопление жидкости в плевральной полости); * гидроперикард (скопление жидкости в полости перикарда); * асцит (скопление жидкости в брюшной полости); * анасарку (общий отек туловища).   При хронических заболеваниях сердечно-сосудистой системы отеки появляются обычно к концу дня. Если пациент ходит (вертикальное положение туловища), отеки локализуются на нижних конечностях, при постельном режиме – в области поясницы.  Определение суточного диуреза.  Суточный диурез, это количество мочи, которое выделяется за сутки с учетом всей употребляемой за сутки жидкости. Для анализа мочи на суточный диурез необходимо собирать мочу строго в течение суток,  Определение суточного диуреза обычно проводится в условиях стационара (в больнице), но иногда и в домашних условиях.  Записывая количество выпитой (или введенной) жидкости следует учитывать фрукты и жидкие блюда (например, супы).  Жидкость записывается в мл.  Например, яблоко содержит около 30 мл жидкости, а в супе жидкость составляет около 75%, эти объемы очень важны для правильной интерпретации при определении суточного диуреза.  Полностью объем выделенной мочи за сутки и есть суточный диурез.  В среднем суточный диурез в норме составляет 75% от выпитой жидкости.  2/3 общего диуреза в норме должно приходиться на дневные часы, а остальная часть на ночные часы.  Суточный диурез в норме составляет около 2 л: мужчин 1000—2000 мл, у женщин 1000—1600 мл и при употреблении жидкости около 1-2 л.  Минимальный объем мочи - 500 мл, при объеме потребления жидкости не ниже 800 мл в сутки.  Суточный диурез в норме у детей:  • 1-3 месяца – 170-590 мл мочи  • 4-5 месяцев – 250-670 мл мочи  • 7-9 месяцев – 275-740 мл мочи  • 10-12 месяцев – 340-810 мл мочи  • 1-5 лет – 600-900 мл мочи  • 5-10 лет – 700-1200 мл мочи  • 10-14 лет – 1000-1500 мл мочи  Ориентировочно суточный диурез в норме у детей старше 1 года можно высчитать следующим образом: 600 + 100 (х - 1) мл за 24 ч, где х - возраст ребенка в годах.  Очень часто суточный диурез у беременных смотрят в тех случаях, когда подозревают скрытые или диагностируют явные отеки.  Если прибавка веса во время беременности идет больше нормы, то гинеколог может назначить мочу на суточный диурез.  С 20 недели беременности для контроля состояния желательно проводить измерение суточного диуреза два раза в месяц.  **Алгоритм закапывания капель в ухо.**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, 2 пипетки, имитация лекарственного средства, ёмкость с горячей (60°С) водой, водный термометр.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции, уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  2.Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, подогреть лекарственный препарат до температуры тела на водяной бане (поставить флакон в ёмкость с горячей водой, температуру контролировать водным термометром).  3.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  4.Выложить пинцетом в лоток стерильные марлевые шарики.  5.Помочь пациенту занять удобное положение (лежа на боку или сидя, наклонив голову в сторону).  Выполнение процедуры:  6.Набрать в пипетку 2-3 капли лекарственного средства (в одно ухо – по назначению врача).  7.Оттянуть ушную раковину назад и вверх и закапать 2-3 капли ухо.  8.Повторить те же действия (при наличии назначения врача) при закапывании в другое ухо через несколько минут (чтобы не вытекло лекарственное средство).  9.Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.  Завершение процедуры:  10.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  11.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  12.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм закапывания капель в глаза.**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, 2 пипетки, имитация лекарственного средства.  Подготовка к процедуре:  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 капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики  4.Помочь пациенту занять удобное положение.  Выполнение процедуры:  5.Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку нужное количество капель, взять в левую руку марлевый шарик.  6.Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз.  7.Закапать в конъюнктивальную складку 2-3 капли (не подносить пипетку близко к конъюнктиве). Попросить пациента закрыть глаза.  8.Попросить пациента промокнуть вытекшие капли у внутреннего угла глаза.  9.Повторить те же действия при закапывании в другой глаз (при назначении врача).  10.Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.  Завершение процедуры:  11.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  12.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  13.Сделать запись о выполненной процедуре.  Алгоритм применения горячего компресса.  Цель: снятие болей, ускорение рассасывания старых воспалительных процессов  Показания: суставные боли без отёков; старые воспалительные процессы; старые ушибы.  Противопоказания: гнойные воспалительные процессы; свежие ушибы, травмы, повреждения кожи; кровоподтеки, кровоизлияния; новообразования; отеки.  Оснащение: плотная ткань; клеенка; шерстяную ткань или грелку.  Подготовка к процедуре:  1.Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение.  2.Провести гигиеническую обработку рук.  Выполнение процедуры:  3.Смочить ткань в горячей воде, хорошо отжать.  4.Приложить смоченную ткань к телу.  5.Поверх ткани плотно наложить клеенку.  6.Поверх клеенки положить грелку или теплую шерстяную ткань.  7.Менять компресс каждые 10-15 мин.  8.Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени. Интересоваться самочувствием пациента.  Завершение процедуры:  9.Тканевую салфетку сбросить в емкость для сбора грязного белья.  10.Провести гигиеническую обработку рук.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: | Выполненные манипуляции: | Количество | |  | Осуществить посмертный уход. | 1 | | Раздача пищи больным. | 2 | | Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков. | 2 | | Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника. | 3 | | Закапывание капель в ухо. | 3 | |  | Закапывание капель в глаза. | 2 | |  | Постановка горячего компресса. | 1 |   **План 4 рабочего дня**  1.Обучение пациента самоконтролю АД, пульса и ЧДД, температуры тела.  2.Обучение пациента самостоятельной постановки банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов.  3.Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного.  4.Взятие мазка из зева и носа для бактериологического исследования.  5.Обучить пациента подготовке к рентгенологическим методам исследования.  6.Обучить пациента подготовке к эндоскопическим методам исследования.  **Обучение пациента самоконтролю АД.**  1.Сказать пациенту, что вы обучите его измерять АД.  2.Определить мотивацию и способность пациента к обучению.  3.Уточнить у пациента, согласен ли он обучаться измерению АД.  4.Ознакомить пациента с устройством тонометра и фонендоскопа.  5.Предупредить его, что измерять АД можно не ранее чем через 15 мин после физической нагрузки.  6.Демонстрация техники наложения манжеты. Наложить манжету на свое левое обнажённое плечо (надеть её, как рукав) на 1-2 см выше локтевого сгиба, предварительно свернув трубочкой по диаметру руки. Одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты; между манжетой и плечом должен проходить один палец.  7.Продемонстрировать технику соединения манжеты и манометра, проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы.  8.Продемонстрировать технику пальпации пульса плечевой артерии в области локтевого сгиба.  9.Вставить фонендоскоп в уши, поставить мембрану фонендоскопа на место обнаружения пульса так, чтобы его головка оказалась под манжетой.  10.Продемонстрировать технику пользования грушей:  • взять в руку, на которой наложена манжета, манометр, в другую - «грушу» так, чтобы I и II пальцами можно было открывать и закрывать вентиль;  • закрыть вентиль на «груше», повернув его вправо, нагнетать воздух в манжету после исчезновения тонов ещё на 30 мм рт.ст.  • медленно открыть вентиль, повернув его влево, выпустить воздух со скоростью 2-3 мм рт.ст. в 1 с. Одновременно с помощью фонендоскопа выслушивать тоны Короткова на плечевой артерии и следить за показателями по шкале манометра. Акцентировать внимание пациента на том, что появление первых звуков соответствует величине систолического давления, а переход громких звуков в глухие или их полное исчезновение соответствует величине диастолического давления.  11.Записать результат в виде дроби.  12.Убедиться в том, что пациент обучился технике измерения АД, попросив продемонстрировать процедуру. При необходимости дать письменную инструкцию.  13.Обучить ведению дневника наблюдения.  14.Предупредить пациента, что он должен измерить АД 2-3 раза с интервалом 2-3 мин.  15.После обучения протереть мембрану и ушные концы фонендоскопа шариком со спиртом.  16.Вымыть руки.  Обучение пациента самоконтролю пульса.  1.Сказать пациенту, что вы обучите его подсчитывать пульс.  2.Определить мотивацию и способность пациента к обучению.  3.Получить согласие.  4.Пульс подсчитывается, когда вы находитесь в покое (т.е. если вы были в движении, вам нужно присесть и отдохнуть).  5.Затем 2, 3, 4 – м пальцами одной руки, прижимаем лучевую артерию на другой руке. Большой палец должен находиться на тыльной стороне руки.  6.Определить ритм пульса в течение 30 сек.  7.Взять часы или секундомер и подсчитывать пульс в течении 1 минуты.  8.Записать результат в свой дневник.  **Обучение пациента самоконтролю температуры тела.**  1.Сказать пациенту, что вы обучите его измерению температуры.  2.Определить мотивацию и способность пациента к обучению.  3.Получить согласие.  4.Температуру тела измеряют два раза в день (6-8 часов утра и 17-19 часов вечера). При необходимости измерение температуры проводят каждые 2 или 4 часа.  5.При измерении температуры тела в подмышечной впадине или в паховой складке кожу следует осмотреть на наличие воспаления и протереть досуха. Продолжительность измерения температуры 10 мин.  6.Для измерения температуры в полости рта термометр помещают под язык справа или слева от уздечки и держат рот закрытым. Длительность измерения 5 мин. Этот способ не используется у детей в возрасте до 4 лет и у возбудимых детей.  7.Записать результат в свой дневник.  **Обучение пациента самостоятельной постановки горчичников.**  1.Поприветствовать обучаемого, при необходимости представиться.  2.Сообщить цель и ход обучения, получить согласие.  3.Провести обучение по алгоритму.  • Осмотреть кожные покровы пациента на месте постановки горчичников.  • Проверить качество горчичников.  • Измерить температуру воды для смачивания горчичников (40-45 °С).  • Смочить горчичники в воде в течение 5 сек каждый.  • Стряхнуть и приложить горчичник на нужный участок кожи горчицей вниз, сверху положить полотенце.  • Укрыть пациента одеялом.  • Держать горчичники 10-15 минут.  • Снять горчичники, сбросить их в лоток для отработанного материала.  • Протереть кожу пациента влажной теплой марлевой салфеткой, вытереть насухо.  • Помочь надеть белье, уложить в удобное положение.  • Укрыть пациента, рекомендовать постельный режим 30-60 минут.  4.Задать вопросы обучаемому с целью контроля качества обучения.  Примечание:  Горчичники ставятся только на здоровую кожу, температура воды для смачивания горчичников не должна превышать 40° - 45°, так как эфирные масла при более высокой температуре разлагаются и действие горчичников резко снижается.  Детям раннего возраста, а также детям с чувствительной кожей горчичники нужно ставить обратной стороной либо через пеленку или марлю, сложенную в несколько слоев. Чтобы смягчить действие горчичников можно смочить ткань теплым растительным маслом и отжать. **Обучение пациента самостоятельной постановки грелки.**  Цель: для снятия болей, отёков, ускорение рассасывания старых воспалительных процессов, для согревания тела.  Показания: хронические вялотекущие воспалительные процессы в стадии рассасывания; для согревания тела при лихорадке (1-ый период); после инъекций; коллаптоидные состояния; спазм моче- и желчевыводящих путей и др. дуоденальное зондирование; постинъекционные инфильтраты; гипертония (к ногам для отвлечения крови от мозга).  Противопоказания: острые воспалительные процессы в брюшной полости (аппендицит, перитонит и др.); гнойные воспалительные процессы; кровотечения; туберкулез; новообразования; различные кровоизлияния, гематомы; при ошибочном введении лекарственных веществ; все боли не ясной этиологии; свежие ушибы, травмы; кожные заболевания, повреждения кожи.  Оснащение: грелка; пеленка; горячая вода (60˚-70˚), водный термометр, емкости для дезинфекции, чистые тканевые салфетки, емкости для отходов.  Мероприятия по обучению:  1.Поприветствовать обучаемого, при необходимости представиться.  2.Сообщить цель и ход обучения, получить согласие.  3.Провести обучение по алгоритму.  • Налить горячую воду (предварительно измерив ее температуру) в грелку 2\3-1\2 объёма.  • Выпустить воздух. Завинтить плотно пробкой.  • Перевернуть грелку пробкой вниз, чтобы убедиться, что пробка завинчена плотно, затем вернуть в исходное положение и обернуть пеленкой.  • Если больной без сознания или лишен чувствительности, то необходимо проверить температуру грелки на себе.  • Положить грелку на нужную область тела. Узнать у больного через 5 минут об ощущениях.  • Убрать грелку по истечении времени (20 минут).  • Осмотреть кожу пациента.  • Накрыть пациента одеялом. Рекомендовать постельный режим 30-60 минут.  4.Ответить на вопросы обучающегося.  5.Задать вопросы обучаемому с целью контроля качества обучения.  6.Поблагодарить за внимание, попрощаться.  **Обучение пациента самостоятельной постановки банок.**  Цель: снять острые воспалительные процессы, снизить артериальное давление.  Показания: острые воспалительные процессы верхних дыхательных путей; миозиты, радикулиты, остеохондрозы; гипертония (вдоль позвоночника в шахматном порядке отступя от позвоночника 1 – 1,5см.).  Противопоказания: туберкулез, новообразования, кровохарканье, кровотечения, свежие ушибы и травмы грудной клетки, аллергические реакции, повреждения кожи и заболевания кожи.  Мероприятия по обучению:  1.Поприветствовать обучаемого, при необходимости представиться.  2.Сообщить цель и ход обучения, получить согласие.  3.Провести обучение по алгоритму.  • Моем руки и надеваем перчатки.  • Проверяем целостность банок.  • Приготавливаем всё самое необходимое возле постели.  • Просим больного лечь на живот, освободить от одежды верхнюю часть туловища.  • Осматриваем кожные покровы.  • Наносим на необходимый участок тела вазелин с помощью салфетки тонким слоем.  • Смачиваем фитиль спиртом, излишки спирта отжимаем о край флакона, а затем стряхиваем в сторону во избежание образования капель.  • Закрываем флакон со спиртом и отставляем его.  • Поджигаем фитиль.  • Берем банку в руку, противоположную той, в которой держим фитиль.  • Вносим горящий фитиль в середину банки, не касаясь ее краев, на 1-2 секунды.  • Извлекаем фитиль из банки и быстрым движением плотно прикладываем ее к коже больного.  • Аналогично ставим необходимое количество банок на расстоянии 1-2 см одна от другой.  • Проверяем, насколько плотно прикрепились банки, проведя по ним рукой.  • Накрываем больного полотенцем, затем одеялом.  • Через 15 минут снимаем банки по одной. Придерживая кожу пальцем у края банки, наклоняем ее в противоположную сторону.  • Вытираем кожу о в местах постановки банок салфеткой.  • Укрываем больного и оставляем в постели на 1-2 часа.  4. Ответить на вопросы обучающегося.  5.Задать вопросы обучаемому с целью контроля качества обучения.  6.Поблагодарить за внимание, попрощаться.  **Обучение пациента самостоятельной постановки горчичников.**  Цель: остановить и предотвратить кровотечение, кровоподтёки, снизить температуру,  замедлить развитие острых воспалительных процессов.  Показания: кровотечения, кровоподтеки, кровохарканье; черепно-мозговые травмы, сотрясение головного мозга; свежие ушибы, травмы без повреждений кожи; гнойные воспалительные процессы; после родов, абортов, после операций; ошибочное введение лекарственных средств.  Противопоказания: коллаптоидные состояния, шок; хронические воспалительные заболевания; повреждения кожных покровов; общее истощение; туберкулез.  Мероприятия по обучению:  1.Поприветствовать обучаемого, при необходимости представиться.  2.Сообщить цель и ход обучения, получить согласие.  3.Провести обучение по алгоритму.  • Вымыть руки.  • Приготовьте кусочки льда.  • Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Заполнить пузырь кусочками льда на 1/2 объема и налить один стакан холодной воды 14 – 16 C°.  • Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Завинтить крышку пузыря со льдом.  • Обернуть пузырь со льдом полотенцем в четыре слоя (толщина прокладки не менее 2 см).  • Положите пузырь со льдом на нужный участок тела.  • Оставьте пузырь со льдом на 20–30 минут. Периодически узнавать у больного о самочувствии.  • Убрать пузырь со льдом.  4. Ответить на вопросы обучающегося.  5.Задать вопросы обучаемому с целью контроля качества обучения.  6.Поблагодарить за внимание, попрощаться.  Примечание: По мере таяния льда в пузыре воду сливают, а кусочки льда добавляют. Замораживать пузырь, заполненный водой в морозильной камере нельзя, т.к. это может привести к обморожению.  **Алгоритм взятия содержимого зева для бак. исследования.**  Цель: выявить возбудителя инфекционного заболевания.  Оснащение: стерильные или одноразовые шпатели, стерильная пробирка с тампоном, средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, штатив для пробирок, лоток, емкость с дезинфицирующим раствором, емкость для сбора отходов класса «Б», направление.  Подготовка к процедуре:  1.Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования, сроки получения результата и получить согласие.  2.Поставить стеклографом номер на пробирке, соответствующий номеру направления (или штрих-код). Установить пробирку в штатив.  3.Обработать руки гигиеническим способом, надеть маску, перчатки.  Выполнение процедуры:  4.Сесть напротив пациента.  5.Извлечь тампон из пробирки, придерживая его за пробку (пробирка остается в штативе).  6.Взять шпатель в другую руку; попросить пациента слегка запрокинуть голову и открыть рот; надавить шпателем на корень языка.  7.Не касаясь тампоном слизистой оболочки полости рта и языка, провести тампоном по правой миндалине, затем – небной дужке, язычку, левой небной дужке, левой миндалине. При ясно локализованных очагах материал берется двумя тампонами в две пробирки: из очага и всех участков.  8.Извлечь тампон из полости рта, положить шпатель в лоток для использованного материала, ввести тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности.  9.Поставить штатив для пробирок, в специальный контейнер для транспортировки. Проверить соответствие номера пробирки с номером направления и Ф.И.О. пациента.  Завершение процедуры:  10.Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  11.Снять перчатки, маску и поместить в емкость для дезинфекции. Провести гигиеническую обработку рук.  12.Доставить пробу в лабораторию в контейнере в течение 1 часа.  13.Полученные результаты подклеить в историю болезни.  **Алгоритм взятия содержимого носа для бак. исследования.**  Цель: выявить возбудителя инфекционного заболевания.  Оснащение: стерильные или одноразовые шпатели, стерильная пробирка с тампоном, средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, штатив для пробирок, лоток, емкость с дезинфицирующим раствором, емкость для сбора отходов класса «Б», направление.  Подготовка к процедуре:  1.Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования, сроки получения результата и получить согласие.  2.Поставить стеклографом номер на пробирке, соответствующий номеру направления (или штрих-код). Установить пробирку в штатив.  3.Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть маску, перчатки.  Выполнение процедуры:  4.Сесть напротив пациента.  5.Извлечь тампон из пробирки, придерживая его за пробку (пробирка остается в штативе).  6.Свободной рукой приподнять кончик носа пациента, другой рукой ввести тампон в глубь левой, затем правой полости носа.  7.Извлечь тампон из полости носа и ввести тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности.  8.Поставить штатив для пробирок, в специальный контейнер для транспортировки. Проверить соответствие номера пробирки с номером направления и Ф.И.О. пациента.  Завершение процедуры:  9.Снять перчатки, маску и поместить емкость для сбора отходов класса «Б» Провести гигиеническую обработку рук.  10.Доставить пробу в лабораторию в контейнере в течение 1 часа.  11.Полученные результаты подклеить в историю болезни.  Инструктаж по подготовке пациента к рентгенологическим методам исследования.  Здравствуйте, меня зовут Каролина Дмитриевна. Мне необходимо с Вами провести инструктаж по подготовке к рентгенологическому исследованию желудка и двенадцатиперстной кишки.  1.За 2-3 дня до исследования исключают из рациона исследуемого продукты, способствующие газообразованию (черный хлеб, овощи, фрукты, бобовые, молоко и т. д.). Накануне исследования легкий ужин.  2.За 14 часов до обследования больной прекращает прием пищи.  3.В день исследования больной не должен есть, пить и курить.  4.При наличии в желудке больного большого количества жидкости, слизи, остатков пищи (например, при органическом сужении выходного отдела желудка) следует промыть желудок за 2-3 часа до исследования.  5.При резко выраженном метеоризме и упорных запорах рекомендуется очистительная клизма теплой водой за 1,5-2 часа до исследования.  Все ли Вам понятно? Ответьте теперь пожалуйста на мои вопросы, чтобы я поняла то, как вы поняли инструктаж. До свидания.  **Инструктаж по подготовке пациента к эндоскопическим методам исследования.**  Здравствуйте, меня зовут Каролина Дмитриевна. Мне необходимо с Вами провести инструктаж по подготовке к эндоскопии.  1.За 2 - 3 суток до исследования из диеты исключают продукты, способствующие газообразованию: ржаной хлеб, бобовые, фрукты, молоко.  2.Поставить очистительную клизму вечером и утром за 1,5-2 часа до исследования.  3.Предупредить пациента, чтобы он явился утром в эндоскопический кабинет в назначенное время.  4.В условиях стационара проводить или транспортировать пациента в эндоскопический кабинет с направлением.  5.Опорожнить мочевой пузырь непосредственно перед исследованием.  Все ли Вам понятно? Ответьте теперь пожалуйста на мои вопросы, чтобы я поняла то, как вы поняли инструктаж. До свидания.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Обучение пациента самоконтролю АД, пульса и ЧДД, температуры тела. | 1 | | Обучение пациента самостоятельной постановки банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов. | 3 | | Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного. | 2 | | Взятие мазка из зева и носа для бактериологического исследования. | 2 | | Обучить пациента подготовке к рентгенологическим методам исследования. | 1 | | Обучить пациента подготовке к эндоскопическим методам исследования. | 1 |   **План 5 рабочего дня**  1.Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос.  2.Введение мази за нижнее веко.  3.Подача увлажненного кислорода  4.Выписать направления на анализы: моча, кал, мокрота, кровь.  5.Обучить пациента технике сбора мочи для различных исследований.  6.Обучить пациента технике сбора фекалий для исследований.  **Алгоритм закапывание сосудосуживающих капель в нос.**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, 2 пипетки, имитация лекарственного средства.  Подготовка к процедуре:  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 капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики.  4.Помочь пациенту занять удобное положение (сидя).  Выполнение процедуры:  5.Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача.  6.Попросить пациента сесть, слегка запрокинув голову и склонить её (при закапывании в левую ноздрю - влево, в правую - вправо).  7.Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос).  8.Попросить пациента прижать пальцем крыло носа к перегородке сразу после закапывания капель и сделать лёгкие круговые движения, не отнимая пальца. Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры.  9.Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия.  10.Спросить у пациента об облегчении носового дыхания через 1-2 минуты.  Завершение процедуры:  11.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  12.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  13.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм закапывание масляных капель в нос.**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, 2 пипетки, имитация лекарственного средства.  Подготовка к процедуре:  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 капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики  4.Помочь пациенту занять удобное положение (сидя или лежа).  Выполнение процедуры:  5.Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача.  6.Попросить пациента сесть или лечь, запрокинув голову.  7.Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос).  8.Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры.  9.Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия.  10.Спросить у пациента о том, ощутил ли он вкус капель во рту. Попросить пациента полежать несколько минут.  Завершение процедуры:  11.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  12.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  13.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм введения мази за нижнее веко стеклянной палочкой.**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, стеклянная палочка 2 шт., имитация лекарственного средства.  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, стеклянную палочку.  4.Помочь пациенту занять удобное положение.  Выполнение процедуры:  5.Открыть флакон (тюбик), взять палочкой немного мази. Закрыть флакон.  6.Дать марлевые шарики пациенту в каждую руку (по возможности). Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз.  7.Заложить мазь за нижнее веко в направлении от внутреннего угла глаза к наружному (держать палочку мазью вниз).  8.Вывести глазную палочку из конъюнктивального свода вращательным движением, по направлению к наружной спайке век, одновременно отпустить нижнее веко.  9.Попросить пациента закрыть глаза.  10.Попросить пациента удалить, вытекающую, из-под сомкнутых век мазь, или сделать это за него.  11.При необходимости заложить мазь за нижнее веко другого глаза, повторив те же действия.  12.Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта.  Завершение процедуры:  13.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  14.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  15.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм введение мази за нижнее веко из тюбика.**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, тюбик- имитация лекарственного средства.  Подготовка к процедуре:  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:  5.Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз.  6.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.  7.Попросить пациента закрыть глаза.  8.Попросить пациента удалить, вытекающую из-под сомкнутых век мазь или сделать это за него.  9.При необходимости заложить мазь за нижнее веко другого глаза, повторить те же действия.  10.Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта.  Завершение процедуры:  11.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  12.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  13.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм подачи кислорода через носовой катетер, канюлю**  (увлажненный кислород).  Цель: уменьшить гипоксию тканей.  Показания: назначения врача при заболеваниях органов кровообращения и органов дыхания, с профилактической целью беременным женщинам, детям, лётчикам, стюардессам, подводникам (работающим в разряженном воздухе), пожилым и престарелым людям.  Оснащение: аппарат Боброва, дистиллированная вода, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната (при ацидозе), или спирт 95%-ный. Стерильно: лоток, носовой катетер, носовые канюли, стерильный глицерин, шпатель, бинт, лейкопластырь.  Подготовка к процедуре:  1.Провести идентификацию пациента.  Установить доверительные отношения с пациентом, если это возможно для обеспечения слаженности совместной работы. Получить согласие на проведение процедуры.  2.Выявить у пациента признаки и симптомы, связанные с гипоксией и наличием мокроты в дыхательных путях.  3.Вымыть и осушить руки, надеть стерильные перчатки.  4.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:  5.Определить длину вводимой части катетера (расстояние от козелка ушной раковины до входа в нос - приблизительно 15 см), поставить метку.  6.Облить стерильным глицерином вводимую часть катетера в целях предупреждения травмы слизистой носа (можно подсоединить носовые канюли).  7.Ввести катетер в нижний носовой ход до метки (катетера виден при осмотре зева шпателем).  8.Осмотреть зев, придавив шпателем корень языка. Убедиться, что кончик катетера виден при осмотре зева.  9.Сбросить шпатель в дезинфицирующий раствор.  10.Зафиксировать наружную часть катетера тесемками бинта и лейкопластырем для обеспечения постоянного положения катетера для удобства пациента, профилактики мацерации кожи лица.  11.Соединить с аппаратом Боброва, заполненным дистиллированной водой или 96% - ным спиртом, или другим пеногасителем.  12.Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи кислорода по назначению врача.  13.Осмотреть слизистую носа пациента.  Завершение процедуры:  14.Провести итоговую оценку состояния пациента.  15.Удалить катетер (или снять носовую канюлю). Сбросить в емкость для сбора отходов класса Б.  16.Шпатель, лоток, погрузить в соответствующие емкости для дезинфекции, продезинфицировать аппарат Боброва.  17.Снять перчатки, Сбросить в емкость для сбора отходов класса Б. провести гигиеническую обработку рук.  18.Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Инструктаж по подготовке к забору мочи по Нечипоренко.**  Здравствуйте, меня зовут Каролина Дмитриевна. Мне необходимо с Вами провести инструктаж по подготовке к забору мочи по Нечипоренко.  1.Утром тщательно провести гигиену наружных половых органов.  2.Собрать 50,0 мл мочи – "среднюю порцию" в подготовленную емкость с крышкой, спустив небольшое количество мочи в унитаз/судно до и после мочеиспускания.  3.При сборе мочи исключить соприкосновение с краями емкости.  4.Поставить емкость с мочой в условленное место (ящик для анализов).  Все ли Вам понятно? Ответьте теперь пожалуйста на мои вопросы, чтобы я поняла то, как вы поняли инструктаж. До свидания.  **Инструктаж по подготовке к забору фекалий (кала) на копрологическое исследование.**  Здравствуйте, меня зовут Каролина Дмитриевна . Мне необходимо с Вами провести инструктаж по подготовке к забору кала на копрологию.  1.По назначению врача в течение 3 дней необходимо придерживаться специальной диеты (Шмидта или Певзнера).  2.Непосредственно после дефекации взять специальной лопаткой из нескольких участков 5-10 г кала без примесей воды и мочи и поместить во флакон.  3.Флакон оставить в специальном ящике в санитарной комнате.  Все ли Вам понятно? Ответьте теперь пожалуйста на мои вопросы, чтобы я поняла то, как вы поняли инструктаж. До свидания.    https://sun1.sibirix.userapi.com/3YXJwnGtVxK-NTqEvZ4EEFmkVEn042CdHv5lDg/WDrDbcDWLXI.jpg       |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос | 2 | | Введение мази за нижнее веко | 1 | | Подача увлажненного кислорода | 1 | | Выписать направления на анализы: моча, кал, мокрота, кровь. | 1 | | Обучить пациента технике сбора мочи для различных исследований. | 2 | | Обучить пациента технике сбора фекалий для исследований. | 2 |   **План 6 рабочего дня**  1.Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица).  2.Профилактика пролежней.  3.Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента.  4.Обучить пациента технике сбора мокроты для различных исследований.  5.Обучить пациента ингаляции лекарственного средства через рот и нос.  6.Обучить пациента подготовке к ультразвуковым методам исследования.  **Алгоритм ухода за полостью рта (туалет полости рта).**  Цель: профилактика стоматита.  Показания: тяжёлое состояние пациента.  Оснащение: стерильные: лоток, 1 пинцет, салфетки, шпатель, лоток для использованного материала, водный антисептический раствор, полотенце или одноразовая салфетка, грушевидный баллон или шприц Жане, вазелин, стакан с водой, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий., средства индивидуальной защиты.  Подготовка к процедуре:  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.Приготовить лоток с марлевыми шариками и часть залить антисептическим раствором (салфетки для обработки полости рта в упаковке).  4.Помочь пациенту повернуть голову на бок, шею и грудь накрыть клеенкой, под подбородок подставить лоток.  5.Попросить пациента сомкнуть зубы (снять зубные протез, если они есть).  Выполнение процедуры:  6.Отодвинуть шпателем щёку пациента, и пинцетом с марлевым шариком, смоченным в антисептическом растворе, обработать каждый зуб от десны, начиная от коренных зубов к резцам, с наружной стороны, слева, затем справа, предварительно сменив шарик (салфетку).  7.Попросить пациента открыть рот и сменив марлевый шарик, обработать каждый зуб от десны, начиная от коренных к резцам, с внутренней стороны.  8.Сменить марлевый шарик, и обработать язык.  9.Помочь пациенту прополоскать рот или повести орошение с помощью грушевидного баллончика. Оттянуть шпателем угол рта, поочерёдно промыть левое, затем правое защечное пространство раствором.  10.Вытереть кожу вокруг рта сухой салфеткой, смазать губы вазелином, трещины обработать 1% раствором бриллиантового зеленого.  Завершение процедуры:  11.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.  12.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  13.Провести гигиеническую обработку рук.  14.Сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм обработки носовых ходов (удаление корочек из носа).**  Цель: предупреждение нарушения носового дыхания.  Показания: тяжёлое состояние пациента, наличие выделений из полости носа.  Оснащение: стерильные: лоток, пинцет, ватные турунды; лоток для использованного материала; вазелиновое масло; мензурка; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий; средства индивидуальной защиты.  Подготовка к процедуре:  1.По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  2.Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  3.Налить вазелиновое масло в мензурку.  4.Приготовить лоток с ватными турундами.  Выполнение процедуры:  5.Взять турунду, смочить в вазелиновом масле, Отжать о стенки мензурки.  6.Ввести турунду вращательными движениями в носовой ход на 1-3 минуты.  7.Извлечь турунду из носового хода вращательными движениями. При необходимости для очищения использовать несколько турунд.  8.Обработать другой носовой ход тем же способом.  Завершение процедуры:  9.Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Ватные турунды сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  10.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  11.Провести гигиеническую обработку рук.  12.Сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм Обработка наружного слухового прохода (удаление ушной серы).**  Цель: предупреждение снижения слуха из-за скопления серы.  Показания: тяжёлое состояние пациента.  Противопоказания: воспалительные процессы в ушной раковине, наружном слуховом проходе.  Оснащение: стерильные: лоток, пинцет, ватные турунды; лоток для использованного материала; перекись водорода 3%; мензурка; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий; средства индивидуальной защиты.  Подготовка к процедуре:  1.По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  2.Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  3.Налить в мензурку перекись водорода 3%.  4.Приготовить лоток с ватными турундами.  Выполнение процедуры:  5.Взять турунду, смочить в 3% раствор перекиси водорода, отжать о стенки мензурки.  6.Оттянуть, левой рукой ушную раковину так, чтобы выровнять слуховой проход (к верху и кзади).  7.Ввести турунду вращательными движениями в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см. на 2-3 минуты.  8.Извлечь турунду из слухового прохода вращательными движениями. При необходимости для очищения использовать несколько турунд.  9.Обработать другой слуховой проход тем же способом.  Завершение процедуры:  10.Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Ватные турунды сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  11.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  12.Провести гигиеническую обработку рук.  13.Сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм умывания лица.**  Цель: соблюдение личной гигиены пациента.  Показания: дефицит самоухода.  Противопоказания: нет.  Оснащение: перчатки, фартук, таз, две гигиенические пелёнки (на клеёнчатой основе), кувшин с теплой водой (+37-38оС), туалетное мыло, махрова рукавичка, полотенце, клеёнчатый мешок для грязного белья, ширма.  Подготовка к процедуре:  1.Приготовить всё необходимое для манипуляции.  2.Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании).  3.Поставить ширму, если пациент в палате находится не один.  4.Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний.  5.Обработать руки. Надеть перчатки.  Выполнение процедуры:  6.Аккуратно приподнять голову пациента и подстелить под неё гигиеническую пелёнку. Прикрыть грудь пациента второй пелёнкой.  7.Смочить рукавичку в тёплой воде, слегка отжать и намылить мылом.  8.Надеть рукавичку на правую руку и протереть лицо пациента сверху вниз: лоб, веки, щёки, нос, подбородок, шея, ушные раковины и заушные пространства.  9.Хорошо прополоскать рукавичку в тёплой воде, слегка отжать. Смыть мыло с лица пациента в той же последовательности. При необходимости смыть мыло несколько раз.  10.Промокательными движениями полотенцем осушить кожу лица пациента в той же последовательности.  Завершение процедуры:  11.Убрать рукавичку, гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок.  12.Придать удобное положение. Убрать ширму.  13.Снять перчатки. Обработать руки.  14.Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.  **Алгоритм профилактики пролежней.**  Цель: профилактика пролежней.  Показания: строгий постельный режим пациента.  Оснащение: упаковка со стерильным лотком, пинцетом и салфетками, 10% раствор камфорного спирта, или 40° этилового спирта, нательное и постельное белье, противопролежневые круги и валики, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Подготовка к процедуре:  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:  5.Осмотреть кожу в местах возможного образования пролежней (затылок, лопатки, локти, крестец, пятки и т.д.).  6.Убрать крошки с простыни, расправить простыню.  следить за отсутствием на постельном и нательном белье складок.  7.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.  8.Обработать кожу в местах возможного образования пролежней (с нейтральным мылом или средством для сухой обработки кожи).  9.Сухую неповрежденную кожу обработать салфетками, смоченными в теплом камфорном или этиловом спирте.  10.Нанести защитный крем.  11.Растереть мягкие ткани в местах возможного образования пролежней (кроме выступающих костных участков).  12.Подкладывать надувной резиновый круг, вложенный в наволочку, так чтобы крестец находился над его отверстием.  13.Подложить поролоновые круги под локти и пятки пациента.  14.Обучить родственников пациента мероприятиям по профилактике пролежней.  Завершение процедуры:  15.Убрать ширму.  16.Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  17.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  18.Перчатки, маску сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  19.Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  **Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента.**    **Инструктаж по подготовке к забору мокроты на бак. исследование.**  Здравствуйте, меня зовут Каролина Дмитриевна. Мне необходимо с Вами провести инструктаж по подготовке к забору мокроты на бактериологическое исследование.  1.Натощак, в 8 часов утра перед откашливанием почистите зубы и тщательно прополощите рот кипяченой водой или раствором фурацилина, затем отхаркните мокроту в банку – 3-5 мл., стараясь не допускать попадания слюны.  2.Посуда дается стерильной, поэтому не касайтесь ее краев руками или губами, а после откашливания мокроты емкость сразу же закройте крышкой и отдайте медсестре.  Все ли Вам понятно? Ответьте теперь пожалуйста на мои вопросы, чтобы я поняла то, как вы поняли инструктаж. До свидания.  **Обучение пациента правильно пользоваться карманным ингалятором при введении ЛС через рот.**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: карманный ингалятор (3 штуки: 2 пустых и один полный для пациента по назначению врача).  Подготовка к обучению:  1.Поздороваться с пациентом. Предупредить его о проведении обучения. Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить согласие. Выяснить аллергоанамнез.  2.Провести гигиеническую обработку рук.  3.Взять один ингалятор, другой дать пациенту (пустые). Попросить пациента повторять действия.  Выполнение обучения:  4.Снять с баллончика защитный колпачок и повернуть его вверх дном.  5.Хорошо встряхнуть баллончик с аэрозолем. Охватить губами мундштук.  6.Сделать глубокий вдох и на вдохе нажать на дно баллончика. В этот момент выдается доза аэрозоля.  7.Следует задержать дыхание на несколько секунд, затем выгнуть мундштук изо рта и сделать медленный выдох.  8.Попросить пациента проделать тоже с полным баллончиком. Проконтролировать правильность выполнения.  Завершение обучения:  9.После ингаляции обработать мундштук (личный можно промыть с мылом под проточной водой) надеть на баллончик защитный колпачок.  10.Провести гигиеническую обработку рук.  11.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Обучение пациента правильно пользоваться карманным ингалятором при введении ЛС через нос.**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: карманный ингалятор (3 штуки: 2 пустых и один полный для пациента по назначению врача).  Подготовка к обучению:  1.Поздороваться с пациентом. Предупредить его о проведении обучения. Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить согласие. Выяснить аллергоанамнез.  2.Провести гигиеническую обработку рук.  3.Взять один ингалятор, другой дать пациенту (пустые). Попросить пациента повторять действия.  Выполнение обучения:  4.Снять с баллончика защитный колпачок. Хорошо встряхнуть баллончик с аэрозолем.  5.Слегка запрокинуть голову.  6.Прижать правое крыло носа к носовой перегородке. Произвести выдох через рот.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: | Выполнение манипуляций | Количество | |  | Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица).  средства через рот и нос. | 2 | | Профилактика пролежней | 1 | | Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента | 1 | | Обучить пациента технике сбора мокроты для различных исследований | 2 | |  | Обучить пациента ингаляции лекарственного | 2 | | Обучить пациента подготовке к ультразвуковым методам исследования. | 1 |   **План 7 рабочего дня**  1.Измерение пульса.  2.Подсчет частоты дыхательных движений.  3.Забор крови из вены на исследование  4.Работа со стерильным биксом, стерильным материалом.  5.Втирание мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента.  6.Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером.  7.Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе.  **Алгоритм измерения артериального пульса.**  Цель: определение основных свойств пульса: частоты, ритма, наполнения, напряжения.  Показания: контроль за функциональным состоянием пациента.  Оснащение: часы или секундомер, ручка, бумага, температурный лист, антисептик.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента за 15 минут до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.  2.Провести гигиеническую обработку рук.  3.Попросить пациента принять удобное положение.  Выполнение процедуры:  4.Предложить расслабить руку, при этом кисти и предплечье не должны быть «на весу».  5.Прижать 2,3,4- м пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента (1 палец находится со стороны тыла кисти), почувствовать пульсацию.  6.Если при одновременном исследовании пульсовых волн появляются различия, то определение других его свойств проводят при исследовании той лучевой артерии, где пульсовые волны выражены лучше.  7.Взять часы или секундомер.  8.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.  9.С помощью часов или секундомера определить частоту пульса – количество пульсовых волн в 1 минуту. Нормальные показатели частоты пульса 60-80 уд/мин.  Завершение процедуры:  10.Сообщить пациенту результаты исследования.  11.Провести гигиеническую обработку рук.  12.Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.  **Алгоритм подсчета ЧДД.**  Цель: определение частоты дыхательных движений.  Показания: контроль за функциональным состоянием пациента.  Оснащение: часы или секундомер, антисептик, ручка, бумага, температурный лист.  Подготовка к процедуре:  1.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.  2.Провести гигиеническую обработку рук.  3.Попросить пациента принять удобное положение и не разговаривать.  4.Взять часы или секундомер.  Выполнение процедуры:  5. Положить пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса.  6.Подсчитать частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки у женщин или брюшной стенки у мужчин. Обратить внимание на глубину и ритмичность дыхания.  Завершение процедуры:  7.Сообщить пациенту результаты исследования «пульса».  8.Провести гигиеническую обработку рук.  9.Зарегистрировать частоту дыханий за минуту в температурном листе у.ф. № 004/у.  **Алгоритм забора крови системой вакуумного забора крови Vacuette.**  Цель: проведение забора крови на исследование.  Показания: назначение врача.  Оснащение: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, очки или щиток; система вакуумного забора крови; вакуумная пробирка Vacuette с крышкой; стерильный лоток; стерильный пинцет; лоток для использованного материала; стерильные ватные шарики; жгут; клеенчатая подушечка; кожный антисептик, разрешенный к применению. Емкости для дезинфекции, емкости для сбора медицинских отходов.  Подготовка к процедуре:  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.Собрать систему вакуумного забора крови Vacuette.  Выполнение процедуры:  6.Удобно усадить или уложить пациента.  7.Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  8.Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  9.Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента.  10.Надеть очки.  11.Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх.  12.Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола).  13.Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см.  14.Провести пунктирование вены.  15.Вставить пробирку в держатель до упора.  16.Ослабить жгут, как только кровь начнет поступать в пробирку.  17.После прекращения тока крови извлечь пробирку из держателя.  18.Вынуть держатель с иглой из вены, предварительно приложив к месту венепункции ватный шарик, или спиртовую салфетку(либо наложить давящую повязку).  Завершение процедуры:  19.Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции  20.Снять перчатки, очки, маску и поместить в емкость для дезинфекции. Провести гигиеническую обработку рук.  21.Сделать запись о выполненной процедуре.  Пробирки доставить в лабораторию в герметичном контейнере.  **Алгоритм укладки материала в бикс для стерилизации.**  Оснащение: биксы; перевязочный материал; резиновые перчатки; полотенце, пеленка; тканевые салфетки; антисептик; индикаторы стерильности на 120°С, 132°С.  Последовательность выполнения:  1.Вымыть руки.  2.Надеть маску, перчатки, обработать их антисептиком.  3.Приготовить бикс: внутреннюю поверхность бикса и крышки протереть тканевой салфеткой, смоченной раствором антисептика двукратно, с интервалом 15 минут, выдержать экспозицию по инструкции дезинфицирующего средства.  4.Снять перчатки, вымыть руки.  5.Застелить бикс пеленкой.  6.На дно бикса положить индикатор стерильности.  7.Стерилизуемый материал уложить рыхло, послойно, а перевязочный материал – по секторам.  8.В средний слой снова вложить индикатор стерильности.  9.Края пеленки завернуть внутрь.  10.Сверху положить третий индикатор стерильности.  11.Закрыть крышку бикса.  12.Открыть боковые отверстия и заблокировать пояс (при необходимости).  13.Закрепить на ручке бикса промаркированную бирку («ватные шарики» и др.).  14.Отправить бикс в ЦСО для стерилизации в автоклаве.  **Правила работы с биксом (разгрузка бикса).**  Оснащение: стерильный бикс; стерильный лоток или стерильный стол; стерильный пинцет; маска, перчатки; чистая ветошь; емкость с дезинфицирующим раствором.  Последовательность выполнения:  1.Медсестра проверяет бикс:  а) герметичность (поясок должен закрывать решетчатые окна бикса полностью!);  б) маркировку: название бикса («перчатки», «шарики» и т.д.); срок годности бикса (дату стерилизации).  2.Медицинская сестра моет руки, надевает маску.  3.Открывает бикс, проверяет индикатор стерильности (изменил ли он цвет по эталону), закрывает бикс.  4.Отмечает на бирке дату, время вскрытия бикса, ставит свою подпись.  5.Надевает стерильные перчатки.  6.Достает из бикса стерильным пинцетом необходимый материал и помещает его на стерильный стол или в стерильный лоток.  7.Закрывает бикс.  **Правила работы со стерильным материалом.**  1.Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению.  2.Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет.  3.При необходимости, инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер - на стерильном столе не более 6 часов.  4.Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается извлекать для использования из стерилизационных коробок не более чем в течение 6 часов после их вскрытия.  5.При стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускается хранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.  6.При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.  7.Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают на 6 часов. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.  8.Не допускается использование простерилизованных изделий медицинского назначения с истекшим сроком хранения после стерилизации.  9.Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в журнале по учетной статистической форме.  10.Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению.  11.Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Категорически запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации изделий.  Алгоритм применения присыпки  Цель: профилактика опрелостей.  Показания: опрелости, потливость, кожные заболевания.  Противопоказания: непереносимость лекарственного средства, нарушение целостности кожных покровов.  Оснащение: присыпка, ватный шарик (кисть с мягким ворсом), перчатки, ширма.  **Алгоритм применения присыпки.**  Цель: профилактика опрелостей.  Показания: опрелости, потливость, кожные заболевания.  Противопоказания: непереносимость лекарственного средства, нарушение целостности кожных покровов.  Оснащение: присыпка, ватный шарик (кисть с мягким ворсом), перчатки, ширма.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  Обеспечить конфиденциальность.  2.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Выполнение процедуры:  3.На чистую сухую кожу (паховые складки, область под молочными железами и др.) без повреждений равномерно нанести присыпку через насадку с распылителем.  4.Распределить порошок с помощью ватного шарика или специальной кисти по большей поверхности.  Завершение процедуры:  5.Использованные материалы (ватные шарики) погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б».  6.Снять перчатки, погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». Убрать ширму. Провести гигиеническую обработку рук.  7.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм действий при втирании линимента (жидкая мазь).**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Противопоказания: воспалительные и гнойничковые заболевания кожи, нарушение целостности кожи, непереносимость препарата.  Оснащение: линимент, приспособление для нанесения втирания (шпатель), ширма, перчатки.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  2.Прочитать название препарата. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве.  3.Попросить пациента занять удобное положение, при необходимости помочь.  Отгородить пациента ширмой.  4.Осмотреть участок кожи, на который нужно нанести втирание.  5.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Выполнение процедуры:  6.Нанести нужное для втирания количество жидкой мази на шпатель или перчатку.  7.Втирать легкими вращательными движениями в определенную врачом поверхность кожи до тех пор, пока не исчезнут следы лекарственного средства (или по инструкции).  8.Тепло укрыть пациента, если этого требует инструкция.  Завершение процедуры:  9.Убедиться в том, что пациент не испытывает дискомфорта после проведенной процедуры.  10.Использованные материалы (шпатель) погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б».  11.Снять перчатки, погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». Провести гигиеническую обработку рук.  12.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм действий при нанесении мази на кожу.**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: мазь (лекарственное средство), одноразовый шпатель, салфетки.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  2.Прочитать название мази. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве.  3.Попросить пациента занять удобное положение, при необходимости помочь. Отгородить пациента ширмой.  **Алгоритм ухода за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером.**  Оснащение: рукавички из махровой ткани, полотенце, перчатки, впитывающая пеленка (клеенка и обычная пеленка), емкость для воды, ватные шарики.  Подготовка к процедуре:  1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры и получить его согласие.  2. Надеть перчатки. Подложить под ягодицы пациента (пациентки) впитывающую пеленку (клеенку и пеленку).  3. Опустить изголовье кровати.  4.Попросить пациента (помочь ему при необходимости) занять нужное положение: на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами.  Выполнение процедуры:  5.Вымыть промежность по принятой методике (у женщин — спереди — назад).  6.Вымыть ватными тампонами, а затем высушить 10 см катетера от участка, где он выходит из уретры.  7.Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает.  8.Осмотреть кожу промежности на предмет признаков инфекции (гиперемия,  отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое).  Завершение процедуры:  9.Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута.  10.Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати.  11.Снять с кровати пеленку (клеенку с пеленкой) и сбросить ее в непромокаемый мешок.  12.Снять перчатки, вымыть руки.  13.Сделать запись о выполненной процедуре. Доложить врачу о появившихся признаках воспаления в области промежности.  **Размещение пациента в постели в положении Фаулера.**  Цель: профилактика пролежней, создание комфортных условий для пациента.  Оснащение: перчатки нестерильные, вспомогательные устройства, необходимые для пациента, подушка для головы, валики, круги и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели, кожный антисептик.  Подготовка к процедуре:  1.Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры (если пациент находится в сознании). Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.  2.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  3.Надетьперчатки.  4.Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.  Выполнение процедуры:  5.Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати, убрать подушки.  6.Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки): человек, прямо сидящий на кровати, находится в положении Фаулера.  7. Подложить подушки или сложенное одеяло под голени пациента.  8.Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).  9.Подложить под предплечья и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.  10.Подложить пациенту под поясницу подушку.  11.Подложить небольшую подушку или валик под колени и под пятки пациента.  12.Обеспечить упор для стоп под углом 90°.  Завершение процедуры:  13.Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.  14.Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.  15.Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  16.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  17.Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Размещение пациента в постели в положении Симса.**  Цель: профилактика пролежней, создание комфортных условий для пациента.  Оснащение: перчатки нестерильные, вспомогательные устройства, необходимые для пациента, подушка для головы, валики, круги и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели, кожный антисептик.  Подготовка к процедуре:  1.Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры (если пациент находится в сознании). Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.  2.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  3.Надетьперчатки.  4.Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.  Выполнение процедуры:  5.Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение.  6.Положить пациента на спину.  7.Переместить пациента к краю кровати.  8.Переместить пациента в положение лежа на боку и частично на животе.  9.Положить подушку под голову пациента.  10.Под согнутую, находящуюся сверху руку поместить подушку на уровне плеча. Другую руку пациента положить на простыню.  11.Под согнутую "верхнюю" ногу подложить подушку, так чтобы нога оказалась на уровне бедра.  12.У подошвы ноги положить мешок с песком.  Завершение процедуры:  13.Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.  14.Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.  15.Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  16.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  17.Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Размещение пациента в постели в положении на боку.**  Цель: профилактика пролежней, создание комфортных условий для пациента.  Оснащение: перчатки нестерильные, вспомогательные устройства, необходимые для пациента, подушка для головы, валики, круги и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели, кожный антисептик.  Подготовка к процедуре:  1.Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры (если пациент находится в сознании). Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.  2.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  3.Надетьперчатки.  4.Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.  Выполнение процедуры:  5.Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.  Передвинуть пациента ближе к одному краю, противоположному стороне поворота.  6.Сказать пациенту, что он может помочь, если скрестит руки на груди. Если пациента переворачивают на правый бок: он должен положить левую ногу на правую. Или согнуть левую ногу пациента: одна рука охватывает нижнюю треть голени, другая - в подколенной впадине; левая стопа при этом должна оказаться в подколенной ямке.  7.Встать с той стороны кровати, куда будут поворачивать пациента. Положить протектор на кровать рядом с ним. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить ее на протектор. Вторая нога является опорой.  8.Положить одну руку на плечо, которое находится дальше от медицинской сестры, вторую руку - на дальнее бедро, т.е. если пациент будет поворачиваться на правый бок по направлению к медицинской сестре, положить левую руку на его левое плечо, а правую - на его левое бедро.  9.Повернуть пациента на бок, перенеся свой вес на ногу, стоящую на полу. Подложить подушку под голову и шею пациента.  10.Выдвинуть вперед "нижнее" плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке.  Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение. Рука, находящаяся сверху, лежит на подушке на уровне плеча.  11.Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента). Под согнутую "верхнюю" ногу пациента, лежащую немного впереди нижней, поместить подушку (от паховой области до стопы).  12.Поместить мешок с песком у подошвы "нижней" ноги. Расправить подкладную пеленку.  Завершение процедуры:  13.Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.  14.Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.  15.Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  16.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  17.Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Размещение пациента в постели в положении на спине.**  Цель: профилактика пролежней, создание комфортных условий для пациента.  Оснащение: перчатки нестерильные, вспомогательные устройства, необходимые для пациента, подушка для головы, валики, круги и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели, кожный антисептик.  Подготовка к процедуре:  1.Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры (если пациент находится в сознании). Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.  2.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  3.Надетьперчатки.  4.Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.  Выполнение процедуры:  5. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.  6. Придать пациенту правильное положение: положить подушку под голову (или поправить оставшуюся), расположить руки вдоль туловища ладонями вниз, расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами.  7. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею.  8. Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком полотенце.  9. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бедер, начиная от области большого вертела бедренной кости.  10. Подложить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети.  11. Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90°.  12. Положить под предплечья небольшие подушки.  Завершение процедуры:  13.Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.  14.Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.  15.Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  16.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  17.Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Размещение пациента в постели в положении на животе.**  Цель: профилактика пролежней, создание комфортных условий для пациента.  Оснащение: перчатки нестерильные, вспомогательные устройства, необходимые для пациента, подушка для головы, валики, круги и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели, кожный антисептик.  Подготовка к процедуре:  1.Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры (если пациент находится в сознании). Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.  2.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  3.Надетьперчатки.  4.Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.  Выполнение процедуры:  5. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки). Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.  6. Аккуратно приподнять голову пациента, убрать обычную и положить маленькую подушку. Переместить пациента к краю кровати.Разогнуть руку пациента в локтевом суставе, прижать ее к туловищу по всей длине, подложив кисть под бедро, или поднять ее вверх и вытянуть ее вдоль головы.  7. Перейти на другую сторону кровати.Встать коленом на кровать. Подложить свернутое одеяло или небольшую подушку под верхнюю часть живота пациента. Положить руку на дальнее от медицинской сестры плечо пациента, а другую руку - на дальнее бедро.  8. Перевернуть пациента на живот, в сторону медицинской сестры. Голова пациента должна быть повернута набок.  9. Подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались постели.  10. Согнуть руку, к которой обращена голова пациента, в локтевом суставе под углом 90°, другую руку вытянуть вдоль туловища.  10. Подложить подушки под локти, предплечья и кисти, небольшие валики рядом со стопами (с наружной стороны).  12. Расправить простыню и подкладную пеленку.  Завершение процедуры:  13.Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.  14.Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.  15.Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  16.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  17.Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Измерение пульса. | 1 | | Подсчет частоты дыхательных движений. | 1 | | Забор крови из вены на исследование | 1 | | Работа со стерильным биксом, стерильным материалом. | 2 | | Втирание мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента. | 2 | | Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером. | 1 | | Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе. | 2 |   **План 8 рабочего дня**  1.Заполнение документации при приеме пациента.  2.Постановка банок.  3.Постановка горчичников.  4.Опорожнение мочевого дренажного мешка.  5.Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии.  6.Транспортировка и перекладывание больного.  **Алгоритм постановки банок**  Цель: снять острые воспалительные процессы, снизить артериальное давление.  Показания: острые воспалительные процессы верхних дыхательных путей; миозиты, радикулиты, остеохондрозы; гипертония (вдоль позвоночника в шахматном порядке отступя от позвоночника 1 – 1,5см.).  Противопоказания: туберкулез, новообразования, кровохарканье, кровотечения, свежие ушибы и травмы грудной клетки, аллергические реакции, повреждения кожи и заболевания кожи.  Оснащение: медицинские банки, шпатель, корнцанг, этиловый спирт 96 %-ный, вазелин, дезинфицирующее средство, полотенце или пеленка, вата, спички, емкость с водой, ящик для банок, часы, станок для бритья (при необходимости), емкость для дезинфекции.  Подготовка к процедуре:  1.Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуры. В случае отсутствия такого уточнить дальнейшие действия у врача.  2.Убедиться в целостности 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, 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, сбросить их.  Выполнение процедуры:  7.Настести на кожу тонкий слой вазелина.  8.Сделать плотный фетиль из ваты и закрепить корнцанге.  9.Смочить фетиль в спирте и отжать его. Флакон закрыть крышкой и отставить в сторону. Вытереть руки. Зажечь фетиль.  10.Ввести фетиль в банку, предварительно взятую в другую руку.  11.Удержать фетиль в полости банки 2-3 с, извлечь его и быстрым движением приставить банку к коже больного.  12. Повторить этапы 5-6 необходимое, по числу банок, количество раз.  13.Потушить фитиль, погрузив его в воду.  14.Накрыть поверхность банок полотенцем или пеленкой, а сверху накрыть больного одеялом.  15.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.  16.Выдержать экспозицию 15-20 мин.  17.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).  18.Салфеткой удалить с кожи пациента вазелин.  Завершение процедуры:  19.Помочь пациенту одеться.  20.Банки продезинфицировать, вымыть и уложить в ящик.  21.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  22.Уточнить у пациента его самочувствие.  23. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.  **Алгоритм постановки горчичников.**  Цель: снятие острых воспалительных процессов, расширение сосудов (сердца) и снятие болей, снижение артериального давления.  Показания: острые воспалительные процессы верхних дыхательных путей (пневмонии, плевриты, бронхиты, ларингиты и др.); миозиты, радикулиты, остеохондрозы; спазм сосудов сердца, что дает боль (на область сердца); гипертония (на икроножные мышцы и на основание шеи, как отвлекающее).  Противопоказания: туберкулёз; новообразования; кровохарканье, кровотечения; свежие ушибы, травмы грудной клетки; аллергические реакции на горчичники; высокая температура (выше 38˚); резкое снижение или отсутствие кожной чувствительности, беременность.  Оснащение: горчичники, лоток для использованного материала, непромокаемый мешок или контейнер для утилизации отходов класса Б, дезинфицирующее средство, пеленка,  часы, салфетка, емкость для воды, водный термометр, нестерильные перчатки.  Подготовка к процедуре:  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:  7.Погрузить горчичник в горячую воду, дать ей стечь.  8.Плотно приложить горчичник к коже стороной, покрытой горчицей.  9.Повторить действия, размещая нужное количество горчичников на коже.  10.Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом.  11.Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 3-5 мин.  12.Оставить горчичники на 10-15 мин, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице.  Завершение процедуры:  13. При появлении стойкой гиперемии (через 10-15 мин) снять горчичники и положить их в приготовленный лоток для использованных материалов с последующей их утилизацией.  14.Смочить салфетку в теплой воде и снять с кожи остатки горчицы.  15.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.  16.Снять перчатки. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  17.Уточнить у пациента его самочувствие.  18.Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Опорожнение мочевого дренажного мешка (мочеприемника).**  1.Тщательно вымойте руки  2.Опустите мочеприемник ниже бедра или мочевого пузыря, так как Вы будете его опорожнять  3.Держите мочеприемник над унитазом или над специальным контейнером, который дал Вам Ваш врач.  4.Откройте сливное отверстие внизу мочеприемника и опорожните его в унитаз или в контейнер  5.Не позволяйте мочеприемнику касаться ободка унитаза или горловины контейнера  6.Промойте сливное отверстие мочеприемника спиртом при помощи марлевого или ватного тампона.  7.Тщательно закройте сливное отверстие мочеприемника.  8.Не кладите мочеприемник на пол. Снова прикрепите мочеприемник к ноге  9.Обработайте руки.  о появившихся признаках воспаления в области промежности.  **Алгоритм ухода за новой канюлей при оксигенотерапии.**  Цель: обеспечение проходимости зонда, обеспечение инфекционной безопасности.  Показания: обеспечение ухода за катетером и канюлями.  Оснащение: шприц на 150 мл (шприц Жане), фонендоскоп, вакуумный отсасыватель, лоток, зонд назогастральный (носовая канюля, катетер), глицерин, физиологический раствор или специальный раствор для промывания, нестерильные перчатки, стерильные марлевые салфетки, емкость для промывания катетера, пластырь, шпатель, емкости для дезинфекции, емкости для сбора отходов класса «А», класса «Б».  Подготовка к процедуре:  1.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.  2.Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки.  Выполнение процедуры:  3.Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления.  4.Попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке.  5.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).  6.Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение – манипуляции, связанные с оксигенотерапией.  7.Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы.  8.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:  9.Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен.  10.Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком.  11.Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции.  12.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  13.Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании).  14.Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  Особенности транспортировки больных, находящихся в шоковом состоянии.  Тяжелобольных, находящихся в шоковом состоянии, направляют непосредственно в отделение, где имеется палата интенсивного наблюдения. Тех больных, которым нельзя двигаться, перекладывают с носилок на постель с большой осторожностью, соблюдая определенные правила: носилки ставят ножным концом к головному концу кровати. Если площадь палаты не позволяет, носилки ставят параллельно кровати, а медицинский персонал становится между носилками и кроватью лицом к больному. Необходимо заранее продумать, как поместить носилки относительно кровати, чтобы избежать неудобных и лишних движений.  **Транспортировка больных при отсутствии каталок.**  При отсутствии каталок больного могут транспортировать:  1) один человек — больной держится за шею санитара;  2) два человека — один держит ноги и ягодицы больного, другой поддерживает спину и голову;  3) три человека — один держит ноги, другой — поясницу и часть спины, третий — спину и голову.  Захваты для удерживания пациента при перемещении:  • захват пальцами захват рукой;  • захват запястный;  • захват двойной запястный.  **Транспортировка пациента на каталке (носилках, вдвоем).**  Цель: Безопасная транспортировка пациента в зависимости от состояния: на носилках, кресле-каталке, на руках, пешком в сопровождении медработника.  Показания: транспортировка пациента.  Противопоказания: по назначению врача.  Оснащение: каталка, носилки.  Подготовка к процедуре:  1.Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе её выполнения. Получить согласие на выполнение транспортировки.  2.Подготовить каталку к транспортировке, проверить ее исправность.  3.Обработать руки.  4.Застелить каталку.  5.Поставить каталку (кресло-каталку) удобно в данной ситуации.  Выполнение процедуры:  6.Переместить пациента на каталку (кресло-каталку) одним из известных способов.  7.Укрыть пациента.  8.Транспортировка на каталке: встать: один медработник спереди каталки спиной к пациенту, другой - сзади каталки, лицом к пациенту. На кресло-каталке транспортировать пациента так, чтобы его руки не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки.  9.Транспортировать пациента в отделение с историей болезни.  10.Поставить каталку (кресло-каталку) к кровати, в зависимости от площади палаты.  11.Убрать одеяло с кровати.  12.Переложить пациента на кровать, одним из известных способов.  13.Убедиться, что пациенту комфортно.  Завершение процедуры:  14.Надеть перчатки. Продезинфицировать каталку (кресло-каталку) в соответствии с инструкцией к дезинфицирующему средству.  15.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  **Перемещение пациента на носилках.**  1. Вниз по лестнице пациента несут ногами вперед, причем передний конец носилок приподнят, а задний опущен, для того чтобы достигнуть горизонтального положения носилок.  2. Вверх по лестнице пациента несут головой вперед и также в горизонтальном положении.  3. При транспортировке пациента на носилках надо идти не в ногу, короткими шагами слегка сгибая ногу в коленях и удерживая носилки в горизонтальном положении.  4. При любом способе транспортировки сопровождающий пациента обязан передать пациента и его историю болезни палатной медицинской сестре.  **Поддержание пациента при ходьбе.**  Использование: помощь человеку при ходьбе после травмы, инсульта и т. п.  1.Объяснить пациенту принцип удерживания, убедиться, что он понимает его.  2.Оценить состояние и возможности пациента:  • что он сможет сделать самостоятельно;  • в чем ему нужна поддержка;  • нужны ли ему вспомогательные средства (трость, костыли, ходунки).  3.Оценить окружающую обстановку: влажность пола, тапочки, посторонние предметы на полу, аппаратура, стоящая на пути движения пациента.  4.Встать рядом с пациентом.  5.Применить «захват большими пальцами ладоней»: держать правую руку пациента в своей правой (или левую в левой) руке. Рука пациента прямая, опирается ладонью на ладонь сестры при сомкнутых в замок больших пальцах.  6.Поддерживать другой рукой пациента под локоть или под мышкой, или обхватить пациента за талию.  7.Встать к пациенту как можно ближе, поддерживая его колени правой ногой (если сестра стоит справа), если пациент чувствует себя неуверенно.  8.Передвигаться рядом с пациентом до тех пор, пока он чувствует себя неуверенно.  **Перемещение пациента из положения «сидя на кровати с опущенными ногами» на стул или функциональное кресло-каталку, имеющее съемную (подвижную) подставку для ног.**  1.Перед тем, как начать перемещение (если пациент в состоянии оценить полученную информацию) необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.  2.Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  3.Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.  4.Опустить боковые поручни кровати, если они есть, закрепить тормоза кровати.  5.Затем поставить стул (кресло-каталку) рядом с кроватью. По возможности, опустить кровать до уровня стула.  6.У кресла-каталки отодвинуть подставку для ног.  7.При перемещении пациента можно использовать один из способов удерживания пациента (подмышечный захват, при поднятом локте, за пояс, через руку). Для этого необходимо встать с той стороны, где находится кресло-каталка (стул).  8.Предупредить пациента, что на счет «три» вы поможете ему встать.  9.Считая, слегка раскачиваться. В данном случае мы будем использовать способ удерживания пациента «при поднятом локте».  10.Поставить пациента на счет «три» на ноги, поворачиваться с ним до тех пор, пока он не окажется спиной к креслу-каталке (стулу).  11.Попросить пациента сказать вам, когда он коснется края кресла-каталки (стула). Опустить его в кресло-каталку (на стул): сгибая свои колени и придерживая ими колени пациента, при этом вам надо держать спину прямо.  12.Пациент поможет вам, если положит руки на ручку кресла-каталки (на край стула) и опустится в него.  13.Ноги пациента расположите на подставке.  14.После того, как процесс перемещения завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.  15.При необходимости транспортировать пациента, предварительно сняв тормоз.  16.По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  **Перемещение пациента с кровати с изменяющейся высотой на кресло-каталку (стул) используя метод «Поднятие плечом» (австралийское поднятие).**  1.Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.  2.Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  3.Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.  4.Опустить боковые поручни кровати, если они есть, закрепить тормоза кровати. Помочь пациенту сесть на кровати с опущенными на пол ногами.  5.Затем поставить стул (кресло-каталку) ближе к кровати, закрепить тормоз кресла-каталки и отодвинуть подставку для ног.  6.Встать по разные стороны от пациента. Подставить плечо, находящееся ближе к пациенту, в подмышечную впадину и туловищу пациента.  7.Кисть этой руки подвести под бедра пациента.  8.Пациент кладет свои руки на спину медработникам. Свободной рукой, согнутой в локте, опереться о кровать.  9.Другой рукой, расположенной под бедрами пациента, взять помощника за запястье («двойной запястный захват»).  10.Предупредить коллегу (если вы лидер) и пациента, что на счет «три» вы его приподнимете. На счет «три» оба медработника, выпрямляя колени и локти, поднимают пациента над постелью, свободной рукой поддерживая спину пациента, и осуществляют перемещение пациента на кресло-каталку (стул).  11.Каждый из медработников кладет поддерживающую руку на подлокотник или сиденье кресла-каталки (стула) и опускает пациента на кресло-каталку (стул), сгибая колени и локоть.  12.Необходимо обязательно убедиться в том, что вы опускаете пациента на стул одновременно. Ноги пациента поставить на подставки для ног.  13.После того, как процесс перемещения завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.  14.При необходимости транспортировать пациента, предварительно сняв тормоз.  15.По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  **Перемещение пациента с кровати на стул без подлокотников или спинки.**  1.Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.  2.Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  3.Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.  4.Опустить боковые поручни кровати, если они есть, закрепить тормоза кровати,  5.Установить высоту кровати на высоту стула.  6.Помочь пациенту сесть на кровати, при этом ноги пациента остаются на кровати.  7.Затем поставить стул рядом с кроватью.  8.Сзади пациента на кровать положить ортопедический валик.  9.Одному из медицинских работников встать сзади пациента — одно колено поставить на валик и осуществив «захват через руку» передвинуть пациента к краю кровати.  10.Затем поддерживать его, встав на пол обеими ногами.  11.Второму медицинскому работнику поставить стул удобно и близко к кровати, так, чтобы пациент не упирался локтем в кровать, когда будет сидеть на стуле.  12.Затем присесть на корточки напротив пациента, одну ногу выставить вперед, подвести руки под колени пациента и на счет «три» волоком переместить его ноги к краю кровати, в то время как первому медработнику надо поднять туловище пациента и, сгибая свои колени, опустить пациента на стул.  13.Разместить пациента на стуле.  14.После того, как процесс перемещения завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.  15.По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.               |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнение документации при приеме пациента. | 1 | | Постановка банок. | 2 | | Постановка горчичников. | 2 | | Опорожнение мочевого дренажного мешка. | 1 | | Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии. | 1 | | Транспортировка и перекладывание больного. | 1 |   **План 9 рабочего дня**  1.Катетеризация мочевого пузыря.  2.Постановка очистительной клизмы.  3.Измерение температуры тела  4.Подача судна и мочеприемника (мужчине и женщине).  5.Заполнение температурного листа при регистрации показателей: масса тела, рост; частота пульса, АД, ЧДД, температуры тела.  6.Введение мази в носовые ходы  **Алгоритм катетеризации мочевого пузыря у мужчин.**  Цель: своевременное выведение из мочевого пузыря мочи с последующим восстановлением нормального естественного мочеиспускания.  Показания: острая задержка мочи; промывание мочевого пузыря и введение в него лекарственных средств; послеоперационный период на органах мочевой и половой системы, забор мочи на исследование по показаниям.  Противопоказания: травма мочевого пузыря.  Оснащение: стерильные: уретральный катетер, пинцеты анатомические -2 шт., лоток; лоток для использованного материала; средства индивидуальной защиты: маска, стерильные перчатки; раствор антисептика на водной основе; стерильное вазелиновое масло; емкость для сбора мочи; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, адсорбирующая пеленка, ширма.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен). Обеспечить изоляцию пациента.  2.Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, стерильные перчатки.  3.Попросить пациента лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помочь пациенту.  4.Подложить под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку.  5.Подготовить оснащение: стерильный лоток, лоток для использованного материала, 2 стерильных пинцета, стерильные: марлевая салфетка, тампоны, стерильное вазелиновое масло, раствор водного антисептика.  6.Поставить между ног пациента емкость для сбора мочи. Взять стерильную салфетку, обернуть ею половой член ниже головки, отодвинуть крайнюю плоть.  7.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.  8.Влить несколько капель стерильного вазелинового масла в открытое наружное отверстие мочеиспускательного канала.  Выполнение процедуры:  9.Взять стерильным пинцетом, зажатый в правой руке, катетер на расстоянии 5-7 см от клюва (клюв опущен вниз).  10.Обвести конец катетера над кистью и зажать между 4 и 5 пальцами (катетер над кистью в виде дуги). Облить конец катетера стерильным вазелиновым маслом на длину 20 см над лотком.  11.Вводить катетер пинцетом, первые 4-5 см, фиксируя 1-2 пальцами левой руки головку полового члена.  12.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.  13.Оставшийся конец катетера опустить над емкостью для сбора мочи.  Завершение процедуры:  14.Извлечь катетер пинцетом, после прекращения мочевыделения струей, одновременно надавить на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой, для омывания уретры каплями мочи. Катетер поместить в емкость для сбора отходов класса «Б».  15.Салфетки поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Лотки и пинцеты погрузить в емкости для дезинфекции. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  16.Слить мочу из судна в канализацию, судно погрузить в емкость для дезинфекции.  17.Снять перчатки, маску, поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  18.Сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм катетеризации мочевого пузыря у женщин.**  Цель: своевременное выведение из мочевого пузыря мочи с последующим восстановлением нормального естественного мочеиспускания.  Показания: острая задержка мочи; промывание мочевого пузыря и введение в него лекарственных средств; послеоперационный период на органах мочевой и половой системы, забор мочи на исследование по показаниям.  Противопоказания: травма мочевого пузыря.  Оснащение: стерильные: уретральный катетер, пинцеты анатомические - 2 шт., корнцанг, лоток; лоток для использованного материала; средства индивидуальной защиты: маска, стерильные перчатки – 2 пары; раствор антисептика на водной основе; стерильное вазелиновое масло; емкость для сбора мочи; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, адсорбирующая пеленка, ширма.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен).  2.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. Подложить под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку, поставить судно.  5.Подготовил оснащение к подмыванию пациентки.  6.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.7.Салфетки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Корнцанг в емкость для дезинфекции.  8.Снять перчатки. Поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». 9.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть стерильные перчатки.  Подготовить оснащение для катетеризации: стерильный лоток, 2 стерильных пинцета, стерильные марлевые салфетки, стерильное вазелиновое масло, раствор водного антисептика.  Выполнение процедуры:  10.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.  11.Сменить марлевую салфетку. Приложить марлевую салфетку, смоченную в растворе антисептика на водной основе к отверстию мочеиспускательного канала. Сбросить салфетку и корнцанг в лоток для использованного материала.  12.Сменить пинцет. Взять пинцетом клюв мягкого катетера на расстоянии 4-6 см от его конца. Обвести наружный конец катетера над кистью и зажаит между 4 и 5 пальцами правой руки. Облить конец катетера стерильным вазелиновым маслом над лотком.  13.Развести левой рукой половые губы, а правой ввести катетер пинцетом на 4-6 см, до появления мочи. Оставшийся конец катетера опустил в емкость для сбора мочи. Пинцет положить в лоток для использованного материала.  14.После прекращения мочевыделения струей, извлечь катетер, одновременно надавливая на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой.  Завершение процедуры:  15.Катетер поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Лотки, и пинцеты погрузить в емкости для дезинфекции. Одноразовую пеленку поместить в емкость для сбора отходов класса «Б».  16.Снять перчатки, маску, поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  17.Сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм постановки очистительной клизмы.**  Цель: добиться отхождения каловых масс и газов.  Показания: подготовка пациента к рентгенологическому исследованию органов пищеварения, мочевыделения и органов малого таза, подготовка пациента к эндоскопическому исследованию толстой кишки, при запорах, перед постановкой лекарственной и питательной клизмы, подготовка к операции, родам.  Противопоказания: кровотечения из пищеварительного тракта, острые воспалительные и язвенные процессы в области толстой кишки и заднего процесса, злокачественные новообразования прямой кишки, первые дни после операции на органах пищеварительного тракта, трещины в области заднего прохода, выпадение прямой кишки.  Оснащение: средства индивидуальной защиты: перчатки; стерильный лоток, одноразовый клизменный наконечник; кружка Эсмарха; штатив; емкость с водой, (1,5-2 л); водный термометр; вазелиновое масло; шпатель; клеенчатый фартук; адсорбирующая пеленка; туалетная бумага; таз; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Пригласить пройти в клизменную. Также процедура может проводиться в палате, при невозможности транспортировать пациента, в этом случае перед процедурой пациента отгораживают ширмой.  2.Провести гигиеническую обработку рук, надеть фартук, перчатки.  3.Закрыть вентиль и налить в кружку Эсмарха 1,5 л. воды, предварительно измерив ее температуру при помощи водного термометра. Подвешать кружку на штатив, на уровне одного метра от пола.  4.Положить адсорбирующую пеленку на кушетку так, чтобы она свисала в таз, попросить пациента лечь на левый бок, согнуть правую ногу в колене и прижать к животу, оголить ягодицы. При необходимости помочь пациенту. Если пациент не может лежать на животе, процедура выполняется в положении лежа на спине.  5.Вскрыть упаковку с одноразовым клизменным наконечником, и присоединяет его к системе, не нарушая стерильности.  6.Открыть вентиль и слить немного воды через наконечник, вытесняя воздух, закрыть вентиль.  7.Облить наконечник вазелиновым маслом, не касаясь стерильной поверхности наконечника руками, или обработать наконечник вазелином при помощи шпателя.  Выполнение процедуры:  8.Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести наконечник в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см.  9.Открыть вентиль на системе.  10.Ввести необходимое количество жидкости. Когда вода опустится до устья кружки Эсмарха, закрыть вентиль.  11.Осторожно извлечь наконечник из прямой кишки.  12.Попросить пациента в течение 10 минут полежать на спине и удерживать воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно.  Завершение процедуры:  13.Отсоединить клизменный наконечник от системы, при этом можно использовать туалетную бумагу, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  14.Обработать кружку Эсмарха по инструкции дезинфицирующего средства, обработать кушетку. Снять фартук и также провести его дезинфекцию, снять перчатки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  15.Провести гигиеническую обработку рук.  16.После дефекации пациента, убедиться, что процедура проведена успешно. Сделать запись в медицинской карте о проведении процедуры.  **Алгоритм постановки очистительной клизмы, используя одноразовую кружку Эсмарха.**  Цель: добиться отхождения каловых масс и газов.  Показания: подготовка пациента к рентгенологическому исследованию органов пищеварения, мочевыделения и органов малого таза, подготовка пациента к эндоскопическому исследованию толстой кишки, при запорах, перед постановкой лекарственной и питательной клизмы, подготовка к операции, родам.  Противопоказания: кровотечения из пищеварительного тракта, острые воспалительные и язвенные процессы в области толстой кишки и заднего процесса, злокачественные новообразования прямой кишки, первые дни после операции на органах пищеварительного тракта, трещины в области заднего прохода, выпадение прямой кишки.  Оснащение: средства индивидуальной защиты: перчатки; одноразовая кружка Эсмарха; штатив; емкость с водой, (1,5-2 л); водный термометр; клеенчатый фартук; адсорбирующая пеленка; таз; вазелиновое масло, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Пригласить пройти в клизменную. Также процедура может проводиться в палате, при невозможности транспортировать пациента, в этом случае перед процедурой пациента отгораживают ширмой.  2.Провести гигиеническую обработку рук, надеть клеенчатый фартук, перчатки.  3.Приготовить оснащение: извлечь кружку Эсмарха из упаковки, упаковку сбросить в отходы класса «А».  При помощи запорного устройства перекрыть удлинительную трубку, заполнить мешок-емкость 1,5 л. воды, предварительно измерив ее температуру при помощи водного термометра. Подвешать кружку на штативе, на уровне одного метра от пола. Горловину мешка плотно закрыть крышкой.  4.Открыть запорное устройство и удалить воздух из системы, закрыть запорное устройство, закрепить трубку на штативе.  5.Положить адсорбирующую пеленку на кушетку так, чтобы она свисала в таз, попросить пациента лечь на левый бок, согнуть правую ногу в колене и прижать к животу, оголить ягодицы. При необходимости помочь пациенту. Если пациент не может лежать на животе, процедура выполняется в положении лежа на спине.  6.Снять колпачок с дистального конца трубки, сбросить в отходы класса «А». Облить дистальный конец трубки вазелиновым маслом.  Выполнение процедуры:  7.Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести дистальный конец трубки в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см.  8.Открыть запорное устройство на системе.  9.Ввести необходимое количество жидкости, оставив на дне мешка немного воды, чтобы в кишечник не попал воздух, закрыть кран, регулирующий поступление воды.  10.Извлечь дистальный конец трубки из прямой кишки через салфетку или туалетную бумагу.  11.Попросить пациента в течение 10 минут полежать на спине и удерживать воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно.  Завершение процедуры:  12.Систему сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Адсорбирующую пеленку и туалетную бумагу сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработать кушетку.  13.Снять фартук, провести его дезинфекцию, снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  14.Провести гигиеническую обработку рук.  15.После дефекации пациента, убедиться, что процедура проведена успешно. Сделать запись в медицинской карте о проведении процедуры.  **Алгоритм измерения температуры тела.**  Цель: определение температуры тела.  Показания: контроль за функциональным состоянием пациента.  Оснащение: медицинский термометр, часы, антисептик, температурный лист, емкость для дезинфекции медицинских термометров, полотенце или салфетка.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента до проведения измерения. Получить согласие.  2.Провести гигиеническую обработку рук.  3.Попросить пациента принять удобное положение.  4.Предложить пациенту осушить подмышечную область салфеткой, салфетку сбросить в отходы класса «Б».  5.Проверить, чтобы уровень ртутного столбика находился ниже отметки 35 °С.  Выполнение процедуры:  6.Поместить медицинский термометр в середину подмышечной впадины ртутным резервуаром на 7-10 минут. Пациент должен прижать руку к груди.  7.Извлечь термометр из подмышечной впадины, отметить значение температуры тела, сообщить пациенту.  Завершение процедуры:  8.Стряхнуть термометр, до значения ртутного столбика ниже отметки 35 °С.  9.Поместить термометр в емкость для дезинфекции.  10.Провести гигиеническую обработку рук.  11.Зарегистрировать значение температуры в температурном листе у.ф. № 004/у.  **Алгоритм подачи судна пациенту.**  Цель: оказать помощь в осуществлении акта дефекации и при мочеиспускании.  Показания: опорожнение кишечника.  Оснащение: адсорбирующая пеленка, судно, ширма, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, средства индивидуальной защиты.  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 перчатки.  3.Отгородить пациента ширмой.  4.Ополоснуть судно теплой водой, оставив в нем немного воды.  5.Открыть нижнюю часть тела.  Выполнение процедуры:  6.Попросить пациента согнуть ноги, и приподнять таз, или повернуть пациента на бок (помочь пациенту).  7.Под таз пациента положить непромокаемую одноразовую пеленку и подвести судно так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна.  8.Прикрыть пациента одеялом и оставить на некоторое время одного.  9.По окончании дефекации попросить пациента приподнять таз, или повернуться на бок (помочь пациенту), правой рукой извлечь судно.  Завершение процедуры:  10.Осмотреть содержимое судна, вылить в унитаз, судно обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима. При наличии патологических примесей (слизи, крови и так далее), оставить содержимое судна до осмотра врачом.  11.Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б». Обработать руки, надеть другую пару перчаток.  12.Подвести под пациента чистое судно.  13.Подготовить оборудование для подмывания и подмыть пациента.  14.Убрать ширму.  15.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  16.Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм введение мази в носовые ходы (в нос).**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, стерильные ватные турунды, стеклянная палочка, имитация лекарственного средства.  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:  4.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).  5.Ввести ватную турунду вращательными движениями в нижний носовой ход (с одной стороны) на 10-15 минут.  6.Извлечь турунду и положить её в ёмкость для использованного материала.  7.Повторить предыдущие действия при введении мази в другой носовой ход.  8.Марлевым шариком, при необходимости, удалить остатки мази с кожи после процедуры.  9.Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.  Завершение процедуры:  10.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  11.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  12.Сделать запись о выполненной процедуре.     |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Катетеризация мочевого пузыря. | 1 | | Постановка очистительной клизмы. | 1 | | Измерение температуры тела | 2 | | Подача судна и мочеприемника (мужчине и женщине). | 2 | | Заполнение температурного листа при регистрации показателей: масса тела, рост; частота пульса, АД, ЧДД, температуры тела. | 2 | | Введение мази в носовые ходы | 1 |   **План 10 рабочего дня**  1.Оказать помощь пациенту при рвоте.  2.Введение лекарственного средства в прямую кишку.  3.Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза.  4.Антропометрия.  5.Смена нательного и постельного белья.  6.Измерение артериального давления.  **Алгоритм оказание помощи пациенту в сознании при рвоте.**  Цель: оказание помощи пациенту при рвоте.  Показания: рвота у пациента.  Противопоказания: нет  Оснащение: средства индивидуальной защиты: маска , перчатки, емкость для сбора рвотных масс, полотенце, фартук клеенчатый – 2 шт., стакан с кипяченой водой, стерильная емкость с крышкой, емкости для дезинфекции.  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:  6.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.  7.Помочь пациенту лечь, сняв с него фартук.  Завершение процедуры:  8.Проветрить палату. Убрать емкость с рвотными массами из палаты, предварительно показав их врачу. Затем слить в канализацию, обработать емкости.  9.Полотенце убрать в мешок для грязного белья. Снять фартук, обработать фартуки двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства.  10.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  11.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм оказание помощи пациенту в бессознательном положении при рвоте.**  Цель: оказание помощи пациенту при рвоте в бессознательном состоянии.  Показания: рвота у пациента.  Противопоказания: нет  Оснащение: средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, емкость для сбора рвотных масс, полотенце, фартук клеенчатый – 2 шт., стакан с кипяченой водой, грушевидный баллон, стерильная емкость с крышкой, емкости для дезинфекции.  Подготовка к процедуре:  1.Провести гигиеническую обработку рук.  2.Надеть маску, перчатки. Надеть фартук.  Выполнение процедуры:  3.Повернуть пациента в постели на бок и зафиксировать его в этом положении с помощью подушек, либо повернуть на бок голову.  4.Накрыть шею и грудь пациента полотенцем.  5.Поставить емкость для сбора рвотных масс на пол (или почкообразный лоток ко рту пациента).  6.Придерживать пациента, стоя сбоку: одну руку положить на лоб, вторую – на плечо пациента, чтобы пациент не упал.  Завершение процедуры:  7.Обработать ротовую полость пациента, предварительно отсосав рвотные массы грушевидным баллоном. Убрать емкость с рвотными массами из палаты, предварительно показав их врачу, затем слить в канализацию, обработать емкости (попросить помощника).. Умыть и обтереть пациента полотенцем.  8.Уложить удобно и укрыть пациента.  9.Проветрить палату.  10.Полотенце убрать в мешок для грязного белья. Снять фартук, обработать двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства.  11.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  12.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм введение суппозиториев в прямую кишку.**  Цель: оказать местное или резорбтивное медикаментозное воздействие через слизистую оболочку прямой кишки.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом; спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки, маска; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, суппозитории из холодильника.  Подготовка к процедуре:  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:  6.Вскрыть оболочку, в которую упакован суппозиторий, но не извлекать его.  7.Попросить пациента расслабиться.  8.Развести ягодицы одной рукой, а другой ввести выдавленный из упаковки суппозиторий в анальное отверстие (оболочка от упаковки останется у Вас в руках).  9.Предложить пациенту лечь в удобное для него положение (помочь при необходимости).  Завершение процедуры:  10.Оболочку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  11.Снять маску, перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  12.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза.**  Цель: Осуществление противопедикулезной обработки волосистой части головы пациента.  Показания: педикулез.  Оснащение: спецодежда, комплект средств индивидуальной защиты, инсектицидное средство, гребень, клеенчатая пелерина, шампунь (кондиционер), полотенце, клеенчатый мешок, бумага, емкости и ветошь для обработки помещения, емкости для обработки ветоши, металлическая емкость для сжигания отходов в вытяжном шкафу.  Подготовка к процедуре:  1.Сообщить пациенту о наличии педикулеза и получить согласие на обработку.  2.Провести гигиеническую обработку рук.  3.Надеть маску, дополнительный халат, фартук, косынку, тапочки, перчатки.  4.Усадить пациента на кушетку, укрытую одноразовой пеленкой.  5.Укрыть плечи пациента клеенчатой пелериной.  Выполнение процедуры:  1.Обработать волосы одним из дезинсектицидных растворов согласно инструкции к дезинсектицидному средству, следить, чтобы средство не попало в глаза пациента, для этого можно дать пациенту полотенце скрученное валиком, а волосы были равномерно обработаны средством.  2.Выдержать экспозицию по инструкции препарата  3.Промыть волосы теплой водой, затем с моющим средством (обработать кондиционером для облегчения расчесывания), осушить полотенцем.  4.Перед пациентом на полу разложить листы бумаги (белой).  5.Вычесать волосы частым гребнем, наклонив голову над белой бумагой, последовательно разделяя волосы на пряди и вычесывая каждую прядь (короткие волосы расчесывать от корней к кончикам, длинные от кончиков к корням)  6.Осмотреть волосы пациента повторно. Убедиться, что вшей нет  Завершение процедуры:  1.Бумагу с пола аккуратно собрать в металлическую емкость и сжечь в вытяжном шкафу.  2.Белье и одежду пациента, спецодежду медсестры убрать в клеенчатый мешок и отправить в дезинфекционную камеру.  3.Гребень, клеенчатую пелерину обработать инсектицидным средством, промыть проточной водой, просушить  4.Обработать помещение.  5.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  6.Провести гигиеническую обработку рук.  7.Сделать отметку на титульном листе медицинской карты стационарного больного о выявленном педикулезе («Р») или в амбулаторной карте и в журнале осмотра на педикулез  8.Отправить экстренное извещение об инфекционном заболевании в ЦГСЭН(ф. № 058/у), зарегистрировать факт выявления педикулеза по месту жительства пациента  9.Повторить осмотр волосистой части головы пациента через семь дней. При необходимости — провести санитарную обработку.  **Алгоритм определения массы тела.**  Цель: измерение массы тела.  Оснащение: весы электронные напольные; одноразовая салфетка на площадку весов; емкости для дезинфекции поверхностей , емкости для сбора отходов класса «А» и класса «Б»; чистые салфетки для обработки поверхностей; средства индивидуальной защиты: перчатки, антисептик, ручка, бумага, температурный лист.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента до проведения измерения (Взвешивание взрослых пациентов проводится натощак утром, в одни и те же часы, после предварительного опорожнения мочевого пузыря и кишечника в нательном белье). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.  2.Провести гигиеническую обработку рук.  3.Включить весы, уравновесить (весы должны находиться на ровной поверхности). На платформу весов положить одноразовую салфетку.  Выполнение процедуры:  4.Предложить пациенту осторожно встать в центре площадки на салфетку (без тапочек).  5.Произвести взвешивание (зафиксировать результат).  6.Предложить пациенту осторожно сойти с весов.  7.Сообщить результат пациенту.  8.Записать данные взвешивания в температурный лист у.ф. № 004/у.  9.Оценить результат (в норме масса тела по формуле Брокка равна, примерно, рост минус 100).  Завершение процедуры:  10.Надеть перчатки, одноразовую салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б».  11.Поверхность весов обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность.  12.Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б».  13.Провести гигиеническую обработку рук.  **Алгоритм измерения роста пациента, в положении стоя.**  Цель: измерение роста.  Оснащение: ростомер, одноразовая салфетка на площадку ростомера; емкости для дезинфекции поверхностей, емкости для сбора отходов класса «А» и класса «Б»; чистые салфетки для обработки поверхностей; средства индивидуальной защиты: перчатки, антисептик ручка, бумага, температурный лист.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента до проведения измерения. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.  2.Провести гигиеническую обработку рук.  3.Предложить пациенту снять верхнюю одежду и обувь.  4.На основание ростомера положить одноразовую салфетку.  Выполнение процедуры:  5.Встать сбоку ростомера и поднять горизонтальную планку выше предполагаемого роста пациента.  6.Предложить пациенту встать на основу ростомера так, чтобы пятки, ягодицы, лопатки и затылок касались вертикальной планки, а голова была в таком положении, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии.  7.Планшетку ростомера опустить на темя пациента и определить рост на шкале.  8.Сообщить пациенту его рост.  9.Предложить пациенту сойти с основы ростомера, придерживая в это время планку, чтобы не травмировать пациента.  10.Записать данные измерения в температурный лист у.ф. № 004/у.  Завершение процедуры:  11.Надеть перчатки, салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б».  12.Поверхность ростомера обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность.  13.Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б».  14.Провести гигиеническую обработку рук.  **Алгоритм измерения роста пациента, в положении сидя.**  Цель: измерение роста.  Оснащение: ростомер, одноразовая салфетка на площадку ростомера; емкости для дезинфекции поверхностей, емкости для сбора отходов класса «А» и класса «Б»; чистые салфетки для обработки поверхностей; средства индивидуальной защиты: перчатки, антисептик, ручка, бумага, температурный лист.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента до проведения измерения. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.  2.Провести гигиеническую обработку рук.  3.Предложить пациенту снять верхнюю одежду и обувь.  4.На основание ростомера положить одноразовую салфетку.  Выполнение процедуры:  5.Установить скамью ростомера и поднять планшетку выше предполагаемой высоты.  6.Помочь пациенту сесть на скамейку ростомера так, чтобы ягодицы, лопатки и затылок касались планки ростомера а голова была в таком положении, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии.  7.Планшетку ростомера опустить на темя пациента.  8.К показателю на планке добавить расстояние от пола до скамейки ростомера.  9.Сообщить пациенту его рост.  10.Предложить пациенту встать со скамьи ростомера, при необходимости помочь ему.  11.Записать данные измерения в температурный лист у.ф. № 004/у.  Завершение процедуры:  12.Надеть перчатки, одноразовую салфетку утилизировать в отходы класса «Б».  13.Поверхность ростомера обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность.  14.Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б».  15.Провести гигиеническую обработку рук.  **Алгоритм измерения артериального давления.**  Цель: определение показателей артериального давления и оценка результатов исследования.  Показания: по назначению врача для оценки функционального состояния организма, для самоконтроля АД.  Оснащение: тонометр, фонендоскоп, ручка, бумага, спиртовой антисептик, ватные шарики или салфетки, температурный лист - у.ф. № 004/у для регистрации данных, емкости для дезинфекции поверхностей, емкости для сбора отходов класса «А» и класса «Б»; чистые салфетки для обработки поверхностей; средства индивидуальной защиты: перчатки.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента за 15 минут до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.  2.Убедиться, что мембрана фонендоскопа и трубки целы, стрелка манометра на нуле, вентиль на груше завинчен.  3.Выбрать правильный размер манжеты.  4.Провести гигиеническую обработку рук.  5.Попросить пациента принять удобное положение (лечь или сесть).  Выполнение процедуры:  6.Уложить руку пациента в разогнутом положении (под локоть можно положить сжатый кулак кисти свободной руки или валик). Освободить руку от одежды.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Оказать помощь пациенту при рвоте. | 2 | | Введение лекарственного средства в прямую кишку. | 3 | | Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза. | 1 | | Антропометрия. | 1 | | Смена нательного и постельного белья. | 1 | | Измерение артериального давления | 2 |   **План 11 рабочего дня**  1.Постановка сифонной клизмы.  2.Постановка гипертонической клизмы.  3.Постановка лекарственной клизмы.  4.Постановка согревающего компресса.  5.Постановка холодного компресса.  6.Поставка пиявки на тело пациента.  **Алгоритм постановки сифонной клизмы.**  Цель: добиться отхождения каловых масс, газов из высоких отделов кишечника.  Показания: отсутствие эффекта от очистительной клизмы, послабляющих клизм и приема слабительных; необходимость выведения из кишечника ядовитых веществ, попавших в него через рот или выделившихся в кишечник через его слизистую оболочку; подозрение на кишечную непроходимость.  Противопоказания: кровотечение из желудочно-кишечного тракта; острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке; боли в животе неясной этиологии; злокачественные опухоли прямой кишки; массивные отеки.  Оснащение: средства индивидуальной защиты: перчатки, маска, стерильная система для сифонной клизмы: одноразовый толстый зонд, стеклянная воронка емкостью 0,5-1 л ; вазелиновое масло; емкость в водой комнатной температуры 10-12 л; ковш емкостью 1 л; емкость для промывных вод; непромокаемый фартук; адсорбирующая пеленка, туалетная бумага, стерильная емкость для взятия промывных вод на исследование, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен).  2.Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, клеенчатый фартук, перчатки.  3.Поставить таз около кушетки. Положить на кушетку адсорбирующую пеленку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод. 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.  4.Вскрыть упаковку с толстым зондом, и воронкой, внутренняя поверхность упаковки служит стерильной поверхностью, на которой лежит зонд и воронка.  Выполнение процедуры:  5.Взять в руку зонд, смазать облить слепой конец зонда вазелиновым маслом на протяжении 30-40 см.  6.Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см.  7.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.  8.Медленно поднимать воронку выше ягодиц так, чтобы вода ушла в кишечник лишь до устья воронки.  9.Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнит воронку полностью. Слить воду из воронки в приготовленную емкость (при необходимости в лабораторную посуду для исследования).  10.Промывание повторять до чистых промывных вод, но с использованием не более 10-12 л воды.  Итог дня: Выполненные манипуляции Количество  Частичная санитарная обработка пациента 1  Полная санитарная обработка пациента 1  Применение грелки, пузыря со льдом 2  Постановка сифонной клизмы 1  Постановка гипертонической клизмы 1  Постановка лекарственной клизмы 1  Завершение процедуры:  11.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.  После медленно извлечь зонд из кишечника через салфетку или туалетную бумагу и также поместить в емкость для дезинфекции.  12.Помочь пациенту провести туалет анального отверстия. У женщин обязательно кзади для профилактики инфицирования. Сбросить бумагу в емкость для сбора отходов класса «Б».  13.Промывные воды слить в канализацию. Все использованные емкости подвергнуть дезинфекции по инструкции дезинфицирующего средства. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Затем провести дезинфекцию поверхностей: кушетка, пол.  Снять фартук, провести его дезинфекцию.  14.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  15.Уточнить у пациента его самочувстие, по возможности. Произвести запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм постановки гипертонической клизмы.**  Цель: вызвать хорошее послабляющее действие без резкой перистальтики кишечника.  Показания: при неэффективности очистительной клизмы, при массивных отеках.  Противопоказания: кровотечение из желудочно-кишечного тракта, острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке, боли в животе неясной природы.  Оснащение: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, 10 % раствор натрия хлорида – 100 мл или 20-30 % раствор магния сульфата – 50 мл, лоток, пинцет, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие. Пригласить пройти в клизменную.  2.Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска 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. Подогреть раствор на «водяной бане» до 38 °С, проверить его температуру водным термометром.  3.Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть маску, перчатки. В грушевидный баллон набрать гипертонический раствор.  4.Положить адсорбирующую пеленку на кушетку, попросить пациента лечь на левый бок, правую ногу прижать к животу, оголить ягодицы.  Выполнение процедуры:  5.Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами.  6.Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  7.Раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.,  8.Выпустить остатки воздуха из баллона. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести набранный раствор.  9.Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  Завершение процедуры:  10.Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  11.Марлевой салфеткой или туалетной бумагой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади, сбросить салфетку в емкость для сбора отходов класса «Б».  12.Напомнить пациенту, что эффект наступит через 20-30 минут.  13.По окончании процедуры использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  14.Емкость из-под масла утилизировать в отходы класса «А».  15.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», провести гигиеническую обработку рук.  16.После дефекации пациента, убедиться, что у пациента был стул.  **Алгоритм постановки лекарственной клизмы.**  Цель: обеспечение лечебного эффекта местного или общего действия.  Показания: местное воздействие на слизистую оболочку нижнего отдела толстой кишки (облепиховое масло, настой ромашки); общее воздействие на организм при всасывании лекарственного препарата через слизистую толстой кишки (препараты сердечных гликозидов, хлоралгидрат).  Противопоказания: острые воспалительные процессы в области ануса.  Оснащение: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, 50-100 мл настойки ромашки, масла облепихи, хлоралгидрат при температуре 37°С по назначению врача, лоток, пинцет, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, ширма.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие.  Предупредить пациента о том, что после проведения манипуляции нельзя вставать с кровати. Выяснить аллергоанамнез.  2.Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, вазелиновое масло, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр, лекарственное средство по назначению врача.  Подогреть лекарственное средство на «водяной бане» до 38 °С, проверить температуру раствора термометром.  3.Прийти в палату к пациенту, провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. Убедиться, что лекарственное средство соответствует назначению врача, набрать в грушевидный баллон или шприц Жанэ.  4.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.  5.Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой.  Выполнение процедуры:  6.Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами.  7.Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  8.Затем раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.,  9.Выпустить остатки воздуха из баллона. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести лекарственное средство.  10.Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  Завершение процедуры:  11.Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  12.Марлевой салфеткой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади. Салфетку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  13.Помочь пациенту занять удобное положение в постели. Адсорбирующую пеленку оставить под пациентом.  14.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  15.Емкость из-под лекарственного средства сбросить в отходы класса «А».  16.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 17.Провести гигиеническую обработку рук. Сделать запись о проведенной процедуре.  18.Убедиться в эффективности действия после введения лекарственного средства.  **Алгоритм постановки согревающего компресса.**  Цель: снятие болей, ускорение рассасывания старых воспалительных процессов  Показания: местные воспалительные процессы кожи и подкожно-жировой клетчатки, воспалительные процессы суставов, воспаление среднего уха, а также старые ушибы (через сутки после травмы).  Противопоказания: отеки, гнойные процессы, свежие ушибы, кровоподтеки, повреждения кожи, кожные заболевания, острые воспалительные процессы, высокая лихорадка, аллергические реакции.  Оснащение: спирт этиловый 45˚ (или емкость с теплой водой 40˚-45˚); бинт; салфетка, сложенная в 8 слоёв; компрессная клеёнка на 2см больше салфетки; ватная подушечка, так же со всех сторон больше клеёнки на 2см, емкость для сбора отходов класса «Б».  Подготовка к процедуре:  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.Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Осмотреть кожные покровы.  3.Подготовить салфетку нужного размера 6-8 слоев. Вырезать кусок компрессной клеёнки – на 2см больше салфетки со всех сторон. Приготовить ватную подушечку – на 2см больше компрессной клеёнки, сложить слои – вата, затем компрессная клеёнка, марлевая салфетка.  4.Развести спирт и смочить салфетку в полуспиртовом растворе, слегка отжать и положить сверху компрессной клеёнки (правило «Лесенки» - каждый последующий слой должен быть больше предыдущего по периметру на 1,5 – 2см).  Выполнение процедуры:  5.Все слои компресса положить на нужный участок кожи (салфетка, клеёнка, слой ваты).  6.Зафиксировать компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии, чтобы он плотно прилегал к коже.  7.Напомнить пациенту, что компресс поставлен на 4-6 часов (полуспиртовый).  8.Проверить качество наложения компресса, для этого через 1,5-2 часа под компресс подсунуть палец и если салфетка сухая, то компресс надо переделать, если нет – подтянуть.  9.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Завершение процедуры:  10.Снять компресс через положенное время, сбросить в емкость для отходов.  11.Вытереть кожу и наложить сухую повязку.  12.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  13.Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции пациента в «Медицинской карте стационарного больного».  **Алгоритм применения холодного компресса.**  Цель: остановить кровотечение, уменьшить кровоподтёки, снизить температуру.  Показания: носовые кровотечения, высокая температура, свежие ушибы и др.  Противопоказания: старые ушибы, кожные заболевания и повреждения кожи.  Оснащение: емкость с водой – не выше 12˚, желательно из холодильника; 2 полотенца; салфетки, емкость для сбора грязного белья.  Подготовка к процедуре:  1.Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение.  2.Провести гигиеническую обработку рук.  3.Подстелить под голову пациента непромокаемую пелёнку.  Выполнение процедуры:  4.Сложить оба полотенца в несколько слоев, положить в емкость с холодной водой.  5.Отжать одно полотенце и расправить.  6.Положить на нужный участок тела на 2–3 мин.  7.Снять полотенце через 2-3мин. и погрузить его в холодную воду.  8.Отжать второе полотенце, расправить и положить на кожу на 2-3 мин.  9.Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени (от 5 до 60 мин.). Интересоваться самочувствием пациента.  Завершение процедуры:  10.Полотенце сбросить в емкость для сбора грязного белья. Воду слить в канализацию и обработать емкость.  11.Провести гигиеническую обработку рук.  **Алгоритм поставки пиявок на тело человека.**  Цель: постановка пиявок.  Показания: по назначению врача.  Оснащение: пинцет анатомический, банка медицинская или пробирка, лоток, контейнер для дезинфекции и утилизации, спирт 70 %-ный, раствор перекиси водорода 3 %-ный, спиртовый йодный раствор 5 %-ный, стерильный раствор глюкозы 40 %-ный, нашатырный спирт, шесть-восемь подвижных медицинских пиявок, вата, бинт, лейкопластырь, клеенка или одноразовая пеленка, гемостатическая губка, перчатки нестерильные, ножницы, часы, ватные шарики, стерильные салфетки, ватно-марлевые тампоны, емкость для воды, пузырь со льдом  . 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.Помочь пациенту удобно лечь для предстоящей процедуры. Огородить пациента ширмой.  3.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  4.Подготовить необходимое оснащение и оборудование.  5.Осмотреть место постановки пиявок. Подстелить клеёнку при необходимости или пеленку одноразовую под предполагаемую область.  6.Надеть перчатки.  Выполнение процедуры:  7.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.  8.Смочить место постановки пиявок стерильным раствором 40 %-ной глюкозы.  9.Поместить пиявку на ватно-марлевый тампон, транспортировать ее в пробирку или банку хвостовым концом вниз.  10.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). Положить салфетку под заднюю присоску.  11.Повторить пп. II.3 – II.5 до тех пор, пока не будут поставлены все пиявки.  12.Наблюдать за активностью пиявок: если не движутся, слегка провести по её поверхности пальцем.  13.Снять ватно-марлевым тампоном, смоченным спиртом, через 20-30 мин (по назначению врача) все пиявки.  14.Поместить снятые пиявки в емкость с дезинфицирующим раствором с последующей утилизацией.  Завершение процедуры:  15.Поместить пинцет в емкость для дезинфекции.  16.Обработать кожу вокруг ранки антисептиком или 5 %-ного спиртовым раствором йода.  17.Наложить асептическую ватно-марлевую давящую повязку с слоем ваты, менять повязку в течение суток по необходимости.  18.Фиксировать повязку бинтом или лейкопластырем.  19.Убрать клеенку в емкость для дезинфекции.  20.Обработать использованные пиявки, убедиться, что число пиявок, поставленных пациенту, и число пиявок, находящихся в емкости для дезинфекции совпадает.  21.Снять перчатки и поместить в ёмкость для дезинфекции. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Уточнить у пациента его самочувствие.  22.Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка сифонной клизмы. | 1 | | Постановка гипертонической клизмы | 1 | | Постановка лекарственной клизмы | 1 | | Постановка согревающего компресса | 2 | | Постановка холодного компресса | 1 | | Поставка пиявки на тело пациента. | 1 |   **План 12 рабочего дня**  1.Частичная санитарная обработка пациента.  2.Полная санитарная обработка пациента.  3.Применение грелки, пузыря со льдом.  4.Постановка масляной клизмы.  5.Дуоденальное зондирование.  6.Обучить окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей.  **Алгоритм частичной санитарной обработки пациента, обтирание пациента.**  Цель: Осуществление частичной санитарной обработки пациента.  Показания: По назначению врача.  Противопоказания: Тяжелое состояние пациента и др.  Оснащение: одноразовые рукавицы для мытья, емкость для воды, жидкое мыло, либо средство для сухой обработки пациента, чистое белье для пациента, водный термометр, маркированные емкости для чистых и грязных одноразовых рукавичек для мытья, клеенчатый мешок, температурный лист, фартук клеенчатый, перчатки, маска, одноразовые адсорбирующие подкладные пеленки 1-2 штуки.  Подготовка к процедуре:  1.Информировать пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Получить согласие.  2.Отгородить пациента ширмой.  3.Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, фартук, перчатки.  Выполнение процедуры:  4.Используя правила перемещения пациента в постели подложить одноразовые адсорбирующие подкладные пеленки под верхнюю часть туловища пациента.  5.Одноразовой рукавицей смоченной в воде, обтереть пациенту шею, грудь, руки (живот и ноги прикрыты одеялом).Нанести средство для сухой обработки на тело и обтереть пациенту шею, грудь, руки.  6.Вытереть пациенту шею, грудь, руки полотенцем насухо и прикрыть одеялом.  7.Используя правила перемещения пациента в постели подложить одноразовые адсорбирующие подкладные пеленки под нижнюю часть туловища пациента.  8.Обтереть живот, спину, нижние конечности, осушить и закрыть одеялом.  Завершение процедуры:  8.Убрать ширму.  9.Одноразовые рукавицы для мытья, одноразовые подкладные пеленки погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б».  10.Использованное полотенце и грязную одежду пациента убрать в клеенчатый мешок.  11.Слить воду в канализацию, емкость продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата, помыть чистящим средством, прополоскать проточной водой, поставить на сушку.  12.Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».).  13.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  14.Провести гигиеническую обработку рук.  15.Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.  **Алгоритм полной санитарной обработки пациента, принятие ванны.**  Цель: осуществление полной санитарной обработки пациента.  Показания: по назначению врача.  Противопоказания: тяжелое состояние пациента и др.  Оснащение: одноразовые рукавицы для мытья, жидкое мыло, шампунь, махровое полотенце или простынь, чистое белье для пациента, водный термометр, маркированные емкости для чистых и грязных одноразовых рукавичек для мытья, емкость для сбора грязного белья, упор для ног, температурный лист, емкости для дезинфекции поверхностей, емкости для сбора отходов класса «А» и класса «Б»; чистые салфетки для обработки поверхностей; средства индивидуальной защиты: перчатки – 2 пары, маска; спецодежда: сменный халат, фартук клеенчатый, обувь с гигиеническим покрытием.  Подготовка к процедуре:  1.Информировать пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Получить согласие.  2.Определить температуру воздуха в ванной комнате (не менее 25° С).  3.Обработать руки. Надеть маску, фартук, перчатки.  4.Подготовить ванну: продезинфицировать (по инструкции препарата), почистить чистящим средством, промыть проточной водой.  5.Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б».  6.Наполнить ванну водой до 1/2 объема. Температура воды должна быть не ниже 36- 37°С (использовать для измерения водный термометр).  Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  Выполнение процедуры:  7.Помочь пациенту удобно расположиться в ванне, чтобы пациент не соскользнул, поставить подставку для упора ног.  8.Вымыть пациента: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность, ополоснуть из душа (в процессе мытья контролировать температуру воды рукой).  9.Помочь пациенту выйти из ванны.  10.Вытереть пациента и одеть при необходимости проводите пациента в палату.  Завершение процедуры:  11.Одноразовые рукавицы для мытья погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б».  12.Использованное полотенце и грязную одежду пациента убрать в клеенчатый мешок.  13.Обработать ванну: продезинфицировать (по инструкции препарата), почистить чистящим средством, промыть проточной водой.  14.Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».).  15.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  16.Провести гигиеническую обработку рук.  17.Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.  **Алгоритм применения грелки.**  Цель: для снятия болей, отёков, ускорение рассасывания старых воспалительных процессов, для согревания тела.  Показания: хронические вялотекущие воспалительные процессы в стадии рассасывания; для согревания тела при лихорадке (1-ый период); после инъекций; коллаптоидные состояния; спазм моче- и желчевыводящих путей и др. дуоденальное зондирование; постинъекционные инфильтраты; гипертония (к ногам для отвлечения крови от мозга).  Противопоказания: острые воспалительные процессы в брюшной полости (аппендицит, перитонит и др.); гнойные воспалительные процессы; кровотечения; туберкулез; новообразования; различные кровоизлияния, гематомы; при ошибочном введении лекарственных веществ; все боли не ясной этиологии; свежие ушибы, травмы; кожные заболевания, повреждения кожи.  Оснащение: грелка; пеленка; горячая вода (60˚-70˚), водный термометр, емкости для дезинфекции, чистые тканевые салфетки, емкости для отходов.  Подготовка к процедуре:  1.Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.  2.Провести гигиеническую обработку рук.  3.Налить горячую воду (предварительно измерив ее температуру) в грелку 2\3-1\2 объёма.  4.Выпустить воздух. Завинтить плотно пробкой.  5.Перевернуть грелку пробкой вниз, чтобы убедиться, что пробка завинчена плотно, затем вернуть в исходное положение и обернуть пеленкой.  Выполнение процедуры:  6.Если пациент без сознания или лишен чувствительности, то необходимо проверить температуру грелки на себе.  7.Положить грелку на нужную область тела. Узнать через 5 минут об ощущениях пациента.  8.Убрать грелку по истечении назначенного врачом времени (20 минут).  Завершение процедуры:  9.Осмотреть кожу пациента. Накрыть пациента одеялом.  10.Провести гигиеническую обработку рук.  11.Надеть перчатки, обработать грелку, после экспозиции промыть ее проточной водой и повесить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». Вымыть руки.  12.Сделать отметку в «Медицинской карте».  **Алгоритм применения пузыря со льдом.**  Цель: остановить и предотвратить кровотечение, кровоподтёки, снизить температуру, замедлить развитие острых воспалительных процессов.  Показания: кровотечения, кровоподтеки, кровохарканье; черепно-мозговые травмы, сотрясение головного мозга; свежие ушибы, травмы без повреждений кожи; гнойные воспалительные процессы; после родов, абортов, после операций; ошибочное введение лекарственных средств.  Противопоказания: коллаптоидные состояния, шок; хронические воспалительные заболевания; повреждения кожных покровов; общее истощение; туберкулез.  Оснащение: кубики льда; пузырь для льда; пеленка или салфетка, холодная вода, емкости для дезинфекции, чистые тканевые салфетки, емкости для отходов.  Подготовка к процедуре:  1.Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение.  2.Вымыть руки.  3.Приготовьте кусочки льда.  4.Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Заполнить пузырь кусочками льда на 1/2 объема и налить один стакан холодной воды 14 – 16 C°.  5.Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Завинтить крышку пузыря со льдом.  6.Обернуть пузырь со льдом полотенцем в четыре слоя (толщина прокладки не менее 2 см).  Выполнение процедуры:  7.Положите пузырь со льдом на нужный участок тела.  8.Оставьте пузырь со льдом на 20–30 минут. Периодически узнавать у пациента о самочувствии.  Завершение процедуры:  9.Убрать пузырь со льдом.  10.Провести гигиеническую обработку рук.  11.Надеть перчатки, обработать пузырь, после экспозиции промыть его проточной водой и положить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». Вымыть руки.  12.Сделать отметку в «Медицинской карте».  **Алгоритм постановки масленой клизмы.**  Цель: добиться отхождения каловых масс, газов.  Показания: при неэффективности очистительной клизмы, при длительных запорах, когда нежелательно напряжение мышц брюшной стенки и промежности (после родов, опера-ций на органах брюшной полости), при хронических воспалительных процессах в кишечнике, при заболеваниях, когда нежелательно общее напряжение па¬циента (гипертонический криз).  Противопоказания: кровотечение из желудочно-кишечного тракта, острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке, боли в животе неясной природы.  Оснащение: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, вазелиновое масло 100-200 мл, лоток, марлевые салфетки, адсорбирующая пеленка, водный термометр, ширма, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  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.Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, вазелиновое масло 100-200 мл, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр.  4.Подогреть масло на «водяной бане» до 38 °С, проверить температуру масла термометром.  5.Прийти в палату к пациенту, провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. В грушевидный баллон набрать масло.  6.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.  7.Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой.  Выполнение процедуры:  8.Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами.  9.Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  10.Затем раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.,  11.Выпустить остатки воздуха из баллона. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести масло.  12.Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  Завершение процедуры:  13.Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  14.Марлевой салфеткой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади. Салфетку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  15.Помочь пациенту занять удобное положение в постели. Адсорбирующую пеленку оставить под пациентом. Напомнить пациенту, что эффект от клизмы наступит через 10-12 часов.  16.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  17.Емкость из-под масла сбросить в отходы класса «А».  18.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. Сделать запись о проведенной процедуре.  19.Утром уточнить у пациента, был ли стул.  **Алгоритм проведения дуоденального зондирования.**  Цель: исследование желчи.  Показания: заболевание желчного пузыря и желчных протоков.  Противопоказания: острый холецистит, обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.  Оснащение: фантомы для выполнения манипуляций; комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий; антисептический раствор для гигиенической обработки рук; стерильный дуоденальный зонд; шприц 20 мл; стерильный лоток, и пинцет; лоток для использованного материала; 33 % раствор магния сульфата или 40 % раствор глюкозы; пробирки 10-15 штук; стерильная вода; полотенце; салфетка; грелка; валик; штатив для пробирок; низкая скамейка; направление.  Подготовка к процедуре:  1.Объяснить пациенту цель и ход исследования, уточнить аллергоанамнез. Получить согласие на проведение процедуры.  2.Промаркировать пробирки и направление для идентификации.  3.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, перчатки. Подготовить оснащение: из упаковки пинцетом достать дуоденальный зонд и положить в стерильный лоток.  Выполнение процедуры:  4.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).  5.Предложить пациенту сесть, широко открыть рот. В руки пациенту дать полотенце.  6.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.  7.Уложить пациента на кушетку (без подушки) на правый бок, под таз подложить валик, под правое подреберье - грелку.  8.Снять зажим, свободный конец зонда опустить в пробирку на штативе на низкой скамейке рядом с кушеткой; выделяется мутное, светлое содержимое желудка.  9.Предложить пациенту медленно заглатывать зонд до метки №2. Продолжительность заглатывания 40-60 мин.  10.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.  11.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.  12.Уложить пациента на спину, наложить зажим на свободный конец зонда на 10 минут.  13.Уложить пациента на правый бок, снять зажим, опустить зонд в пробирки поочередно выделяется темно-оливковая желчь. Это порция «В», пузырная желчь - (из желчного пузыря) - 30-60 мл за 20-30 минут.  14.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:  15.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.  16.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  17.Отправить все пробирки в лабораторию с направлением (для выявления форменных элементов, простейших и т.д.).  18.Полученные результаты подклеить в историю болезни.  **Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей**.  Здравствуйте, меня зовут Каролина Дмитриевна, сегодня Я проведу Вам обучение по приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей.  Инородное тело малых размеров может выйти с кашлем. Для того, чтобы повысить эффективность кашля, пострадавший перед кашлевым толчком должен глубоко вдохнуть. В этом случаем выдох будет начинаться при закрытой голосовой щели. Давление в голосовых путях резко повысится, затем голосовая щель откроется и струя воздуха вытолкнет инородное тело.  Если инородное тело расположено в области голосовой щели, глубокий вдох перед кашлем будет невозможен. При этом кашлевые толчки нужно производить за счет воздуха, всегда остающегося в легких после обычного вдоха. При этом нельзя разговаривать, пытаться сделать глубокий вдох.  Если эти способы не помогли, необходимо поступить следующим образом:  Обеими руками отрывистыми толчками надавить на эпигастральную область  или резко наклониться вперед, упираясь животом в спинку стула и перевешиваясь через нее. Повышенное давление, созданное в брюшной  полости при выполнении этих приемов, передается через диафрагму на грудную полость, что способствует выталкиванию инородного тела из дыхательных путей.  Все ли вам понятно?. До свидания.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Частичная санитарная обработка пациента | 1 | | Полная санитарная обработка пациента. | 1 | | Применение грелки, пузыря со льдом. | 2 | | Постановка масляной клизмы. | 2 | | Дуоденальное зондирование. | 1 | | Обучить окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей. | 1 | |  | |  |