Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный медицинский

университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

**Д Н Е В Н И К**

**Преддипломной практики**

По профессиональному модулю:

«Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах»

Междисциплинарный курс «Сестринская помощь при различных заболеваниях и состояниях»

студента (ки) 408 группы

специальности 34.02.01 Сестринское дело

очной формы обучения

ФИО Гревцова Анастасия Алексеевна

Преддипломная практика проходила в форме ЭО и ДОТ с 12.05.2020 по 08.06.2020

ЭО – электронное обучение

ДОТ – дистанционные образовательные технологии

Руководители практики:

Бодров Юрий Иванович

Филенкова Надежда Леонидовна

Овчинникова Татьяна Вениаминовна

Красноярск, 2020

**Инструктаж по технике безопасности**

1. *Общие требования безопасности:*

* Медсестра палатная обязана:
* Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка;
* Выполнять инструкции по ОТ;
* Владеть приемами оказания первой медицинской помощи при поражении электрическим током;
* Немедленно докладывать непосредственному руководителю о каждом несчастном случае, связанном с работой.
* Персонал отделения должен быть обеспечен санитарно-гигиенической одеждой.
* В отделении должны соблюдаться правила пожарной безопасности.
* Прием пищи и курение на рабочем месте запрещается.
* К самостоятельной работе медсестры допускаются лица с оконченным средним медицинским образованием.

1. *Требования безопасности перед началом работы:*

* Надевать санитарно-гигиеническую одежду, сменную обувь, медицинскую шапочку.
* Подготовить рабочее место: проверить наличие дезинфицирующих растворов и мыла, приготовить инструменты и инвентарь.
* Перед включением электрооборудования провести внешний осмотр. При обнаружении неисправности немедленно о них заведующей.

1. *Требования безопасности во время работы:*

* При проведении манипуляций с больным:
* Провести гигиеническую обработку рук.
* Надеть стерильные перчатки, маску.
* Запрещается оставлять пациента без наблюдения.
* Соблюдать меры предосторожности в работе с колющими инструментами.
* После проведения манипуляции:
* Провести обработку рабочего стола.
* Снять перчатки и средства индивидуальной защиты.
* Обработать руки.

1. *Требования безопасности по окончании работы:*

* Привести в порядок рабочее место, подвергнуть дезинфекции инструментарий.
* Утилизацию отходов производить в специальных мешках.
* Снять санитарно-гигиеническую одежду и убрать ее в отведенное место.

Подпись проводившего инструктаж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Печать ЛПУ

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  12.05 | Содержание работы  **Сбор мочи на общий анализ:**  1.Собирается вся утренняя порция мочи сразу после сна.  2.Моча собирается в чистую сухую непищевую посуду (лучше всего - в специальную посуду для сбора мочи)  3.За 2 – 3 дня до исследования следует (по возможности) исключить из рациона пищевые продукты, изменяющие цвет мочи (свекла, черника, морковь).  4.Анализ не назначается на дни менструации.  5.Накануне вечером посуду для сбора мочи ополоснуть изнутри кипящей водой, затем емкость перевернуть и поставить на бумажную или х/б салфетку до утра.  6.Утром перед сдачей мочи женщинам необходимо провести туалет наружных половых органов по направлению спереди назад слабым мыльным раствором.  7.После гигиенических процедур начать мочеиспускание в чистую посуду для мочи.  8.Передать собранную мочу с направлением постовой медсестре (в лабораторию).  **Измерение артериального давления:**  1. Усадить или уложить пациента в зависимости от его состояния. 2. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца. 3. Подложить валик или кулак под локоть пациента. 4. Наложить манжету тонометра на плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба (между манжеткой и рукой пациента должен свободно проходить палец).  5.Найти пальпаторно на локтевой аптерии пульсацию, приложить фонендоскоп. 6.Соединить манжету с тонометром. 7. Нагнетать постепенно воздух баллоном до исчезновения пульсации +20-30 мм ртутного столба сверх того. 8.С помощью вентиля баллона снижать постепенно движение в манжетке, приоткрыв вентиль большим и указательным пальцами правой руки против часовой стрелки. 9.Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона - это систолическое давление. 10. Отметить по шкале на тонометре прекращение последнего громкого тона, при постепенном снижении давления - это диастолическое давление.11. Для получения точных результатов измерить давление 3 раза на разных руках  12. Взять минимальное значение А\Д и записать данные в лист динамического наблюдения. | оценка |
|  | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Сбор мочи на общий анализ | озн | |  | Измерение артериального давления | озн | |  | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   **Проведение дезинфекции предметов ухода за больными:**  1.Надеть защитную спецодежду (халат, водостойкий фартук, маску),провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 2. Подготовить емкость для дезин­фекции с плотно прилегающей крышкой и маркировкой, убедиться, что она правильно промаркирована: прочитать название, концентрацию раствора, цель использования. 3. Залить в емкость дезинфици­рующий раствор нужной концен­трации. Указать на бирке емкости название, концентрацию приготовленного раствора, дату, время приготовления, фамилию приготовившего раствор. 4. Погрузить предмет ухода в дезинфицирующий раствор сразу по­сле использования и очистки так, чтобы раствор находился на 5-10 см выше предмета. 5. Снять фартук, перчатки, сбросить в емкость для дезинфекции. 6.Выдержать в соответствии с ме­тодическими указаниями по приме­нению соответствующего дез.раствора. 7.Надетьчистые перчатки, фар­тук.8. Промыть предмет ухода проточ­ной водой.9. Высушить предмет ухода и хранить в специально отведенном месте. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  13.05 | Содержание работы  **Сбор кала на скрытую кровь:**  1. В течение 3 суток из рациона питания пациента исключают продукты, содержащие железо, йод и бром: мясо и мясные изделия, рыбу и рыбные изделия, все зеленые овощи и фрукты, все овощи, окрашенные в красный цвет, гречневую кашу, а также продукты, травмирующие слизистую оболочку рта (карамель, орехи, сушки, сухари). Не рекомендуется чистить зубы щеткой, для поддержания гигиены полости рта пациенту предлагают раствор натрия гидрокарбоната или калия перманганата. 2. На период подготовки излечения исключают (и предупреждают об этом пациента) препараты, содержащие микроэлементы железа, йода и брома. 3. Определяют день забора кала и в этот день с 6.00 до 7.00 необходимо опорожнить кишечник в горшок, избегая попадания в него мочи, а затем палочкой положить небольшое количество кала в пузырек (примерно половину пузырька). 4. Отправляют кал на исследование.  **Кормление пациента через зонд:**  1.Ввести назогастральный зонд (если он не введен заранее). 2.Перевести пациента в положение Фаулера. 3. Проветрить помещение. 4. Подогреть питательную смесь на водяной бане до 38–40 оС. 5. Вымыть руки. 6. Набрать в шприц Жанэ питательную смесь (300 мл). 7. Наложить зажим на дистальный конец зонда. 8. Соединить шприц зондом, подняв его на 50 см выше туловища пациента, чтобы рукоятка поршня была направлена вверх. 9. Снять режим с дистального конца зонда и обеспечить постепенный ток питательной смеси.10. При затруднении прохождения смеси использовать поршень шприца, смещая его вниз.Внимание! 300 мл питательной смеси следует вводить в течение 10 мин!. После опорожнения шприца пережать зонд зажимом. 11. Над лотком отсоединить шприц от зонда. 12. Присоединить к зонду шприц Жанэ емкостью 50 мл с кипяченой водой. 13. Снять зажим и промыть зонд под давлением. 14. Отсоединить шприц и закрыть заглушкой дистальный конец зонда. 15. Прикрепить зонд к одежде пациента безопасной булавкой. 16. Помочь пациенту занять комфортное положение. 17. Вымыть руки. 18. Сделать запись о проведении кормления. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Кормление новорожденных из рожка:**  1.Объяснить маме цель и ход процедуры. 2.Вымыть и осушить руки. 3.Залить в рожок необходимое количество свежеприготовленной жидкой пищи. 4.Надеть соску на бутылочку. 5.Проверить скорость истечения смеси и температуру, капнув на тыльную поверхность своего лучезапястного сустава. 6.Расположить ребёнка на руках с возвышенным головным концом. 7.Покормить малыша, следя за тем, чтобы во время кормления горлышко бутылочки постоянно и полностью было заполнено смесью. 8.Подержать ребёнка в вертикальном положении 2 - 5 минут. 9.Положить ребёнка в кроватку на бок (или головку повернуть на бок).10.Снять с бутылочки соску, промыть соску под горячей проточной водой, обезжирить в течение 30 минут в 2% растворе соды, подогретом до 500 С, промыть проточной водой. 11.Соски поместить в кастрюлю «Для кипячения сосок» и стерилизовать кипячением в течение 30 минут с момента закипания.12.Хранить в той же ёмкости под крышкой, слив воду. 13.Бутылочки промыть под горячей водой и стерилизовать кипячением в течение 30 минут с момента закипания.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Сбор кала на скрытую кровь | озн | |  | Кормление пациента через зонд | озн | |  | Кормление новорожденного из рожка | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  14.05 | Содержание работы  **Утренний туалет тяжелобольного пациента: умывание**  1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры, получить его согласие. 2.Вымытъ и осушить руки. 3.Придать пациенту положение Фаулера, накрыть ему грудь пеленкой. 4.Взять в руки полотенце, половину его смочить в ёмкости с теплой водой, отжать. 5. Протереть полотенцем или рукавичкой лоб, веки, щеки, нос, подбородок, шею пациента. 6. Осушить второй половиной полотенца лицо и шею пациента в той же последовательности мягкими про­мокательными движениями. 7. Снять пеленку с груди пациента, положить в мешок для использованного белья. 8. Помочь пациенту занять удобное положение. Убе­диться, что он чувствует себя комфортно.9. Продезинфицировать предметы ухода за больным. 10.Вымыть и осушить руки 11. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.  **Уход за подключичным катетером:**  1.Следить, чтобы катетер был постоянно закрыт пробкой (заглушкой)2. Кожу, в месте введения катетера, ежедневно обрабатывать антисептическим раствором.3.Ежедневная смена асептической повязки 4. Перед подключением системы для введения растворов необходимо: -опустить головной конец (убрать подушку), -попросить пациента повернуть голову в противоположную от катетера сторону и задержать дыхание, -снять заглушку, присоединить к катетеру стерильный шприц, разрешить дышать, натянуть поршень шприца на себя, до появления крови, -попросить задержать дыхание, отсоединить от катетера шприц и подсоединить канюлю капельницы, разрешить дышать в подключичную вену ,чтобы убедиться, что катетер находится в вене. 5. После введения растворов - промыть катетер раствором гепарина (0,5 мл гепарина т.е 2500 ЕД на 5,0мл изотоническогораствора)6. Отключение системы производится при опущенном головном конце и задержке дыхания пациента.7. Если в течение суток внутривенная инфузия не производилась, в подключичный катетер вводится раствор гепарина в той же дозе (гепариновый замок). | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Введение капель в глаза:**  1. возьмите лекарственное средство, прочитайте его название и проверьте срок годности. 2. объясните пациенту или маме ход процедуры 3. усадите или уложите пациента 4. вымойте руки5. Примечание: при выделениях из глаз предварительно проведите туалет: возьмите 2 стерильных шарика, смочите в 0,02 р-р фурацилина, отожмите излишки фурацилииа в лоток для использованного материала, помойте влажным шариком глаза ребенку от наружного угла к внутреннему, положите отработанные шарики в лоток для использованного материала.6. Наберите в пипетку нужное количество капель.7. Попросите пациента слегка запрокинуть голову и посмотреть вверх.8.Прижмите 2 пальцем левой руки ватный шарик к коже и оттяните нижнее веко вниз. Закапайте в нижнюю конъюнктивальную складку 2-3 капли лекарства ближе к внутреннему углу глаза.9. Попросите пациента закрыть глаза.10. Промокните остатки капель. 11. Погрузите пипетку в 3% р-р хлорамина на 60 минут; лоток в 3% раствор хлорамина на 60 минут.12. ватные шарики в 3% раствор хлорамина на 60 минут.13. Обработать руки на гигиеническом уровне.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Утренний туалет тяжелобольному | озн | |  | Уход за подключичным катетером | озн | |  | Введение капель в глаза | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  15.05 | Содержание работы  **Смена постельного белья поперечным способом:**  1. Простыню скатывают валиком по ширине на 2/3.  2. Просят санитарку приподнять пациента, поддерживая его за спину и плечи.3. Убирают подушки, скатывают валиком грязную простыню к спине пациента.4. Чистую простыню раскатывают валиком к спине пациента.5. Подкладывают подушки в чистых наволочках, опускают пациента на подушки.  6. Просят санитарку приподнять пациента в области таза.  7. Скатывают грязную простыню с освободившейся части кровати и раскатывают чистую, кладут пациента.8. Просят санитарку приподнять ноги пациента.9. Убирают с кровати грязную простыню, раскатывают до кон­ца чистую.10. Чистую простыню со всех сторон подворачивают под матрац.  11. Меняют пододеяльник, укрывают пациента.  **Обработка послеоперационных швов:**  1.Срезать бинт, снять повязку (присохшие слои бинта отмочить 3% раствором перекиси водорода или 0,1-0,5% раствора калия перманганата) и положить их в емкость для использованного материала. 2.Обработать кожу вокруг раны или швов 10% раствором "Аквазан" (1% р-р "Иодопирон") или спиртом.3.При наличии отделяемого на кожу вокруг раны нанести тонкий слой цинковой мази.4.Смыть эфиром клеол, оставшийся после ранее проведенной перевязки.5.Закрепить салфетки на ране с помощью клеола, лейкопластыря или бинтовой повязки.  6.Используемые при манипуляции в ране инструменты и материалы поместить в лотки с дезинфецирующим раствором.  7.Отвести больного на каталке или сопроводить его в палату. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка:**  Информировал маму о проведении процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел  перчатки.3. Обработал пеленальный стол, снял перчатки,  обработал руки и надел стерильные перчатки.4. Уложил ребенка на пеленальном столике. 5. Хорошо растянул края пупочной ранки пальцами и капнул в нее раствор 3% перекиси водорода.6. Удалил образовавшуюся «пену» стерильной ватной палочкой движение изнутри кнаружи.  7. Обработал ранку палочкой, смоченной 70%  спиртом, затем кожу вокруг ранки (от центра к  периферии).8. По необходимости обработал ранку (не  затрагивая кожу) перманганатом калия с  помощью ватной палочки. Можно обрабатывать  ранку пенкообразующими антисептиками  (лифузоль).9. Запеленал ребенка и передал его маме.  отработанный материал поместил в емкость для отходовкласса «Б».10. Обработал пеленальный столик. 11. Снял перчатки, поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Смена постельного белья поперечным способом | озн | |  | Обработка послеоперационных швов | озн | |  | Обработка пупочной ранки новорожденного | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  16.05 | Содержание работы  **Обучение пациентов правилам проведения ингаляций:**  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. Продемонстрируйте пациенту выполнение процедуры, используя ингаляционный баллончик без лекарственного вещества. 5. Усадите пациента.6. Снимите с мундштука баллончика защитный колпачок. 7. Поверните баллончик с аэрозолем вверх дном.8. Встряхните баллончик. 9.Сделайте спокойный глубокий выдох. 10. Плотно обхватите мундштук губами.11. Сделать глубокий вдох и одновременно со вдохом нажать на дно баллончика.12. Задержать дыхание на 5- 10 секунд (задержать дыхание, сосчитав до 10, не извлекая мундштука изо рта).13. Извлечь мундштук из полости рта.14. Сделать спокойный выдох. 15. Прополоскать рот кипяченой водой. 16. Закройте ингалятор защитным колпачком.17. Вымойте руки.18. Сделайте соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинский документ.  **Приготовление перевязочного материала:**  1. Шарики готовят из кусочков марли размером: малые - 6\*7 см, средние - 8\*9 см, большие 11\*12 см и 17\*17 см. Нарезанные кусочки марли складывают так: наружные края заворачивают внутрь, складывают пополам, обертывают вокруг указательного пальца, образуют кулек, внутрь которого заворачивают свободные концы. Получается кусочек марли свернутый клубочком - "пухлый шарик". Шарики складывают в марлевые мешочки по 50 шт.2. Салфетки, сложенные в 4 - 8 слоев, готовят из кусков марли размером: малые - 10\*15 см, средние - 30\*40 см и большие - 60\*40 см. Края срезанной марли заворачивают внутрь, складывают вдвое по длине, а затем по ширине и связывают по 9 штук десятой салфеткой.3. Турунды делают из кусков бинта шириной 5 см и длинной 40 – 50 см. Концы бинта подворачивают внутрь на 1 – 1,5 см и затем складывают до соприкосновения, а затем еще раз и для закрепления протягивают через край стола. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Обучение пациента правилам проведения ингаляций | озн | |  | Приготовление перевязочного материала | озн | |  | Обработка кожи новорожденному ребенку | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   **Обработка кожи новорожденному ребенку:**  1. Объяснил маме цель и ход процедуры,  приготовил оснащение.2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки.3. Раздел ребенка, лежащего в кровати (поочередно различные части тела).4. Смочил мягкую салфетку теплой водой или кожным антисептиком, слегка отжал.5. Протер кожу ребенка в следующей последовательности: за ушами, шею, спину, ягодичную область, переднюю часть грудной клетки, подмышечные и паховые складки, складки на руках и ногах. 6. Затем сухим полотенцем насухо осушил кожу в том же порядке.  7. Переодеть ребенка в чистую одежду. 8. Использованные одноразовые салфетки поместил в емкость для отходов класса «Б», полотенце – в мешок для грязного белья.  9. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для  сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую  обработку рук. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  18.05 | Содержание работы  **Подача кислорода пациенту:**  1.Заполнить подушку кислородом.2.Закрыть зажим на трубке и присоединить маску или мундштук.  3.Наложить на нее смоченную водой или пеногасителем салфетку.4.Поднести воронку ко рту пациента на расстояние 4-5 см и подать кислород.5.Путем передвижения ползунка на зажиме установить скорость подачи газовой смеси в пределах 4-5 л/мин.6.Если пациент вдыхает кислород носом, то выдох производится через рот, в тех случаях, когда вдох выполняется ртом, выдох делается носом.7.Длительность процедуры составляет 15 минут, при необходимости подача газа повторяется спустя 10-15 мин.  4 этап.8. Завершающим действием будет отсоединение мундштука или маски от кислородной подушки и замачивание переходника в дезсредстве.9. В эту же емкость с целью дезинфекции замачивается салфетка.  Во время пользования, с целью предотвращения утечки газа во внешнюю среду, рекомендуется прекращать его подачу путем закрывания зажима или вентиля. Недопустимо попадание кислорода на кожные покровы или слизистые оболочки пациента, в противном случае могут появиться ожоги.  **Предстерилизационная очистка инструментов:**  1.Промывание проточной водой после дезинфекции.  2.Замачивание в моющем растворе при полном погружении изделия в разобранном виде с заполнением всех каналов и полостей на 15–60 минут в зависимости от применяемого средства.3.Мойка каждого изделия в моющем растворе ершом или ватно-марлевым тампоном в течение 0,5–1 минуты (обращаем внимание на температуру раствора моющего средства, если данное условие оговаривается в инструкции по применению моющего средства). 4.Ополаскивание проточной водой в течение времени, предусмотренного инструкцией к применяемому средству (раковина для ополаскивания инструментов не должна применяться для мытья рук медицинского персонала).5.Ополаскивание дистиллированной водой с последующей сушкой горячим воздухом. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Антропометрия:**  1.Уложить (усадить) ребенка.2.При измерении окружности головы сантиметровая лента проходит через затылочный бугор сзади, над ушами и по надбровным дугам спереди.  3.При измерении окружности груди сантиметровую ленту накладывают сзади по нижним углам лопаток, под мышками, спереди - по соскам.4.По ленте фиксировать результат.5.Записать данные в медицинскую документацию и сообщить родителям.6.Сравнить результаты измерения с данными центильной таблицы.  7.Обработать сантиметровую ленту дез. раствором, ополоснуть под проточной водой, просушить.8.Вымыть и высушить руки.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подача кислорода пациенту | озн | |  | Предстерилизационная очистка инструментария | озн | |  | Антропометрия | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  19.05 | Содержание работы  **Измерение водного баланса у пациента:**  1.Убедиться, что пациент сможет проводить учет жидкости. 2. Объяснить пациенту необходимость соблюдения обычного водно-пищевого и двигательного режима. 3.Убедиться, что пациент не принимал диуретики в течение 3 дней до исследования.4. Дать подробную информацию о порядке записей в листе учета водного баланса. Убедиться в умении заполнять лист.5. Объяснить примерное процентное содержание воды в продуктах питания для облегчения учета введенной жидкости (учитывается не только содержание воды в пище, но и введенные парентеральные растворы. Твердые продукты питания могут содержать от 60 до 80% воды. Учету количества выделенной жидкости подвергаются не только моча, но и рвотные массы, испражнения пациента.  6. Объяснить, что в 6.00 часов необходимо выпустить мочу в унитаз.7. Собирать мочу после каждого мочеиспускания в градуированную емкость, измерять диурез.8. Фиксировать количество выделенной жидкости в листе учета.  **Изготовление дренажей:**  1. Возьмите кусок трубки длиной 20-30см и с одного конца сделайте ряд противостоящих друг другу отверстий по спирали на расстоянии 6-8мм но не более внутреннего диаметра трубки.2. Выберите форму дренажа в зависимости от назначения, ибо определенная форма способствует фиксации дренажа и создает необходимые условия для аспирации.3. Для придания дренажу необходимой формы в его просвет вводят металлическую проволоку, автоклавируют, после чего резиновый дренаж сохраняет приданную ему форму.4. Для приготовления марлевых дренажей (тампонов) используют бинты и марлю. В качестве дренажей используют средние тампоны. Тампоны изготавливают из куска марли длиной 5м.  5. При необходимости длительного дренирования готовят полоски резины, нарезая их из перчаток.6. Для приготовления комбинированного резиново-марлевого дренажа марлевый тампон в средней его части окутывают слоем перчаточной резины, которую фиксируют к марле узловыми швами. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Проведение контрольного взвешивания ребенка:**  1. Подготовить весы для взвешивания ребенка.  2. Взвесить ребенка (согласно алгоритму манипуляции «Антропометрия детей раннего возраста»).  3. Записать результат взвешивания.  4. Отдать ребенка матери на кормление, создав благоприятные условия для кормления.  5. После кормления повторно взвесить ребенка.  6. Из второго веса ребенка вычесть его первоначальный вес. Разница между ними и есть количество высосанного молока ребенком.7. Остатки молока мать должна сцедить из груди, которой кормила ребенка.  8. Протереть весы ветошью смоченной хлорамином.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Измерение водного баланса у пациента | озн | |  | Изготовление дренажей | озн | |  | Контрольное взвешивание ребенка | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  20.05 | Содержание работы  **Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции:**  1.Объяснить цель и последовательность предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры (если пациент в сознании).2.Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки.3.Накрыть стерильный стол и подготовить необходимое оснащение.4.Помочь врачу подготовиться к процедуре (обработка рук, надевание стерильной одежды).5.Провести по назначению врача премедикацию.6.Доставить пациента в процедурный кабинет.7. Измерить пациенту артериальное давление и пульс. Манжетку оставить на руке.8.Уложить на спинку стула подушку. Помочь пациенту сесть лицом к спинке стула. Попросить его положить обе руки на подушку. 9.Попросить пациента наклониться в сторону, противоположную той, где намечена манипуляция. Попросить пациента положить руку со стороны манипуляции на противоположное плечо. 10.Ассистировать врачу при проведении пункции (обработка операционного поля, проведение анестезии, подача инструментария, сбор материала на исследование).  11.Следить за состоянием пациента во время процедуры.  12.Наложить стерильную повязку после проведения процедуры.13.Транспортировать пациента в палату на каталке. Обеспечить наблюдение за состоянием пациента в течение 2-3 ч после пункции.14.Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразовых предметов медицинского назначения. Вымыть и осушить руки.15.Доставить пробирки с материалом и направлением в лабораторию. 16.Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Складывание в биксы операционного белья, одежды, перчаток, перевязочного материала:**  1. Вымыть руки, осушить.2. Проверить исправность бикса.  3. Надеть перчатки, маску.4. Приготовить ёмкость С 1% раствором хлорамина, ветошь.5. Обработать бикс изнутри (от середины бикса постепенно переходя на боковые поверхности и внутреннюю часть крышки) снаружи дезраствором последовательно (от наружной крышки боковых поверхностей и дна бикса) двукратно, разной ветошью.6. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором.7. Снять маску, вымыть руки, вытереть насухо.8. Открыть сетку бикса (если бикс без фильтра). Отверстия бикса должны оставаться открытыми до конца стерилизации.9. Выстелить салфеткой дно и края бикса без фильтра так, чтобы она свисала на 2/3' высоты бикса.10. Поместить на дно бикса индикатор стерильности.11. Уложить перевязочный материал послойно, секгорально, вертикально, рыхло.12. Поместить индикатор стерильности в центральную часть бикса.13. Накрыть салфеткой, свисающей с краев бикса, весь уложенный материал.14. Поместить поверх салфетки под крышку бикса индикатор стерильности.  15. Закрыть крышку бикса на замок, привязать к ручке бикса бирку, написать на бирке название отделения, название укладки, дату укладки и поставить подпись ответственного за укладку. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Пеленание:**  1.Укладываем малыша на пеленку так, чтобы с левой стороны край полотна был меньше (если вам удобно начинать запеленывать с правой стороны, тогда правая сторона должна быть короткой), а верхняя часть ушек детки совместилась с верхней кромкой пеленки.2. Придерживая правую ручку младенца на животе, начинаем запеленывать левый (короткий) край полотна.3. Когда пеленка закроет живот малыша, продолжайте придерживать руку младенца сверху полотна. Вам необходимо хорошо натянуть верхнюю кромку пеленки и заправить левый ее край сзади малыша.4. Вы видите, что запеленатая рука может двигаться под тканью. Теперь правый край полотна. 5.Придерживаем левую ручку малыша на животике, берем правый край полотна за верхнюю кромку, чтобы лучше натянуть его. 6.Ведем полотно к бедру малыша и заправляем за попку. Расправляем нижнюю часть пеленки - левый и правый край растягиваем один от другого. 7.Нижнюю кромку полотна ведем наверх и фиксируем ее над руками, если пеленка большого размера. Либо фиксируем нижнюю кромку под руками, если малыш уже подрос. Если у вас хватает нижнего края для фиксации только на уровне ног.8.По очереди заправляем за спинку сначала правый край. Не забывайте ткань хорошо расправлять, чтобы складочки не мешали малышу. Левый край пеленки пропускается за спину и выходит на животе. 9. После этого расправляем пространство пеленки в области ног, чтобы ими можно было двигать по желанию.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции | озн | |  | Складывание в биксы операционного белья, одежды, перчаток, перевязочного материала | озн | |  | Пеленание | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  21.05 | Содержание работы  **Проведение дуоденального зондирования:**  1.Объяснить ход процедуры, получить согласие на процедуру.  2. Проинформировать пациента, что исследование проводится утром, натощак.3.Дать пациенту накануне исследования легкий ужин, исключить продукты, вызывающие метеоризм. На ночь поставить грелку на область правого подреберья и дать выпить стакан очень сладкого чая.4. Уточнить у пациента рост и вес.5. Провести гигиеническую обработку рук с дополнительной обработкой кожным антисептиком, надеть маску, стерильные перчатки.6. Усадить пациента на стул и попросить наклонить голову слегка вперед, положить на грудь и шею пациента полотенце или салфетку. В руки пациенту дать лоток для сбора вытекающей слюны и салфетку.7. Достать из пакета стерильный зонд и положить в стерильный лоток; сделать отметки на зонде через каждые 10 см (9 отметок).8.Взять зонд в правую руку на расстоянии 10-15 см от оливы, левой рукой поддерживать свободный конец зонда. Слепой конец зонда с оливой опустить в емкость с физиологическим раствором для смачивания. 9.Предложить пациенту открыть рот, положить слепой конец зонда с оливой на корень языка и ввести в глотку. Попросить пациента дышать через нос и делать глотательные движения. 10.Продвигать зонд при каждом глотательном движении в желудок до 5 метки. Проверить попадание зонда в желудок – подсоединить шприц к свободному концу и извлечь желудочное содержимое. В шприце должен быть слегка мутный кислый желудочный сок. Наложить на свободный конец зажим.11.Попросить пациента походить медленно по кабинету в течение 15-20 минут (для ускорения прохождения оливы через привратник), и постепенно ввести зонд до 7-ой метки.12.Уложить пациента на кушетку без подушки на правый бок, под таз подложить валик или подушку, под правое подреберье – грелку.13. Предложить пациенту медленно заглатывать зонд до 9-ой метки.14.Снять зажим, опустить свободный конец зонда в одну из пробирок, стоящих на штативе на низкой скамейке рядом с кушеткой. В пробирку поступает светло-желтая жидкость щелочной реакции – это порция А илидуоденальная желчь. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  Собрать всю порцию А (до 40 мл), перекладывая зонд поочередно из пробирки в пробирку.15. После прекращения вытекания порции А, уложить пациента на спину и ввести стимулятор через зонд, используя шприц как воронку. Наложить зажим на свободный конец зонда на 10-15 минут. 16.Уложить пациента на правый бок также, как и для сбора порции А, снять зажим, опустить свободный конец зонда в пробирки поочередно и собрать вытекающую густую, темно-оливкового цвета желчь из желчного пузыря – это порция В или пузырнаяжелчь. Может выделиться до 60 мл желчи.17.Переложить зонд в следующие пробирки, когда начнет выделяться прозрачная, золотисто-желтая желчь. Это порция С или печеночная желчь. Может выделиться до 20 мл порции С.18.Извлечь зонд, дать пациенту прополоскать рот водой, обтереть кожу вокруг рта салфеткой. Уточнить самочувствие пациента. При удовлетворительном самочувствии отпустить пациента.19.Промыть зонд дезинфицирующим раствором и замочить в емкости с дезинфицирующим раствором не менее чем на 60  минут.20.Подвергнуь дезинфекции весь использованный инструментарий, перчатки.21.Вымыть и высушить руки .22.Отправить в лабораторию все пробирки, сопроводить их направлением.23.Пациент в течение 30-40 минут после процедуры не должен употреблять резко контрастную пищу, не заниматься сухоедением.24. При неприятных ощущениях в области желудка обеспечить пациенту покой. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Обработка рук хирургическим современным методом:**  1.Мойте руки в течение одной минуты, используя жидкое моющее средство.2.Тщательно высушите руки одноразовым бумажным полотенцем.3.С помощью локтевого дозатора нанесите на руки кожный антисептик.4.В течение 3-5 минут втирайте кожный антисептик маленькими порциями, обрабатывая сначала кисти, затем предплечья и локти. 5.Продолжайте обрабатывать предплечья и кисти, затем только кисти. Руки должны оставаться влажными в течение всего времени обработки. Вторую порцию антисептика втирайте до полного высыхания.6.После обработки сушите руки естественным путем, не используя полотенца или электросушилки. Наденьте медицинские перчатки на полностью сухие руки.  **Мытье рук:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Проведение дуоденального зондирования | озн | |  | Обработка рук хирургическим современным методом | озн | |  | Мытье рук | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   1.Поочередно круговыми движениями потрите ладонь кончиками пальцев противоположной руки.2.Потрите ладонью о ладонь.3.Потрите левой ладонью по тыльной стороне правой кисти и наоборот.4.Тщательно обработайте промежутки между пальцами.5.Возьмите руки в замок и потрите тыльной стороной согнутых пальцев по ладони другой руки и наоборот.  6.Поочередно круговыми движениями потрите большие пальцы рук. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  22.05 | Содержание работы  **Постановка очистительной клизмы:**  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры  и получить его согласие, если пациент контактен.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску,  фартук, перчатки.3. Извлек кружку Эсмарха из упаковки, упаковку поместил в емкость для сбора отходов класса «А».4. При помощи запорного устройства перекрыл удлинительную трубку, заполнил мешок-емкость 1,5 л. воды, предварительно измерив ее температуру при помощи водного термометра. Подвешал кружку на штативе, на уровне одного метра от пола. Горловину мешка плотно закрыл крышкой. 5. Открыл запорное устройство и удалил воздух из системы, закрыл запорное устройство, закрепил трубку на штативе.  6. Положил адсорбирующую пеленку на кушетку так, чтобы она свисала в таз, попросил пациента принять правильное положение, оголить ягодицы. При необходимости помог пациенту.7. Снял колпачок с дистального конца трубки, сбросил в отходы класса «А». Облил дистальный конец трубки вазелиновым маслом.  8. Раздвинул ягодицы и осторожно ввел дистальный конец  трубки в прямую кишку: вначале по направлению к пупку  на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см.  9. Открыл запорное устройство на системе и ввел необходимое количество жидкости, оставив на дне мешка  немного воды, закрыл кран, регулирующий поступление  воды.10. Извлек дистальный конец трубки из прямой кишки через салфетку или туалетную бумагу.11. Попросил пациента в течение 10 минут полежать на спине, удерживая воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно.12. Погрузил систему, адсорбирующую пеленку в емкость для сбора отходов класса «Б».13. Снял фартук, провел его дезинфекцию, снял перчатки, поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б».14. Провел гигиеническую обработку рук.  15. После дефекации пациента, убедился, что процедура  проведена успешно. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Надевание стерильного халата и перчаток на себя:**  1. Проверить бирку стерилизации бикса.2. Бикс закрепить на подставке и приоткрыть крышку.3. Обработать руки одним из способов.4. Открыть бикс ножной педалью подставки.  5. Не касаясь поверхности бикса, извлечь полотенце и осушить руки.6. Обработать руки стерильной салфеткой, смоченной спиртом.7. Проверить качество стерилизации белья, достав индикатор.8. Развернуть края пеленки, выстилающей внутреннюю поверхность бикса.9. Извлечь халат, развернуть его изнаночной стороной к себе, следя за тем, чтобы наружная поверхность стерильного халата не коснулась соседних предметов и вашей одежды.10. Взять халат за края ворота так, чтобы левая кисть была прикрыта халатом, и осторожно набросить его на правую руку и предплечье.11. Правой рукой с уже надетым стерильным халатом взять халат за левый край ворота так, чтобы правая кисть была прикрыта халатом, и вдевают левую руку.12. Медицинская сестра вытягивает руки вперед и вверх, а санитарка подходит сзади, берет халат за тесемки, натягивает и завязывает их. 13. Медицинская сестра сама завязывает тесемки у рукавов своего стерильного халата, обернув 2 – 3 раза обшлаг рукава.14. Сестра берет стерильный пояс из кармана халата и развертывает его, держа на расстоянии 30 – 40 см от себя, таким образом, чтобы санитарка смогла сзади захватить оба конца пояса, не касаясь стерильного халата и рук сестры, и завязать его.15. Маску сестра прикладывает к лицу и удерживает ее за концы тесемок так, чтобы санитарка сзади смогла захватить тесемки и завязать их. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  Без посторонней помощи медицинская сестра надевает стерильные перчатки: Развернуть упаковку с перчатками.  Попросить санитарку подать стерильное масло.Взять правую перчатку двумя пальцами левой руки за отворот так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки. Держать ее вертикально.Сомкнуть пальцы правой кисти и ввести ее в перчатку.Разомкнуть пальцы правой кисти и натянуть перчатку на пальцы, не нарушая ее отворота. Завести под отворот левой перчатки пальцы правой кисти, одетой в перчатку. Держать левую перчатку пальцами правой руки вертикально. Надеть перчатку на левую руку.Расправить пальцами отвороты на перчатках в начале на левой, затем на правой, натянув их на рукава.Перчатки обработать шариком, смоченным в спирте, расправляя их на руках.  **Обработка волосистой части головы при гнейсе:**  1.Объяснить маме цель и ход прове­дения процедуры.  2.Подготовить оснащение.3.Обработать руки гигиеническим способом, надеть стерильные резиновые перчатки.4.Усадить или уложить ребенка на столикэ5.Ватным тампоном, обильно смоченным маслом, обработать волосистую часть головы промокательными дви­жениями в местах локализации гнейса.6.Положить на обработанную поверх­ность марлевые салфетки и надеть шапочку (минимум на 2 часа).7.Передать ребенка маме. Убрать пе­ленку и поместить ее в мешок для грязного белья, столик обработать.8.Через 2 часа провести гигиениче­скую ванную, во время мытья осто­рожно удалить корочки.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка очистительной клизмы | озн | |  | Надевание стерильного хала и перчаток на себя | озн | |  | Обработка волосистой части головы при гнейсе | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  23.05 | Содержание работы  **Постановка гипертонической клизмы:**  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры,  получил согласие, если пациент контактен.  2. Приготовил гипертонический раствор, подогрев его на  водяной бане, измерил температуру раствора водным  термометром, 38°С.3. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки.4. В грушевидный баллон набрал гипертонический раствор 100-150 мл.  5. Положил адсорбирующую пеленку на кушетку. Попросил пациента принять правильное положение.  6. Обработал перчатки антисептическим раствором.  7. Извлек газоотводную трубку из упаковки и облил  вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной  трубки.8. Ввел газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 20-30 см.9. Выпустил остатки воздуха из баллона. Присоединил к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввел набранный раствор.10. Отсоединил, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  11. Марлевой салфеткой провел туалет анального отверстия, у женщин обязательно по направлению кзади. Напомнил пациенту, что эффект наступит через 20-30 минут.12. По окончании процедуры адсорбирующую пеленку газоотводную трубку, марлевые салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Флакон из-под гипертонического раствора поместил в емкость для сбора отходов класса «А».13. Грушевидный баллон поместил в емкость для дезинфекции.14. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.15. После дефекации пациента, убедился, что процедура проведена успешно. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Проведение премедикации:**  Утренняя премедикация проводится за 30 – 40 мин до операции (перед экстренными операциями можно за 15 – 20 мин):1. Больному предлагают справить свои физиологические потребности, снять часы, съемные протезы, кольца, бреют операционное поле сухим методом.2. В постели больному вводят в/м лекарственные вещества или их сочетания.  **Сбор мочи на анализ у детей:**   1. Вымойте руки с мылом. 2. Тщательно подмойте ребенка и высушите кожу в области половых органов. Высушить кожу промежности необходимо для того, чтобы надежно приклеить мочеприемник к коже.Возьмите мочеприемник и снимите с него упаковку. Освободите клейкую поверхность от защитной пленки.Положите ребенка на спину и раздвиньте ножки. Мочеприемник поверните так, чтобы нижняя часть клейкой поверхности была обращена к анальному отверстию. Нижняя часть не окружена кольцом и имеет небольшую выемку для заднепроходного отверстия.Если у вас мальчик, то в отверстие мочеприемника опустите половой орган с мошонкой. Прижмите клейкую поверхность у корня полового члена и к коже промежности. Полиэтиленовый резервуар направьте вверх. Если у вас девочка, то сначала приклейте мочеприемник между анальным отверстием и большими половыми губами, а затем к коже промежности, захватывая половые губы. Резервуар разместите между ножек. После того, как ребенок помочится, аккуратно отклейте мочеприемник и слейте мочу из резервуара в емкость для сдачи анализа в лабораторию.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка гипертонической клизмы | озн | |  | Проведение премедикации | озн | |  | Сбор мочи на анализ у ребенка | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  25.05 | Содержание работы  **Постановка масляной клизмы:**  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры  и получить его согласие, если пациент контактен.  2. Приготовил масло, подогрев его на водяной бане, измерил температуру раствора водным термометром, 38°С. 3. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску,перчатки.4. В грушевидный баллон набрал масло 100-200 мл. 5. Отгородил пациента ширмой, положил адсорбирующую клеенку на постель. Попросил пациента принять правильное положение.6. Обработал перчатки антисептическим раствором. 7. Извлек газоотводную трубку из упаковки и облил вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  8. Ввел газоотводную трубку на глубину 20-30 см.  9. Выпустил остатки воздуха из баллона. Присоединил к  газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввел набранный раствор.10. Отсоединил, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  11. Марлевой салфеткой провел туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади. Напомнил пациенту, что эффект наступит через 10-12 часов. Адсорбирующую пеленку оставил под пациентом.  12. По окончании процедуры газоотводную трубку, марлевые салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Флакон из-под масла поместил в емкость для сбора отходов класса «А».13. Грушевидный баллон поместил в емкость для дезинфекции. 14. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 15. После дефекации убедился, что процедура прошла  успешно. | оценка |
|  | Содержание работы  **Пользование стерильным биксом:**  1. Извлечь бикс из мешка и поместить на столик или подставку.2. Обработать руки гигиеническим уровнем и надеть маску.3. Убедиться в герметичности бикса (закрыта крышка и у бикса без фильтра закрыты отверстия для прохождения пара).4. Проверить на бирке бикса наличие отметки о стерилизации.5. Открыть крышку бикса. 6.Стерильным корнцангом (пинцетом) достать первый индикатор.7. Убедиться в изменении цвета индикатора.8. Стерильным корнцангом (пинцетом) раскрыть края пеленки так, чтобы они не касались наружной поверхности бикса.9. Стерильным корнцангом (пинцетом) достать второй и третий индикатор. 10. Убедиться в изменении цвета индикатора.  11. Стерильным корнцангом (пинцетом) достать необходимый материал или инструментарий из бикса.12. Закрыть края пеленки стерильным корнцангом (пинцетом).13. Закрыть крышку бикса.14. Сделать отметку на бирке о вскрытии бикса (дата, время, подпись).  **Применение присыпки:**  Положить ребенка на левое предплечье и кисть руки: если это мальчик – животом вниз;если это девочка – спинкой, обязательно придерживая левой рукой за ножку.Подмыть под проточной водой, используя марлевые салфетки.Девочек подмывать только движениями спереди назад.Сбросить салфетки в лоток для использованного материала.Уложив ребенка на пеленальный столик, полотенцем или мягкой пеленкой промокательными движениями хорошо осушить кожу.Смазать при помощи ватных шариков паховые, ягодичныескладки стерильным растительным маслом или детскимкремом.Припудривать присыпкой можно толькочистую сухую кожу без повреждений. Сбросить шарики в лоток для грязного белья.Запеленать (одеть ребенка).  **15**  **3.5**  **Уложить ребенка в кроватку на бок.**  **Убрать пеленку (полотенце) с пеленального столика и поместить ее в мешок для грязного белья.**  **Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезраствором.**  **Снять перчатки, вымыть и осушить руки.**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка масляной клизмы | озн | |  | Пользование стерильным биксом | озн | |  | Применение приыпки | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |
| Дата  26.05 | Содержание работы  **Постановка сифонной клизмы:**  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры  и получить его согласие, если пациент контактен.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску,  фартук, перчатки.3. Поставил таз около кушетки. Положил на кушетку адсорбирующую пеленку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод.4. Попросил пациента принять правильное положение, при необходимости помог пациенту.5. Вскрыл упаковку с толстым зондом, и воронкой.Обработал перчатки антисептическим раствором.6. Взял в руку зонд, смазал слепой конец зонда вазелиновым маслом. Ввел закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см.7. Присоединил воронку к другому концу зонда, держал ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента.  8. Налил в воронку 0,5-1 л воды. Емкость с чистой водой  стоит так, чтобы в нее не попали брызги промывных вод.  Поднял воронку выше ягодиц так, чтобы вода ушла в  кишечник до устья воронки.9. Опустил воронку ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнила воронку полностью.  10. Слил воду из воронки в приготовленную емкость (при  необходимости в лабораторную посуду для исследования).  Промывание повторял до чистых промывных вод, с  использованием не более 10-12 л воды.11. Отсоединил воронку, оставил зонд в кишечнике на 10-20  минут. Воронку погрузил в емкость для дезинфекции.  12. Извлек зонд из кишечника через салфетку или туалетную бумагу. Помог пациенту провести туалет анального отверстия. У женщин обязательно кзади.  13. Промывные воды слил в канализацию. Адсорбирующую пеленку сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б».14. Все использованные емкости подверг дезинфекции. Обработал рабочие поверхности и фартук.15. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. | оценка |
|  | Содержание работы  **Накрытие стерильного стола:**  Манипуляционный стол накрывается перед началом смены на 6 часов.Медицинская сестра надевает чистые: халат, перчатки, четырехслойную маску, косынку.  Готовится рабочий дезинфицирующий раствор (3% раствор хлорамина, 6% раствор перекиси водорода, 1% раствор вапусана, о,5% раствор бианола, аламинол 5% раствор).Дезинфицирующий раствор наливается в емкость с маркировкой «дезинфекция манипуляционного стола».Берется ветошь с маркировкой «манипуляционный стол».Стол протирается двукратно с интервалом 15 мин. при всех инфекциях и на 30 мин. при туберкулезе рабочим дезинфицирующим раствором.Стол протирается сверху вниз и в одном направлении. После протирания поверхность стола должна высохнуть.К ножке стола с тыльной стороны, слева прикрепляется бирка, на которой проставлены дата, час и роспись медицинской сестры накрытия стола.Манипуляционный стол только продезинфицирован и не накрывается стерильными простынями, поэтому все изделия медицинского назначения кладутся на стол или в упаковках, или в стерильных емкостях (часки Петри, лотки, стеклянные банки). Изделия, выложенные на стол, стерильны 6 часов. Изделия однократного применения кладутся в упаковках после их обработки дезинфицирующими растворами (2-х кратное протирание с интервалом 15 мин.),затем обрабатывается бикс. Бикс перед вскрытием протирается 2-х кратно с интервалом 15 мин., при туберкулезе 30 мин. рабочим дезинфицирующим раствором. На бирке проставляется дата, час и роспись медицинской сестры вскрытия бикса.  При вскрытии бикса обращается внимание на индикаторы. Индикаторы вместе с изделиями кладутся на манипуляционный стол, если изделия остаются в биксе, то часть индикаторов остается в биксе до тех пор, пока не будут использованы все изделия.  Для вскрытия пакета с одноразовыми изделиями используются стерильные ножницы, которые хранятся в стерильной емкости с 6% раствором перекиси водорода в течение 6 часов. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Работа с кувёзом:**  Перед обработкой кувеза его необходимо выключить, опорожнить водяной бачок увлажнителя, поменять фильтры отверстия кабины, через которое в кувез поступает воздух.Дезинфекцию поверхностей кувезов проводят способом протирания, различных приспособлений - погружением в растворы дезинфицирующих средств по режимам (концентрация раствора, время дезинфекционной выдержки), рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями, выбирая из них наиболее жесткий для данного средства (более высокие концентрации рабочих растворов и более длительное время обеззараживания) с последующим промыванием водой в соответствии с режимами отмыва, рекомендованными для изделий медицинского назначения.  После дезинфекции кувеза остатки дезинфицирующего раствора следует удалить многократным протиранием (смыванием) стерильными салфетками или стерильной пеленкой, обильно смоченными стерильной водой (100 - 150 мл). После каждого смывания необходимо поверхности вытирать насухо. По окончании обработки кувезы следует проветривать в течение времени, рекомендованного для конкретного используемого средства.  Закончив обработку, кувез закрывают крышкой и включают аппарат. Перед тем, как поместить ребенка, увлажняющую систему кувеза заливают стерильной дистиллированной водой.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка сифонной клизмы | озн | |  | Накрытие стерильного стола | озн | |  | Работа с кувёзом | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |
| Дата  27.05 | Содержание работы  **Постановка периферического венозного катетера:**  Вымойте руки.Соберите стандартный набор для катетеризации вены, включая несколько катетеров различных диаметров.Проверьте целостность упаковки и сроки хранения оборудования.Обеспечьте хорошее освещение, помогите пациенту найти удобное положение.Разъясните пациенту суть предстоящей процедуры, создайте атмосферу доверия, предоставьте возможность задать вопросы, определите предпочтения пациента по месту постановки катетера.Приготовьте в зоне легкой досягаемости контейнер для утилизации острых предметов.Вымойте тщательно руки и просушите их.Наложите жгут на 10-15 см выше предполагаемой зоны катетеризации.Попросите пациента сжимать и разжимать пальцы кисти для улучшения наполнения вен кровью.Выберите вену путем пальпации; снимите жгут.Подберите наименьший катетер, учитывая: размер вены, необходимую скорость введения, график проведения внутривенной терапии, вязкость инфузата.Повторно обработайте руки, используя антисептик, и наденьте перчатки.Наложите жгут на 10-15 см выше выбранной зоны.Обработайте место катетеризации кожным антисептиком в течение 30-60 секунд не касаясь не обработанных участков кожи дайте высохнуть самостоятельно( НЕ ПАЛЬПИРУЙТЕ ВЕНУ ПОВТОРНО)  зафиксируйте вену, прижав ее пальцем ниже предполагаемого места введения катетера.Возьмите катетер выбранного диаметра, используя для этого один из вариантов захвата (продольный или поперечный) и снимите защитный чехол. Если на чехле расположена дополнительная заглушка, чехол не выбрасывайте, а держите его между пальцами свободной руки.Убедитесь, что срез иглы ПВК находится в верхнем положении.Введите катетер на игле под углом к коже 15 градусов, наблюдая за появлением крови в индикаторной камере.При появлении крови в индикаторной камере дальнейшее продвижение иглы необходимо остановить. Зафиксируйте иглу-стилет, а канюлю медленно до конца сдвигайте с иглы в вену (игла-стилет полностью из катетера пока не удаляется).Снимите жгут(НЕ ВВОДИТЕ ИГЛУ В КАТЕТЕР ПОСЛЕ СМЕЩЕНИЯ ЕГО С ИГЛЫ В ВЕНУ).  Пережмите вену на протяжении для снижения кровотечения и окончательно удалите иглу из катетера.  **утилизируйте иглу с учетом правил безопасности;**  **в случае если после извлечения иглы, оказалось, что вена утеряна, необходимо полностью извлечь катетер из-под поверхности кожи, затем под контролем зрения собрать ПВК (одеть катетер на иглу), и после этого повторить всю процедуру установки ПВК сначала;**  **снимите заглушку с защитного чехла и закройте катетер, поставив гепариновую заглушку через порт или присоедините инфузионную систему;**  **зафиксируйте катетер на конечности;**  **зарегистрируйте процедуру катетеризации вены согласно требований лечебного учреждения;**  **утилизируйте отходы в соответствии с правилами техники безопасности и санитарно-эпидемиологического режима.** | оценка |
|  | Содержание работы  **Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных:**  Объясните пациенту ход предстоящей процедуры, спросите согласие па проведение процедуры.  Заполните пузырь мелко наколотым льдом, долейте, вытесните воздух завинтите пробку.  Оберните пузырь со льдом полотенцем, и положите на нужный участок тела.Через 20-30 минут обязательно снимите пузырь и сделайте перерыв на 10-15 минут  Уберите пузырь для льда, вылейте воду из него и продезинфицируйте пузырь. Спросите у больного о его самочувствии.Вымойте руки.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка периферического венозного катетера | озн | |  | Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных | озн | |  | Проведение кварцевания | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   **Проведение кварцевания:**  Кварцевание проводится в палатах отделения с помощью стационарных и переносных бактерицидных ламп, после проведения текущей уборки. Предупредить пациентов о предстоящей процедуре. Выкатить кровати с пациентами в коридор. Включить бактерицидную лампу. Через 2 часа выключить бактерицидную лампу и проветрить помещение в течение 15 – 20 минут. Измерить температуру в палате, она не должна быть ниже 18 С. Закатить кровати с пациентами в палату. Проводится ежедневно после заключительной уборки в течение 2 часов, а так же при проведении генеральной уборки этих помещений. По окончании кварцевания помещение необходимо проветрить в течение 15 -20 минут. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  28.05 | Содержание работы  **Сестринская помощь при приступе болей при стенокардии:**  Если боль возникает во время нагрузки – немедленно прекратить её и по возможности удобно без напряжения, сесть с опущенными ногами, обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, расстегнуть затрудняющую дыхание одежду).  Принять 1 таблетку нитроглицерина под язык или впрыснуть под язык (не вдыхая!) 1 дозу спрея нитроминта. В случае отсутствия эффекта повторить: таблетки – с интервалом 3 минуты, спрей – с интервалом 1 минуту.  При наличии повышенных цифр артериального давления (до 170/100 мм рт ст) возможен приём 50 мг метопролола или эгилока (разжевать), меньше каптоприл 25 мг под язык.  **Остановка кровотечения пальцевым прижатием артерии к кости:**  Оценить общее состояние пациента и область ранения.  Придать пациенту положение лёжа или сидя.  Очень плотно прижать артерию четырьмя пальцами выше места кровотечения к кости на 5-10 мин.  Проверить пульсацию ниже места кровотечения.  По истечении времени применить другой способ остановки кровотечения.  Время, пока выполняется пальцевое прижатие, позволяет приготовить необходимые предметы для наложения жгута, закрутки и т.п.  Транспортировать пациента в лечебное учреждение. | оценка |
|  | Содержание работы   1. **Проведение ингаляций ребенку:**   Помыть и осушить руки, надеть перчатки.  Открыть прибор.  Перелить лекарство из контейнера (небулы) или накапать из емкости нужную дозу.Нужный по инструкции объем дополнить физиологическим раствором.  Сборка прибора и проверка работы.  Присоединение мундштука или маски.  Получение согласия от пациентов, как взрослых, так и детей. Нужно объяснить родственнику суть процедуры и порядок ее выполнения.  Придать удобную позу. Ребенка нужно усадить или уложить перед устройством.  Соединить небулайзер и компрессор, включив последний.  Ингаляции небулайзером выполняются до полного расходования препарата. Это период до 30 минут, при котором работу прибора можно прерывать на 5 или 10 минут.  Разобрать устройство и почистить его части. Вымыть мундштук, стакан, маску.  Снова вымыть руки.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Сестринская помощь при приступе болей при стенокардии | озн | |  | Остановка кровотечения пальцевым прижатием артерии к кости | озн | |  | Проведение ингаляций ребенку | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |
| Дата  29.05 | Содержание работы  **Выполнение внутрикожной инъекции:**  1. Предупредил пациента о проведении  манипуляции. Получил согласие на  проведение процедуры, выяснил  аллергоанамнез.2. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки.3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом.Смочил ватные шарики спиртосодержащим  антисептиком. Приготовил стерильный шприц,  положил его в стерильный лоток.4. Подготовил лекарственный препарат: сверился с  листом врачебных назначений, проверил срок  годности лекарственного средства, целостность  ампулы; убедился, что на ампуле то же название,  что и на упаковке, визуально оценил  лекарственное средство на предмет его  пригодности.5. Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу,  набрал дозу лекарственного средства в  приготовленный шприц. Сменил иглу для  инъекции, вытеснил воздух (не снимая  колпачок).6. Придал пациенту удобное положение (сидя).  Пропальпировал место инъекции. Обработал  перчатки спиртосодержащим антисептиком.  7. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции, подождал пока кожа высохнет.8. Зафиксировал левой рукой кожу легким натяжением, обхватив предплечье снизу. Ввел правой рукой иглу, срезом вверх под углом 5 °, только срез иглы. Приподнял кверху срез иглы, левую руку переместил на поршень и ввел  медленно лекарство. На месте инъекции образуется папула в виде «лимонной корочки».Вывел иглу быстрым движением правой руки.9. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б»).10. Снял перчатки, поместил в емкость для сбора  отходов класса «Б». Провел гигиеническую  обработку рук. | оценка |
|  | Содержание работы   1. **Сбор инструментов для плевральной пункции:**   1.Стерильный материал (салфетки, шарики).2. Пункционная игла с переходником.3. Шприц с иглой для местной анестезии.  4. Раствор новокаина 0,25%.5. Кровоостанавливающий зажим.  6. Троакар.7. Скальпель8. Иглодержатель с иглой.9. Лигатуры.  10. Аппарат Боброва.  **Проведение лечебной ванны грудному ребенку:**  1) В стеклянной баночке приготовить р-р перманганата калия (бросить несколько кристаллов в неё, хорошо размешать, если р-р светлый – добавить ещё, довести р-р до тёмного цвета).2) Подготовить ванну как для гигиенической ванны:а) Вымыть ванну или таз (для местной ванны)б) Налить в неё воду, размешать, довести до t° 37°С (измерить водяным термометром).  3) Добавить воду р-р перманганата калия, хорошо перемешать, чтобы не было кристаллов, цвет воды должен быть равномерного цвета  4) Подготовить всё необходимое для пеленания ребёнка после ванны.5) Ребёнка раздеть, опустить в ванну и держать в ванне минут 5-7.6) Выпустить из ванны, кожу вытирать промокая.7) Осмотреть кожу – элементы сыпи (везикулы) обработать, тушируя помазком, смоченным р-ром бриллиантовой зелени.8) Запеленать ребёнка закрытым способом.Ванна с ромашкой проводится так же, только ромашку заваривают в кипятке, затем процеживают и добавляют в ванну.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Выполнение внутрикожной инъекции | озн | |  | Сбор инструментов для плевральной пункции | озн | |  | Проведение лечебной ванный грудному ребенку | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  30.05 | Содержание работы  **Внутривенное капельное введение лекарств:**  Пригласил и проинформировал пациента,  выяснил аллергоанамнез, получил согласие на  проведение процедуры.2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки. 3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом.4. Смочил ватные шарики спиртсодержащим  антисептиком. 5. Подготовил лекарственный препарат (проверил срок годности лекарственного средства,  целостность флакона)  6. Обработал ватным шариком наружную крышку  флакона с лекарственным средством.  Нестерильным пинцетом вскрыл центральную  часть металлической крышки флакона и  обработал резиновую пробку флакона вторым  ватным шариком.  7. Проверил целостность упаковки и срок  стерильности системы для инфузии. Вскрыл  пакет с системой, взял ее в руки.  8. Закрыл зажим на системе, снял колпачок с иглы  для флакона, ввел иглу до упора во флакон.  9. Перевернуть флакон вверх дном и закрепил на  штативе, открыл воздуховод. Заполнил баллон  системы до середины при помощи нажатия на  него.  10. Снял инъекционную иглу с колпачком, положил  в стерильный лоток.  11. Открыл зажим и заполнил капельницу по всей  длине жидкостью до полного вытеснения воздуха  (над лотком).12. Закрыл зажим, присоединил инъекционную иглу с колпачком, вытеснил воздух через иглу, не  снимая колпачка.13. Зафиксировал систему на штативе.  14. Удобно уложил пациента. Положил клеенчатую  подушечку под локтевой сгиб пациенту.  15. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше  локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз  сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  16. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента.  Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену. 17. Надел очки. Обработал перчатки  спиртсодержащим антисептиком.18. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.19. Большим пальцем зафиксировал вену, ниже места венепункции. Ввел иглу в вену. Убедился, что игла в вене. 20. Ослабил жгут, открыл зажим капельницы,убедился, что игла в вене и лекарство не  поступает под кожу.21. Закрепил систему лентой лейкопластыря.Отрегулировал скорость поступления  лекарственного средства.22. В течение инфузии следит за самочувствием пациента.23. После завершения инфузии обработал руки,надел перчатки, закрыл зажим, убрал  лейкопластырь, к месту пункции приложил  ватный шарик и извлек иглу.24. Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут.  25. Использованную иглу сбросил в иглосъемник.  Использованные системы для инфузии, ватные  шарики поместил в ѐмкость для сбора отходов  класса «Б».26. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора  отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы  класса «Г»).  27. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и  очки обработал тканевыми салфетками,  смоченными дезинфицирующим раствором.  28. Использованные лотки и пинцет поместил в  соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  29. Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для  сбора отходов класса «Б».  30. Провел гигиеническую обработку рук. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Туалет гнойной раны:**  2. Снимает старую повязку с помощью пинцетов, вдоль раны, придерживая сухим шариком кожу и не давая ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% р-ре перекиси водорода, а если повязка на кисти или стопе, ее лучше удалять после применения ванны из теплого 0,5% р- ра перманганата калия  3. После снятия поверхностных слоев повязки обильно смачивает внутренний слой 3% р-ром перекиси водорода или раствором любого антисептика, промокшие салфетки осторожно снимает пинцетом  4. Осматривает рану и прилежащие участки  5. Производит туалет кожи вокруг раны марлевыми шариками от краев раны к периферии  6. Меняет пинцет, производит туалет раны (удаление гноя промыванием растворами перекиси водорода или фурациллина  7. При наличии гнойно-некротических процессов производит дренирование раны  8. Накладывает повязку с необходимым препаратом по назначению врача и фиксирует ее. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Введение газоотводной трубки ребенку:**  1. Возьмите правой рукой газоотводную трубку, закругленный конец ее смажьте вазелином или маслом (метод полива).2. Раздвиньте ягодицы ребенка 1-2 пальцем левой руки, правой рукой, вращательными движениями без усилий введите газоотводную трубку в прямую кишку на 8-10 см (для ребенка первых месяцев жизни) так, чтобы наружный конец ее выступал из заднего прохода.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Итог дня: | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Внутривенное капельное введение лекарств | озн | |  | Туалет гнойной раны | озн | |  | Введение газоотводной трубки ребенку | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   3. Опустите наружный конец газоотводной трубки в стакан с водой.4. проверьте отхождение газов по наличию пузырьков в воде.5. Накройте ребенка пеленкой.6. Оставьте газоотводную трубку на 20-30 мин, пока не отойдут газы.7.в течение 30 минут проведите ребенку легкий массаж живота по часовой стрелке через согретую пеленку.8. Через 30 минут осторожно удалите газоотводную трубку из прямой кишки.9. Положите газоотводную трубку в дез.раствор.10. Обработайте после удаления газоотводной трубки окружность заднего прохода марлевым шариком, обработайте кожу в области заднего прохода детской присыпкой или кремом.11. Запеленайте или оденьте ребенка, положите в кроватку.12. Снимите перчатки и погрузите их в 3% р-р хлорамина на 60 минут.  13. Газоотводную трубку замочить в 3% р-ре хлорамина на 60 минут.14. Клеенку протереть двукратно 1% р-м хлорамина,  15. Обработайте руки на гигиеническом уровне. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  1.06 | Содержание работы  **Введение инсулина:**  1. Объясните пациенту цель и ход процедуры и получите его согласие на проведение.2. Проведите деконтаминацию рук на гигиеническом уровне, обработайте их кожным антисептиком, наденьте перчатки.3. Прочитайте надпись на флаконе название, дозу, срок годности, сверьте с листом назначений.  4. Проведите визуальный контроль качества флакончика с инсулином. Обратите внимание на концентрацию препарата, т.е. на число ЕД инсулина в 1 мл.6. Подогрейте флакончик с инсулином до температуры тела 360- 370 С в водяной бане.7. Возьмите инсулиновый шприц в упаковке. Проверьте срок годности и герметичность упаковки. Вскройте упаковку, соберите шприц.8. Вскройте пинцетом металлическую обкатку флакона.9. Обработайте резиновую пробку ватным шариком со спиртом двукратно, отставьте флакончик в сторону, дайте высохнуть спирту.10. Возьмите в руки инсулиновый шприц, оттяните поршень шприца на сколько, сколько ЕД необходимо набрать. При этом в шприц набирается воздух. Количество воздуха должно равно вводимой дозе инсулина.11. Введите набранный Вами воздух во флакон с инсулином.12. Предложите пациенту лечь или сесть.13. Обработайте место инъекции последовательно двумя ватными шариками, смоченными спиртом: вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции. Дайте коже высохнуть.14. Снимите колпачок со шприца, перед введением его выпустите воздух и доведите количество инсулина до нужной дозы.15. Возьмите шприц в правую руку.16. Соберите I и II пальцами левой руки обработанный участок кожи в треугольную складку основанием вниз.17. Введите быстрым движением иглу под углом 300 – 450 в середину подкожно - жирового слоя на длину иглы в основание складки, держа ее срезом вверх.18. Освободите левую руку, опустите складку.  19. Вводите инсулин медленно, проверив, не попала ли игла в кровеносный сосуд.20. Быстрым движением извлеките иглу, приложите сухой стерильный ватный шарик к месту инъекции. Снимите перчатки.21. Накормите пациента.  22. Поместите использованный шприц, ватные шарики, перчатки в КБУ.23. Вымойте и осушите руки. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Остановка артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности в суставе:**  Насильственное сгибание конечности – для остановки кровотечения производят усиленное сгибание в суставах, находящихся выше раны (локтевом, коленном, тазобедренном), фиксируя сильно согнутый сустав в данном положении бинтами. При кровотечении из плечевой или подмышечной артерий оба локтя с согнутыми предплечьями сводят на спине больного и удерживают в таком положении с помощью нескольких оборотов бинта, проходящего горизонтально над мыщелками; эти обороты оттягивают книзу двумя отрезками бинта, которые спускают от локтя к промежности, проводят под нею и поднимают через паховые области снова к локтям, где и прикрепляют к горизонтальным ходам бинта.  **Забор кала на яйца глистов у ребенка:**  1. Взять на исследование свежевыделенный кал непосредственно после дефекации шпателем из нескольких участков 5-10 гр. без примесей мочи и воды в чистую сухую стеклянную посуду.2. Закрыть крышкой.3. Доставить кал в лабораторию в течении 1 часа или в течение 12 часов при хранении в холодильнике (Т 4-6 градусов).4. Спросить о самочувствии пациента или убедиться, что пациент не испытывает неудобств.5. Подвергнуть изделия медицинского назначения многоразового или одноразового использования обработке в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции и предстерилизационной очистке.6. Снять перчатки, поместить в контейнер для отходов класса В.7. Вымыть и осушить руки.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Введение инсулина | озн | |  | Остановка артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности в суставе | озн | |  | Забор кала на яйца глистов у ребнка: | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  2.06 | Содержание работы  **Введение гепарина:**  Объясните пациенту ход проведения манипуляции, получите от него согласие.Наденьте чистый халат, маску, обработайте руки на гигиеническом уровне, наденьте перчатки.Прочитайте название, дозировка в 1 мл раствора гепарина 5 000 ЕД.Посмотрите дату, срок годности – должен соответствовать.Проверить целостность упаковки.  Вскройте упаковку с выбранным шприцом, выложите его в стерильный лоток.Вскройте алюминиевую крышку, обрабатывая её 70 % спиртом двукратно.Произвести расчёт назначенной врачом дозы гепарина. Цена одного малого деления: в 1 мл - 10 делений = 0,1 мл. Если в 1 мл раствора гепарина – 5 000 ЕД, следовательно в 1 малом делении (0,1мл) содержится 500 ЕД. Проколите резиновую крышку флакона, наберите назначенную дозу врачом в шприц.Смените иглу. Выпустите воздух из шприца.  Положите шприц на стерильный лоток, приготовьте 2 ватных шарика, смоченных 70% спиртом.Выберите место для инъекции (осмотрите, пропальпируйте).Обработайте кожу сначала 1м ватным шариком большую зону, затем 2м - место укола и зажмите его в левой руке за мизинцем.  Соберите кожу в складку треугольной формы левой рукой.  Введите иглу в основание складки под углом 45 ° на глубину 1-2 см (на 2/3 иглы), держа шприц в правой руке.  Введите гепарин, надавливая на поршень большим пальцем левой руки.Прижмите место укола ватным шариком и извлеките иглу, придерживая ее за канюлю (сильно надавливать и массировать нельзя).Сбросьте одноразовый шприц и иглу в ёмкости c 3% хлорамином на 60 мин.Снимите перчатки, поместите в ёмкость с дезинфицирующим раствором.Вымойте и осушите руки. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Наложение давящей повязки при венозном кровотечении:**  Непосредственно на кровоточащую рану накладывают стерильный бинт, марлю или чистую ткань. Если используют нестерильный перевязочный материал, на ткань рекомендуется накапать немного настойки иода, чтобы получилось пятно размером больше раны. Поверх ткани накладывают плотный валик из бинта, ваты или чистого носового платка. Валик туго прибинтовывают и при необходимости продолжают надавливать на него рукой. Если это возможно, кровоточащую конечность следует поднять выше тела. При правильном положении давящей повязки кровотечение прекращается и повязка не промокает.  **Подача кислорода через носовой катетер ребенку:**  Вымыть руки, одеть перчатки.  придать ребенку удобное положение.  при необходимости очистить носовые ходы.  измерить глубину введения катетера (от крыла носа до конца уха).взять катетер, как писчее перо, увлажненный водой конец катетера ввести по нижнему носовому ходу до метки.(катетер держать перпендикулярно поверхности лица).катетер введен правильно, если его кончик виден в зеве и находится на 1 сантиметр ниже малого язычка. закрепить наружную часть катетера на щеке.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Введение гепарина | озн | |  | Наложение давящей повязки при венозном кровотечении | озн | |  | Подача кислорода через носовой катетер ребенку | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  3.06 | Содержание работы  **Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке:**  Постараться максимально быстро определить возможный аллерген и не допустить его дальнейшее воздействие. Если был замечен укус насекомого – наложить тугую марлевую повязку на 5-7 см выше места укуса. При развитии анафилаксии во время введения лекарственного средства необходимо экстренно закончить процедуру. Если осуществлялось внутривенное введение, то иглу или катетер категорически нельзя вынимать из вены. Это дает возможность проведения последующей терапии венозным доступом и уменьшает сроки воздействия лекарств.  Пациента переместить на твердую ровную поверхность. Ноги поднять выше уровня головы;  Повернуть голову на бок для избегания асфиксии рвотными массами. Обязательно освободить ротовую полость от посторонних предметов (например, зубных протезов);  Обеспечить доступ кислорода. Для этого сдавливающую одежду на пациенте расстегнуть, двери и окна максимально раскрыть для создания потока свежего воздуха.  При потере пострадавшим сознания, определить наличие пульса и свободного дыхания. При их отсутствии немедленно начать искусственную вентиляцию легких с непрямым массажем сердца. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Применение холода для остановки кровотечения:**  Пузырь, грелку или мешок наполнить на 2/3 холодной водой, льдом или снегом. Ударить ладонью по гипотермическому пакету.Положить мягкую подкладку над проекцией области внутреннего кровотечения, выше или ниже места артериального или венозного кровотечения.На подкладку уложить холод, держать 20-30 мин, снять на 10-15 мин. Детям холод подвешивают над кожей на высоте 2-3 см.Повторять действия, указанные в пункте 3, до остановки кровотечения, контролируя температуру охлаждения.  **Обработка слизистой полости рта при стоматите:**  Объяснить маме / ребёнку цель и ход предстоящей процедуры, получить согласие.2. Усадить ребенка на колени матери, зафиксировать ему руки и голову. 3. Вымыть и осушить руки, одеть перчатки.4. Набрать в стерильный резиновый баллончик 1 из растворов.5. Шпателем открыть рот ребенка.6. Поднести баллончик ко рту ребенка и направить струю жидкости к твердому небу. Мать при этом наклоняет голову ребенка на один, а затем на другой бок.7. Раствор из ротовой полости должен стекать в подставленный лоток.8. Один конец шпателя, или предварительно обработанный палец, обмотать марлевой салфеткой или бинтом. Концы бинта зафиксировать в ладони9. смочить салфетку раствором методом погружения в стакан.10. Шпателем открыть рот ребенку.11. Смачивая слизистую оболочку раствором снять с нее налеты (менять салфетки 2-3 раза).12. Использованный материал собрать в лоток .13. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке | озн | |  | Применение холода для остановки кровотечения | озн | |  | Обработка слизистой полости рта при стоматите | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  4.06 | Содержание работы  **Проведение забора крови из вены на биохимическое исследование с помощью вакутейнера:**  1. Пригласить пациента в процедурный кабинет  2. Объяснить пациенту цель и ход манипуляции  3. Пронумеровать пробирку, посмотреть направление в лабораторию  4. Помочь пациенту занять удобное положение для венепункции  5. Вымыть руки на гигиеническом уровне, обработать кожным антисептиком, надеть стерильные перчатки  6. Подготовить вакуумную систему BD Vacutainer® (состоит из 3 основных элементов, соединяющихся в процессе взятия крови: стерильной одноразовой пробирки с крышкой и дозированным уровнем вакуума, стерильной одньььоразовой двусторонней иглы, закрытой с обеих сторон защитными колпачками, и одно- или многоразового иглодержателя)  7. Подложить под локоть пациенту клеенчатый валик, наложить резиновый жгут в области средней трети плеча, предложить пациенту сжать кулак  8. Взять иглу за цветной колпачок, правой рукой вывернуть и снять белый колпачок  9. Ввернуть в держатель, освободившийся конец иглы в резиновом чехле и завинтить до упора  10. Пропальпировать вену, определить место венепункции  11. Зафиксировать вену большим пальцем левой руки  12. Снять цветной защитный колпачок и ввести иглу в вену  13. Взять держатель левой рукой, а в правую взять пробирку и вставить ее крышкой в держатель. Удерживая выступы держателя указательным и средним пальцами правой руки, большим пальцем надеть пробирку на иглу до упора. Ослабить жгут  14. После заполнения пробирки до необходимого объема извлечь его из держателя  15. Аккуратно перемешать содержимое заполненной пробирки, переворачивая ее необходимое количество раз  16. Доставить бикс с кровью в лабораторию  17. Снять перчатки, вымыть руки  18. Использованные шарики, перчатки выбросить в коробку безопасной утилизации (КБУ) | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Уход за стомами:**  Перед началом процедуры по уходу за кожей вокруг стомы не требуется соблюдения каких-либо стерильных условий, достаточно вымыть руки с мылом и надеть одноразовые перчатки.Аккуратно отклейте адгезивную пластину от кожи, используя антиклей, и положить калоприемник в мусорный пакет.Вымойте кожу вокруг стомы очистителем, который эффективно, но бережно удалит остатки клея от пластины и выделения из стомы.Дайте коже высохнуть.  Если вокруг стомы появились волоски, то их следует срезать ножницами.При необходимости (если появилось раздражение) обработайте участок заживляющим кремом и подождите 15-20 минут.Удалите крем очищающим средством  Дайте коже высохнуть.Если воспаленные участки мокнут, воспользуйтесь абсорбирующим порошком, нанесите на кожу и сдуйте излишки.Сразу обработайте перистомальный участок защитной пленкой для создания тонкого защитного слоя на коже и попадания на нее стомных выделений.Нанесите пасту герметик вокруг стомы или по периметру вырезанного отверстия на пластине.Начиная снизу вверх, приклейте пластину.Прижмите приклеенный калоприемник к телу и подержите так 3-5 минут, для того, чтобы адгезив нагрелся до температуры тела и лучше зафиксировался. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Разведение и введение антибиотиков:**  1.Ознакомился с назначением врача. 2. Пригласил и проинформировал пациента.Выяснил аллергоанамнез. Получил согласие на проведение процедуры.3. Провел гигиеническую обработку рук ,Надел маску.Надел перчатки.4. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом.Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.5. Подготовил шприц к работе. 6. сверил лекарственный препарат с листом  врачебных назначений.Развел антибактериальное средство и набрал лекарственный препарат в шприц:7. обработал наружную крышку флакона с лекарственным препаратом (порошком),вскрыл центральную часть металлической крышки флакона нестерильным пинцетом при ее наличии, обработал резиновую пробку ватным шариком;8. Обработал ампулу с растворителем и вскрыл ее; 9. Набрал в шприц из ампулы необходимое количество растворителя по инструкции  антибактериального препарата; 10. Ввел под углом 90° иглу во флакон с лекарственным средством (порошком), проколов  резиновую пробку, выпустил растворитель во флакон с порошком антибиотика, придерживая канюлю иглы, снял иглу вместе с флаконом с подыгольного конуса, соблюдая инфекционную безопасность, положил шприц в стерильный  лоток, перемешал аккуратно лекарственное средство во флаконе до полного его растворения. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  11. Набрал содержимое флакона (по назначению врача) в шприц, сменил иглу, вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок с иглы, готовый шприц положил в стерильный лоток.12. Придал пациенту удобное положение. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.13. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  14. Ввел иглу под углом 90 градусов к поверхности  кожи, в мышцу и ввел лекарственное средство.  15. Прижал к месту инъекции стерильный ватный  шарик, смоченный антисептиком, быстрым  движением извлек иглу, придерживая канюлю.  16. Снял иглу со шприца при помощи иглосъемника.  Шприц и ватные шарики сбросил в емкость для  сбора отходов класса «Б». Лоток и пинцет  погрузил в емкости для дезинфекции. Пустые  ампулы собрал в емкость для сбора отходов  класса «А» флаконы – отходы класса «Б».  17. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для  сбора отходов класса «Б». Провел  гигиеническую обработку рук.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Проведение забора крови из вены на биохимическое исследование с помощью вакутейнера | озн | |  | Уход за стомами | озн | |  | Разведение и введение антибиотиков | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  5.06 | Содержание работы  **Уход за мочевым катетером:**  Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.  Обеспечить конфиденциальность процедуры.  Опустить изголовье кровати.  Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Надеть перчатки.  Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем.  Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см  Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает.  Осмотреть кожу промежности идентифицируя признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое).  Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута.  Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости.  Снять с кровати пеленку (клеенку с пеленкой) и поместить ее в емкость для дезинфекции.  Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал  Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Снятие повязок с послеоперационной раны:**  Удаление ранее наложенной повязки — производится в нестерильных перчатках с обязательным влажным отделением присохшей текстильной повязки от раны с последующей заменой перчаток на стерильные;  Осмотр раны — проводится визуальный осмотр с целью комплексной клинической оценки состояния раны и течения раневого процесса, выявляются возможные осложнения;  Очистка раны и окружающих тканей — производится удаление остаточного экссудата, антисептическая обработка окружающей рану кожи, при необходимости инструментальное удаление сухих корок, некрозов, фибринозного налета, инородных тел в пределах нежизнеспособных тканей, заключительная обработка раны антисептиками;  Аппликация новой повязки — проводится в стерильных перчатках с обеспечением наиболее полного контакта соответствующей текущему местному статусу повязки без избыточного механического воздействия на рану и обязательным использованием стерильного инструмента;  Фиксация повязки — производится с помощью фиксирующих пластырей (при небольших ранах) или бинтования по правилам десмургии с равномерным распределением давления на область раны. Гидроколл и Гидросорб комфорт — самофиксирующиеся повязки;  После перевязки использованные материалы согласно гигиеническому режиму готовятся к окончательному устранению или повторному использованию;  В заключение проводится гигиеническая дезинфекция рук (Стериллиум). | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Подготовка пациента к диагностическим исследованиям:**  Исследование проводится натощак или не ранее, чем через 1,5-2 часа после легкого завтрака.  3а 2 часа до исследования пациент не должен курить и пить кофе.  Перед исследованием не пользоваться ингаляторами:  - ингаляторы короткого действия (применяются до 4 раз в день) отменяются за б часов до исследования;  - ингаляторы среднего срока действия (обычно применяются 2 раза в день, утром и вечером) отменяются за 12 часов до исследования;  - ингаляторы длительного действия (применяются 1 раз в сутки) отменяются за 24 часа до исследования.  Перед исследованием пациент должен избегать интенсивных физических нагрузок.  На исследование пациенту необходимо прийти за 15-2О минут до начала, чтобы иметь возможность немного отдохнуть.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Уход за мочевым катетером | озн | |  | Снятие повязок с послеоперационной раны | озн | |  | Подготовка пациента к диагностическим исследованиям | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  6.06 | Содержание работы  **Подготовка пациента к операции:**  Уточнить наличие факторов риска развития инфекционных осложнений (ожирение, сахарный диабет, другая значимая сопутствующая патология, прием антибиотиков в недавнем анамнезе (когда, каких и по каким показаниям), недавние госпитализации/операции, наличие хронических инфекций). По показаниям обеспечить проведение исследования микроэкологического статуса/скрининга с целью выбора оптимального режима периоперационной антибиотикопрофилактики.  Вечер накануне операции:  1. Для разгрузки ЖКТ перед операцией больному отменяют ужин, разрешается только питье (за исключением пациентов с сахарным диабетом)  2. Необходимо остричь ногти, сделать очистительную клизму, после чего больной принимает душ с антисептическим мылом; при наличии грибкового поражения обработать ногтевые пластинки 5% спиртовым раствором йода.  Утро перед операцией:  1. Повторно сделать очистительную клизму, после чего больной принимает душ с антисептическим мылом. Удалить волосы в местах предполагаемых разрезов с помощью крема-депилятора (можно использовать одноразовый бритвенный прибор), после чего обработать эти места раствором антисептика  2. Перед операцией больному запрещают есть, пить и пользоваться косметическими средствами | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Приготовление и наложение транспортных шин:**  Накладывать шины непосредственно на месте происшествия;  переносить больного без иммобилизации недопустимо;  снимать обувь, одежду с больного не рекомендуется, так как это не только причиняет боль, но может вызвать дополнительную травму.перед наложением шины разрезать одежду больного по шву (если ее невозможно снять) на месте травмы и осторожно осмотреть.при наличии кровотечения произвести его остановку, наложить асептическую повязку на рану и сделать инъекцию анальгетика.придать поврежденной конечности по возможности удобное физиологическое положение перед наложением шины.накладывая шину, при закрытых переломах (особенно нижних конечностей) производить легкое и осторожное вытяжение поврежденной конечности по оси, которое следует продолжать до полного окончания наложения повязки; иммобилизовать шиной два соседних с местом травмы сустава (выше и ниже места повреждения), а при переломах плеча и бедра - три сустава.  при перекладывании больного с наложенной шиной на носилки поврежденную конечность или часть тела должен осторожно поддерживать помощник.выполнять правила, условно названные «трижды осторожно»: осторожно наложить повязку; осторожно наложить транспортную шину; осторожно перенести, переложить на носилки и транспортировать пострадавшего.  фиксацию шины необходимо начинать с места повреждения. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Приготовление столика медицинской сестры анестезиологического кабинета:**  Перед накрытием стерильного стола медицинская сестра: моет руки, надевает маску, перчатки, обрабатывает дважды столик дезинфицирующим раствором с интервалом 15 минут, затем смывает остатки дезинфицирующего раствора чистой ветошью.Снимает перчатки, моет руки.Проверяет бикс с одеждой (герметичность, дату стерилизации), ставит дату вскрытия и время на бирке.Проводит гигиеническую обработку рук.Открывает бикс на педальной установке, проверяет изменение цвета индикатора согласно эталону.  Достает стерильный пинцет из бикса и им по очереди достает: емкость для пинцета, стерильный халат, маску, перчатку (надевает их согласно алгоритма).Стерильным пинцетом достает простынь и кладет ее в левую руку, пинцет кладет в сухую стерильную емкость (бикс).На вытянутых руках разворачивает простынь, сложенную в 4-е слоя и накрывает процедурный столик движением «от себя» так, чтобы нижние края свисали на 20-30 см.Достает вторую простынь, сложенную в 4-е слоя, разворачивает и кладет поверх первой.Сзади захватывает цапками все 8-м слоев простыней, впереди захватывает 2-мя цапками только 4-е верхних слоя по краям. Стол накрыт. Открывает стерильный стол за передние цапки «от себя», сложив слои гармошкой, не доводя до края 10-15 см, цапки свисают за стол.Выкладывает пинцетом на столик необходимый стерильный инструмент в удобном порядке**.**Взявшись за передние цапки, поднимает их вверх, расправляет «гармошку» и движение «на себя» закрываетстол, не касаясь стерильной части стола.Прикрепляет к левому верхнему углу простыни бирку (дата стерилизации стерильного стола, время накрытия и подпись медицинской  сестры).   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подготовка пациента к операции | озн | |  | Приготовление и наложение транспортных шин | озн | |  | Приготовление столика медицинской сестры анестезиологического кабинета | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  8.06 | Содержание работы  **Определение групп крови:**  Обеспечьте яркое освещение помещения и температуру воздуха 15 – 25 °C.  Промаркируйте лунки планшета: Анти-A, Анти-B, Анти-AB.  Добавьте в подписанные лунки по одной капле (приблизительно 0,1 мл) реагентов Анти-A, Анти-B, Анти-AB.  Поместите по одной маленькой капле концентрированной эритроцитосодержащей среды (0,01 – 0,03 мл) рядом с большой каплей каждого реагента.  В каждой из трех лунок отдельной стерильной стеклянной палочкой смешайте моноклональный реагент с кровью.  Плавно покачивайте планшет 2,5 – 3 минуты. Обычно агглютинация формируется в течение 5 – 10 секунд. Запас времени необходим для обнаружения слабых вариантов антигенов.  Проведите визуальную оценку результатов реакции в каждой лунке. Результат реакции свидетельствует об обнаружении соответствующего агглютиногена.  **Снятие швов с послеоперационной раны:**  1. Вымыть руки на гигиеническом уровне.2. Надеть стерильные перчатки.3. Приготовить стерильный лоток с инструментарием и перевязочным материалом.  4. С помощью пинцета снять старую повязку. Сбросить пинцет в емкость с дез. раствором.5. Осмотреть рану. Сосчитать швы, которые необходимо снять.6. Взять второй пинцет (анатомический), смочить тампон в мензурке с раствором йодоната. Обработать сами швы и края раны (от центра к периферии).7. Пинцетом положить марлевую салфетку около послеоперационной раны.8. Захватить пинцетом узел шва и легким движением потянуть подкожную часть нити по направлению к рубцу так, чтобы показалась неокрашенная часть лигатуры.9. Взять остроконечные хирургические ножницы. Подвести острую браншу ножниц под неокрашенную часть лигатуры и разрезать ее.10. Шов удалить. Каждый снятый шов складывать на лежащую рядом салфетку, затем после снятия всех швов салфетку скинуть в дезинфицирующий раствор.11. После снятия швов рубец обработать тампоном (на пинцете), смоченным в растворе кожного антисептика.12. Наложить асептическую повязку.  13. Зафиксировать асептическую повязку с помощью бинта или клеола, лейкопластыря.  **17. Придать пациенту удобное положение.**  **18. Сбросить использованный инструментарий в дезинфицирующий раствор.**  **19. Снять перчатки. Вымыть руки.**  **20. Сделать запись в «Медицинской карте» о выполнении манипуляции и реакции на нее пациента.** | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  **Обеспечение Санитарно – эпидемиологического режима:**  Перед поступлением больного в палату кровать, прикроватную тумбочку, подставку для подкладного судна протирают ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором. Кровать застилают постельными принадлежностями, прошедшими камерную обработку по режиму для вегетативных форм (приложение 1).  1. Больному выделяют индивидуальные предметы ухода: плевательницу, поильник, кружку или стакан, подкладное судно и т. д., которые после использования тщательно моют. После выписки больного предметы индивидуального ухода подвергают обеззараживанию.  2. При поступлении в больницу больному предоставляется право взять в палату предметы личной гигиены.  3. Больных с педикулезом, первично обработанных в приемном покое, берут под особое наблюдение и подвергают повторной обработке в отделении до полного обезвшивливания (приложение 2).4. Каждый больной принимает в отделении гигиеническую ванну не реже одного раза в 7-10 дней, (если нет к этому медицинских противопоказаний).5. Смену нательного и постельного белья производят не реже одного раза в 7-10 дней (после прохождения ванны и, кроме того, белье меняют всякий раз в случае загрязнения).6. При смене нательного и постельного белья его аккуратно собирают в мешки из хлопчатобумажной ткани или в емкости с крышкой. Запрещается сбрасывать бывшее в употреблении белье на пол в открытые приемники. Сортировку и разборкугрязного белья производят вспециально выделенном помещении. После смены белья пол и предметы в палате протирают ветошью, смоченной в дезрастворе.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Определение групп крови | озн | |  | Снятие швов с послеоперационной раны | озн | |  | Обеспечение Санитарно – эпидемиологического режима | озн | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринский уход в терапии** (стационар)

Ф.И.О. обучающегося Гревцова Анастасия Алексеевна

Группы 408 специальности « Сестринское дело»

Проходившего (ей) преддипломную практику с 12.05. по 8.06. 2020г

За время прохождения практики мною выполнены следующие виды работ:

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

**ОТЧЕТ ПО ПРЕДДИПЛОМНОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в хирургии**

Ф.И.О. обучающегося Гревцова Анастасия Алексеевна

Группы 408 специальности « Сестринское дело»

Проходившего (ей) преддипломную практику с 12.05. по 8.06. 2020г

За время прохождения практики мною выполнены следующие объемы работ:

**1. Цифровой отчет**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | Виды работ | **Количество** |
| 1. | Сбор сведений о больном. |  |
| 2. | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | ознакомлена |
| 3. | Оценка тяжести состояния , выявление проблем пациента | ознакомлена |
| 4. | Составление плана сестринского ухода за больным | ознакомлена |
| 5 | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | ознакомлена |
| 6 | Выписка направлений на консультации специалистов | ознакомлена |
| 7 | Кормление пациента через зонд | ознакомлена |
| 8 | Уход за кожей (профилактика пролежней), слизистыми (глаз, полостью рта) и т. д. Уход за подключичным катетером. | ознакомлена |
| 9 | Обработка послеоперационных швов. | ознакомлена |
|  |  |  |
| 11 | Приготовление перевязочного материала (салфеток, шариков). | ознакомлена |
| 12 | Предстерилизационная очистка инструментов | ознакомлена |
| 13 | Изготовление дренажей (резиновых, марлевых, комбинированных) | ознакомлена |
| 14 | Укладывание в биксы операционного белья, одежды, перевязочного материала, перчаток. | ознакомлена |
| 15 | Обработка рук хирургическим, современным методом | ознакомлена |
| 16 | Надевание стерильного халата и перчаток на себя | ознакомлена |
| 17 | Пользование стерильным биксом | ознакомлена |
| 18 | Накрытие стерильного стола | ознакомлена |
| 19 | Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных. | ознакомлена |
| 20 | Остановка артериального кровотечения пальцевым прижатием артерии к кости | ознакомлена |
| 21 | Остановка артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности в суставе | ознакомлена |
| 22 | Наложение давящей повязки при венозном кровотечении. | ознакомлена |
| 23 | Применение холода для остановки | ознакомлена |
| 24 | Наложение мягких повязок «на различные участки тела» | ознакомлена |
| 25 | Наложение окклюзионной повязки или пластырной повязки | ознакомлена |
| 26 | Снятие повязок с послеоперационной раны | ознакомлена |
| 27 | Приготовление и наложения транспортных шин | ознакомлена |
| 28 | Определение группы крови, пробы на индивидуальную, резус совместимость, биологическую пробу | ознакомлена |
| 29 | Проведение премедикации | ознакомлена |
| 30 | Приготовление столика медсестры анестезиологического кабинета | ознакомлена |
| 31 | Сбор инструментов для операции | ознакомлена |
| 32 | Уход за стомами | ознакомлена |
| 33 | Туалет гнойной раны | ознакомлена |
| 34 | Уход за мочевым катетером | ознакомлена |
| 35 | Снятие швов с послеоперационной раны | ознакомлена |
| 36 | Подготовка пациента к диагностическим исследованиям (рентгенологическим, эндоскопическим, ультразвуковым и т.д.). | ознакомлена |
| 37 | Подготовка пациента к операции. Обучение пациента и его родственников уходу в до и послеоперационном периоде | ознакомлена |
| 38 | Раздача и контроль приема лекарственных средств больными |  |
| 39 | Оформление сестринской документации (истории болезни, журнала движения больных, порционного требования, выборка назначений врача и т.д.). |  |
| 40 | Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке и при других острых аллергических реакциях | ознакомлена |

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в педиатрии**

Ф.И.О. обучающегося Гревцова Анастасия Алексеевна

Группы 408 специальности «Сестринское дело»

Проходившего (ей) преддипломную практику с 12.05. по 8.06. 2020г

За время прохождения практики мною выполнены следующие объемы работ:

**1. Цифровой отчет**

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

**Текстовой отчет**

При прохождении производственной практики мною самостоятельно были проведены: памятка на тему: «Профилактика бронхиальной астмы» сан-просвет работы с указанием количества человек курация, беседы с детьми, родителями

Я хорошо овладел(ла) умениями \_\_В/в, в/к, п/к, в/м инъекции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Недостаточно освоены \_\_Сбор анамнеза пациента, раздача лекарственных препаратов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

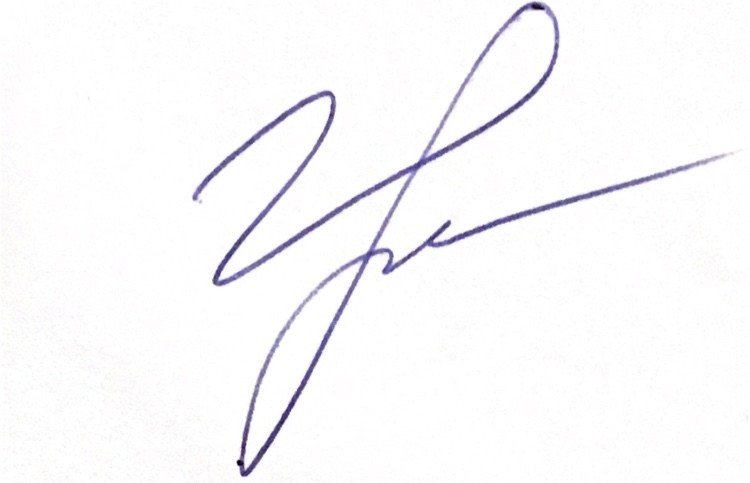
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

подпись (расшифровка)

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

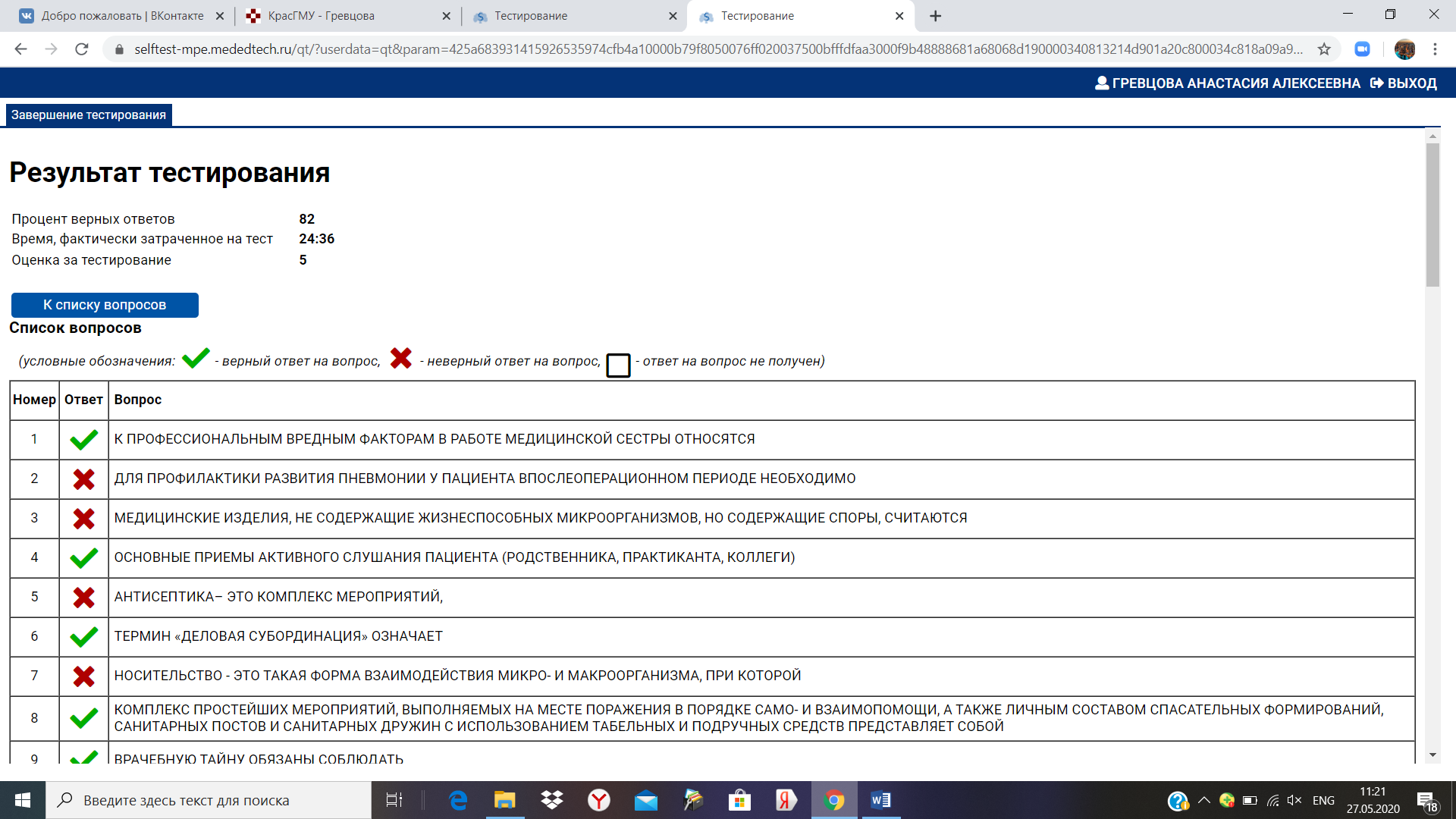
подпись (расшифровка)

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

подпись

(расшифровка)

М.П.организации



**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12 К ДИФФ.ЗАЧЕТУ ПО ПЕДИАТРИИ**

В стационар поступила девочка 5 лет с жалобами на боли в пояснице, температуру 38.5 гр. С., ночное недержание мочи. При осмотре: кожные покровы бледные, синева под глазами, на правом бедре свежий рубчик после фурункула. Пульс 108 в мин., АД 95/65 мм рт ст. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Задание:

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

2.Какие изменения в анализе мочи и лабораторные исследования могут подтвердить диагноз.

3.Сбор мочи у девочки раннего возраста.

**ЗАДАНИЕ 1.**

**Нарушено удовлетворение потребностей:** поддерживать температуру,

поддерживать состояние, выделять.

**Проблемы пациентки:**

настоящие:

- синдром интоксикации (лихорадка, бледность, синева под глазами);

- боли в пояснице,

- ночное недержание мочи.

потенциальные: хронизация процесса, развитие почечной недостаточности

Приоритетная проблема – боль в пояснице и лихорадка

**Краткосрочная цель:** - боль в пояснице и температура уменьшатся к концу

дня с помощью режимных и лечебных мероприятий.

**Долгосрочная цель:** - к выписке ребенок будет здоров, а родители

продемонстрируют знания о факторах риска пиелонефрита.

Независимые мероприятия:

1.Обеспечить соблюдение постельного режима (с целью улучшения кровообращения почек. )

2.Обеспечить дополнительное согревание поясницы и нижних конечностей ребенка. (Для улучшения кровообращения почек).

3. Провести беседу с девочкой и матерью о необходимости соблюдения диеты, личной гигиены, избегании переохлаждения(для профилактики осложнений).

4.Обеспечить соблюдение питьевого режима.( Для вымывания инфекции из почек. )

5.Обеспечить смену нательного и постельного белья по мере загрязнения. (Для соблюдения гигиены пациентки.)

6.Провести беседу с матерью о необходимости чередования напитков (соки, морсы, молоко, минеральные воды) (Для изменения РН мочи.)

7. Контроль состояния, температуры, Рs, АД (Для ранней диагностики осложнений).

Зависимые мероприятия:

1.Обеспечить соблюдение молочнорастительной диеты (Для уменьшения раздражения слизистой оболочки органов мочеотделения.)

2. Выполнять назначения врача (прием уросептических средств, противовоспалительных и т.д.) Для успешного лечения

Взаимозависимые мероприятия:

Провести сбор анализов мочи. - Подготовить к экскреторной урографии,(бесшлаковая диета, эспумизан, очистительная клизма) Для лабораторного контроля состояния почек. Для успешной диагностики.

**Оценка:** мать ребенка правильно организует питание, аппетит у ребенка

улучшится. Цель будет достигнута.

**ЗАДАНИЕ 2.**

Диагноз помогут подтвердить лейкоцитурия, бактериурия в анализах

мочи, преобладание ночного диуреза над дневным в пробе Зимницкого.

Для полного обследования необходимы экскреторная урография,

цистоскопия.

**ЗАДАНИЕ 3.**

Объяснить маме цель и ход проведения процедуры, получить согласие.

Подготовить необходимое оснаще­ние

Вымыть руки и осушить их индивидуальным полотенцем, обработать антисептиком, одеть перчатки.

Подмыть ребенка (девочку спереди назад), осушить салфеткой.

Девочку уложить на резиновый круг, обернуть пеленкой, верхнюю часть туловища уложить на подушку.

Под отверстие круга поставить тарелку.

Мальчику – половой член поместить в пробирку или презерватив (мочеприемник) и зафиксировать к коже лобка лейкопластырем.

Ножки обвернуть пеленкой.

Собранную мочу слить в чистую маркированную баночку.

Подмыть ребенка.

Одеть «ребенка».

Заполнить направление и отправить мочу в лабораторию

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

ДТП. Мальчик 9 лет сбит автомобилистом при переходе улицы. При осмотре: Обильное носовое кровотечение. Обширная ссадина в области левой скуловой кости, ссадины на локтях. Кожные покровы бледные. Дыхание поверхностное с частотой 44 в 1 минуту. При выслушивании легких дыхание слева не проводится. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 140 в 1 минуту, слабого наполнения. По всей вероятности низкое артериальное давление. Живот несколько напряжен, имеется выраженная болезненность в области печени. Вы оказались рядом, неравнодушны, пытаетесь оказать первую помощь.

Задания. 1.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели сестринского вмешательства

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

3.Проанализируйте рентгенологический снимок легких, объясните пациенту требования при выполнении процедуры.

4. Объясните пациенту необходимость применения медикаментозных препаратов (фибриноген, тромбин, викасол), принцип действия, показания и противопоказания.

5.Составьте план реабилитационных мероприятий по данному заболеванию 6.Собрать набор инструментов для оперативного вмешательства на органах брюшной полости.

**ЗАДАНИЕ 1.**

**1.Проблемы пациента**

Настоящие:

· автодорожная травма, внутрибрюшное и носовое кровотечение;

· капиллярное кровотечение на локтях, обширная ссадина в области левой скуловой кости, ссадины на локтях;

· травматический шок. Потенциальные:

· риск развития клинической смерти;

· риск инфицирования органов брюшной полости и развития перитонита, сепсиса.

Приоритетная проблема пациента:

· боли в области печени, обильное носовое кровотечение.

**Краткосрочная цель:**

· немедленно передняя тампонада носовых ходов;

· холод на область печени;

· положение наклона туловища в сторону головного конца, поднять нижние конечности вверх;

· вызвать машину скорой помощи;

· контролировать пульс, сознание пострадавшего.

**Долгосрочная цель:**

· подготовка к экстренной операции;

· операция ревизия органов брюшной полости, ушивание раны печени;

· остановка носового кровотечения, наложение швов на рану скуловой области, повязки на обе локтевые области, определение группы крови и R-фактора;восстановление ОЦК.

**ЗАДАНИЕ 2.**

План сестринского вмешательства

1.М/с. обеспечит психоэмоциональный и

физический покой пострадавшему,

информирует пострадавшего о сути

предстоящих манипуляций (Для снятие тревоги, создания благоприятных условий для осознанного сотрудничества пострадавшего).

2. М/с. пригласит врача на осмотр к пострадавшему (Для уточнения диагноза и решения вопроса о лечении).

3. М/с. обеспечит холод на область печени. (С целью гемостаза.)

4.М/с. придаст пострадавшему наиболее выгодное положение (голова ниже

туловища). (Для улучшения кровообращения головного мозга.)

5.М/с. обеспечит определение групповой принадлежности крови пострадавшего по целиклонам.( Для обеспечения в будущем переливание крови и восполнение ОЦК.)

6.М/с. подготовит все необходимое для оперативной ревизии органов брюшной

полости и пригласит врача.( Для предотвращения инфицирования кровопотери и окончательной остановки кровотечения.)

7.М/с обеспечит R-логическое исследование органов грудной клетки, введение антибиотиков и гемостатических препаратов (фибриноген, тромбин, викасол) по назначению врача. (Для профилактики осложнений со стороны легких и гемостаза.)

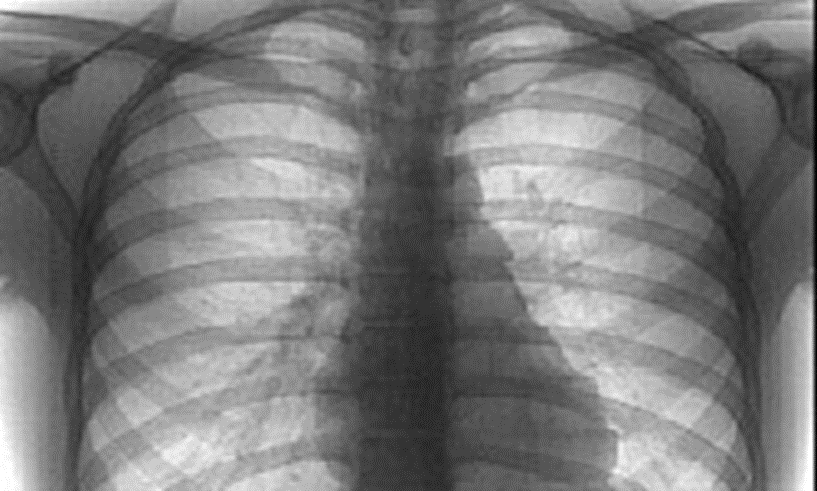
8.М/с. обеспечит при необходимости инфузионную терапию по назначению

врача. (Для профилактики геморрагического шока и коррекции ОЦК.)

9.М/с. проконтролирует состояние пострадавшего АД, PS, сознание, рефлексы

в течении всего времени нахождения пострадавшего в стационаре.( Для своевременной реакции на возможные осложнения или ухудшение состояния пострадавшего.)

**ЗАДАНИЕ 3.** **Проанализируйте рентгенологический снимок легких, объясните пациенту требования при выполнении процедуры.**

****

Обычно делаются две рентгенограммы легких. При выполнении так называемой передней рентгенограммы грудной клетки пациент спиной прилегает к источнику рентгеновских лучей, а за его грудной клеткой помещают кассету с рентгеновской пленкой, которая подвергается воздействию рентгеновских лучей. Пациент разводит руки в стороны. Второй снимок - боковой. При его выполнении пациент поворачивается боком к источнику рентгеновских лучей. Руку, находящуюся рядом с рентгеновской пленкой, он поднимает вверх, а другую - помещает за спину. Если одни ткани перекрывают другие, и дать точную оценку невозможно, то тогда делают так называемый поперечный снимок. Пациент поворачивается к источнику рентгеновских лучей на 45 градусов. Если врач хочет точно оценить верхушки легких, то для выполнения снимка пациент должен наклониться к источнику рентгеновских лучей, выгнув при этом туловище. При выполнении снимка, пока легкие подвергаются воздействию лучей, пациент должен сделать глубокий вдох и задержать дыхание (на 1 сек.). Во время выдоха легкие исследуются рентгеновскими лучами только при подозрении на определенные болезни легких.

**ЗАДАНИЕ 4.**

а) прямого действия (тромбин) ТРОМБИН (Trombinum; сухой порошок в амп. по о, 1, что соответствует 125 ед. активности; во флаконах по 10 мл) - коагулянт прямого действия для местного применения. Являясь естественным компонентом свертывающей системы крови, вызывает эффект in vitro и in vivo.

Перед использованием порошок растворяют в физ-растворе.

Применяют только местно. Назначают больным с кровотечениями из мелких сосудов и паренхиматозных органов (операции на печени, почках, легких, мозге).

ФИБРИНОГЕН (Fibrinogenum; во флаконах по 1, 0 и 2, 0 сухой пористой массы) - используется для системного воздействия.

Фибриноген используют как средство скорой помощи. Особенно эффективен он тогда, когда наблюдается его дефицит при массивных кровотечениях (отслойка плаценты, афибриногенемия, в хирургической, практике).

ВИКАСОЛ (Vicasolum; в таб, по 0, 015 и в амп. по 1 мл 1% раствора) непрямой коагулянт, синтетический водорастворимый аналог витамина К, который активизирует процесс образования фибринных тромбов. Обозначают как витамин К3. Эффект развивается, при внутривенном введении - через 30 минут, при внутримышечном - через 2-3 часа.

Указанные витамины необходимы для синтеза в печени протромбина (II фактор), проконвертина (VII фактор), а также IX и X факторов.

Показания к применению : при чрезмерном снижении протромбинового индекса, при выраженной К-витаминной недостаточности, обусловленной кровопотерей.

**ЗАДАНИЕ 5.**

В непосредственно послеоперационном периоде необходимо наладить парентеральное питание больного. В первую очередь это касается введения энергетических субстратов. Объем и состав парентерального питания определяют индивидуально в зависимости от потребности больного. Рекомендуемая в настоящее время продолжительность полного сбалансированного (по белкам, жирам, углеводам) парентерального питания зависит от объема и сложности проведенной операции на печени и составляет в среднем 3–5 дней.Переход к естественному питанию должен проходить этап комбинированного (парентерально - энтерального) питания продолжительностью не менее 4–5 дней. Это связано с тем, что в результате операционной и механической травмы печени происходит значительное угнетение функции тонкой кишки, восстановление которой занимает не менее 7–10 дней после операции. Зондовое введение элементных питательных смесей в пищеварительную систему в постепенно возрастающих количествах обеспечит у больных после операций на печени адаптацию желудочно-кишечного тракта к усиливающимся пищевым нагрузкам. Сочетание энтерального питания с парентеральным направлено на предотвращение метаболического голода.При небольших объемах оперативного вмешательства через 7-10 дней после операции целесообразно рекомендовать диету № 5щ (щадящий вариант) или диету № 5а . Через 3-4 недели при хорошей переносимости больному рекомендуют переход на диету № 5 , обычно это происходит уже на амбулаторном этапе лечения.

**ЗАДАНИЕ 6.**

Оснащение: стерильные перчатки, кожный антисептик, растворы фурациллина, перекиси водорода, бинты, липкий пластырь, шприцы, инъекционные иглы, зажимы Микулича-8, зеркала брюшные-2-4, печеночное зеркало-1, лопатка - Ревердена-1, лопаточка Буяльского-1, ранорасширитель Микулича-1, мягкие кишечные жомы (прямые и изогнутые)-4, раздавливающий жом Пайра-2, жесткие кишечные зажимы-2, диссекторы-2, зажимы Федорова-2.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14 К ДИФФ.ЗАЧЕТУ ПО ТЕРАПИИ**

Пациент 36 лет находится в нефрологическом отделении с диагнозом: Хронический гломерулонефрит. Хроническая почечная болезнь 3 ст. Предъявляет жалобы на резкую слабость, утомляемость, жажду и сухость во рту, тошноту, периодическую рвоту, снижение аппетита, плохой сон. Плохо переносит ограничение жидкости, часто не может удержаться и пьёт воду в палате из-под крана. Всё время спрашивает, почему ему не становится лучше.

Сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы бледные, лицо одутловатое, небольшие отеки в области стоп и голеней. Рост 166 см, вес 58 кг. Частота дыхания 24 в минуту, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, АД 150/90 мм рт. ст.

Врачом назначен постельный режим.

Задания

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Настоящие проблемы :

-резкая слабость

-сухость во рту

-тошнота

-периодическая рвота

-сниженный аппетит

-плохой сон

-периферические отеки потенциальные

-депрессия в связи с тяжелым заболеванием

-ухудшение состояния пациента связанное с

развитием осложнений

**2.Приоритетная проблема пациента:** резкая слабость

**Краткосрочная цель:** пациентка отметит уменьшение слабости к концу первой недели.

**Долгосрочная цель:** при сохраняющейся слабости пациентка будет

адаптирована к жизни в домашних условиях к моменту выписки. 1 .М\с обеспечит физический и психический покой 1 .Для создания комфортного состояния

2.М\с обеспечит соблюдение строгого постельного режима 2.Для улучшения общего самочувствия и увеличения диуреза.

З.М\с обеспечит полноценное, дробное, легкоусвояемое питание ограничением соли и жидкости в соответствии с диетой N 7 З/Для повышения защитных сил организма.

4.М\с обеспечит определение водного баланса 4.Для контроля за выделительной функцией почек.

5.М\с обеспечит индивидуальными средствами ухода (судно, утка) 5.Для создания комфортного состояния.

6.М\с обеспечит уход за кожей, слизистыми (обтирание, подмывание, смена постельного и нательного белья) 6.Для профилактики вторичной инфекции.

7.М\с обеспечит помощь пациенту в удовлетворении основных жизненных потребностей . 7,Для улучшения самочувствия.

8.М\с будет наблюдать за физиологическими отправлениями, регулярность стула, количество и цвет мочи. 8.Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений.

9.М\с обеспечит наблюдение за состоянием пациента (Ps, ЧДД, АД). 9.Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений.

10.М\с обеспечит прием лекарственных препаратов по назначению врача. 10 .Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений.

11 .М\с проведет беседу с пациенткой о рациональном образе жизни при данном заболевании. 11 .Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений.

Оценка: пациент отметит значительное улучшение самочувствия; демонстрирует знание о соблюдении режима, диеты, личной гигиены.