zФедеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

**ДНЕВНИК**

**учебной практики**

Наименование практики Сестринский уход в теропии

Ф.И.О. Суворова Дарья Александровна

Место прохождения практики: Фармацевтический колледж КрасГМУ

с «26» октября 2020 г. по «7» ноября 2020 г.

Руководитель практики:

Ф.И.О. (его должность): Стародубец Ирина Ивановна

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 (текстовой)

9. Приложения

**Цель** учебной практики «Сестринский уход за больными детьми различного возраста» состоит в приобретении первоначального практического опыта по участиюв лечебно-диагностическом процессе и последующего освоения общих и профессиональных компетенций по избранной специальности.

**Задачи:**

1. Закрепление и совершенствование приобретенных в процессе обучения профессиональных умений обучающихся по сестринскому уходу за больными детьми различного возраста.
2. Ознакомление со структурой различных отделений детскогостационара и организацией работы среднего медицинскогоперсонала;
3. Адаптация обучающихся к конкретным условиям деятельности учреждений здравоохранения.
4. Формирование навыков общения с маленькими пациентами и их родителями с учетом этики и деонтологии
5. Освоение современных методов работы в медицинских организациях практического здравоохранения
6. Обучение студентов особенностям проведения лечебно-диагностических мероприятий в педиатрической практике.
7. Формирование основ социально-личностной компетенции путем приобретения студентом навыков межличностного общения с медицинским персоналом и пациентами;

**В результате учебнойпрактики обучающийся должен:**

**Приобрести практический опыт:**

* осуществления ухода за детьми при различных заболеваниях и состояниях;
* проведения реабилитационных мероприятий в отношении пациентов детского возраста с различной патологией;

**Освоить умения:**

* готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
* осуществлять сестринский уход за детьми при различных заболеваниях и состояниях;
* осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях стационара;
* осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
* проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
* вести утвержденную медицинскую документацию;

**Знать:**

* причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента;
* организацию и оказание сестринской помощи детям;
* пути введения лекарственных препаратов;
* правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения

**Тематический план**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование разделов и тем практики** | | **Всего часов** |
|
|
| 1. | Сестринский уход за больными при заболеваниях органов дыхания | | 12 |
| 2 | Сестринский уход за больными при заболеваниях сердца | | 12 |
| 3  4  5  6  7 | Сестринский уход за больными при заболеваниях желудочно-кишечного тракта  Сестринский уход за больными при заболеваниях почек  Сестринский уход за больными при заболеваниях крови  Сестринский уход за больными при заболеваниях эндокринной системы  Сестринский уход за больными при аллергических заболеваниях    **Итоговое занятие**  **Итог** | | 12  6  6  12  6 |
| **6**  **72часа** |
| **Вид промежуточной аттестации** | | зачет |  |

**График прохождения практики**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование разделов и тем практики | Дата |
| 1. | Сестринский уход за больными при заболеваниях органов дыхания | 26.10.2020  27.10.2020 |
| 2. | Сестринский уход за больными при заболеваниях сердца | 28.10.2020  29.10.2020 |
| 3 | Сестринский уход за больными при заболеваниях желудочно-кишечного тракта | 30.10.2020  31.10.2020 |
| 4 | Сестринский уход за больными при заболеваниях почек | 2.11.2020 |
| 5 | Сестринский уход за больными при заболеваниях крови | 3.11.2020 |
| 6 | Сестринский уход за больными при заболеваниях эндокринной системы | 4.11.2020  5.11.2020 |
| 7. | Сестринский уход за больными при аллергических заболеваниях | 6.11.2020 |
| 8. | Зачет по учебной практике | 7.11.2020 |

**Инструктаж по технике безопасности**

С инструкцией № 331 по охране труда для студентов фармацевтического колледжа ознакомлен

Дата Подпись Ханова А.А.

**Содержание и объем проведенной работы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| дата | Тема | Содержание работы |
| 26.10.2020  27.10.2020 | 1.Сестринский уход за больными с заболеваниями органов дыхания | 1.Знакомство со структурой пульмонологического отделения, правилами внутреннего распорядка.  2.Принципы обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания.  3.Гигиеническое мытье рук.  4. Одевание одежды и перчаток  5. Накрытие манипуляционного стола.  6.Подготовка лотков, пинцетов спиртовых солфеток, шприцев для манипуляций.  7.Поготовка инструментов для плевральной пункции.  8.Выполнение всех видов сестринских манипуляций (в/в, п/к, в/м,в\в капельно.  9.Проведение забора материала для лабораторного исследования.  10.Подготовка пациентов к обследованиям: ренгеноскопии,ренгенографии, бронхографии, бронхоскопии.  11.Осуществлять сбор медицинских отходов.  12.Измерять основные показатели-АД, пульс,ч.д.д. чсс.  13. Использовать в повседневной  деятельности знания приказов МЗ РФ. |
| 28.10.2020  29.10.2020 | 2.Сестринский уход за больными с заболеваниями сердца | 1.Знакомство со структурой кардиологического отделения, правилами внутреннего распорядка.  2.Выполнять сестринские манипуляции(в/м,в/в,п/к,в\вкапельно).  3.Проводить оксигенотерапию  4.Проводить подготовку пациентов и забор материала для лабораторного исследования.  5.Оценивать результаты лабораторных и инструментальных исследований.  6.Участвовать в проведении электрографии.  7.Готовить пациентов к УЗИ обследованию  8.Измерять основные показатели: Пульс, АД ,Ч.С.С, Ч,Д,Д  9.Осуществлять сбор медицинских отходов.. |
| 30.10.2020  31.10.2020 | 3.Сестринский уход за больными при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. | 1.Знакомство со структурой отделения гастроэнтерологии, правилами внутреннего распорядка.  2 .Обследование больного с заболеванием желудочно-кишечного тракта  3.Проведение всех видов сестринских манипуляций(парентеральное введение лекарственных средств, проведение взятия желудочного сока, дуоденального зондирования, очистительной, сифонной, гипертонической клизмы постановки газоотводной трубки)  4.Подготовка пациентов к лабораторным и инструментальным исследованиям(ренгеноскопии,ректероманоскопии,колоноскопииУЗИ,ФГДС).  5.Измерение основных показателей(пульс,А.Д, Ч.С.С, Ч.Д.Д.  6.Осуществлять сбор медицинских отходов.  7.Решение кейсового задания. |
| 2.11.2020 | 4.Сестринский уход за больными при заболеваниях  почек | 1.Знакомство со структурой нефрологического отделения,правилами внутреннего распорядка.  2.Подготовка больного к лабораторным и инструментальным обследованиям(сдачи крови на общий и биохимический анализ, сдачи мочи по Зимницкому, по Ничепоренко, подготовка к УЗИ обследованию.  3.Выполнение всех видов сестринских манипуляций(в\в,в/м,п/к,в/вкап., катетеризация мочевого пузыря)  4.Измерение основных показателей(температура,А.Д.Пульс,Ч.Д.Д.Ч.С.С.)  5.Осущетвлять сбор медицинских отходов. |
| 3.11.2020 | 5.Сестринский уход за больными при заболеваниях крови | 1.Знакомство со структурой отделения гематологии, правилами внутреннего распорядка.  2.Выполнение всех видов сестринских манипуляций(в/в,в/м,в/вкап.п/к)  3. Измерение основных показателей(температура, А.Д. Пульс, Ч.Д.Д,Ч.С.С.)  4.Осущетвлять сбор медицинских отходов.  5.Проведение бесед с пациентом по вопросам правильного питания.  6.Решение кейсового задания. |
| 4.11.2020 | 6.Сестринский уход за больными с заболеваниями эндокринной системы. | 1.Знакомство со структурой отделения эндокринологии, правилами внутреннего распорядка.  2. Выполнение всех видов сестринских манипуляций(в/в,в/м,в/вкап.п/к)  3. Измерение основных показателей(температура, А.Д. Пульс, Ч.Д.Д,Ч.С.С.)  4.Осущетвлять сбор медицинских отходов.  5.Проведение бесед с пациентом по вопросам правильного питания.  6.Решение кейсового задания. |
| 5.11.2020 | 7.Сестринский уход за больными при сахарном диабете | 1. Знакомство со структурой отделения аллергологии, правилами внутреннего распорядка.  2. Выполнение всех видов сестринских манипуляций (в/в, в/м, в/в кап., п/к)  3. Измерение основных показателей (температура, АД, Пульс, ЧДД, ЧСС.)  4. Осуществлять сбор медицинских отходов.  5. Проведение бесед с пациентом по вопросам правильного питания.  6. Решение кейсового задания. |
| 6.11.2020 | 8.Сестринский уход за больными с аллергозами | 1Знакомство со структурой отделения аллергологии, правилами внутреннего распорядка.  2. Выполнение всех видов сестринских манипуляций(в/в,в/м,в/вкап.п/к)  3. Измерение основных показателей(температура, А.Д. Пульс, Ч.Д.Д,Ч.С.С.)  4.Осущетвлять сбор медицинских отходов.  5.Проведение бесед с пациентом по вопросам правильного питания.  6.Решение кейсового задания. |
| 7.11.2020 | Зачет по учебной практике |  |

**Манипуляционный лист**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Перечень манипуляций | Результат освоения | Роспись преподавателя |
| 1 | Сбор сведений о больном пациенте | освоено |  |
| 2 | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | освоено |  |
| 3 | Оценка тяжести состояния пациента, выявление проблем больного | освоено |  |
| 4 | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | освоено |  |
| 5 | Кормление больного через зонд | освоено |  |
| 6 | Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария | освоено |  |
| 7 | Мытье рук, надевание и снятие перчаток | освоено |  |
| 8 | Заполнение медицинской документации | освоено |  |
| 9 | Проведение проветривания и кварцевания | освоено |  |
| 10 | Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима | освоено |  |
| 11 | Оценка клинических анализов крови и мочи | освоено |  |
| 12 | Сбор мочи на анализ у больных для различных исследований | освоено |  |
| 13 | Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь | освоено |  |
| 14 | Проведение ингаляций. | освоено |  |
| 15 | Проведение очистительной, сифонной, гипертонической клизмы, постановка газоотводной трубки. | освоено |  |
| 16 | Разведение и введение антибиотиков | освоено |  |
| 17 | Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов | освоено |  |
| 18 | Забор крови для биохимического исследования | освоено |  |
| 19 | Промывание желудка | освоено |  |
| 20 | Подача кислорода через маску и носовой катетер | освоено |  |
| 21 | Смена постельного белья | освоено |  |
| 22 | Проведение фракционного желудочного зондирования. | освоено |  |
| 23 | Проведение фракционного дуоденального зондирования | освоено |  |
| 24 | Проведение катетеризации мочевого пузыря | освоено |  |
| 25 | Подготовка к проведению стернальной пункции | освоено |  |
| 26 | Подготовка к проведению плевральной пункции | освоено |  |
| 27 | Обучение пациента правилам пользования карманным ингалятором | освоено |  |
| 28 | Обучение пациента правилам пользования глюкометром | освоено |  |
| 29 | Ведение карты сестринского процесса | освоено |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# Текстовой отчет

Самооценка по результатам учебной практики

**При прохождении производственной практики мною самостоятельно были проведены:** \_Сбор сведений о больном пациенте; Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления; Оценка тяжести состояния пациента, выявление проблем больного; Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария; Кормление больного через зонд; Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария; Мытье рук, надевание и снятие перчаток; Заполнение медицинской документации; Проведение проветривания и кварцевания; Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима; Оценка клинических анализов крови и мочи; Сбор мочи на анализ у больных для различных исследований; Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь; Проведение ингаляций; Проведение очистительной, сифонной, гипертонической клизмы, постановка газоотводной трубки; Разведение и введение антибиотиков; Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов; Забор крови для биохимического исследования; Промывание желудка; Подача кислорода через маску и носовой катетер; Смена постельного белья; Проведение фракционного желудочного зондирования; Проведение фракционного дуоденального зондирования; Проведение катетеризации мочевого пузыря; Подготовка к проведению стернальной пункции; Подготовка к проведению плевральной пункции; Обучение пациента правилам пользования карманным ингалятором; Обучение пациента правилам пользования глюкометром; Ведение карты сестринского процесса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Я хорошо овладел(ла) умениями** Обеспечение соблюдения охранительного и санэпид.режима; Оценка клинических анализов крови и мочи; Сбор мочи на анализ у больных для различных исследований; Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь; Проведение ингаляций; Проведение очистительной, сифонной, гипертонической клизмы, постановка газоотводной трубки; Разведение и введение антибиотиков; Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов; Забор крови для биохимического исследования; Промывание желудка; Подача кислорода через маску и носовой катетер; Смена постельного белья; Проведение фракционного желудочного зондирования; Проведение фракционного дуоденального зондирования; Проведение катетеризации мочевого пузыря; Подготовка к проведению стернальной пункции; Подготовка к проведению плевральной пункции; Обучение пациента правилам пользования карманным ингалятором.

**Особенно понравилось при прохождении практики** Кормление больного через зонд; Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария; Мытье рук, надевание и снятие перчаток; Заполнение медицинской документации; Проведение проветривания и кварцевания; Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима; Оценка клинических анализов крови и мочи; Сбор мочи на анализ у больных для различных исследований; Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь; Проведение ингаляций; Проведение очистительной, сифонной, гипертонической клизмы, постановка газоотводной трубки; Разведение и введение антибиотиков; Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов; Забор крови для биохимического исследования; Промывание желудка.

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

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

Студент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ханова А.А.

подпись (расшифровк

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 26.10.2020 | **Тема: "Сестринский уход за больными с заболеваниями органов дыхания".**  **1.Алгоритм подачи кислорода через носовую кислородную канюлю**  **(вилкообразную)**  **Показания:**   1. заболевания органов кровообращения; 2. заболевания органов дыхания; 3. отравление угарным газом; - неотложные состояния, требующие ликвидации кислородной недостаточности.   **Противопоказания:**  отсутствие признаков гипоксии.  **Оснащение:**одноразовая носовая канюля с трубкой для подачи О2увлажнитель, емкость со стерильной дистиллированной водой, источник кислорода с расходомером, фиксатор канюли.  **Подготовка к процедуре:**   1. Подготовить всё необходимое для манипуляции 2. Доброжелательно представиться пациенту и его родственникам. Уточнить, как к нему обращаться. 3. Объяснить пациенту или его родственникам цель манипуляции, её ход. Заручиться согласием пациента или его родственников. 4. Вымыть руки и осушить их. 5. Надеть перчатки.   **II. Выполнение процедуры:**   1. Удостовериться в проходимости носовых ходов (при необходимости очистить). 2. Вставить кончики носовой канюли в ноздри пациента. 3. С помощью эластичной повязки (фиксатор) для головы зафиксировать канюлю так, чтобы она не причиняла пациенту неудобства (фиксируют над ушными раковинами). 4. Отрегулировать подачу увла­жнённого О2согласно заданной концентрации и скорости подачи, назначенных врачом. 5. Соединить носовую канюлю с источником увлажнённого кислорода. 6. Обеспечить достаточную свободу движений кислородных трубок и прикрепить их к одежде. 7. Во время проведения оксигенотерапии медсестра осу­ществляет наблюдение:   а) за состоянием канюли (каждые 8 часов);  б) за уровнем жидкости в увлажняющем аппарате;  в) за общим состоянием пациента, за состоянием слизистой носа и кожи в области фиксации трубок г) за скоростью подачи О2 (2-3 л/мин), его концентрацией.  ПРИМЕЧАНИЕ: кратность наблюдений определяет врач. Данные наблюдения медсестра фиксирует в медицинской документации. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 26.10.2020 | **Окончание процедуры:**  **13.**Прекратить подачу О2.  **14.** Надеть перчатки.  **15.** Отсоединить трубки от источника кислорода.  **16**. Отсоединить и снять канюлю.  **17.** Провести дезинфекцию перчаток и канюли с последующей утилизацией  **2.Алгоритм использования ингалятора.**  **Подготовка к процедуре:**   1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство. 2. Проверьте название и срок годности лекарственного средства. 3. Вымойте руки.   **Выполнение процедуры:**   1. Продемонстрируйте пациенту выполнение процедуры, используя ингаляционный баллончик без лекарственного вещества. 2. Усадите пациента. 3. Снимите с мундштука баллончика защитный колпачок. 4. Поверните баллончик с аэрозолем вверх дном. 5. Встряхните баллончик. 6. Сделайте спокойный глубокий выдох 7. Плотно обхватите мундштук губами. 8. Сделать глубокий вдох и одновременно со вдохом нажать на дно баллончика. 9. Задержать дыхание на 5- 10 секунд (задержать дыхание, сосчитав до 10, не извлекая мундштука изо рта). 10. Извлечь мундштук из полости рта. 11. Сделать спокойный выдох. 12. Прополоскать рот кипяченой водой.   **Окончание процедуры:**   1. Закройте ингалятор защитным колпачком. 2. Вымойте руки. 3. Сделайте соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинский документ. | ё |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 26.10.2020 | **3.Алгоритм действий в/в введения эуфиллина**   1. Объясните пациенту цель и ход процедуры, получите его согласие, дайте необходимую информацию о лекарственном препарате. 2. Деконтаминацию рук на гигиеническом уровне, обработайте их кожным антисептиком, наденьте перчатки. 3. Вскройте упаковку, соберите шприц. 4. Прочитайте на ампуле название лекарственного раствора, дозу, концентрацию, срок годности, внешний вид перед ее вкрытием (сверьте с листом назначений). 5. Наберите лекарственные растворы из ампулы: 10,0 мл- 2,4% раствора Эуфиллина и 10,0 мл – 0,9% изотонического раствора натрия хлорида 6. Снимите иглу для набора лекарственного раствора, сбросьте в КБУ. 7. Наденьте иглу для внутривенной инъекции, выпустите воздух, не снимая колпачок иглы. 8. Положите шприц во внутреннюю поверхность упаковки шприца. 9. Усадите пациента или уложите на кушетку. 10. Поместите под локоть пациента клеенчатый валик (для максимального разгибания конечности в локтевом суставе). 11. Наложите резиновый жгут на среднюю треть плеча на салфетку или нательное белье. 12. Завяжите жгут так, чтобы свободные концы были направлены вверх, а петля вниз, при этом пульс на лучевой артерии не должен изменяться. 13. Попросите пациента несколько раз сжать и разжать кулак, затем зажать его (для лучшего нагнетания крови в вену).   Помассируйте предплечье пациента в направлении от кисти к локтевому сгибу, слегка похлопайте кистью руки по области ямки (для усиления наполнения вен).   1. Исследуйте вену. Найдите наиболее наполненную вену, пропальпировав ее. 2. Обработайте место инъекции последовательно двумя ватными шариками, смоченными в спирте: вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции (ватные шарики сбросьте в КБУ), третий ватный шарик возьмите в левую руку между IV и V пальцами. 3. Возьмите шприц в правую руку: II пальцем правой руки держите канюлю иглы; V пальцем – поршень шприца, III, IV, I пальцами держите цилиндр. 4. Проверьте отсутствие воздуха в шприце. 5. Натяните большим пальцем левой руки кожу в области локтевого сгиба, несколько смещая ее к периферии, чтобы фиксировать вену и, не меняя положения шприца в руке, держа иглу срезом вверх, почти параллельно вене проколите ее, затем осторожно введите иглу на 1/3 длины в вену, пока не ощутите попадания в « пустоту». 6. Убедитесь, что игла в вене, потяните поршень на себя, в шприце должна показаться кровь. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 26.10.2020 | 1. Развяжите жгут левой рукой, потянув за один из свободных концов, попросите пациента разжать кулак. 2. Повторно убедитесь, что игла в вене. 3. Не меняя положения шприца, первым пальцем левой руки нажмите на поршень и медленно (в течение 4-6 минут) введите лекарственный раствор в вену, не доводя поршень шприца до упора. 4. Приложите к месту прокола третий стерильный ватный шарик, смоченный спиртом, извлеките иглу. 5. Слегка прижмите место прокола ватным шариком, смоченным в спирте, в течение 3-5 минут, попросите пациента согнуть руку в локтевом сгибе до полной остановки кровотечения. 6. Снимите ватный шарик и сбросьте в КБУ. 7. Поместите шприц с иглой, перчатки в КБУ. 8. Вымойте и осушите руки.   **4.Правила пользования карманным ингалятором**  **Показания:** приступ бронхиальной астмы.  **Последовательность действий:**   1. Снять с баллончика защитный колпачок, повернув баллончик вверх дном; 2. Баллончик хорошо встрянуть; 3. Сделать глубокий выдох; 4. Баллончик с аэрозолем взять в руку и обхватить губами мундштук; 5. Сделать глубокий вдох и одновременно сильно нажать на дно баллончика: в этот момент выдается доза аэрозоля; 6. Задержать дыхание на несколько секунд, затем вынуть мундштук изо рта и сделать медленный выдох (если глубокий вдох в результате тяжести состояния больного невозможен, то первая доза аэрозоля распыляется в полости рта); 7. После ингаляции надеть на баллончик защитный колпачок. **Примечание:** Количество доз аэрозоля определяет врач. После вдыхания глюкокортикоидов больной должен прополоскать рот водой для профилактики развития кандидоза полости рта. |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 27.10.2020 | **Тема: Сестринский уход за больными с заболеваниями органов дыхания.**   1. **Сбор мокроты для общего клинического анализа**   **Цель:** определить физико-химические свойства и клеточный состав мокроты.  **Показания:** заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы.  **Приготовьте:**  − чистую сухую широкогорлую банку из прозрачного стекла 50-100 мл;  − напишите и наклейте на наружную стенку банки направление (отделение, № палаты, ФИО пациента, возраст, цель исследования, дата);  − кипяченую воду Т0- 37°С в количестве 0,5 - 0,7л.  **Алгоритм действия:**   1. Проведите инструктаж с пациентом о правилах сбора мокроты на исследование и получите его согласие. 2. Мокрота собирается рано утром (натощак) до приема пищи. 3. Попросите пациента:   - почистить зубы утром за 2 часа до сбора мокроты;  − прополоскать полость рта и глотки кипяченой водой непосредственно перед сбором мокроты;  − встать или сесть прямо;  − держать банку для сбора мокроты у нижней губы, не касаясь ее:  − сделать несколько глубоких вдохов и выдохов, а затем покашлять;  − собрать ее в банку в количестве не менее 3-5 мл; - закрыть банку с мокротой крышкой.   1. Осмотрите собранную мокроту и отправьте ее в лабораторию в течение 2 часов после ее сбора.   **Примечание:**  − если собранная мокрота составляет менее 3-5 мл, то процедуру сбора мокроты необходимо повторить:  − пациентам надо указать на то, что исследованию подлежит только мокрота, отделяющаяся при кашле, а не при отхаркивании.  **2.Подготовка больного к бронхоскопии**  Бронхоскопия – инструментальный, эндоскопический метод исследования трахеи и бронхов, позволяющий произвести осмотр слизистой оболочки трахеи, гортани, провести забор содержимого или промывных вод бронхов для бактериологического, цитологического и иммунологического исследований, а также проведение лечения. Бронхоскопия производится в эндоскопическом кабинете по назначению врача.  **Показания:**   1. подозрение на опухоль трахеобронхиального дерева, инородное тело бронхов; 2. необходимость подтверждения или исключения аномалии развития, стеноза трахеи и крупных бронхов; 3. абсцесс легких, бронхоэктазы, кровохарканье, легочное кровотечение, бронхиальная астма, туберкулез легких. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 27.10.2020 | **Противопоказания:**   1. острая коронарная недостаточность; 2. острый инфаркт миокарда; 3. пороки сердца с выраженными нарушениями кровообращения; 4. нарушения сердечного ритма; 5. артериальная гипертензия с повышением диастолического давления выше 110 мм рт.ст; 6. острые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей   **Оснащение рабочего места:**  − манипуляционный стол;  − шприцы 2-5 мл;  − иглы для подкожной инъекции;  − стерильные шарики, пинцеты;  − лекарственные средства (промедол 1% - 1 мл, атропин 0,1%-1мл.);  − журнал учета наркотических средств;  − история болезни (амбулаторная карта);  − антисептик;  − лоток;  − емкости с растворами дезинфектантов;  − полотенце;  − результаты обследования больного (общий анализ крови, анализ мочи, биохимический анализ крови, кровь на свертывание и длительность кровотечения, анализ крови на сахар, ЭКГ, спирограмма, рентгенограмма в 2-х проекциях).  **Подготовительный этап выполнения манипуляции.**   1. Провести беседу с больным о необходимости и сущности манипуляции, получить его согласие в письменной форме. 2. Если бронхоскопия назначена женщине - предупредить, чтобы на ногтях не было лака, а на губах - помады. 3. Накануне вечером по назначению врача больному принять 10 мг седуксена (при нарушении сна – снотворное) 4. Утром натощак явиться в кабинет (не пить воды, не курить, не чистить зубы), при себе иметь полотенце. 5. За 30-40 минут до выполнения бронхоскопии провести премедикацию по назначению врача: ввести подкожно 1мл – 0, 1% раствора атропина и 1мл - 1% раствора промедола (оформить запись в истории болезни и в журнале учета наркотических средств). 6. Доставить больного в эндоскопический кабинет.   **Основной этап выполнения манипуляции.** − Проводится врачом и специально подготовленной медицинской сестрой эндоскопического кабинета.    **3.Алгоритм в/в кап. введения предннизолона120мг**.  **Оснащение:**  • стерильные: лоток, бязевая салфетка сложенная в 4 слоя и накрывающая лоток, пинцет, салфетки малые, ватные шарики, маска, перчатки, халат; |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 27.10.2020 | • одноразовая система для капельного введения жидкостей; штатив для капельницы, длиной 1 - 1,5 м над кроватью, клеёнчатая подушечка, лейкопластырь - 2 ленты длиной3 - 4 см и шириной 1 см;  • дезинфицирующий раствор в ёмкостях для дезинфекции подушечки, жгута, процедурного стола, кушетки;  • спирт 70%.  ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ: (ЗАПОЛНЕНИЕ СИСТЕМЫ ДЛЯ В/В КАПЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ЖИДКОСТЕЙ)   1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом (если он в сознании). 2. Объяснить цель введения лекарственного раствора пациенту, ход и суть процедуры, получить согласие пациента или его родственников на процедуру. 3. Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть стерильный халат, маску, перчатки. 4. Подготовить стерильный лоток с салфетками, ватными шариками и пинцетом. 5. Подготовить флакон с лекарственным средством для инфузии 6. Необходимо проверить срок годности раствора, внешний вид, сверить с врачебными назначениями. 7. Снять с флакона металлический колпачок ножницами или пинцетом, взятыми из дез.раствора (снять только центральную часть колпачка). 8. Обработать пробку флакона двукратно спиртом. 9. Подготовить одноразовую систему для капельного введения (проверить срок годности и герметичность упаковки, сдавив её с обеих сторон). Снять с неё упаковку. 10. Закрыть зажим на системе. Закрыть воздуховод, если он открыт. 11. Снять иглу с колпачком на длинном конце системы (эта игла будет вводиться в вену пациента) положить в стерильный лоток. 12. Снять колпачок с иглы на коротком конце системы и ввести эту иглу (игла находится ближе к капельнице) в пробку флакона. 13. Перевернуть флакон вверх дном, подвесить на штативе. 14. 2-3 раза надавить на капельницу (сделать насасывающие движения) и заполнить её раствором до половины объёма. 15. Обратите внимание!Если капельница будет полностью заполнена раствором, то не будет видно падающих капель и Вы не сможете их подсчитать. 16. Открыть воздуховод. 17. 0ткрыть зажим, медленно заполнить систему (то есть длинную трубку) до полного вытеснения воздуха и появления капель раствора из соединительной канюли (подыгольного конуса).Запомните! Раствор сливается в стерильный лоток, который находится на стерильном столике. 18. Закрыть зажим. 19. .Надеть иглу с колпачком.   **ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:**   1. Уложить пациента в удобное положение. 2. Положить под локоть пациента клеёнчатую подушечку. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 27.10.2020 | 1. Обернуть плечо салфеткой и наложить венозный жгут на среднюю треть плеча, исследовать вену. Пациент при этом сначала сжимает и разжимает кулак, а затем – зажимает кулак. 2. Обработать место пункции вены 70% спиртом, двукратно разными ватными шариками Обратите внимание!Первый раз обрабатывается большая площадь поверхности кожи, второй раз -только место введения иглы. 3. Снять иглу с колпачком с системы, затем колпачок с иглы 4. Пропустить через иглу раствор. 5. Фиксировать вену большим пальцем левой руки ниже места введения. 6. Сделайте прокол кожи на 1/3 длины иглы, так чтобы она была параллельна коже, затем слегка меняете направление и осторожно пунктируйте вену, пока не ощутите «попадание в пустоту.Обратите внимание!Если Вы попали в вену, в канюле будет видна кровь. 7. Снять жгут. Предложить пациенту разжать кулак. 8. Открыть зажим на системе. 9. Отрегулировать скорость поступления капель зажимом. 10. Закрепить иглу лейкопластырем и прикрыть стерильной салфеткой место введения. 11. Наблюдать за состоянием и самочувствием пациента во время внутривенного вливания.   **ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:**   1. Прижать к месту инъекции ватный шарик (салфетку) с кожным антисептиком(70% спиртом), извлечь иглу.Обратите внимание!К месту инъекции прижимается 3-ий шарик, смоченный 70% спиртом. 2. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе (можно зафиксировать шарик бинтом), и не разгибать её в течение 5-6 минут   Это является профилактикой постинъекционной гематомы, т.е. попадания крови из  вены в подкожное пространство.  Обратите внимание! Можно зафиксировать ватный шарик бинтом, если пациенту трудно согнуть руку.  **3.** Погрузить систему с иглой контейнер сбора и безопасной утилизации |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 28.10.2020 | **Тема: Сестринский уход за больными с заболеваниями сердца**  **1.Алгоритм в/в введения лекарственных средств.**   1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры. 2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску. Надел перчатки. 3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. 4. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком. 5. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток. 6. Подготовил лекарственный препарат: 7. сверил лекарственный препарат с листом врачебных назначений. Проверил срок годности лекарственного средства. Визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности. 8. Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц. 9. Сменил иглу для инъекции. Вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок. 10. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациента. 11. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 12. . Пропальпировал вены локтевого сгиба у пациента. Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену. 13. Надел очки. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком. 14. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле движением снизу вверх. 15. Обработал другим ватным шариком место инъекции. 16. Обработал другим ватным шариком место инъекции. 17. Большим пальцем левой руки зафиксировал вену. 18. Ввел иглу в вену срезом вверх. 19. Потянул поршень на себя, убедился, что игла в вене. 20. Ослабил жгут. Еще раз проверил положение иглы. 21. Медленно ввел лекарственный препарат, не меняя положение шприца. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик. Быстрым движением извлек иглу. 22. Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут. 23. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. 24. Использованные шприцы, ватные шарики погрузил в емкость для сбора отходов класса «Б». |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 28.10.2020 | 1. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики – отходы класса «Г»). 2. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработал тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором. 3. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ёмкости для дезинфекции. 4. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.     **2.Алгоритм в/м введения лекарственных средств.**   1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры. 2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки. 3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком. 4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток. 5. Подготовил лекарственный препарат (проверил срок годности лекарственного средства, целостность ампулы). 6. Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц. 7. Сменил иглу для инъекции, вытеснил воздух (не снимая колпачок). 8. Придал пациенту удобное положение. 9. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком. 10. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. 11. Обработал другим ватным шариком место инъекции. 12. Ввел иглу в мышцу, глубоко на 2/3 длины иглы под углом 90°. Ввел медленно лекарственное средство. 13. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлек иглу. 14. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. 15. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в соответствующие ёмкости для сбора отходов класса «Б». 16. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»). 17. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ёмкости для дезинфекции. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 28.10.2020 | 1. Снял перчатки, маску, погрузил их в емкость для сбора отходов класса «Б». 2. Провел гигиеническую обработку рук.   **3.Алгоритм снятия ЭКГ**.  **Подготовка к процедуре:**  − Проинформировать пациента о том, что исследование проводится после 10-15 минутного отдыха, во время исследования дыхание должно быть спокойным и ровным.  − Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.  − Предложить пациенту раздеться по пояс, освободить от одежды голени и лечь на спину на кушетку, поместив руки вдоль тела (при невозможности  - ЭКГ снимают в положении сидя)  − Вымыть руки на гигиеническом уровне  − Одеть маску  − Одеть перчатки  **Выполнение процедуры**:  Смочить электроды физ. раствором (или водой).  **Наложить стандартные отведения:**  − Красный электрод на нижнюю треть предплечья правой руки  − Желтый электрод на нижнюю треть предплечья левой руки  − Зеленый электрод на нижнюю треть голени левой ноги  − Черный электрод на нижнюю треть голени правой ноги  **Наложить грудные отведения**:  − V 1 - 4 межреберье у правого края грудины  − V 2 - 4 межреберье у левого края грудины  − V 3 - на середине расстояния между V2 и V4  − V 4 - в 5 межреберье по средне-ключичной линии  − V 5 - на пересечении горизонтального уровня 5-го межреберья и передней подмышечной линии  − V 6 - на пересечении горизонтального уровня 5-го межреберья и средней подмышечной линии  − Произвести запись ЭКГ.  **Окончание процедуры:**  − Снять электроды и обработать дез. Р-ром  − Предложить пациенту встать и одеться  − Снять перчатки и маску (поместить в отходы класса В)  − Вымыть руки. |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 29.10.2020 | **Тема: Сестринский уход при заболеваниях сердца**  **1.Алгоритм в/в. Кап. введения лекарственных средств.**   1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры 2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки. 3. Приготовил стерильный лоток со стерильным ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком. 4. Подготовил лекарственный препарат (проверил срок годности лекарственного средства, целостность флакона) 5. Обработал ватным шариком наружную крышку флакона с лекарственным средством. Нестерильным пинцетом вскрыл центральную часть металлической крышки флакона и обработал резиновую пробку флакона вторым ватным шариком. 6. Проверил целостность упаковки и срок стерильности системы для инфузии. Вскрыл пакет с системой, взял ее в руки. 7. Закрыл зажим на системе, снял колпачок с иглы для флакона, ввел иглу до упора во флакон. 8. Перевернуть флакон вверх дном и закрепил на штативе, открыл воздуховод. Заполнил баллон системы до середины при помощи нажатия на него. Снял инъекционную иглу с колпачком, положил в стерильный лоток. 9. Открыл зажим и заполнил капельницу по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком). 10. Закрыл зажим, присоединил инъекционную иглу с колпачком, вытеснил воздух через иглу, не снимая колпачка. 11. Зафиксировал систему на штативе. 12. Удобно уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту. 13. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5 - 6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 14. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента. 15. Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену. 16. Надел очки. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком. 17. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции. 18. Большим пальцем зафиксировал вену, ниже места венепункции. Ввел иглу в вену. Убедился, что игла в вене. 19. Ослабил жгут, открыл зажим капельницы, убедился, что игла в вене и лекарство не поступает под кожу. 20. Закрепил систему лентой лейкопластыря. 21. Отрегулировал скорость поступления лекарственного средства |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 29.10.2020 | 1. В течение инфузии следит за самочувствием пациента. 2. После завершения инфузии обработал руки, надел перчатки, закрыл зажим, убрал лейкопластырь, к месту пункции приложил ватный шарик и извлек иглу. 3. Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3 -5 минут. 4. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. 5. Использованные системы для инфузии, ватные шарики поместил в ёмкость для сбора отходов класса «Б». 6. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики – отходы класса «Г»). 7. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработал тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором. 29 8. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ёмкости для дезинфекции. Снял перчатки, маску, поместил в ёмкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.     **2. Алгоритм в/в введения лекарственных средств.**   1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры. 2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску. Надел перчатки. 3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. 4. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком. 5. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток. 6. Подготовил лекарственный препарат: 7. сверил лекарственный препарат с листом врачебных назначений. Проверил срок годности лекарственного средства. Визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности. 8. Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц. 9. Сменил иглу для инъекции. Вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок. 10. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациента. 11. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 12. Пропальпировал вены локтевого сгиба у пациента. Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену. 13. Надел очки. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком. 14. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле движением снизу вверх. 15. Обработал другим ватным шариком место инъекции. 16. Большим пальцем левой руки зафиксировал вену. 17. Ввел иглу в вену срезом вверх. 18. Потянул поршень на себя, убедился, что игла в вене. 19. Ослабил жгут. Еще раз проверил положение иглы. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 29.10.2020 | 1. Медленно ввел лекарственный препарат, не меняя положение шприца. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик. Быстрым движением извлек иглу. 2. Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут. 3. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. 4. Использованные шприцы, ватные шарики погрузил в емкость для сбора отходов класса «Б». 5. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики – отходы класса «Г»). 6. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработал тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором. 7. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ёмкости для дезинфекции. 8. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.     **3.Алгоритм в/м введения лекарственных средств.**   1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры. 2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки. 3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком. 4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток. 5. Подготовил лекарственный препарат (проверил срок годности лекарственного средства, целостность ампулы). 6. Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц. 7. Сменил иглу для инъекции, вытеснил воздух (не снимая колпачок). 8. Придал пациенту удобное положение. 9. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком. 10. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. 11. Обработал другим ватным шариком место инъекции. 12. Ввел иглу в мышцу, глубоко на 2/3 длины иглы под углом 90°. Ввел медленно лекарственное средство. 13. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлек иглу. 14. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. 15. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в соответствующие ёмкости для сбора отходов класса «Б». |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 29.10.2020 | 1. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»). 2. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ёмкости для дезинфекции. 3. Снял перчатки, маску, погрузил их в емкость для сбора отходов класса «Б». 4. Провел гигиеническую обработку рук. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 30.10.2020 | **Тема: Сестринский уход за больными с заболеваниями желудочнокишечного тракта.**  **1. Алгоритм взятия желудочого сока.**   1. Объяснить пациенту порядок проведения процедуры, вечером предупредить, что зондирование делается натощак, чтобы утром пациент ничего не ел, не пил, не курил (если зондирование делается в кабинете, то предупредить пациента, о том, чтобы он не забыл взять с собой чистое полотенце). 2. Правильно усадить пациента: опираясь на спинку стула, наклонив голову вперёд, если пациент в постели, то высокое положение Фаулера. Если пациенту нельзя придать положение сидя или полулёжа, он может лежать на боку без подушки. 3. Вымыть руки, надеть перчатки. 4. На шею и грудь пациента положить полотенце, если есть съёмные протезы, их снять. 5. Ввести зонд (см. алгоритм введения желудочного зонда через рот). 6. Извлечь с помощью 20,0мл шприца содержимое желудка натощак - первая порция 7. С помощью цилиндра от 20,0мл шприца (используя его как воронку, присоединив к наружному концу зонда) ввести 200мл капустного отвара, подогретого до 38°С. 8. Через 10 минут извлечь 10мл желудочного содержимого - вторая порция. 9. Через 15 минут извлечь всё содержимое желудка - третья порция, желудок должен остаться пустым. 10. В течение часа через каждые 15 минут с помощью 20,0мл шприца извлечь ещё 4 порции содержимого желудка - четвёртая, пятая, шестая и седьмаяпорции. 11. Осторожно извлечь зонд с помощью полотенца или большой салфетки, поместить его в дезраствор. 12. Протереть рот пациенту и помочь ему придать удобное положение. 13. Снять перчатки, поместить их в дезраствор, вымыть руки. 14. Отправить в лабораторию 1, 4, 5, 6 и 7порции вместе с направлением. 15. При получении ответа из лаборатории немедленно подклеить его в карту пациента.   **2.Алгоритм проведения фракционного дуоденального зондирования.**  **Цель:** диагностическая  **Оснащение:** стерильный дуоденальный зонд в упаковке, штатив с пробирками, стимулятор для сокращения желчного пузыря (25 - 40мм 33% раствора сульфата магния, или 10% спиртовой раствор сорбита или хилецистокинин), шприц 20,0мл для аспирации, шприц для инъекции (если используют хилецистокинин), грелка, валик, перчатки, полотенце, маленькая скамеечка.   1. Уточнить у пациента понимание хода и цели процедуры, получить его согласие на процедуру (если зондирование делается в кабинете, то предупредить пациента, о том, чтобы он не забыл взять с собой чистое полотенце). |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 30.10.2020 | 1. Вымыть руки, надеть перчатки. 2. Предложить пациенту сесть на стул или кушетку. 3. Положить полотенце на грудь пациента. 4. Вскрыть пакет со стерильным зондом, взять внутренний конец зонда в правую руку на расстоянии 10 - 15см, левой рукой придерживать наружный конец. 5. Определить расстояние, на которое пациент должен проглотить зонд, с тем чтобы он оказался в субкардинальном отделе желудка (в среднем около 45см) и в двенадцатиперстной кишке: расстояние от губ и вниз по передней брюшной стенке, чтобы олива располагалась на 6см ниже пупка. 6. Предложить пациенту открыть рот, положить оливу на корень языка, пациент проглатывает оливу, медсестра помогает ему заглатывать, осторожно продвигая зонд глубже. Пациент продолжает заглатывать. При каждом глотательном движении зонд будет продвигаться в желудок до нужной метки (4-й или 5-й). Во время заглатывания зонда пациент может сидеть или ходить. 7. Проверить место нахождения зонда, подсоединив к наружному концу шприц и провести аспирацию содержимого. Если в шприц поступает мутноватая жидкость желтого цвета - олива находится в желудке; если нет - подтянуть зонд на себя и попросить его заглатывать зонд вновь. 8. Если зонд в желудке - уложить пациента на правый бок, подложив под таз валик или одеяло, а под правое подреберье - тёплую грелку. В таком положении пациент продолжает заглатывать зонд до 7 - 8 метки. Продолжительность заглатывания от 40 до 60мин.Примечание: штатив с пробирками устанавливается ниже уровня кушетки. При нахождении оливы в двенадцатиперстной кишке в пробирку поступает золотисто-жёлтая жидкость - дуоденальное содержимое - порция А. За 20 - 30 минут поступает 15 - 40мл содержимого двенадцатиперстной кишки (2 - 3 пробирки). Если жидкость не поступает в пробирку, нужно проверить местонахождение зондас помощью введения в него с помощью шприца воздуха и выслушивания эпигастральной области фонендоскопом. Если зонд находится в двенадцатиперстной кишке, то введение зонда не сопровождается никакими звуками, если зонд находится ещё в желудке, то при введении воздуха отмечаются характерные клокочущие звуки 9. При заглатывании зонда до 9-й метки (80 - 85см.), опустить наружный конец в пробирку. 10. После получения порции «А», шприцем ввести стимулятор сокращения желчного пузыря (25 - 40мл 33% раствора сульфата магния, или 10% спиртового раствора сорбита, или желчегонного средства гормональной природы, например, холецистокинин – 75 ед. в/м). Переместить зонд в следующую пробирку. 11. 12. Через 10 - 15мин после введения стимулятора, в пробирку начнёт поступать порция «В» –пузырная желчь. Продолжительность получения порции «В» – за 20 - 30мин. – 30 - 60мл желчи (4 - 6 пробирок). Примечание: для своевременного выявления порции «ВС» внимательно наблюдать за цветом порции «В». При появлении жидкости светлого цвета, переместить зонд в другую пробирку, |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 30.10.2020 | затем, при появлении жидкости тёмного цвета – вновь переместить зонд. Отметить порцию«ВС».  **13.**После получения порции «В» переместить зонд в следующую пробирку для получения порции «С» – печеночной порции. Продолжительность получения порции «С» –за 20 - 30мин – 15 - 20мл (одна - две пробирки).  **14.** Осторожно извлечь зонд с помощью полотенца или салфетки медленными поступательными движениями, одновременно протирая его.  **15**. Погрузить зонд в дезраствор.  **16.** Вымыть руки, снять перчатки, поместить их в дезраствор, вымыть и осушить руки.  **17.** Отправить все порции в клиническую и бактериологическую лаборатории с направлениями.  **18.** При получении ответа из лаборатории немедленно подклеить его в карту пациента.  **3.Алгоритм постановки очистительной клизмы.**   1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом. Обеспечить изоляцию, комфортные условия. 2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры, убедиться, что нет противопоказаний Противопоказания: кровотечение из пищеварительного тракта; острые воспалительные заболевания толстой и прямой кишки; злокачественные новообразования прямой кишки; первые дни после операции; трещины в области заднего прохода; выпадение прямой кишки; острый аппендицит, перитонит; массивные отеки. 3. Надеть халат, клеенчатый фартук, перчатки, сменную обувь. Спецодежда одевается медицинской сестрой в клизменной комнате. 4. Собрать систему, подсоединить к ней наконечник. 5. Налить в кружку Эсмарха 1,5 - 2 л поды. 6. Проверить температуру воды водяным термометром. Температура воды для постановки клизмы зависит от вида задержки стула:   −− при атоническом запоре - 12" - 20°С;  − при спастическом - 37° - 42°С:  − при запоре - 20° С.   1. Подвесить кружку Эсмарха на штатив на высоту одного метра от уровня пола (не выше 30 см над пациентом). 2. Смазать клизменный наконечник вазелином. 3. Заполнить систему. Открыть вентиль на системе, выпустить воздух, закрыть вентиль. 4. Уложить пациента на левый бок на кушетку или постель ноги согнуть в коленях и слегка подвести к животу. Отвернуть одеяло так, чтобы были видны только ягодицы. Если пациента уложить на бок нельзя, клизму ставят в положении лежа на спине. 5. Подложить под ягодицы пациента клеенку, свисающую в таз и покрытую пеленкой.   **Выполнение процедуры**   1. . Развести ягодицы 1-2   пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, проводя |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 30.10.2020 | первые 3—4 см по направлению к пупку, затем параллельно позвоночнику до 8-10 см. Учитывается анатомическое строение прямой кишки.   1. Открыть вентиль на системе, отрегулировать поступление жидкости в кишечник. Попросить пациента расслабиться и дышать животом При жалобе на боль спастического характера, прекратить процедуру, пока боль но утихнет. Если боль не утихает, сообщить врачу.   **Окончание процедуры**   1. Закрыть вентиль на системе после введения жидкости, осторожно извлечь наконечник, снять его с системы. Наконечник сразу поместить в раствор для дезинфекции 2. Сменить перчатки. Использованные перчатки поместить в раствор для дезинфекции. 3. Предложить пациенту в течение 5-10 минут полежать на спине и удержать воду в кишечнике 4. Сопроводить пациента в туалетную комнату или подать судно при появлении позывов на дефекацию Обеспечить туалетной бумагой. Если пациент лежит на судне, то приподнять, по возможности, изголовье кровати на 45˚-60.˚ 5. Убедиться, что процедура прошла эффективно. Если пациент лежит на судне - убрать судно на стул (скамейку), накрыть клеенкой Осмотреть фекалии. 6. Подмыть пациента . 7. Разобрать системы. Поместить в емкость с дезинфицирующим раствором. 8. Сменить халат, перчатки, фартук. Перчатки, фартук поместить в емкости с дезинфицирующим раствором. 9. Провести дезинфекцию использованных предметов. Согласно действующим приказам. 10. Сделал запись в медицинской карте о проведении процедуры |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 31.10.2020 | **Тема: Сестринский уход за пациентами при заболеваниях желудочнокишечного тракта**  **1.Алгоритм оказания помощи при желудочно-кишечном кровотечении**   1. Постельный режим, полный покой. 2. Измерить АД, пульс. 3. В/в инфузия раствора натрия хлорида 0,9%. 4. Лед на область желудка. 5. Вызвать врача. 6. Промыть желудок ледяной водой (можно залить аминокапроновую кислоту). 7. Раствор кальция хлорида 10% −10 мл в/в струйно. 8. Викасол 1% – 10 мл в/м, этамзилат натрия 2,5% – 2 мл внутримышечно. 9. Раствор аминокапроновой кислоты 5% – 200 мл в/в капельно. 10. Переливание одногруппной крови и плазмы.   **2.Алгоритм постановки сифонной клизмы**   1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен. 2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, фартук, перчатки. 3. Поставил таз около кушетки. Положил на кушетку адсорбирующую пеленку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод. 4. Попросил пациента принять правильное положение, при необходимости помог пациенту. 5. Вскрыл упаковку с толстым зондом, и воронкой. Обработал перчатки антисептическим раствором. 6. Взял в руку зонд, смазал слепой конец зонда вазелиновым маслом. Ввел закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см. 7. Присоединил воронку к другому концу зонда, держал ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента. 8. Налил в воронку 0,5-1 л воды. Емкость с чистой водой стоит так, чтобы в нее не попали брызги промывных вод. Поднял воронку выше ягодиц так, чтобы вода ушла в кишечник до устья воронки. 9. Опустил воронку ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнила воронку полностью. 10. Слил воду из воронки в приготовленную емкость (при необходимости в лабораторную посуду для исследования). Промывание повторял до чистых промывных вод, с использованием не более 10-12 л воды. 11. Отсоединил воронку, оставил зонд в кишечнике на 10-20 минут. Воронку погрузил в емкость для дезинфекции. 12. Отсоединил воронку, оставил зонд в кишечнике на 10-20 минут. Воронку погрузил в емкость для дезинфекции. 13. Извлек зонд из кишечника через салфетку или туалетную бумагу. Помог пациенту провести туалет анального отверстия. У женщин обязательно кзади. Зонд и салфетку положил 14. Промывные воды слил в канализацию. Адсорбирующую пеленку сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». 15. Все использованные емкости подверг дезинфекции. Обработал рабочие поверхности и фартук. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 31.10.2020. | 1. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 2. Сделал запись в медицинской карте о проведении процедуры |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 2.11.2020 | **Тема:Сестринский уход за больными при заболеваниях почек.**  **1.Алгоритм первой доврачебной помощи при почечной колике:**  **−** Немедикаментозное купирование прступа при оказании первой помощи: − применение сухого тепла (грелки, нагретый песок) на поясницу или горячие ванны температуры 40-42º в течение 30-40 минут.  − Ввести спазмолитики:  − баралгин 5 мл внутривенно более эффективно или внутримышечно;  − 1 мл 0,1 % раствора атропина или платифиллин 0,2% 1 мл подкожно (противопоказаны при глаукоме и аденоме предстательной железы),  − папаверин 2% 2-4 мл или но-шпа 2% 2-4 мл в/в или в/м.  Или ввести обезболивающие:  − 50 % раствор анальгина 5 мл внутривенно или внутримышечно,  − при выраженном болевом синдроме и твердой уверенности в диагнозе наркотические анальгетики: промедол 1% 1 мл или омнопон 2% 1 мл подкожно. − Контроль состояния и гемодинамики.  **Тактика:**   1. Транспортировка в урологический стационар на носилках в положении в положении на спине или в позе, удобной для больного, если:   − приступ возник впервые,  − если приступ не купируется,  − при гипертермии (признак гнойно-воспалительного процесса в почках и МВП).   1. При купировании приступа – оставить дома с рекомендацией обратиться в поликлинику к урологу и передать информацию в поликлинику по месту жительства пациента.   **2.Подготовка больного и сбор мочи по Нечипоренко**  Исследование мочи по методу Нечипоренко применяется для количественного определения форменных элементов в моче: лейкоцитов, эритроцитов, цилиндров. В норме при микроскопии можно обнаружить: эритроцитов 2х10 6/л, лейкоцитов до 4х10 6/л  **Показания:** обследование.  **Противопоказания: нет.**  **Оснащение:**   1. продезинфицированная стеклянная емкость 100 - 200 мл, с крышкой 2. направление на исследование для амбулаторных больных, либо этикетка с указанием отделения, палаты, Ф.И.О. больного, вида исследования, даты и подписи медсестры (для стационарных больных).   **Алгоритм действия:**   1. Накануне (вечером) информировать больного о предстоящем исследовании, выдать направление либо подготовленную емкость с наклеенной этикеткой и обучить технике сбора мочи на исследование: Утром пред сбором мочи произвести подмывание наружных половых органов 2. Собрать среднюю порцию мочи: вначале выделить небольшую порцию мочи в унитаз, задержать мочеиспускание, затем собрать в емкость 50-100 мл мочи и остатки её выпустить в унитаз. 3. Оставить в санитарной комнате в специальном ящике (в амбулаторных условиях доставить мочу в лабораторию). |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 2.10.2020 | 1. Постовой медицинской сестре обеспечить доставку материала на исследование в лабораторию до 800 часов. 2. Полученные из лаборатории результаты исследований подклеить в историю болезни (амбулаторную карту).   **Примечание:**   1. Если больной в тяжелом состоянии или находиться на постельном режиме – подмывание больного и сбор мочи на исследование производится медицинской сестрой. 2. Если у больной в этот момент менструация, то исследование мочи переносится на другой день. В экстренных случаях взятие мочи производится катетером.     **3.Подготовка больного к сдаче мочи по Зимницкому**  **Подготовка пациента:**  − Выпить не менее 1.5-2.0 л. жидкости в течение суток  − Исключить мочегонные средства  − Нельзя сдавать анализ при диарее и несахарном диабете  **Правила сбора**   1. Подготовить 8 чистых сухих банок. Подписать емкости (указать Ф.И.О., дата, отделение № палаты, время сбора порции и объем в мл. обязательно). 2. Первое мочеиспускание в 6 ч. Утра в унитаз. 3. банка – мочеиспускание с 6 до 9 часов (собирать всю мочу только в эту банку) 4. банка – 9.00 – 12.00 5. банка – 12.00 – 15.00 6. банка – 15.00 – 18.00 7. банка – 18.00 – 21.00 8. банка – 21.00 – 24.00 9. банка – 24.00 – 3.00 10. банка – 3.00 – 6.00   **Примечание:** Если во время сбора порции мочи нет, емкость доставляется в лабораторию пустой в обязательном порядке с указанием времени.  **4.Алгоритм подготовки больного к экскреторной урографии.**  **Правила подготовки к исследованию:**  − Исключить за день до исследования газообразующие продукты питания;  − Накануне исследования вечером очистительная клизма (1,5—2,0 л воды);  − Не ужинать (по возможности);  − Утром легкий завтрак обязателен.  **Для исследования с внутривенным контрастным усилением необходимо:** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 2.11.2020 | 1. отсутствие аллергической реакции на йодсодержащие препараты; 2. биохимический анализ крови (уровень креатинина, мочевины) давностью не более 1 недели; 3. установленный периферический или центральный венозный катетер. При наличии исследований предыдущих этапов наблюдения необходимо представить данные исследования врачурентгенологу   **4.Подготовка больного к УЗИ обследованию.**   1. За день до обследования исключить газообразующие продукты (молоко, капусту, чёрный хлеб, бобовые, свежие овощи и фрукты, сладкие блюда). 2. На ночь выпить адсорбент (дозировка по назначению врача); 3. Прийти на обследование с наполненным мочевым пузырём (за 1 час до обследования нужно выпить 500мл воды). 4. При себе иметь пелёнку и салфетки, воду - 1л. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 3.11.2020 | **Тема: Сестринский уход за больными с заболеваниями крови**  **1.Алгоритм взятия крови вакутейнером.**  **Оснащение:** вакуумная система с иглой, спиртовые шарики (спирт – 70%), маска, перчатки, жгут, клеёнчатая подушечка, салфетка, кожный антисептик, стерильная вакуумная пробирка с надписью фамилии пациента.   1. Надеть маску, тщательно вымыть руки проточной водой с мылом, обработать кожным антисептиком, надеть перчатки, обработать их спиртовым шариком или антисептиком для перчаток. 2. Усадить пациента на стул или уложить на кушетку. 3. Освободить руку от одежды до середины плеча. 4. Попросить пациента максимально разогнуть руку в локтевом суставе, под локоть положить клеёнчатую подушечку. 5. Проверить упаковку вакуумной системы на целостность, срок годности (если держатель многоразовый, вскрыть упаковку с иглой и насадить её на держатель), вскрыть упаковку с вакуумной системы. 6. Наложить жгут на среднюю треть плеча.   **Правила наложения жгута:**  • концы жгута должны смотреть вверх;  • жгут накладывается на плечо через салфетку или одежду;  • пульс на лучевой артерии должен прощупываться (рука не должна бледнеть или синеть – пережимаются только вены, артерии свободны).   1. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак (поработать кулачком). 2. Прощупать вену и встать по ходу вены. 3. Дважды обработать кожу спиртовыми шариками движениями снизу вверх вначале 10х10см и вторым шариком 5х5см по ходу вены. 4. Попросить пациента сжать кулак и зафиксировать вену первым пальцем левой руки, оттягивая кожу вниз. 5. Придерживая держатель срезом иглы вверх параллельно вене, под острым углом к коже проколоть кожу. 6. Продолжая фиксировать вену, слегка изменить направление иглы к вене и осторожно проколоть вену. Возникает ощущение попадания в пустоту (провала). 7. Зафиксировать держатель, слегка прижав его к руке пациента вторым пальцем правой руки. 8. Надеть держатель на иглу в пробирке, в пробирку потечёт кровь. 9. Снять жгут. Пациент при этом разжимает кулак 10. Извлечь из держателя пробирку с кровью, поставить в штатив. 11. На место прокола приложить спиртовой шарик и извлечь иглу, придерживая кожу. Запомните! Сначала снять жгут, дать крови отток, а затем извлечь иглу! 12. Попросить пациента перехватить ватный шарик свободной рукой и согнуть руку в локте на 5 минут, резко не вставать и посидеть 5 – 10 минут в процедурном кабинете. 13. . Держатель освободить от иглы. Иглу поместить в ёмкость (контейнер) № 2 с дез. раствором для игл (если держатель многоразовый). Если держатель одноразовый, то после процедуры его также помещают в ёмкость № 2 для игл. |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 3.11.2020 | После дезинфекции держатели и иглы помещаются в жёлтый мешок «Б» для утилизации. Ватный шарик поместить в 3% раствор самаровки или ему идентичный на 1 час,   1. Снять перчатки вымыть руки. 2. Отметить в медицинской карте и в процедурном листе о выполнении процедуры. 3. Отправить пробирку вместе с направлением в лабораторию.   **2.Неотложная помощь при носовом кровотечении**   1. Усадить больного 2. Успокоить 3. Прижать пальцем крыло носа к носовой перегородке 4. Голову держать прямо, не допускать запрокидывание головы 5. Положить холод на переносицу (лед из холодильника, замороженные продукты, комок снега, мокрое холодное полотенце) 6. Ввести в носовой ход ватный тампон, смоченный в 3% перекиси водорода или аминокапроновой кислоте 7. Извлечь тампон можно через 10-15 минут Если все вышеописанные мероприятия не имеют успеха, то следует ввести в носовой ход небольшой кусочек гемостатической губки. Извлекать ее впоследствии не надо. 8. Обеспечить покой пострадавшему 9. После прекращения кровотечения следует обратиться к врачу для более детального обследования причин, вызвавших данное состояние |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 4.11.2020 | **Тема: Сестринский уход при заболеваниях щитовидной железы**  **1.Алгоритм взятия крови на гармоны вакутейнером**   1. Пригласить и проинформировать пациента, получил согласие на проведение процедуры. 2. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки. 3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 4. Собрал систему вакуумного забора крови Vacuette. 5. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту. 6. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 7. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента, надел очки. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком**.** 8. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции (вкола). 9. Провел пунктирование вены. Вставил пробирку в держатель до упора. Ослабил жгут, как только кровь начала поступать в пробирку. 10. Извлек пробирку после прекращения тока крови из держателя. Вынул держатель с иглой из вены, предварительно приложив к месту венепункции ватный шарик, или спиртовую салфетку. Пробирку поставил в штатив. 11. Вакутейнер сбросил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий, класса «Б», ватные шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б», пинцет и лоток погрузил в емкости для дезинфекции, обработал очки, жгут. 12. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 13. Запись в манипуляционный журнал, личная подпись, дата и время проведения.   **2.Диета при заболеваниях щитовидной железы**  Количество потребляемой воды не должно быть чрезмерным, но и строго ограничивать его нельзя  – оптимальным объемом считается 1,5−2 л в день (по согласованию с лечащим врачом). |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 4.11.2020 | **Основные принципы правильного питания при этом заболевании включают следующее:**  − сбалансированное питание,  − богатое витаминами,  − потребление продуктов содержащих йод,  − увеличение содержания клетчатки в пище,  − снижение количества соли.  **Разрешены следующие продукты:**  − свежие овощи и фрукты;  − сухофрукты: чернослив и курага способствуют уменьшению запоров  – частого явления при гипотиреозе;  − нежирное мясо и рыба;  − морепродукты;  − морская капуста;  − кисломолочные продукты, особенно творог;  − отруби: они являются главным поставщиком клетчатки;  − свежевыжатые соки: свекольный или морковный, а также яблочный. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 5.11.2020 | **Тема: Сестринский уход за больными при сахарном диабете**  **1.Подкожное введение инсулина**   1. Доброжелательно и уважительно представился 2. Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, получил его согласие 3. Вымыл руки на гигиеническом уровне 4. 3Надел чистые перчатки и обработал кожным антисептиком. 5. Подготовил лотки, пинцеты, ватные шарики и инсулиновый шприц. 6. Упаковки от них поместил в пакет для отходов класса «А» 7. Часть шариков залил спиртом, часть оставил сухими. 8. Обработал пробку флакона с инсулином шариком со спиртом и сухим шариком. 9. Набрал в шприц воздух на столько делений, сколько предстоит набрать инсулина, ввел воздух во флакон, перевернул шприц и флакон и набрал инсулин. 10. Поменял иглу и выпустил воздух, не снимая колпачка с иглы. 11. Положил шприц в стерильный лоток и обработал перчатки кожным антисептиком. 12. Дважды обработал кожу пациента ватными шариками со спиртом и высушил место инъекции сухим ватным шариком. 13. 1Взял шприц с инсулином, снял колпачок с иглы, сделал одной рукой кожную складку, а другойввел под углом 450 шприц с инсулином. 14. Отпустил кожную складку и, надавив на поршень, ввел инсулин. 15. Через 3-4 секунды извлек иглу, прикрыв место инъекции сухим ватным шариком. 16. Иглу поместил в иглоотсекатель. 17. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в пакет для отходов класса «Б» 18. Лотки и пинцеты замочил в дезрастворе. 19. Запись в манипуляционный журнал, личная подпись, дата и время проведения.   **2.Алгоритм определения уровня глюкозы с помощью глюкометра.**   1. Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, получил его согласие 2. Вымыл руки на гигиеническом уровне 3. Подготовить спирт и ватный тампон или спиртовую салфетку. 4. Объяснить пациенту ход процедуры. 5. Перед непосредственным измерением необходимо проверить, чтобы код на флаконе и на тест-полоске совпадали с кодом на дисплее глюкометра. Если наблюдаются различия, то необходимо перекодировать прибор. 6. Перед процедурой провести обработку рук 7. Надеть нестерильные перчатки. 8. Помассировать палец пациента перед тем, как брать кровь из пальца. Обработать палец пациента ватным тампоном, смоченным спиртом или спиртовой салфеткой. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 5.11.2020 | 1. Отрегулировать и натянуть пружину ручки. 2. Приложить к коже ручку для прокола или проколоть кожу скарификатором. Забор крови осуществляется краями тестполоски, а не плоскостью. Поэтому каплю необходимо подносить именно к краю тест-полоски. 3. Вставить в прибор тест-полоску с кровью пациента, после чего он самостоятельно включится. Приблизительно через 10 секунд измерение завершено. На дисплей выводится результат измерения (прибор сохраняет этот результат). 4. Вытащить использованную тест-полоску, затем прибор выключится самостоятельно. 5. После проведения исследования использованную тест-полоску утилизировать в емкость для сбора медицинских отходов класса Б. 6. Зафиксировать спиртовую салфетку (вату) на пальце пациента, где был осуществлен прокол. 7. Снять перчатки, утилизировать для медицинских отходов класса «Б». 8. Провести обработку рук 9. Запись в манипуляционный журнал, личная подпись, дата и время проведения.   **3.Алгоритм определения сахара в моче с помощью тест полоски Глюкометр**  **Подготовка к процедуре:**   1. Емкость под мочу необходимо тщательно промыть. Контейнер для сбора должен быть чистым и сухим, без следов моющего средства 2. Моча свежесобранная и тщательно перемешанная 3. Тест полоски на сахар в моче нужно погружать не сгибая, так, чтобы индикаторы полностью закрывались жидкостью.   **Выполнение процедуры:**   1. Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, получил его согласие 2. Вымыл руки на гигиеническом уровне 3. Собираем мочу в емкость 4. Извлекаем из тубуса тест-полоску, после чего сразу же его плотно закрываем 5. Опускаем на 2-3 секунды в мочу полоску 6. Осторожно вынимаем 7. . Удаляем остатки мочи легким постукиванием о край емкости 8. Выкладываем полоску на ровную сухую поверхность 9. Ждём 45-90 секунд (не более 2 минут) 10. Сравниваем окраску индикатора с цветовой шкалой на тубусе или пенале и оцениваем результат.   **Окончание процедуры:**   1. После проведения исследования использованный индикатор утилизировать в емкость для сбора медицинских отходов класса Б. 2. Снять перчатки, утилизировать для медицинских отходов класса «Б». 3. Провести обработку рук |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 6.11.2020 | **Тема:"Сестринский уход за больными при аллергических заболеваниях"**  **1.Алгоритм оказания помощи при анафилактическом шоке.**   1. Прекратить введение аллергена. Вызвать врача и скорую помощь через третье лицо. В зависимости от пути попадания необходимо:   а) Прекратить парентеральное введение ЛС, наложить жгут выше места инъекции на 25 мин (каждые 10 мин ослабляют жгут на 1—2 мин)  б) При подкожном и внутримышечном введении препарата, вызвавшего шок, обколоть крестообразно место инъекции 0,3 - 0,5 мл раствора адреналина (1 мл 0,1% раствора адреналина развести в 10 мл физиологического раствора).   1. Положить холод на место инъекции. 2. Отметить время попадания аллергена в организм, появления жалоб и первых клинических проявлений аллергической реакции. 3. Уложить больного в горизонтальное положение с приподнятым ножным концом. Тепло укрыть. Положить голову на бок, выдвинуть челюсть вперед при западении языка. Все действия должны быть выполнены максимально быстро.   Если выше перечисленные меры выполнены, приступить к выполнению дальнейших мероприятий:   1. Оценить состояние пациента, жалобы. Измерить пульс, артериальное давление (АД). Оценить характер одышки, распространенность цианоза. Провести осмотр кожных покровов и слизистых. При снижении АД на 20% от возрастной нормы - заподозрить развитие анафилактической реакции. 2. Немедленно ввести 0,3-0,5 мл 0,1% раствор адреналина на физиологическом растворе (в/м в переднюю или латеральную часть бедра). При сохраняющейся гипотонии повторное введение адреналина в прежней дозе через 20 минут до 3 раз в час, максимально до 2 мл. Раннее распознавание и немедленное внутримышечное введение адреналина остается основой лечения анафилактического шока. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 6.11.2020 | 1. Обеспечивают доступ для внутривенного введения, после чего начинают коррекцию артериальной гипотонии и восполнение объема циркулирующей крови с помощью введения солевых растворов (изотонического раствора хлорида натрия - 500-1000 мл.) При невозможности обеспечить введение данного объема через одну вену, рекомендовано проводить инфузии в 2 - 3 вены одновременно. 2. Глюкокортикоиды: преднизолон в дозе 90-150 мг (для взрослых) в/в струйно или эквивалентные дозы его аналогов. 3. При сохраняющейся артериальной гипотензии, после восполнения объема циркулирующей крови, подкожно или внутримышечно взрослым вводят в дозах 0,3- 1 мл 1 % раствора мезатона.   **2.Противошоковая укладка и инструкции по оказанию медицинской помощи при анафилактическом шоке**  **д**олжны быть в каждом помещении, где осуществляются инвазивные процедуры (в процедурных кабинетах, перевязочных, операционных, манипуляционных лечебных отделений, в кабинетах рентгеноконтрастных исследований диагностических отделений, в стоматологических кабинетах).   1. Спиртовая салфетка - 1 шт - Применяется для обработки места инъекции 2. Р-р кеторолакатрометамина (кетанов) 30мг/мл - 1 - Применяется как обезболивающее средство 3. Р-р кордиамина 250мг/мл – 1 амп. - Применяется для стимуляции сердечной и дыхательной деятельности 4. Р-р дексаметазона 4мг/мл – 1 амп - Применяется как противовоспалительное и противошоковое средство 5. Шприц 5 мл – 1 шт - Для проведения инъекций 6. Состав–описание – 1 7. Футляр контейнер - 1- Для защиты содержимого от внешних воздействий |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 7.11.2020 | **Тема: Зачет**  **1.Алгоритм постановки лечебной клизмы.**  За 20-30 минут до постановки лекарственной клизмы необходимо пациенту сделать очистительную клизму!  **Цель:** введение в кишечник лекарственных веществ.  **Показания:**  - метеоризм;  - при необходимости оказать местное воздействие на прямую кишку (при воспалительных и язвенных процессах);  - введение лекарственных веществ общего воздействия.  **Противопоказания:**  - кишечное кровотечение;  - злокачественные образования в прямой кишке;  - выпадение прямой кишки;  - кровоточащий геморрой;  - боли в животе неясного генеза.  **Оснащение:** грушевидный баллон емкостью 100-200 мл или шприц Жанэ, стерильная газоотводная трубка, шпатель, вазелин, салфетки, перчатки, клеенка, пеленка, туалетная бумага, ширма, если процедура выполняется в палате, емкости с дезрастворами, лоток, емкость для водяной бани, водный термометр, мерный стакан, отвар ромашки (или др), клеенчатый фартук.  **Алгоритм**   1. Подготовка к манипуляции. 2. Приготовить все необходимое. 3. Провести психологическую подготовку пациента (см. выше) и получить его согласие. 4. Отгородить пациента ширмой (если процедуру проводят в палате). 5. Отмерить нужное количество раствора и подогреть на водяной бане до t - 38 °С. 6. Набрать в грушевидный баллон или шприц Жанэ 50-100 мл подогретого раствора. 7. Надеть перчатки, фартук. 8. Постелить клеенку с пеленкой под пациента. 9. Уложить пациента на левый бок с согнутыми в коленях и приведенными к животу ногами (или лежа на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами)П. Выполнение манипуляции. 10. Шпателем взять вазелин и смазать закругленный конец газоотводной трубки на расстоянии 15-20 см. . Ввести газоотводную трубку в прямую кишку на расстояние 15-20 см. 11. Взять грушевидный баллон, выпустить из него воздух и подсоединить к газоотводной трубке. 12. Медленно ввести лекарственный раствор. |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 7.11.2020 | **III. Окончание манипуляции.**   1. Перегнуть газоотводную трубку и, не разжимая грушевидный баллон, отсоединить его от газоотводной трубки. 2. Через салфетку извлечь газоотводную трубку и поместить ее и грушевидный баллон в дезраствор. 3. Помочь пациенту занять удобное в постели положение, укрыть его одеялом и напомнить, чтобы он лежал в постели не менее 1 часа. 4. Убрать пеленку и клеенку с последующей их обработкой. 5. Снять перчатки и фартук и погрузить их в дезраствор. 6. Вымыть и осушить руки. 7. Сделать отметку о проведенной манипуляции в медицинской документации.   **2.Алгоритм постановки газоотводной трубки.**  **Цель:**  - удаление газов из кишечника.  **Показания:**  - метеоризм.  **Противопоказания:**  - кишечное кровотечение;  - острые воспалительные или язвенные процессы в толстой кишке или в области заднего прохода;  - злокачественные образования в прямой кишке;  - трещины в области заднего прохода;  - выпадение прямой кишки;  - кровоточащий геморрой.  **Оснащение:**стерильная газоотводная трубка, вазелин, клеенка, клеенчатый передник, перчатки, стерильный пинцет, пеленка, судно или лоток с водой, стерильные салфетки, емкости с дезраствором, емкость для отработанных материалов, ширма (при выполнении процедуры в палате), туалетная бумага, шпатель.  **Алгоритм манипуляции:**  **Этапы**  **I. Подготовка к манипуляции.**   1. Приготовить все необходимое. 2. Подготовить пациента и получить его. 3. Отгородить пациента ширмой (если процедуру проводят в палате). 4. Надеть перчатки, фартук. 5. Постелить клеенку с пеленкой под пациента. 6. Уложить пациента на левый бок с согнутыми в коленях и приведенными к животу ногами (или лежа на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами).   **П. Выполнение манипуляции.**   1. Шпателем взять вазелин и смазать закругленный конец трубки на расстоянии 15-20 см. 2. Взять в правую руку газоотводную трубку на расстоянии 4-5 см от закругленного ее конца как «писчее перо», а свободный (расширенный) конец трубки перегнуть и зафиксировать 4-м и 5-м пальцами правой руки. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 7.11.2020 | 1. Раздвинуть ягодицы 1-м и 2-м пальцами левой руки и вращательными движениями правой рукой осторожно ввести трубку на глубину: - 5-8 см у детей до 1 года; - 8-10 см от 1 до 3-х лет; - 10-15 см от 3 до 7 лет; - 20-30 см старшим детям и взрослым, ставив наружный конец не менее 10см. 2. Опустить свободный конец трубки в судно или лоток с водой. 3. Укрыть пациента одеялом и оставить его на 1 час. 4. Снять перчатки и погрузить их в дезраствор. 5. Вымыть и осушить руки. 6. Каждые 15-20 минут проводить наблюдение за пациентом (общее состояние, отхождение газов). III. Окончание манипуляции. 7. Надеть перчатки. 8. Осторожно через салфетку извлечь газоотводную трубку и поместить их в дез. раствор. 9. Провести дез. обработку использованного судна или лотка. 10. Обтереть анальное отверстие салфеткой с последующей её дезинфекцией. 11. Убрать клеенку и пеленку с последующей их обработкой. 12. Снять перчатки и фартук и погрузить их дезраствор. 13. Вымыть и осушить руки. 14. Сделать отметку о проведенной манипуляции в медицинской документации.   Примечание:при скоплении в кишечнике плотных каловых масс введение газоотводной трубки затруднено, поэтому в таких случаях необходима постановка микроклизмы с глицерином или ромашкой. |  |  |