Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный

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

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

# Д Н Е В Н И К

**ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

Наименование практики «Технология оказания медицинских услуг»

Ф.И.О. \_\_Стойчикова Алиса Викторовна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место прохождения практики \_\_\_в форме ЭО и ДОТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(медицинская организация, отделение)

с «25» мая 2020г. по «6» июня 2020 г.

Руководители практики:

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

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

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

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

Методический руководитель - Ф.И.О. (должность) \_\_\_Черемисина Алена Александровна – преподаватель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Красноярск

2020

Содержание

1. Цели и задачи практики

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

3. Тематический план

4. График прохождения практики

5. Инструктаж по технике безопасности

6. Содержание и объем проведенной работы

7. Манипуляционный лист

8. Отчет (цифровой, текстовой)

**Цели и задачи прохождения производственной практики**

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

**Задачи**:

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

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

**Практический опыт:**

ПО 1. выявления нарушенных потребностей пациента;

ПО 2. оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий;

ПО3. планирования и осуществления сестринского ухода;

ПО 4. ведения медицинской документации;

**Умения:**

У 1. собирать информацию о состоянии здоровья пациента;

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

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

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

У 5. осуществлять посмертный уход;

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

У 10. заполнять документацию по инструкции;

**Знания:**

З 1. способы реализации сестринского ухода;

З 2. технологии выполнения медицинских услуг;

З 3. последовательность посмертного ухода;

З 4. перечень основной учетно-отчетной документации.

**Тематический план**

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

**График прохождения практики**

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

###### **Инструктаж по технике безопасности**

1. Требования безопасности перед началом работы

Перед началом работы в отделении стационара или поликлиники необходимо переодеться. Форма одежды: медицинский халат, медицинская шапочка, медицинская маска, сменная обувь (моющаяся и на устойчивом каблуке), при необходимости сменная хлопчатобумажная одежда (при работе в оперблоке, блоке интенсивной терапии, в реанимационном и хирургическом отделении). Ногти должны быть коротко острижены, волосы убраны под шапочку, украшения не должны касаться одежды. Кроме того, украшения запрещается носить в учреждениях педиатрического профиля.

При повреждении кожи рук, места повреждений должны быть закрыты лейкопластырем или повязкой.

2. Требования безопасности во время работы:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Требования безопасности по окончании работы:

1. Использованные перчатки подлежат дезинфекции перед утилизацией.

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

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

4. Требования безопасности в аварийной ситуации:

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Требования безопасности при пожаре и аварийной ситуации:

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

2. Сообщить о случившемся администрации отделения или дежурному персоналу.

3. В кратчайшие сроки покинуть здание

Место печати МО

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 25.05.2020 | ***План 1 рабочего дня в Поликлинике.***  1.Заполнение направлений для проведения анализов  2.Взятие мазка из зева и носа для бактериологического исследования  3.Обучение пациента технике сбора мочи для различных исследований  4.Обучение пациента технике сбора фекалий для исследований  5.Обучение пациента технике сбора мокроты для различных исследований  6.Обучение пациента подготовке к рентгенологическим методам исследования.  Направления.  Отделение *Терапевтическое*  № палаты *10*  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Общий анализ мочи  ФИО \_\_Смирнов В.Н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_25.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_Стойчикова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отделение *Терапевтическое* № палаты *6*  НАПРАВЛЕНИЕ  В биохимическую лабораторию  Кровь из вены на общий белок и белковые фракции, протромбин, фибриноген, билирубин, холестерин, остаточный азот, сулемовую и тимоловую пробы  ФИО Семенова А.С.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата\_25.05.2020\_\_  Подпись м\с \_\_\_Стойчикова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отделение *Терапевтическое*  № палаты *12*  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Кал на простейших  ФИО \_\_\_Петрова Е.Г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_25.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_Стойчикова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отделение *Терапевтическое*  № палаты *8*  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Мокрота на общий анализ  ФИО \_Попов В.Д.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата: \_\_25.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_Стойчикова\_\_\_\_\_\_\_\_  **Алгоритм взятия содержимого зева для лабораторного исследования**  Цель: выявить возбудителя инфекционного заболевания.  Оснащение: стерильные или одноразовые шпатели, стерильная пробирка с тампоном, средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, штатив для пробирок, лоток, емкость с дезинфицирующим раствором, емкость для сбора отходов класса «Б», направление.  **Подготовка к процедуре.**  Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования, сроки получения результата и получить согласие.  Поставить стеклографом номер на пробирке, соответствующий номеру направления (или штрих-код). Установить пробирку в штатив.  Обработать руки гигиеническим способом, надеть маску, перчатки.  **Выполнение процедуры.**  Сесть напротив пациента.  Извлечь тампон из пробирки, придерживая его за пробку (пробирка остается в штативе).  Взять шпатель в другую руку; попросить пациента слегка запрокинуть голову и открыть рот; надавить шпателем на корень языка.  Не касаясь тампоном слизистой оболочки полости рта и языка, провести тампоном по правой миндалине, затем – небной дужке, язычку, левой небной дужке, левой миндалине. При ясно локализованных очагах материал берется двумя тампонами в две пробирки: из очага и всех участков.  Извлечь тампон из полости рта, положить шпатель в лоток для использованного материала, ввести тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности.  Поставить штатив для пробирок, в специальный контейнер для транспортировки. Проверить соответствие номера пробирки с номером направления и Ф.И.О. пациента.  **Завершение процедуры.**  Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, маску и поместить в емкость для дезинфекции. Провести гигиеническую обработку рук.  Доставить пробу в лабораторию в контейнере в течение 1 часа.  Полученные результаты подклеить в исто­рию болезни.  **Алгоритм взятия содержимого носа для лабораторного исследования**  Цель: выявить возбудителя инфекционного заболевания.  Оснащение: стерильные или одноразовые шпатели, стерильная пробирка с тампоном, средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, штатив для пробирок, лоток, емкость с дезинфицирующим раствором, емкость для сбора отходов класса «Б», направление.  **Подготовка к процедуре**  Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования, сроки получения результата и получить согласие.  Поставить стеклографом номер на пробирке, соответствующий номеру направления (или штрих-код). Установить пробирку в штатив.  Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть маску, перчатки.  **Выполнение процедуры**  Сесть напротив пациента.  Извлечь тампон из пробирки, придерживая его за пробку (пробирка остается в штативе).  Свободной рукой приподнять кончик носа пациента, другой рукой ввести тампон в глубь левой, затем правой полости носа.  Извлечь тампон из полости носа и ввести тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности.  Поставить штатив для пробирок, в специальный контейнер для транспортировки. Проверить соответствие номера пробирки с номером направления и Ф.И.О. пациента.  **Завершение процедуры**  Снять перчатки, маску и поместить емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Доставить пробу в лабораторию в контейнере в течение 1 часа.  Полученные результаты подклеить в исто­рию болезни.  *Примечание:* при необходимости взять мазок из носа легкими поступательно-вращательными движениями вводите тампон в нижний носовой ход с одной, затем с другой стороны. При необходимости сохранить мазок пригодным для исследования длительное время, используйте влажный тампон (предварительно слегка увлажните его стерильным физраствором).  **Инструктаж по технике сбора мочи по Зимницкому**  Здравствуйте, меня зовут Алиса Викторовна и я Ваша медицинская сестра, Вам назначен анализ мочи по Зимницкому и мне необходимо провести инструктаж по правильной технике сбора мочи для данного исследования.  Перед проведением исследования Вам будут отменены мочегонные препараты. Также Вам необходимо ограничить потребление жидкости до 1,5 литров в сутки, чтобы не произошло увеличения диуреза и снижения относительной плотности ночи, при сборе мочи учитывается количество выпитой жидкости за сутки. В 6 часов утра Вы должны опорожнить мочевой пузырь в унитаз. Затем собирайте мочу в отдельные пронумерованные банки каждые 3 часа: порция № 1 с 6.00 до 9.00; порция № 2 с 9.00 до 12.00; порция № 3 с 12.00 до 15.00; порция № 4 с 15.00 до 18.00; порция № 5 с 18.00 до 21.00; порция № 6 с 21.00 до 24.00; порция № 7 с 24.00 до 3.00; порция № 8 с 3.00 до 6.00.  Внимательно читайте этикетки! Если моча не поместилась в приготовленную банку, то она собирается в дополнительную, о чем Вы должны мне сообщить, и я прикреплю соответствующую этикетку. Если Вы не смогли в какой-то промежуток времени собрать мочу, ничего страшного.  Все ли Вам понятно? Если есть какие-то вопросы, я готова Вас выслушать. Если Вам всё понятно, прошу повторить всё, что Вам необходимо сделать. Спасибо за внимание. До свидания.  **Инструктаж по технике сбора кала на скрытую кровь**  Здравствуйте, меня зовут Алиса Викторовна и я Ваша медицинская сестра, Вам назначен анализ кала на скрытую кровь и мне необходимо провести инструктаж по правильной технике сбора кала для данного исследования.  За три дня до предполагаемого времени взятия образца кала для анализа нужно исключить из Вашего рациона питания мясо, субпродукты, рыбу, томаты, зеленые овощи и фрукты (яблоки, перец, шпинат, фасоль и др.); отказаться от приема и использования слабительных препаратов и средств; за 7-10 дней исключить прием медикаментов, которые влияют на перистальтику кишечника или могут открашивать кал в другой цвет; Вам не будут проводить рентгенологические обследования за три дня до процедуры; накануне исследования следует воздержаться от чистки зубов, так как мельчайшие частички крови с поврежденных щеткой десен могут попасть в пищеварительный тракт и исказить результаты исследования; нельзя делать клизмы ни накануне, ни во время взятия материала для анализа. Процесс опорожнения кишечника должен осуществляться исключительно естественным путем; сбор кала осуществляется в специальный контейнер с плотной крышкой (можно приобрести в аптеке); для анализа можно использовать одни фрагмент кала объемом не менее одной чайной ложки, но будет лучше, если, Вы соберете в контейнер несколько фрагментов из общего объема кала; следует избегать случайного попадания мочи в образец кала. Все ли Вам понятно? Если есть какие-то вопросы, я готова Вас выслушать. Если Вам всё понятно, прошу повторить всё, что Вам необходимо сделать. Спасибо за внимание. До свидания.  **Инструктаж по технике сбора мокроты на бактериологическое исследование**  Здравствуйте, меня зовут Алиса Викторовна и я Ваша медицинская сестра, Вам назначен анализ мокроты на бактериологическое исследование и мне необходимо провести инструктаж по правильной технике сбора мокроты для данного исследования.  Натощак, в 8 часов утра перед откашливанием почистите зубы и тщательно прополощите рот кипяченой водой или раствором фура­цилина, затем отхаркните мокроту в банку – 3-5 мл., стараясь не до­пускать попадания слюны. Посуда дается стерильной, поэтому не ка­сайтесь ее краев руками или губами, а после откашливания мокроты емкость сразу же закройте крышкой и отдайте мне.  Все ли Вам понятно? Если есть какие-то вопросы, я готова Вас выслушать. Если Вам всё понятно, прошу повторить всё, что Вам необходимо сделать. Спасибо за внимание. До свидания.  **Инструктаж по подготовке пациента к рентгенологическому исследованию желудка и двенадцатиперстной кишки**  Здравствуйте, меня зовут Алиса Викторовна и я Ваша медицинская сестра, Вам назначено рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки и мне необходимо провести инструктаж по правильной подготовке к данному исследованию.  Нарушение моих рекомендация может привести к неправильным результатам исследования, поэтому Вам необходимо их соблюдать, чтобы врач мог поставить Вам правильный диагноз. Также хочу предупредить, после данного исследования будет происходить выделение из ЖКТ специальной жидкости, которая необходима для исследования.  За 2-3 дня до исследования нужно исключить из Вашего рациона продукты, способствующие газообразованию (черный хлеб, овощи, фрукты, бобовые, молоко и т. д.). Накануне исследования рекомендуется легкий ужин. За 14 часов до обследования Вы должны прекратить прием пищи. В день исследования нельзя есть, пить и курить. При необходимости проведем Вам промывание желудка за 2-3 часа до исследования, если есть наличие в Вашем желудке большого количества жидкости, слизи, остатков пищи (например, при органическом сужении выходного отдела желудка). Если есть резко выраженный метеоризм и упорные запоры, нужно поставить очистительную клизму за 1,5 – 2 часа до исследования.  Все ли Вам понятно? Если есть какие-то вопросы, я готова Вас выслушать. Если Вам всё понятно, прошу повторить всё, что Вам необходимо сделать. Спасибо за внимание. До свидания.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнение направлений для проведения анализов | 4 | |  | Взятие мазка из зева и носа для бактериологического исследования | 2 | |  | Обучение пациента технике сбора мочи для различных исследований | 3 | |  | Обучение пациента технике сбора фекалий для исследований | 1 | |  | Обучение пациента технике сбора мокроты для различных исследований | 2 | |  | Обучение пациента подготовке к рентгенологическим методам исследования | 2 | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 26.05.2020 | ***План 2 рабочего дня в Поликлинике.***  **Инструктаж по подготовке пациента к ректороманоскопии**  Здравствуйте, меня зовут Алиса Викторовна и я Ваша медицинская сестра, Вам назначена ректороманоскопия и мне необходимо провести инструктаж по правильной подготовке к данному исследованию.  Нарушение моих рекомендация может привести к неправильным результатам исследования, поэтому Вам необходимо их соблюдать, чтобы врач мог поставить Вам правильный диагноз.  За 2 - 3 суток до исследования Вам необходимо исключить из рациона продукты, способствующие газообразованию: ржаной хлеб, бобовые, фрукты, молоко. Вечером и утром за 1,5 – 2 часа до исследования нужно будет поставить очистительную клизму.  Все ли Вам понятно? Если есть какие-то вопросы, я готова Вас выслушать. Если Вам всё понятно, прошу повторить всё, что Вам необходимо сделать. Спасибо за внимание. До свидания.  **Инструктаж по подготовке пациента к УЗИ органов брюшной полости**  Здравствуйте, меня зовут Алиса Викторовна и я Ваша медицинская сестра, Вам назначено УЗИ органов брюшной полости и мне необходимо провести инструктаж по правильной подготовке к данному исследованию.  Нарушение моих рекомендация может привести к неправильным результатам исследования, поэтому Вам необходимо их соблюдать, чтобы врач мог поставить Вам правильный диагноз.  За 3 дня до исследования Вам будет назначена бесшлаковая диета для профилактики метеоризма. Нельзя: мясо, черный хлеб, свежие фрукты и овощи, зелень, фасоль и горох, грибы, ягоды, семечки, орехи, варенье с косточками, в т.ч. мелкими (смородиновое и малиновое), виноград, киви. Можно: бульон, отварное мясо, рыба, курица, сыр, белый хлеб, масло, печенье, компоты и кисели. Также Вам необходимо прекратить прием таблетированных слабительных. За 8-12 часов до исследования прекратить прием пищи. Исследование проводится натощак. Не курить перед исследованием. Накануне исследования, по назначению врача, принимать препараты для устранения метеоризма.  Все ли Вам понятно? Если есть какие-то вопросы, я готова Вас выслушать. Если Вам всё понятно, прошу повторить всё, что Вам необходимо сделать. Спасибо за внимание. До свидания.  **Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей**  Здравствуйте, меня зовут Алиса Викторовна и я медицинская сестра. Сегодня я расскажу и покажу Вам, как правильно оказывать помощь при обструкции дыхательных путей. Если Вы согласны, то я начну.  Инородное тело небольших размеров может выйти с кашлем.  Для повышения эффективности кашля пострадавший перед кашле­вым толчком должен глубоко вдохнуть. В этом случае выдох начи­нается (независимо от человека) при закрытой голосовой щели. Давление в голосовых путях резко повышается, затем голосовая щель открывается и струя воздуха, идущая из легких, выталкивает инородное тело. Если инородное тело расположено в области голосовой щели, глубокий вдох перед кашлем невозможен. При этом кашлевые толчки нужно производить за счет воздуха, всегда остающегося в легких после обычного вдоха. При этом нельзя разговаривать, пы­таться сделать глубокий вдох.  Если описанные способы не помогли, необходимо посту­пить следующим образом.  Обеими руками отрывистыми толчками надавить на эпи­гастральную область или резко наклониться вперед, упираясь животом в спинку стула и перевешиваясь через нее. Повышенное давление, созданное в брюшной полости при вы­полнении этих приемов, передается через диафрагму на грудную полость, что способствует выталкиванию инородного тела из дыха­тельных путей.  Все ли Вам понятно? Если есть какие-то вопросы, я готова Вас выслушать. Если Вам всё понятно, прошу повторить всё, что Вам необходимо сделать. Спасибо за внимание. До свидания.  **Обучение пациента самоконтролю артериального давления**  Здравствуйте, меня зовут Алиса Викторовна и я медицинская сестра. Сегодня я расскажу и покажу Вам, как правильно проводить самоконтроль артериального давления. Если Вы согласны, то я начну.  Артериальное давление Вы можете измерить электронным или ручным тонометром. Использовать электронный тонометр очень просто, нужно только надеть манжету, принять удобное положение и нажать кнопку старта. Он сделает все за Вас и покажет на экране результат. Если есть только ручной тонометр, то сейчас я Вам расскажу подробнее.  Примите удобное положение на стуле или кресле возле стола. Наденьте манжету на руку на 3-4 см выше локтевого сгиба и положите руку на стол. Проверьте фонендоскоп и наденьте его. Поставьте мембрану фонендоскопа на область локтевого сгиба и зафиксируйте ее. В руку с манжетой вложить шкалу манометра, а в другую грушу. Нагнетать воздух в манжету на 20-30 мм.рт.ст. больше предполагаемого артериального давления. Постепенно спускать воздух с манжеты. Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны на шкале манометра соответствующую систолическому АД. Продолжить выпускать воздух из манжеты отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова. Выпустить весь воздух из манжетки и повторить процедуру через 1 – 2 минуты. Запомнить результат и записать его на бумагу.  Все ли Вам понятно? Если есть какие-то вопросы, я готова Вас выслушать. Если Вам всё понятно, прошу повторить всё, что Вам необходимо сделать. Спасибо за внимание. До свидания.  **Обучение пациента самоконтролю пульса**  Здравствуйте, меня зовут Алиса Викторовна и я медицинская сестра. Сегодня я расскажу и покажу Вам, как правильно проводить самоконтроль. Если Вы согласны, то я начну.  Пульс Вы также можете узнать при измерении артериального давления на электронном тонометре. Сейчас я Вам расскажу, как это сделать без него.  Вам нужно успокоиться и принять удобное положение, заранее приготовив секундомер или часы. 2-3 пальцами найти на запястье руки лучевую артерию – она находится со стороны большого пальца, почувствовать пульсацию. Определить ритм пульса в течение 30 секунд по интервалам между пульсовыми волнами. Если интервалы равные – пульс ритмичный, если промежутки между пульсовыми волнами различны – пульс аритмичный. С помощью часов или секундомера определить частоту пульса – количество пульсовых волн в 1 минуту. Нормальные показатели частоты пульса 60-80 уд/мин. Записать результат. Можно повторить процедуру на другой руке и сравнить результаты.  Все ли Вам понятно? Если есть какие-то вопросы, я готова Вас выслушать. Если Вам всё понятно, прошу повторить всё, что Вам необходимо сделать. Спасибо за внимание. До свидания.  **Обучение пациента самоконтролю частоты дыхательных движений**  Здравствуйте, меня зовут Алиса Викторовна и я медицинская сестра. Сегодня я расскажу и покажу Вам, как правильно проводить самоконтроль частоты дыхательных движений. Если Вы согласны, то я начну.  Частоту дыхательных движений мы определяем по движению грудной клетки у женщин и брюшной стенки у мужчин.  Самим посчитать достаточно сложно, потому что, когда вы на это обращаете внимание, Вы начинаете контролировать свое дыхание, тем самым изменяя частоту дыхательных движений. Поэтому попросите кого-то из родственников или знакомых понаблюдать за Вашей частотой дыхательных движений по движению грудной клетки/ брюшной стенки во время повторного измерения пульса.  Все ли Вам понятно? Если есть какие-то вопросы, я готова Вас выслушать. Если Вам всё понятно, прошу повторить всё, что Вам необходимо сделать. Спасибо за внимание. До свидания.  **Обучение пациента самоконтролю температуры тела**  Здравствуйте, меня зовут Алиса Викторовна и я медицинская сестра. Сегодня я расскажу и покажу Вам, как правильно проводить самоконтроль температуры тела. Если Вы согласны, то я начну.  Для данной процедуры Вам необходим градусник. Нужно принять удобное положение. Проверить, чтобы уровень ртутного столбика находился ниже отметки 35 °С. Поместить медицинский термометр в середину подмышечной впадины ртутным резервуаром на 7-10 минут. Прижать руку к груди. Извлечь термометр из подмышечной впадины и посмотреть до какой отметки поднялся ртутный столбик. Записать результат.  Все ли Вам понятно? Если есть какие-то вопросы, я готова Вас выслушать. Если Вам всё понятно, прошу повторить всё, что Вам необходимо сделать. Спасибо за внимание. До свидания.  **Обучение пациента самостоятельной постановки банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов**  Здравствуйте, меня зовут Алиса Викторовна и я медицинская сестра. Сегодня я расскажу Вам, как правильно выполнять постановку банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов. Если Вы согласны, то я начну.  У всех этих процедур есть противопоказания, поэтому, прежде чем их выполнять, нужно обязательно проконсультироваться с Вашим лечащим врачом.  При постановке банок нужно обязательно соблюдать технику безопасности при работе с огнем. Убедиться в отсутствии волос на месте постановки банок. Нельзя использовать треснутые банки или с наличием сколов, это приведет к порезам. Банки ставятся в определенные для них места. При присутствии болевых ощущений немедленно снять банки.  При постановке горчичников необходимо проверить их целостность, чтобы горчица не попала на кожу. Накладывать горчичники нужно только в определенные для них места. Вода для горчичников не должна быть слишком горячая, так как можно получить ожоги. Если через 3-5 минут после прикладывания горчичников появляется сильное жжение, необходимо немедленно снять их и протереть остатки горчицы, чтобы избежать ожогов.  При постановке грелки необходимо убедиться в её целостности. Не прислонять не обернутую в ткань грелку к голым участкам кожи. Обязательно проверить температуру грелки перед ее постановкой. Если через 5 минут появились неприятные ощущения, немедленно убрать грелку.  При постановке пузыря со льдом, необходимо убедиться в его целостности и обернуть в 4 слоя полотенца или другой ткани. Пузырь со льдом ставится на 20-30 минут в зависимости от Вашего самочувствия.  При постановке различных компрессов нужно соблюдать температуру компресса. Горячий и согревающий компресс выполняется в несколько слоев.  Все ли Вам понятно? Если есть какие-то вопросы, я готова Вас выслушать. Если Вам всё понятно, прошу повторить всё, что Вам необходимо сделать. Спасибо за внимание. До свидания.  **Обучение пациента ингаляции лекарственного средства через рот и нос**  **Обучение пациента ингаляции лекарственного средства через рот**  Здравствуйте, меня зовут Алиса Викторовна и я медицинская сестра. Сегодня я расскажу Вам, как правильно выполнять ингаляции лекарственного средства через рот. Если Вы согласны, то я начну.  Оснащение: два пустых баллончика из-под аэрозольного лекарственного средства; лекарственный препарат.  Уточнить у пациента информированность о лекарственном средстве, ходе процедуры и согласие.  Прочитать название лекарственного средства.  Вымыть руки.  Дать пациенту и взять себе по пустому баллончику.  Запомните! На распыляйте лекарственный препарат в воздух! Это опасно для вашего здоровья.  Предложить пациенту на время обучения сесть (если его состояние позволяет, лучше выполнять процедуру стоя, так как дыхательная экскурсия легких при этом эффективнее, но можно проводить ингаляцию сидя).  Продемонстрировать пациенту выполнение процедуры, используя ингаляционный баллончик без лекарственного средства:   * снять с ингалятора защитный колпачок; * перевернуть баллончик с аэрозолем вверх дном и встряхнуть его; * сделать глубокий выдох; * взять в рот мундштук ингалятора, плотно обхватив его губами; голову при этом слегка запрокинуть назад; * сделать глубокий вдох через рот и одновременно нажать на дно баллончика; * извлечь мундштук ингалятора изо рта, задержать дыхание на 5—10 с (акцентировать на этом внимание пациента!); * сделать спокойный выдох.   Предложить пациенту самостоятельно выполнить процедуру вначале с пустым, затем с действующим ингалятором в вашем присутствии.  Информировать пациента: после каждой ингаляции мундштук промыть водой с мылом и вытереть насухо.  Запомните! Количество ингаляций и временной промежуток между ними определяет врач.  Закрыть защитным колпачком ингалятор после промывания и убрать его.  Вымыть руки  Все ли Вам понятно? Если есть какие-то вопросы, я готова Вас выслушать. Если Вам всё понятно, прошу повторить всё, что Вам необходимо сделать. Спасибо за внимание. До свидания.  **Обучение пациента ингаляции лекарственного средства через нос**  Здравствуйте, меня зовут Алиса Викторовна и я медицинская сестра. Сегодня я расскажу Вам, как правильно выполнять ингаляции лекарственного средства через нос. Если Вы согласны, то я начну.  Оснащение: два пустых баллончика из-под аэрозольного лекарственного средства; лекарственный препарат.  Уточнить у пациента информированность о лекарственном средстве, ходе процедуры и согласие.  Прочитать название лекарственного средства.  Вымыть руки  Дать пациенту и взять себе по пустому баллончику из-под аэрозольного лекарственного средства.  Помочь пациенту сесть.  Продемонстрировать пациенту выполнение процедуры, используя ингаляционный баллончик без лекарственного средства:   * снять с ингалятора защитный колпачок; * перевернуть баллончик с аэрозолем вверх дном и встряхнуть его; * слегка запрокинуть голову, склонить ее к правому плечу; * прижать пальцем правое крыло носа к перегородке; * сделайть глубокий выдох через рот; * ввести кончик мундштука в левую половину носа; * сделать глубокий вдох через нос и одновременно нажать на дно баллончика; * извлечь кончик мундштука из носа, задержать дыхание на 5—10 с (акцентировать на этом внимание пациента!); * сделать спокойный выдох; * при ингаляции в правую половину носа склонить голову к левому плечу и прижать к носовой перегородке левое крыло носа.   Предложить пациенту выполнить эту процедуру самостоятельно вначале с пустым, затем с действующим ингалятором в вашем присутствии.  Информировать пациента: после каждой ингаляции мундштук промыть водой с мылом и вытереть насухо.  Закрыть защитным колпачком ингалятор и убрать его в специально отведенное место.  Вымыть руки  Все ли Вам понятно? Если есть какие-то вопросы, я готова Вас выслушать. Если Вам всё понятно, прошу повторить всё, что Вам необходимо сделать. Спасибо за внимание. До свидания.  **Алгоритм проведения дуоденального зондирования**  Цель: исследование желчи.  Показания: заболевание желчного пузыря и желчных протоков.  Противопоказания: острый холецистит, обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.  Оснащение: фантомы для выполнения манипуляций; комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий; антисептический раствор для гигиенической обработки рук; стерильный дуоденальный зонд; шприц 20 мл; стерильный лоток, и пинцет; лоток для использованного материала; 33 % раствор магния сульфата или 40 % раствор глюкозы; пробирки 10-15 штук; стерильная вода; полотенце; салфетка; грелка; валик; штатив для пробирок; низкая скамейка; направление.  Подготовка пациента: зондирование проводится утром, натощак, накануне легкий ужин, исключая продукты, вызывающие метеоризм, на ночь стакан сладкого чая, теплая грелка на область правого подреберья (грелка не используется при исследовании на лямблии).  **Подготовка к процедуре:**  Объяснить пациенту цель и ход исследования, уточнить аллергоанамнез. Получить согласие на проведение процедуры.  Промаркировать пробирки и направление для идентификации.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, перчатки. Подготовить оснащение: из упаковки пинцетом достать дуоденальный зонд и положить в стерильный лоток.  **Выполнение процедуры:**  Измерить длину зонда (от мочки уха до резцов, от резцов до пупка и сделать метку №1, прибавить ширину ладони пациента (10-15 см), сделать метку №2).  Предложить пациенту сесть, широко открыть рот. В руки пациенту дать полотенце.  Смочить зонд стерильной водой и ввести за корень языка, затем постепенно с помощью глотательных движений до метки №1 (зонд в желудке). С помощью шприца с воздухом проверить местонахождение зонда. На свободный конец наложить зажим.  Уложить пациента на кушетку (без подушки) на правый бок, под таз подложить валик, под правое подреберье - грелку.  Снять зажим, свободный конец зонда опустить в пробирку на штативе на низкой скамейке рядом с кушеткой; выделяется мутное, светлое содержимое желудка.  Предложить пациенту медленно заглатывать зонд до метки №2. Продолжительность заглатывания 40-60 мин.  Зонд попадает в 12-перстную кишку и начинает выделяться золотисто-желтая жидкость. Это порция «А», дуоденальная желчь - (содержимое из 12-перстной кишки) - 15-40 мл за 20-30 минут.  После первой порции ввести раздражитель с помощью шприца через зонд в теплом виде (для лучшего отхождения порции «В») - 30-50 мл 33% раствора сульфата магния или 40% раствора глюкозы.  Уложить пациента на спину, наложить зажим на свободный конец зонда на 10 минут.  Уложить пациента на правый бок, снять зажим, опустить зонд в пробирки поочередно выделяется темно-оливковая желчь. Это порция «В», пузырная желчь - (из желчного пузыря) - 30-60 мл за 20-30 минут.  Переложить зонд в следующие пробирки, когда начнет выделяться прозрачная, светло-желтая желчь. Это порция «С», печеночная желчь (из желчных протоков) - 15-20 мл за 20-30 мин.  **Окончание процедуры**  Извлечь зонд при помощи салфетки, дать пациенту прополоскать рот.  Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Отправить все пробирки в лабораторию с направлением (для выявления форменных элементов, простейших и т.д.).  Полученные результаты подклеить в исто­рию болезни.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Обучение пациента подготовке к эндоскопическим методам исследования | 2 | |  | Обучение пациента подготовке к ультразвуковым методам исследования | 1 | |  | Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей | 1 | |  | Обучение пациента самоконтролю АД, пульса и ЧДД, температуры тела | 3 | |  | Обучение пациента самостоятельной постановки банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов | 2 | |  | Обучение пациента ингаляции лекарственного средства через рот и нос | 1 | |  | Дуоденальное зондирование | 1 | |  |  |
| 27.05.2020  28.05.2020  29.05.2020  30.05.2020  01.06.2020  02.06.2020  03.06.2020  04.06.2020  05.06.2020  06.06.2020 | ***План 1 рабочего дня в Стационаре***  **Подача увлажненного кислорода**  **Алгоритм подачи кислорода через носовой катетер, канюлю**  Цель: уменьшить гипоксию тканей.  Показания: назначения врача при заболеваниях органов кро­вообращения и органов дыхания, с профилактической целью беременным женщинам, детям, лётчикам, стюардессам, подводникам (работающим в разряженном воздухе), пожилым и престарелым людям.  Оснащение**:** аппарат Боброва, дистиллированная вода, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната (при ацидозе), или спирт 95%-ный. Стерильно: лоток, носовой катетер, носовые канюли, стерильный глицерин, шпатель, бинт, лейкопластырь.  **Подготовка к процедуре:**  Провести идентификацию пациента.  Установить доверительные отношения с пациентом, если это возможно для обеспечения слаженности совместной работы. Получить согласие на проведение процедуры.  Выявить у пациента признаки и симптомы, связанные с гипоксией и наличием мокроты в дыхательных путях.  Вымыть и осушить руки, надеть стерильные перчатки.  Подготовить к работе аппарат Боброва:  а) налить в чистую стеклянную емкость дистиллированную воду, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната (при ацидозе), или спирт 95%-ный (2/3 объема при сердечной астме), температура 30—40°С (спирт 20%-ный и антифомсилан служат пеногасителями и ис­пользуются при наличии у пациента отека легких).  б) обеспечить герметичность соединений при помощи винта на пробке.  **Выполнение процедуры:**  Определить длину вводимой части катетера (расстояние от козелка ушной раковины до входа в нос - приблизительно 15 см), поставить метку.  Облить стерильным глицерином вводимую часть катетера в целях предупреждения травмы слизи­стой носа (можно подсоединить носовые канюли).  Ввести катетер в нижний носовой ход до метки (катетера виден при осмотре зева шпателем).  Осмотреть зев, придавив шпателем корень языка. Убедиться, что кончик катетера виден при осмотре зева.  Сбросить шпатель в дезинфицирующий раствор.  Зафиксировать наружную часть катетера тесемками бинта и лейкопластырем для обеспечения постоянного положения катетера для удобства пациента, профилактики мацерации кожи лица.  Соединить с аппаратом Боброва, заполненным дистиллированной водой или 96% ным спиртом, или другим пеногасителем.  Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи кислорода по назначению врача.  Осмотреть слизистую носа пациента.  **Окончание процедуры**  Провести итоговую оценку состояния пациента.  Удалить катетер (или снять носовую канюлю). Сбросить в емкость для сбора отходов класса Б.  Шпатель, лоток, погрузить в соответствующие емкости для дезинфекции, продезинфицировать аппарат Боброва.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса Б. провести гигиеническую обработку рук.  Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии**  Цель: обеспечение проходимости зонда, обеспечение инфекционной безопасности.  Показания: обеспечение ухода за канюлями.  Оснащение**:** лоток, физиологический раствор или специальный раствор для промывания, нестерильные перчатки, стерильные марлевые салфетки, емкость для промывания катетера, пластырь, шпатель, емкости для дезинфекции, емкости для сбора отходов класса «А», класса «Б».  **Подготовка к процедуре:**  Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений. Получить согласие на проведение манипуляции.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Надеть перчатки.  **Выполнение процедуры:**  Осмотреть место введения канюли на предмет признаков раздражения или сдавления.  Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками.  При необходимости прочистить канюлю от слизи.  Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы.  **Окончание процедуры**  Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен.  Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы.  Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании).  Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации  **Заполнение документации при приеме пациента**  Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Медицинская документация  форма № 003/у  МБУЗ ГБ №2 Утверждена Минздравом СССР  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 04.10.80 г. № 1030  наименование учреждения  **МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № \_\_**1**\_\_\_**  **стационарного больного**  Дата и время поступления \_\_\_\_\_\_18.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_7:30\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата и время выписки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_пульмонологическое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ палата № \_\_\_\_\_10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Переведен в отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Проведено койко-дней \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)  Группа крови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Резус-принадлежность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Побочное действие лекарств (непереносимость) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  название препарата, характер побочного действия  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_Белкина В.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Пол \_\_\_\_жен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Возраст \_37 лет\_\_ (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев, до 1 месяца – дней)  4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) \_\_\_ул.Обороны,15 - 345\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  вписать адрес, указав для приезжих - область, район,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  населенный пункт, адрес родственников и № телефона  5. Место работы, профессия или должность \_дворник в организации ЖКО-2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  для учащихся - место учебы; для детей - название детского учреждения, школы;  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  для инвалидов - род и группа инвалидности, иов – да, нет подчеркнуть  6. Кем направлен больной \_\_\_\_скорая помощь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  название лечебного учреждения  7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет  через \_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов после начала заболевания, получения травмы;  госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).  8. Диагноз направившего учреждения \_\_пневмония нижней доли правого легкого\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  9. Диагноз при поступлении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 10. Диагноз клинический |  | | Дата установления | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |     Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Медицинская документация  МБУЗ ГБ №2 Форма № 058/у  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Утверждена Минздравом СССР  наименование учреждения 04.10.80 г. № 1030  **ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ**  **об инфекционном заболевании, пищевом, остром**  **профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку**  1. Диагноз \_\_\_\_Педикулез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть)  2. Фамилия, имя, отчество \_\_Белкина В.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. Пол \_\_ЖЕН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Возраст (для детей до 14 лет - дата рождения) \_\_37 лет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Адрес, населенный пункт \_г.Красноярск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район  улица \_\_\_\_\_Обороны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_15\_\_\_\_ кв. №\_\_\_345\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (индивидуальная, коммунальная, общежитие - вписать)  6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЖКО-2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. Даты:  заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  первичного обращения (выявления) \_\_\_18.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  установления диагноза \_\_\_18.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  последующего посещения детского учреждения, школы  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  госпитализации \_\_\_\_15.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **Оборотная сторона ф. № 058/у**  8. Место госпитализации \_\_\_\_МБУЗ ГБ №2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  9. Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен  пострадавший \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и  дополнительные сведения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проведено противопедикулезное  мероприятие средством «Паранит» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС  \_\_\_18.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_8:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Фамилия сообщившего \_\_\_Стойчикова\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кто принял сообщение \_\_\_Миронова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  12. Дата и час отсылки извещения \_\_18.05.2020\_\_\_\_8:30\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись пославшего извещение \_\_\_\_Стойчикова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в журнале ф. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  санэпидстанции.  Подпись получившего извещение \_\_Миронова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_    Министерство здравоохранения  Медицинская документацияСССР  Форма N 066/у  МБУЗ ГБ №2 Утверждена Минздравом СССР  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 04.10.80 г. N 1030  наименование учреждения    СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА  выбывшего из стационара    1. Фамилия, имя, отчество \_\_Белкина В.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения \_\_09.03.1983\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Пол \_ЖЕН\_\_\_\_ год, месяц, число  2. Проживает постоянно (адрес) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  | | --- | --- | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Житель (подчеркнуть):  города - 1,  села - 2  3. Кем направлен больной  \_Скорая помощь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отделение \_Пульмонологическое\_  Профиль коек \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Доставлен в стационар по  экстренным показаниям (подчеркнуть)  да - 1, нет - 2  5. Через сколько часов после  заболевания (получения травмы)  (подчеркнуть):  1) в первые 6 часов - 1  2) 7-24 час. - 2  3) позднее 24-х час. - 3  6. Дата поступления в стац.  2020 г. \_\_\_\_\_\_май\_\_\_\_\_\_\_\_ месяц  \_\_\_\_\_18\_\_\_\_\_ число \_\_\_7:30\_\_\_\_\_\_ час. | 7. Исход заболевания  (подчеркнуть):  1) выписан - 1   2) умер - 2   3) переведен - 3  7 а. Дата выписки, смерти 2020 г. \_\_\_май\_\_\_\_ месяц \_\_25\_\_\_ число \_10:00\_час.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7 б. Проведено дней \_\_7\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8. Диагноз, направившего   учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_пневмония нижней доли правого легкого\_ 9. Госпитализирован в   данном году по поводу   данного заболевания:   впервые - 1   повторно - 2 |   Оборотная сторона ф. N 066/у  10. Диагноз стационара   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Основной | Осложнения | Сопутствующие  заболевания |  |  | | |  |  |  |  |  |  | | Клинический заключительный | НЕТ | НЕТ |  |  |  | |  | 10 а | | |  |  |  |  |  |  | | Патологоанатомический |  |  |  |  |  | |  | 10 б |  |     11. В случае смерти (указать причину):  I. Непосредственная причина смерти а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (заболевание или осложнение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  основного заболевания)  Заболевание, вызвавшее или б) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  обусловившее непосредственную  причину смерти:  Основное заболевание указывается в) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  последним  II. Другие важные заболевания, способствовавшие  смертельному исходу, но не связанные с заболеванием или по  осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти.  12. Хирургические операции     |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Дата,час | Название операции, а | Осложнения б |  | |  |  |  | 11 а | |  |  |  | |  |  |  | 11 б | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |     13. Обследован на RW 19.05.2020 г. Результат \_\_\_\_отриц\_\_\_\_\_\_  14. Инвалид Отечественной войны (подчеркнуть): да - 1, нет - 2    Подпись \_\_\_\_\_Стойчикова\_\_\_\_\_\_\_\_  Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_  МБУЗ ГБ №2 Медицинская документация  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Форма № 001/у  наименование учреждения Утверждена Минздравом СССР  04.10.80 г. № 1030  **ЖУРНАЛ**  **учёта приема больных и отказов в госпитализации**  **Начат "\_18\_" \_\_\_мая\_\_\_\_\_\_ 2020 г. Окончен "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20**       |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  | Код формы по ОКУД  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код учреждения по ОКПО  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_МБУЗ ГБ №2\_\_\_\_\_\_  наименование учреждения |  | | Медицинская документация  Форма № 060/у  Утверждена Минздравом СССР  04.10.80 г. № 1030 |   **ЖУРНАЛ**  **учета инфекционных заболеваний**   |  |  | | --- | --- | | **Начат «\_18\_» \_\_\_мая\_\_\_\_2020 г.** | **Окончен «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020г.** | |  |  |   **Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза**  **Алгоритм обработки волосистой части головы при выявлении педикулеза**  Цель: Осуществление противопедикулезной обработки волосистой части головы пациента.  Показания: педикулез.  Оснащение: спецодежда, комплект средств индивидуальной защиты, инсектицидное средство, гребень, клеенчатая пелерина, шампунь (кондиционер), полотенце, клеенчатый мешок, бумага, емкости и ветошь для обработки помещения, емкости для обработки ветоши, металлическая емкость для сжигания отходов в вытяжном шкафу.  **Подготовка к процедуре:**  Сообщить пациенту о наличии педикулеза и получить согласие на обработку.  Провести гигиеническую обработку рук.  Надеть маску, дополнительный халат, фартук косынку, тапочки, перчатки.  Усадить пациента на кушетку, покрытую одноразовой пеленкой.  Укрыть плечи пациента клеенчатой пелериной.  **Выполнение процедуры:**  Обработать волосы одним из дезинсектицидных растворов согласно инструкции к дезинсектицидному средству, следить, чтобы средство не попало в глаза пациента, для этого можно дать пациенту полотенце, скрученное валиком, а волосы были равномерно обработаны средством.  Выдержать экспозицию по инструкции препарата.  Промыть волосы теплой водой, затем с моющим средством (обработать кондиционером для облегчения расчесывания), осушить полотенцем.  Перед пациентом на полу разложить листы бумаги (белой).  Вычесать волосы частым гребнем, наклонив голову над белой бумагой, последовательно разделяя волосы на пряди и вычесывая каждую прядь (короткие волосы расчесывать от корней к кончикам, длинные от кончиков к корням).  Осмотреть волосы пациента повторно. Убедиться, что вшей нет.  **Окончание процедуры**  Бумагу с пола аккуратно собрать в металлическую емкость и сжечь в вытяжном шкафу.  Белье и одежду пациента, спецодежду медсестры убрать в клеенчатый мешок и отправить в дезинфекционную камеру.  Гребень, клеенчатую пелерину обработать инсектицидным средством, промыть проточной водой, просушить.  Обработать помещение.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать отметку на титульном листе медицинской карты стационарного больного о выявленном педикулезе («Р») или в амбулаторной карте и в журнале осмотра на педикулез.  Отправить экстренное извещение об инфекционном заболевании в ЦГСЭН (ф. № 058/у), зарегистрировать факт выявления педикулеза по месту жительства пациента.  Повторить осмотр волосистой части головы пациента через семь дней. При необходимости — провести санитарную обработку.  **Алгоритм полной санитарной обработки пациента, принятие ванны**  Цель: осуществление полной санитарной обработки пациента.  Показания: по назначению врача.  Противопоказания: тяжелое состояние пациента и др.  Оснащение: одноразовые рукавицы для мытья, жидкое мыло, шампунь, махровое полотенце или простынь, чистое белье для пациента, водный термометр, маркированные емкости для чистых и грязных одноразовых рукавичек для мытья, емкость для сбора грязного белья, упор для ног, температурный лист, емкости для дезинфекции поверхностей, емкости для сбора отходов класса «А» и класса «Б»; чистые салфетки для обработки поверхностей; средства индивидуальной защиты: перчатки – 2 пары, маска; спецодежда: сменный халат, фартук клеенчатый, обувь с гигиеническим покрытием.  **Подготовка к процедуре:**  Информировать пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Получить согласие.  Определить температуру воздуха в ванной комнате (не менее 25° С).  Обработать руки. Надеть маску, фартук, перчатки.  Подготовить ванну: продезинфицировать (по инструкции препарата), почистить чистящим средством, промыть проточной водой.  Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б».  Наполнить ванну водой до 1/2 объема. Температура воды должна быть не ниже 36- 37 ° С (использовать для измерения водный термометр).  Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  **Выполнение процедуры:**  Помочь пациенту удобно расположиться в ванне, чтобы пациент не соскользнул, поставить подставку для упора ног.  Вымыть пациента: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность, ополоснуть из душа (в процессе мытья контролировать температуру воды рукой).  Помочь пациенту выйти из ванны.  Вытереть пациента и одеть при необходимости проводите пациента в палату.  **Окончание процедуры**  Одноразовые рукавицы для мытья погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б».  Использованное полотенце и грязную одежду пациента убрать в клеенчатый мешок.  Обработать ванну: продезинфицировать (по инструкции препарата), почистить чистящим средством, промыть проточной водой.  Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».).  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.  **Алгоритм частичной санитарной обработки пациента, обтирание пациента**  Цель: Осуществление частичной санитарной обработки пациента.  Показания: По назначению врача.  Противопоказания: Тяжелое состояние пациента и др.  Оснащение: одноразовые рукавицы для мытья, емкость для воды, жидкое мыло, либо средство для сухой обработки пациента, чистое белье для пациента, водный термометр, маркированные емкости для чистых и грязных одноразовых рукавичек для мытья, клеенчатый мешок, температурный лист, фартук клеенчатый, перчатки, маска, одноразовые адсорбирующие подкладные пеленки 1-2 штуки.  **Подготовка к процедуре:**  Информировать пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Получить согласие.  Отгородить пациента ширмой.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, фартук, перчатки.  **Выполнение процедуры:**  Используя правила перемещения пациента в постели подложить одноразовые адсорбирующие подкладные пеленки под верхнюю часть туловища пациента.  Одноразовой рукавицей, смоченной в воде, обтереть пациенту шею, грудь, руки (живот и ноги прикрыты одеялом).  (Нанести средство для сухой обработки на тело и обтереть пациенту шею, грудь, руки).  Вытереть пациенту шею, грудь, руки полотенцем насухо и прикрыть одеялом.  Используя правила перемещения пациента в постели подложить одноразовые адсорбирующие подкладные пеленки под нижнюю часть туловища пациента.  Обтереть живот, спину, нижние конечности, осушить и закрыть одеялом.  **Окончание процедуры**  Убрать ширму.  Одноразовые рукавицы для мытья, одноразовые подкладные пеленки погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б».  Использованное полотенце и грязную одежду пациента убрать в клеенчатый мешок.  Слить воду в канализацию, емкость продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата, помыть чистящим средством, прополоскать проточной водой, поставить на сушку.  Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».).  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подача увлажненного кислорода | 2 | |  | Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии | 1 | |  | Заполнение документации при приеме пациента | 3 | |  | Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза | 1 | |  | Полная санитарная обработка пациента | 1 | |  | Частичная санитарная обработка пациента | 1 |   ***План 2 рабочего дня в Стационаре***  **Смена нательного и постельного белья**  **Алгоритм смены нательного белья**  Цель: соблюдение личной гигиены, профилактика опрелостей, пролежней.  Показания: постельный режим пациента.  Оснащение**:** комплект чистого нательного белья, чистая простыня, средства индивидуальной защиты, емкость для сбора грязного белья, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  **Подготовка к процедуре:**  По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  Подготовить комплект чистого белья.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  Отгородить пациента ширмой.  Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка). Приготовить емкость для сбора грязного белья.  **Выполнение процедуры:**  Помочь пациенту сесть на край кровати, (по возможности), либо придать пациенту положение Фаулера.  При повреждении конечности рубашку сначала снять со здоровой руки, затем с головы и в последнюю очередь с поврежденной руки, грязную рубашку поместить в емкость для сбора грязного белья.  Укрыть пациента простыней.  Помочь пациенту надеть чистую рубашку: сначала на поврежденную руку.  Помочь пациенту снять оставшееся белье: носки (в положении сидя), брюки, нижнее белье (в положении лежа), грязное белье поместить в емкость для сбора грязного белья.  Помочь пациенту надеть чистое белье: нижнее белье и брюки начинают надевать сначала на поврежденную конечность.  Придать пациенту удобное положение в кровати.  **Окончание процедуры**  Убрать ширму.  Емкость для сбора грязного белья увезти в санитарную комнату.  Обработать поверхности в палате дезинфицирующим раствором.  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм смены постельного белья продольным способом**  Цель: смена постельного белья тяжелобольным пациентам.  Показания: постельный режим пациента  Противопоказания:  Оснащение**:** комплект чистого белья (наволочка, простынь, пододеяльник, клеенка, пеленка), средства индивидуальной защиты, емкость для сбора грязного белья, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  **Подготовка к процедуре:**  По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  Подготовить комплект чистого белья, чистую простыню свернуть в продольный рулон.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  Отгородить пациента ширмой.  Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка). Приготовить емкость для сбора грязного белья.  **Выполнение процедуры:**  Снять с одеяла пациента пододеяльник, укрыть пациента пододеяльником на время смены белья. Сложить одеяло и отложить его в «чистую» зону.  Убрать подушку из-под головы, снять с нее грязную наволочку, поместить в емкость для сбора грязного белья, надеть чистую и положить в чистую зону.  Повернуть пациента на бок от себя так, чтобы больной оказался спиной к расстиланию простыни, другому специалисту контролировать положение пациента на кровати с целью профилактики падения, либо поднять поручень кровати.  Края грязной простыни высвободить из-под матраца, и скрутить валиком продольно в направлении спины пациента. Докрутив до тела лежащего, оставить грязную простыню, подоткнув ее под тело пациента.  Чистую простыню разложить на кровати и раскручивать в направлении спины пациента, избегая прямого контакта грязного и чистого постельного белья.  Повернуть пациента сначала на спину, а затем на другой бок, другому специалисту контролировать положение пациента на кровати с целью профилактики падения, либо поднять поручень кровати.  Скрутить грязную простыню и сбросить ее в емкость для сбора грязного белья.  Раскрутить чистую простыню, тщательно разгладить, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелить подкладную пелёнку.  Заправить края чистой простыни под матрац.  Под голову положить подушку.  Надеть чистый пододеяльник на одеяло, убрать грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья.  Накрыть пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедиться, что больному комфортно. Поднять поручни кровати, при их наличии.  **Окончание процедуры**  Убрать ширму.  Емкость для сбора грязного белья увезти в санитарную комнату.  Обработать поверхности в палате дезинфицирующим раствором.  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о проведенной процедуре.  **Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.)**  **Алгоритм ухода за полостью рта**  Цель: профилактика стоматита.  Показания: тяжёлое состояние пациента.  Оснащение: стерильные: лоток, 1 пинцет, салфетки, шпатель, лоток для использованного материала, водный антисептический раствор, полотенце или одноразовая салфетка, грушевидный баллон или шприц Жане, вазелин, стакан с водой, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий., средства индивидуальной защиты.  **Подготовка к процедуре:**  По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  Приготовить лоток с марлевыми шариками и часть залить антисептическим раствором (салфетки для обработки полости рта в упаковке).  Помочь пациенту повернуть голову на бок, шею и грудь накрыть клеенкой, под подбородок подставить лоток.  Попросить пациента сомкнуть зубы (снять зубные протез, если они есть).  **Выполнение процедуры:**  Отодвинуть шпателем щёку пациента, и пинцетом с марлевым шариком, смоченным в антисептическом растворе, обработать каждый зуб от десны, начиная от коренных зубов к резцам, с наружной стороны, слева, затем справа, предварительно сменив шарик (салфетку).  Попросить пациента открыть рот и сменив марлевый шарик, обработать каждый зуб от десны, начиная от коренных к резцам, с внутренней стороны.  Сменить марлевый шарик, и обработать язык.  Помочь пациенту прополоскать рот или повести орошение с помощью грушевидного баллончика. Оттянуть шпателем угол рта, поочерёдно промыть левое, затем правое защечное пространство раствором.  Вытереть кожу вокруг рта сухой салфеткой, смазать губы вазелином, трещины обработать 1% раствором бриллиантового зеленого.  **Окончание процедуры**  Использованные лотки, пинцеты, шпатель, марлевые шарики и салфетки поместить в соответствующие емкости для дезинфекции с последующей обработкой изделий многоразового использования и утилизацией в отходы класса «Б» – одноразового.  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм удаление корочек из носа**  Цель: предупреждение нарушения носового дыхания.  Показания: тяжёлое состояние пациента, наличие выделений из полости носа.  Оснащение: стерильные: лоток, пинцет, ватные турунды; лоток для использованного материала; вазелиновое масло; мензурка; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий; средства индивидуальной защиты.  **Подготовка к процедуре:**  По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  Налить вазелиновое масло в мензурку.  Приготовить лоток с ватными турундами.  **Выполнение процедуры:**  Взять турунду, смочить в вазелиновом масле, отжать о стенки мензурки.  Ввести турунду вращательными движениями в носовой ход на 1-3 минуты, чтобы корочки размокли.  Извлечь турунду из носового хода вращательными движениями. При необходимости для очищения использовать несколько турунд.  Обработать другой носовой ход тем же способом.  **Окончание процедуры**  Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Ватные турунды сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм Обработка наружного слухового прохода**  Цель: предупреждение снижения слуха из-за скопления серы.  Показания: тяжёлое состояние пациента.  Противопоказания: воспалительные процессы в ушной раковине, наружном слуховом проходе.  Оснащение: стерильные: лоток, пинцет, ватные турунды; лоток для использованного материала; перекись водорода 3%; мензурка; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий; средства индивидуальной защиты.  **Подготовка к процедуре:**  По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  Налить в мензурку перекись водорода 3%.  Приготовить лоток с ватными турундами.  **Выполнение процедуры:**  Взять турунду, смочить в 3% раствор перекиси водорода, отжать о стенки мензурки.  Оттянуть, левой рукой ушную раковину так, чтобы выровнять слуховой проход (к верху и кзади).  Ввести турунду вращательными движениями в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см. на 2-3 минуты.  Извлечь турунду из слухового прохода вращательными движениями. При необходимости для очищения использовать несколько турунд.  Обработать другой слуховой проход тем же способом.  **Окончание процедуры**  Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Ватные турунды сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм обработки глаз**  Цель: проведение гигиенической процедуры.  Показания: тяжёлое состояние пациента.  Оснащение: средства индивидуальной защиты; стерильные: лоток, пинцет, марлевые шарики, салфетки; лоток для использованного материала; водный антисептический раствор или стерильная вода; пипетки; вазелиновое масло; физиологический раствор; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  **Подготовка к процедуре:**  По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  Осмотреть глаза.  Приготовить лоток с марлевыми шариками и часть залить стерильным вазелиновым маслом, другую часть водным антисептическим раствором или стерильной водой, можно использовать разные мензурки для масла и раствора.  **Выполнение процедуры:**  Протереть веки по направлению от наружного угла к внутреннему углу глаза шариком, смоченным в вазелиновом масле (шарики отдельно для каждого глаза).  Протереть веки сухими шариками в том же направлении (шарики отдельно для каждого глаза).  Взять шарик, смоченный в антисептическом растворе или стерильной воде и протереть веки по направлению от наружного угла к внутреннему углу глаза (шарики отдельно для каждого глаза).  Протереть веко сухим шариком в том же направлении.  **Окончание процедуры**  Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Марлевые шарики и салфетки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о проведенной процедуре.  **Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе**  **Размещение пациента в постели в положении Фаулера. (перемещение выполняет один или два специалиста; выполняется как на функциональной, так и на обычной кровати)**  Цель перемещения: для процедур, требующих этого положения, риск развития пролежней и контрактур.  Оснащение: подушки, валики, упор для ног.  Перед тем, как начать перемещение, если пациент в состоянии оценить информацию, необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.  Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.  Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати.  Опустить кровать до уровня середины своего бедра.  Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати.  Необходимо убедиться, что пациент лежит горизонтально, посередине кровати.  Затем поднять изголовье кровати под углом 45°-60°-90°, или подложить три подушки.  Положить небольшую подушку под голову (в том случае, если поднималось только изголовье).  Слегка приподнять вверх подбородок пациента.  Под парализованную руку подложить подушку или одновременно на прикроватном столике перед пациентом нужно обеспечить опору для парализованной кисти и предплечья; подложить под локоть подушку.  Расслабленной кисти придать обычное положение: слегка разогнуть ладонь вниз, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половину резинового мячика.  Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть лежит ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если вверх - пальцы лежат свободно.  Согнуть пациенту колени, подложить под них валик.  Обеспечить упор для стоп под углом 90°.  Затем расправить простыню и подкладную пеленку.  После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.  Накрыть пациента одеялом.  Поднять боковые поручни.  По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  **Расположение пациента в постели в положении Симса (перемещение выполняет один специалист).**  Цель перемещения: придать пациенту комфортное положение при вынужденном или пассивном положении, риске развития пролежней, смене положения.  Оснащение: дополнительная подушка, валики, упор для ног, 1/2 резинового мячика.  Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.  Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.  Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати.  Опустить кровать до уровня середины своего бедра.  Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати.  Убрать одеяло.  Переместить пациента на спину и к краю кровати.  Переместить его в положение «лежа на боку» и частично «на животе», используя уже ранее изученные способы перемещения пациента на бок.  Подложить подушку под голову пациента.  Под согнутую, находящуюся сверху, руку поместить подушку на уровне плеча.  Другую руку положить на простыню.  Расслабленную кисть поместите на ½ резинового мячика.  Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку, чтобы нога оказалась на уровне бедра.  У подошвы ноги положить мешок с песком или другой упор для ног.  Затем расправить простыню и подкладную пеленку.  После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.  Накрыть пациента одеялом.  Поднять боковые поручни.  По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  **Размещение пациента в положение «на спине» (перемещение выполняет один специалист).**  Цель перемещения: придать пациенту комфортное положение при  вынужденном или пассивном положении, риске развития пролежней, гигиенических процедурах в постели; смене постельного белья.  Оснащение: дополнительные подушки, валики, упор для ног, 1/2 резинового мячика.  Перед тем, как начать перемещение, если пациент в состоянии оценить информацию, необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.  Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении  перемещения.  Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати.  Опустить кровать до уровня середины своего бедра.  Расправить подушку под головой пациента.  Убедиться, что пациент лежит горизонтально.  Затем придать пациенту правильное положение:   расположить руки вдоль туловища ладонями вниз;   расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными  суставами.  Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею.  Подложите под поясницу небольшой валик или свернутое валиком полотенце.  Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль бедер, с наружной  стороны, от области большого вертела бедренной кости.  Подложить небольшую подушку или валик под голень в нижней части.  Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90 °.  Подложить под предплечья небольшие подушки.  Затем расправить простыню и подкладную пеленку.  После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.  Накрыть пациента одеялом.  Поднять боковые поручни.  По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на  гигиеническом уровне.  **Поворачивание пациента на бок с помощью подкладной пеленки и размещение в этом положении (перемещение выполняют два специалиста).**  Цель перемещения: смена белья, размещение в положении на боку, предварительный этап для других перемещений.  Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.  Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.  Опустить боковые поручни кровати, если они есть, закрепить тормоза кровати.  Попросить помощника встать с противоположной от вас стороны кровати.  Опустить боковые поручни (или один из них, если процедура выполняется без  помощника).  Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати.  Необходимо убедиться, что пациент лежит горизонтально, при необходимости  переместить пациента к краю кровати, противоположному той стороне, куда  требуется повернуть пациента.  Попросить пациента скрестить руки на груди.  При повороте пациента на правый бок - помочь положить пациенту левую ногу на правую (при повороте на левый бок - наоборот).  Встать близко с той стороны кровати, куда переворачиваете пациента, положить рядом с пациентом протектор. Поставить колено на протектор, вторая нога служит опорой.  Положить одну руку на плечо пациента, другую - на соответствующее бедро, т. е. если пациент переворачивается на правый бок, положить левую руку на его левое плечо, а правую — на его левое бедро.  Вашему помощнику расправить край пеленки из-под матраца и скатать ее вплотную к телу пациента, затем взяв скатанный конец пеленки ладонями вверх и, упершись ногами, на счет «три» выполнить перемещение пациента на бок.  Медработнику, удерживающему плечо и бедро пациента одномоментно поворачивать пациента к себе, перенеся вес на стоящую на полу ногу.  Дальнейшие действия зависят от цели поворачивания.  После того, как процесс перемещения завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.  По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  **Перемещение и размещение пациента в положение «на животе» (перемещение выполняет один специалист, пациент не может помочь).**  Цель перемещения: придать пациенту комфортное положение при вынужденном или пассивном положении, риске развития пролежней, смене положения.  Оснащение: дополнительная подушка, валики, упор для ног, 1/2 резинового мячика.  Перед тем, как начать перемещение, если пациент в состоянии оценить информацию, необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.  Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.  Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати.  Опустить кровать до уровня середины своего бедра.  Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати.  Необходимо убедиться, что пациент лежит горизонтально, при необходимости переместить пациента к краю кровати, в направлении не парализованной стороны тела.  Поднять поручни кровати.  Перейти на другую сторону.  Опустить поручень кровати.  Выпрямить локоть парализованной руки, прижать ее к туловищу и подведите кисть под бедро, или поднять руку вверх.  Рядом с пациентом положить протектор и поставить на него колено.  Положить одну руку на плечо, а другую — на бедро пациента, находящееся дальше от вас и повернуть пациента на бок в Вашу сторону (через парализованную сторону тела).  Подложить свернутое одеяло (полотенце) или небольшую подушку под верхнюю часть живота пациента.  Осторожно перевернуть пациента через парализованную руку на живот.  Повернуть голову пациента набок (в сторону парализованной половины тела).  Под голову пациента положить подушку.  Согнуть в локте руку, отвести в сторону (кисть — к изголовью кровати); пальцы руки по возможности разогнуть (можно использовать 1/2 мячика).  Слегка согнуть оба колена пациента и подложите подушку (от колен до лодыжек).  С помощью высокой подушки приподнять пальцы стоп на матраце, чтобы угол между стопой и голенью составил 90 °.  Затем расправить простыню и подкладную пеленку.  После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.  Накрыть пациента одеялом.  Поднять боковые поручни.  По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  **Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента**  В отделении после обширного оперативного вмешательства находится тяжелобольной пациент К. 65 лет, его рост – 175 см., масса тела – 45 кг. Пациент малоподвижен, длительно лежит в одном и том же положении, апа­тичен, отказывается от еды.  При осмотре: кожа пациента сухая, трещины на кистях и стопах.  Пациент проходит курс лечения цитостатическими препаратами.  Задание: определите степень риска развития пролежней.  Ответ:  Телосложение – ниже среднего – 3 балла  Кожа сухая – 1 балл  Трещины на кистях и стопах – 3 балла  Пол мужской – 1 балл  Возраст 65 лет – 3 балла  Обширное оперативное вмешательство – 5 баллов  Ограниченная подвижность – 3 балла  Плохой аппетит – 1 балл  Пациент апатичный – 2 балла  Лечение цитостатическими препаратами – 4 балла  Итого: 26 баллов – очень высокая степень риска развития пролежней.  **Уход за лихорадящим больным**  *Первый период*  Обеспечить постельный режим.  Тепло укрыть пациента, к ногам положить грелку.  Обеспечить обильное горячее питьё (чай, настой шиповника и др.).  Контролировать физиологические отправления.  Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.  *Второй период*  Следить за строгим соблюдением пациентом постельного режима.  Обеспечить постоянное наблюдение за лихорадящим пациентом (контроль АД, пульса, температуры тела, за общим состоянием).  Заменить теплое одеяло на легкую простыню.  Давать пациенту (как можно чаще!) витаминизированное прохладное питье (морс, настой шиповника).  На лоб пациента положить пузырь со льдом или холодный компресс, смоченный в растворе уксуса (2 столовых ложки на 0,5 литра воды) - при выраженной головной боли и для предупреждения нарушения сознания.  При гиперпиретической лихорадке следует сделать прохладное обтирание, можно использовать примочки (сложенное вчетверо полотенце или холщовую салфетку, смоченные в растворе уксуса пополам с водой и отжатые, нужно прикладывать на 5-10 мин., регулярно их меняя).  Периодически протирать слабым раствором соды ротовую полость, a губы смазывать вазелиновым маслом.  Питание осуществлять по диете № 13.  Следить за физиологическими отправлениями, подкладывать судно, мочеприёмник.  Проводить профилактику пролежней.  *Третий период (литическое снижение температуры тела)*  Создать пациенту покой.  Контролировать t°, АД, ЧДД, РS.  Производить смену нательного и постельного белья.  Осуществлять уход за кожей.  Перевод на диету № 15, по назначению врача.  Постепенно расширять режим двигательной активности.  **Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером**  Цель: профилактика инфицирования мочевого пузыря.  Показания: наличие постоянного уретрального катетера.  Оснащение: шприц одноразовый на 10 мл, катетер мочевой одноразовый стерильный с дополнительным отведением для промывания мочевого пузыря, стерильный мочеприемник, стерильный раствор борной кислоты, мазь гентамициновая, барьерное средство для защиты кожи, перчатки нестерильные, адсорбирующая пеленка, стерильные ватные или марлевые шарики, стерильные марлевые салфетки, емкость для воды, лейкопластырь.  **Подготовка к процедуре:**  Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  Поставить ширму.  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.  **Выполнение процедуры:**  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.  **Окончание процедуры**  Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.  Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Уточнить у пациента его самочувствие.  Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Смена нательного и постельного белья | 4 | |  | Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.) | 3 | |  | Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе | 5 | |  | Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента | 1 | |  | Уход за лихорадящим больным | 2 | |  | Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером | 1 |   ***План 3 рабочего дня в Стационаре***  **Опорожнение мочевого дренажного мешка**  **Подготовка к процедуре:**  Ознакомиться с инструкцией по применению дренажного мешка для сбора мочи с целью получения полной информации относительно рекомендуемого времени использования.  Подготовить необходимое оснащение.  Информировать пациента о цели и ходе предстоящей процедуры, получить его согласие.  Уточнить у пациента, в какое время ему удобнее опорожнить дренажный мешок (при наполнении на 1/2 объема осуществить опорожнение немедленно).  Поставить ширму.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Надеть перчатки.  Поместить мерную емкость под отводной трубкой дренажного мешка.  **Выполнение процедуры:**  Освободить отводную трубку из держателя, не касаясь ею стенок мерной емкости.  Открыть зажим трубки.  Слить мочу в мерную емкость.  Закрыть зажим.  Обработать конец отводной трубки стерильной марлевой салфеткой, смоченной 70° спиртом.  Закрепить отводную трубку в держателе.  Убедиться, что трубки, соединяющие катетер и дренажный мешок, не пережаты.  **Окончание процедуры**  Определить диурез.  Опорожнить мерную емкость в канализацию.  Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.  Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Уточнить у пациента его самочувствие.  Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника**  Оснащение: 1. Чистый мочеприемник.  Здравствуйте, меня зовут Алиса Викторовна и я медицинская сестра. Сегодня я расскажу и покажу Вам, как правильно проводить самоконтроль температуры тела. Если Вы согласны, то я начну. Ход процедуры: 1. Обработайте руки. 2. Отделите трубку мочеприемника от катетера (дренажа). 2. Слейте мочу из использованного мочеприемника в унитаз, положите его в целлофановый пакет и отложите в сторону (утилизация в отходы класса «Б», в домашних условиях – в контейнер для мусора). 3. Соедините чистый мочеприемник с дренажом. 4. С помощью мерки проверьте размер стомы. 5. Обработайте руки. Можете сшить специальный мешочек для мочеприемника и укрепить его на поясе. Уровень мочеприемника (а, следовательно, и мешочка) должен быть обязательно ниже уровня цистостомы. В случае признаков воспаления стомы (покраснение, гнойнички и т.д.), а также в случае задержки мочи, появления крови в моче срочно обратиться к врачу.  Все ли Вам понятно? Если есть какие-то вопросы, я готова Вас выслушать. Если Вам всё понятно, прошу повторить всё, что Вам необходимо сделать. Спасибо за внимание. До свидания.  **Уход за лихорадящим больным**  *Первый период*  Обеспечить постельный режим.  Тепло укрыть пациента, к ногам положить грелку.  Обеспечить обильное горячее питьё (чай, настой шиповника и др.).  Контролировать физиологические отправления.  Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.  *Второй период*  Следить за строгим соблюдением пациентом постельного режима.  Обеспечить постоянное наблюдение за лихорадящим пациентом (контроль АД, пульса, температуры тела, за общим состоянием).  Заменить теплое одеяло на легкую простыню.  Давать пациенту (как можно чаще!) витаминизированное прохладное питье (морс, настой шиповника).  На лоб пациента положить пузырь со льдом или холодный компресс, смоченный в растворе уксуса (2 столовых ложки на 0,5 литра воды) - при выраженной головной боли и для предупреждения нарушения сознания.  При гиперпиретической лихорадке следует сделать прохладное обтирание, можно использовать примочки (сложенное вчетверо полотенце или холщовую салфетку, смоченные в растворе уксуса пополам с водой и отжатые, нужно прикладывать на 5-10 мин., регулярно их меняя).  Периодически протирать слабым раствором соды ротовую полость, a губы смазывать вазелиновым маслом.  Питание осуществлять по диете № 13.  Следить за физиологическими отправлениями, подкладывать судно, мочеприёмник.  Проводить профилактику пролежней.  *Третий период (критическое снижение температуры тела)*  Вызвать врача  Организовать доврачебную помощь:   * уложить пациента на ровную поверхность, убрать подушку из-под головы, приподнять ножной конец кровати; * подать увлажненный кислород; * контролировать АД, пульс, температуру; * дать крепкий сладкий чай; * укрыть пациента одеялами, к рукам и ногам пациента приложить грелки; * следить за состоянием кожных покровов;   следить за состоянием его нательного и постельного белья (по мере необходимости бельё нужно менять, иногда часто).  Приготовить для п/к введения 10% раствор кофеин-бензоат натрия, кордиамин, 0,1% раствор адреналина, 1% раствор мезатона.  Выполнить назначение врача.  **Работа со стерильным биксом, стерильным материалом**  Алгоритм укладки материала в бикс для стерилизации Оснащение: 1. биксы; 2. перевязочный материал; 3. резиновые перчатки; 4. полотенце, пеленка; 5. тканевые салфетки; 6. антисептик; 7. индикаторы стерильности. Мероприятия: 1. Вымыть руки. 2. Надеть маску, перчатки, обработать их антисептиком. 3. Приготовить бикс: внутреннюю поверхность бикса и крышки протереть тканевой салфеткой, смоченной раствором антисептика двукратно, с интервалом 15 минут, выдержать экспозицию по инструкции дезинфицирующего средства. 4. Снять перчатки, вымыть руки. 5. Застелить бикс пеленкой. 6. На дно бикса положить индикатор стерильности. 7. Стерилизуемый материал уложить рыхло, послойно, а перевязочный материал – по секторам. 8. В средний слой снова вложить индикатор стерильности. 9. Края пеленки завернуть внутрь. 10. Сверху положить третий индикатор стерильности. 11. Закрыть крышку бикса. 12. Открыть боковые отверстия и заблокировать пояс (при необходимости). 13. Закрепить на ручке бикса промаркированную бирку («ватные шарики» и др.). 14. Отправить бикс в ЦСО для стерилизации в автоклаве.  Правила работы с биксом (разгрузка бикса) Оснащение: 1. стерильный бикс; 2. стерильный лоток или стерильный стол; 3. стерильный пинцет; 4. маска, перчатки; 5. чистая ветошь; 6. емкость с дезинфицирующим раствором. Последовательность выполнения: – проверить бикс: а) герметичность (поясок должен закрывать решетчатые окна бикса полностью!); б) маркировку: 8. название бикса («перчатки», «шарики» и т.д.); 9. срок годности бикса (дату стерилизации). – Вымыть руки, надеть маску. – Открыть бикс, проверить индикатор стерильности (изменил ли он цвет по эталону), закрыть бикс. – Отметить на бирке дату, время вскрытия бикса, поставить свою подпись. – Обработать руки, надеть перчатки, обработать перчатки антисептиком. – Достать из бикса стерильным пинцетом необходимый материал и поместить его на стерильный стол или в стерильный лоток. – Закрыть бикс. Правила работы со стерильным материалом. 1) Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению. 2) Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет. 3) При необходимости, инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер - на стерильном столе не более 6 часов. 4) Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается извлекать для использования из стерилизационных коробок не более чем в течение 6 часов после их вскрытия. 5) При стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускается хранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации. 6) При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток. 7) Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают на 6 часов. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию. 8) Не допускается использование простерилизованных изделий медицинского назначения с истекшим сроком хранения после стерилизации. 9) Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в журнале по учетной статистической форме. 10) Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению. 11) Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Категорически запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации изделий.  **Транспортировка и перекладывание больного**  Транспортировка пациента на каталке (носилках, вдвоем)  Цель: Безопасная транспортировка пациента в зависимости от состояния: на носилках, кресле-каталке, на руках, пешком в сопровождении медработника.  Показания: транспортировка пациента.  Противопоказания: по назначению врача.  Оснащение: каталка, носилки  **Подготовка к процедуре:**  Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе её выполнения. Получить согласие на выполнение транспортировки.  Подготовить каталку к транспортировке, проверить ее исправность.  Обработать руки.  Застелить каталку.  Поставить каталку (кресло-каталку) удобно в данной ситуации.  **Выполнение процедуры:**  Переместить пациента на каталку (кресло-каталку) одним из известных способов.  Укрыть пациента.  Транспортировка на каталке: встать: один медработник спереди каталки спиной к пациенту, другой - сзади каталки, лицом к пациенту.  На кресло-каталке транспортировать пациента так, чтобы его руки не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки.  Транспортировать пациента в отделение с историей болезни.  Поставить каталку (кресло-каталку) к кровати, в зависимости от площади палаты.  Убрать одеяло с кровати.  Переложить пациента на кровать, одним из известных способов.  Убедиться, что пациенту комфортно.  **Окончание процедуры**  Надеть перчатки. Продезинфицировать каталку (кресло-каталку) в соответствии с инструкцией к дезинфицирующему средству.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  **Катетеризация мочевого пузыря**  **Алгоритм катетеризации мочевого пузыря у женщин**  Цель: своевременное выведение из мочевого пузыря мочи с последующим восстановлением нормального естественного мочеиспускания.  Показания: острая задержка мочи; промывание мочевого пузыря и введение в него лекарственных средств; послеоперационный период на органах мочевой и половой системы, забор мочи на исследование по показаниям.  Противопоказания: травма мочевого пузыря.  Оснащение: стерильные: уретральный катетер, пинцеты анатомические - 2 шт., корнцанг, лоток; лоток для использованного материала; средства индивидуальной защиты: маска, стерильные перчатки – 2 пары; раствор антисептика на водной основе; стерильное вазелиновое масло; емкость для сбора мочи; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, адсорбирующая пеленка, ширма.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен).  Обеспечить изоляцию пациентки (поставить ширму).  Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  Попросить пациентку лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помочь пациентке. Подложить под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку, поставить судно.  Подготовил оснащение к подмыванию пациентки.  Взять в левую руку емкость с раствором для подмывания, в правую - корнцанг с салфетками. Подмыть пациентку движениями сверху вниз, последовательно от лобка к анальному отверстию, меняя салфетки. Осушить кожу в той же последовательности, сменить судно.  Салфетки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Корнцанг в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки. Поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. Надеть стерильные перчатки.  Подготовить оснащение для катетеризации: стерильный лоток, 2 стерильных пинцета, стерильные марлевые салфетки, стерильное вазелиновое масло, раствор водного антисептика.  **Выполнение процедуры:**  Провести туалет половых органов:  - раздвинуть левой рукой половые губы, правой рукой с помощью пинцета взять марлевые салфетки, смоченные в растворе антисептика на водной основе, и обработать отверстие мочеиспускательного канала движением сверху вниз между малыми половыми губами, использовать не менее двух салфеток.  Сменить марлевую салфетку. Приложить марлевую салфетку, смоченную в растворе антисептика на водной основе к отверстию мочеиспускательного канала. Сбросить салфетку и корнцанг в лоток для использованного материала.  Сменить пинцет. Взять пинцетом клюв мягкого катетера на расстоянии 4-6 см от его конца. Обвести наружный конец катетера над кистью и зажать между 4 и 5 пальцами правой руки. Облить конец катетера стерильным вазелиновым маслом над лотком.  Развести левой рукой половые губы, а правой ввести катетер пинцетом на 4-6 см, до появления мочи. Оставшийся конец катетера опустил в емкость для сбора мочи. Пинцет положить в лоток для использованного материала.  После прекращения мочевыделения струей, извлечь катетер, одновременно надавливая на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой.  **Окончание процедуры**  Катетер поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Лотки, и пинцеты погрузить в емкости для дезинфекции. Одноразовую пеленку поместить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Снять перчатки, маску, поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о проведенной процедуре.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Опорожнение мочевого дренажного мешка | 4 | |  | Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника | 2 | |  | Уход за лихорадящим больным | 1 | |  | Работа со стерильным биксом, стерильным материалом | 2 | |  | Транспортировка и перекладывание больного | 1 | |  | Катетеризация мочевого пузыря | 2 |   ***План 4 рабочего дня в Стационаре***  **Постановка банок**  Цель: снять острые воспалительные процессы, снизить артериальное давление.  Показания: острые воспалительные процессы верхних дыхательных путей; миозиты, радикулиты, остеохондрозы; гипертония (вдоль позвоночника в шахматном порядке отступя от позвоночника 1 – 1,5см.).  Противопоказания: туберкулез, новообразования, кровохарканье, кровотечения, свежие ушибы и травмы грудной клетки, аллергические реакции, повреждения кожи и заболевания кожи.  Оснащение**:** медицинские банки, шпатель, корнцанг, этиловый спирт 96 %-ный, вазелин, дезинфицирующее средство, полотенце или пеленка, вата, спички, емкость с водой, ящик для банок, часы, станок для бритья (при необходимости), емкость для дезинфекции.  **Подготовка к процедуре:**  Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  Убедиться в целости краев банок и разместить их в ящике, на столе у постели пациента.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Отрегулировать высоту кровати.  Опустить изголовье кровати, помочь пациенту лечь на живот (при постановке банок на спину), предложить повернуть голову на бок, руками обхватить подушку. Освободить от одежды верхнюю часть туловища.  Длинные волосы пациента(ки) прикрыть пеленкой. При наличии волос в месте постановки банок, заручившись согласием пациента, сбрить их.  **Выполнение процедуры:**  Нанести на кожу тонкий слой вазелина.  Сделать плотный фитиль из ваты и закрепить на корнцанге.  Смочить фитиль в спирте и отжать его. Флакон закрыть крышкой и отставить в сторону. Вытереть руки.  Зажечь фитиль.  Ввести фитиль в банку, предварительно взятую в другую руку.  Удержать фитиль в полости банки 2-3 с, извлечь его и быстрым движением приставить банку к коже больного.  Повторить этапы 5-6 необходимое, по числу банок, количество раз.  Потушить фитиль, погрузив его в воду.  Накрыть поверхность банок полотенцем или пеленкой, а сверху накрыть больного одеялом.  Через 3-5 мин проконтролировать эффективность постановки по выраженному (1 и более см.) втягиванию кожи в полость банки и убедиться в отсутствии болевых ощущений у пациента. При неэффективной постановке одной или нескольких банок – снять их и установить повторно.  Выдержать экспозицию 15-20 мин.  По истечении времени процедуры снять банки (одной рукой отклонить банку в сторону, другой надавить на кожу с противоположной стороны у края банки, после чего снять банку).  Салфеткой удалить с кожи пациента вазелин.  **Окончание процедуры**  Помочь пациенту одеться.  Банки продезинфицировать, вымыть и уложить в ящик.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Уточнить у пациента его самочувствие.  Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.  **Постановка горчичников**  Цель: снятие острых воспалительных процессов, расширение сосудов (сердца) и снятие болей, снижение артериального давления.  Показания: острые воспалительные процессы верхних дыхательных путей (пневмонии, плевриты, бронхиты, ларингиты и др.); миозиты, радикулиты, остеохондрозы; спазм сосудов сердца, что дает боль (на область сердца); гипертония (на икроножные мышцы и на основание шеи, как отвлекающее).  Противопоказания: туберкулёз; новообразования; кровохарканье, кровотечения; свежие ушибы, травмы грудной клетки; аллергические реакции на горчичники; высокая температура (выше 38˚); резкое снижение или отсутствие кожной чувствительности, беременность.  Оснащение**:** горчичники, лоток для использованного материала, непромокаемый мешок или контейнер для утилизации отходов класса Б, дезинфицирующее средство, пеленка, часы, салфетка, емкость для воды, водный термометр, нестерильные перчатки.  **Подготовка к процедуре:**  Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Уточнить отсутствие аллергии на горчицу. В случае наличия аллергии и отсутствия согласия на процедуру - уточнить дальнейшие действия у врача.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки.  Осмотреть кожу пациента на предмет повреждений, гнойничков, сыпи – для определения показаний к проведению процедуры.  Проверить пригодность горчичников: горчица не должна осыпаться с бумаги и иметь специфический (резкий) запах. При использовании горчичников, сделанных по другим технологиям (например, пакетированная горчица) проверить срок годности.  Подготовить оснащение. Налить в лоток горячую (40° - 45°) воду.  Помочь пациенту лечь на живот (при постановке горчичников на спину) и принять удобную позу, голова пациента должна быть повернута на бок.  **Выполнение процедуры:**  Погрузить горчичник в горячую воду, дать ей стечь.  Плотно приложить горчичник к коже стороной, покрытой горчицей.  Повторить действия, размещая нужное количество горчичников на коже.  Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом.  Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 3-5 мин.  Оставить горчичники на 10-15 мин, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице.  **Окончание процедуры**  При появлении стойкой гиперемии (через 10-15 мин) снять горчичники и положить их в приготовленный лоток для использованных материалов с последующей их утилизацией.  Смочить салфетку в теплой воде и снять с кожи остатки горчицы.  Пеленкой промокнуть кожу пациента насухо. Помочь ему надеть нижнее белье, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели еще не менее 20-30 мин и в этот день не принимал ванну или душ.  Снять перчатки.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Уточнить у пациента его самочувствие.  Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Постановка согревающего компресса**  Цель: снятие болей, ускорение рассасывания старых воспалительных процессов  Показания: местные воспалительные процессы кожи и подкожно-жировой клетчатки, воспалительные процессы суставов, воспаление среднего уха, а также старые ушибы (через сутки после травмы).  Противопоказания: отеки, гнойные процессы, свежие ушибы, кровоподтеки, повреждения кожи, кожные заболевания, острые воспалительные процессы, высокая лихорадка, аллергические реакции.  Оснащение: спирт этиловый 45˚ (или емкость с теплой водой 40˚-45˚); бинт; салфетка, сложенная в 8 слоёв; компрессная клеёнка на 2см больше салфетки; ватная подушечка, так же со всех сторон больше клеёнки на 2см, емкость для сбора отходов класса «Б».  **Подготовка к процедуре:**  Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Осмотреть кожные покровы.  Подготовить салфетку нужного размера 6-8 слоев. Вырезать кусок компрессной клеёнки – на 2см больше салфетки со всех сторон. Приготовить ватную подушечку – на 2см больше компрессной клеёнки, сложить слои – вата, затем компрессная клеёнка, марлевая салфетка.  Развести спирт и смочить салфетку в полуспиртовом растворе, слегка отжать и положить сверху компрессной клеёнки (правило «Лесенки» - каждый последующий слой должен быть больше предыдущего по периметру на 1,5 – 2см).  **Выполнение процедуры:**  Все слои компресса положить на нужный участок кожи (салфетка, клеёнка, слой ваты).  Зафиксировать компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии, чтобы он плотно прилегал к коже.  Напомнить пациенту, что компресс поставлен на 4-6 часов (полуспиртовый).  Проверить качество наложения компресса, для этого через 1,5-2 часа под компресс подсунуть палец и если салфетка сухая, то компресс надо переделать, если нет – подтянуть.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  **Окончание процедуры**  Снять компресс через положенное время, сбросить в емкость для отходов.  Вытереть кожу и наложить сухую повязку.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции пациента в «Медицинской карте стационарного больного».  **Применение грелки**  Цель: для снятия болей, отёков, ускорение рассасывания старых воспалительных процессов, для согревания тела.  Показания: хронические вялотекущие воспалительные процессы в стадии рассасывания; для согревания тела при лихорадке (1-ый период); после инъекций; коллаптоидные состояния; спазм моче- и желчевыводящих путей и др. дуоденальное зондирование; постинъекционные инфильтраты; гипертония (к ногам для отвлечения крови от мозга).  Противопоказания: острые воспалительные процессы в брюшной полости (аппендицит, перитонит и др.); гнойные воспалительные процессы; кровотечения; туберкулез; новообразования; различные кровоизлияния, гематомы; при ошибочном введении лекарственных веществ; все боли не ясной этиологии; свежие ушибы, травмы; кожные заболевания, повреждения кожи.  Оснащение: грелка; пеленка; горячая вода (60˚-70˚), водный термометр, емкости для дезинфекции, чистые тканевые салфетки, емкости для отходов.  **Подготовка к процедуре:**  Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.  Провести гигиеническую обработку рук.  Налить горячую воду (предварительно измерив ее температуру) в грелку 2\3-1\2 объёма.  Выпустить воздух. Завинтить плотно пробкой.  Перевернуть грелку пробкой вниз, чтобы убедиться, что пробка завинчена плотно, затем вернуть в исходное положение и обернуть пеленкой.  **Выполнение процедуры:**  Если пациент без сознания или лишен чувствительности, то необходимо проверить температуру грелки на себе.  Положить грелку на нужную область тела. Узнать через 5 минут об ощущениях пациента.  Убрать грелку по истечении назначенного врачом времени (20 минут).  **Окончание процедуры**  Осмотреть кожу пациента. Накрыть пациента одеялом.  Провести гигиеническую обработку рук.  Надеть перчатки, обработать грелку, после экспозиции промыть ее проточной водой и повесить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». Вымыть руки.  Сделать отметку в «Медицинской карте».  **Применение пузыря со льдом**  Цель: остановить и предотвратить кровотечение, кровоподтёки, снизить температуру, замедлить развитие острых воспалительных процессов.  Показания: кровотечения, кровоподтеки, кровохарканье; черепно-мозговые травмы, сотрясение головного мозга; свежие ушибы, травмы без повреждений кожи; гнойные воспалительные процессы; после родов, абортов, после операций; ошибочное введение лекарственных средств.  Противопоказания: коллаптоидные состояния, шок; хронические воспалительные заболевания; повреждения кожных покровов; общее истощение; туберкулез.  Оснащение: кубики льда; пузырь для льда; пеленка или салфетка, холодная вода, емкости для дезинфекции, чистые тканевые салфетки, емкости для отходов.  **Подготовка к процедуре:**  Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение.  Вымыть руки.  Приготовьте кусочки льда.  Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Заполнить пузырь кусочками льда на 1/2 объема и налить один стакан холодной воды 14 – 16 C°.  Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Завинтить крышку пузыря со льдом.  Обернуть пузырь со льдом полотенцем в четыре слоя (толщина прокладки не менее 2 см).  **Выполнение процедуры:**  Положите пузырь со льдом на нужный участок тела.  Оставьте пузырь со льдом на 20–30 минут. Периодически узнавать у пациента о самочувствии.  **Окончание процедуры**  Убрать пузырь со льдом.  Провести гигиеническую обработку рук.  Надеть перчатки, обработать пузырь, после экспозиции промыть его проточной водой и положить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». Вымыть руки.  Сделать отметку в «Медицинской карте».  **Постановка горячего компресса**  Цель: снятие болей, ускорение рассасывания старых воспалительных процессов  Показания: суставные боли без отёков; старые воспалительные процессы; старые ушибы.  Противопоказания: гнойные воспалительные процессы; свежие ушибы, травмы, повреждения кожи; кровоподтеки, кровоизлияния; новообразования; отеки.  Оснащение: плотная ткань; клеенка; шерстяную ткань или грелку.  **Подготовка к процедуре:**  Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение.  Провести гигиеническую обработку рук.  **Выполнение процедуры:**  Смочить ткань в горячей воде, хорошо отжать.  Приложить смоченную ткань к телу.  Поверх ткани плотно наложить клеенку.  Поверх клеенки положить грелку или теплую шерстяную ткань.  Менять компресс каждые 10-15 мин.  Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени. Интересоваться самочувствием пациента.  **Окончание процедуры**  Тканевую салфетку сбросить в емкость для сбора грязного белья.  Провести гигиеническую обработку рук.  **Постановка холодного компресса**  Цель: остановить кровотечение, уменьшить кровоподтёки, снизить температуру.  Показания: носовые кровотечения, высокая температура, свежие ушибы и др.  Противопоказания: старые ушибы, кожные заболевания и повреждения кожи.  Оснащение емкость с водой – не выше 12˚, желательно из холодильника; 2 полотенца; салфетки, емкость для сбора грязного белья.  **Подготовка к процедуре:**  Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение.  Провести гигиеническую обработку рук.  Подстелить под голову пациента непромокаемую пелёнку.  **Выполнение процедуры:**  Сложить оба полотенца в несколько слоев, положить в емкость с холодной водой.  Отжать одно полотенце и расправить.  Положить на нужный участок тела на 2–3 мин.  Снять полотенце через 2-3мин. и погрузить его в холодную воду.  Отжать второе полотенце, расправить и положить на кожу на 2-3 мин.  Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени (от 5 до 60 мин.). Интересоваться самочувствием пациента.  **Окончание процедуры**  Полотенце сбросить в емкость для сбора грязного белья. Воду слить в канализацию и обработать емкость.  Провести гигиеническую обработку рук.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка банок | 1 | |  | Постановка горчичников | 3 | |  | Постановка согревающего компресса | 1 | |  | Применение грелки, пузыря со льдом | 2 | |  | Постановка горячего компресса | 2 | |  | Постановка холодного компресса | 1 |   ***План 5 рабочего дня в Стационаре***  **Разведение антибиотиков**  Антибиотики для инъекций выпускают в виде кристаллического порошка в специальных флаконах. Перед употреблением его растворяют в сте­рильном изотоническом растворе хлорида натрия (физиологиче­ский раствор 0,9% натрия хлорида), воде для инъекций, 0,5% растворе новокаина, или лидокаина.  Цель: подготовка к инъекции  Оснащение: флакон с лекарственным средством (порошок); ампула с растворителем; стерильный пинцет; нестерильный пинцет; стерильный лоток; стерильные одноразовые шприцы; ватные шарики; спиртсодержащий антисептик; лоток для использованного материала.  **Подготовка к процедуре:**  Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом.  Надеть маску, надеть перчатки.  Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток.  Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить пригодность лекарственного средства (отсутствие посторонних примесей, осадка и пр.).  **Выполнение процедуры:**  Первым шариком обработать наружную крышку флакона с лекарственным препаратом (порошком).  Нестерильным пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона (при необходимости).  Обработать резиновую пробку флакона вторым ватным шариком.  Обработать ватным шариком ампулу и вскрыть ее.  Набрать в шприц из ампулы необходимое количество растворителя по инструкции антибактериального препарата (разведение 1:1, или 1:2), удалить из шприца пузырьки воздуха.  Под углом 90 ° ввести иглу во флакон с лекарственным средством (порошком), проколов резиновую пробку.  Выпустить растворитель во флакон с порошком антибиотика, придерживая канюлю иглы.  Снять иглу вместе с флаконом с подигольного конуса, соблюдая инфекционную безопасность. Шприц положить в стерильный лоток, соблюдая инфекционную безопасность.  Аккуратно перемешать лекарственное средство во флаконе до полного его растворения и иглу снова присоединить к подигольному конусу, не вынимая из флакона.  Поднять флакон вверх дном и набрать содержимое флакона или его часть (по назначению врача) в шприц.  **Окончание процедуры**  Сменить иглу, вытеснить воздух из шприца, не снимая колпачок с иглы.  Готовый шприц положить в стерильный лоток, укрепив его рукояткой за боковую сторону лотка.  **Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, внутривенные капельные**  **Алгоритм выполнения подкожной инъекции**  Цель: введение лекарственных средств в подкожно-жировой слой с лечебной целью.  Показания: назначение врача.  Противопоказания: поражение кожи в месте инъекции, аллергия на лекарственное  средство.  Осложнения: постинъекционные инфильтрат и абсцесс, повреждения нервных стволов, масляная эмболия, поломка иглы, аллергические реакции, сепсис, СПИД, вирусный гепатит, некроз.  Место инъекции: наружную поверхность плеча, бедер, подлопаточная область, боковая поверхность брюшной стенки, передняя поверхность брюшной стенки.  Оснащение: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки; 2 стерильных шприца емкостью 1-2 мл., стерильный лоток, лоток для использованного материала, стерильные ватные шарики, спиртовой кожный антисептик; лекарственное средство, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  **Подготовка к процедуре:**  Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры.  Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом.  Надеть маску, надеть перчатки  Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток.  Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности.  Ватным шариком – обработать ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц.  Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок).  **Выполнение процедуры:**  Придать пациенту удобное положение.  Пропальпировать место инъекции.  Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением сверху вниз.  Обработать другим ватным шариком место инъекции.  Левой рукой (1,2,3 пальцами) собрать участок кожи наружной поверхности плеча в треугольную складку основанием вниз.  Держа шприц в правой руке быстрым движением ввести иглу в основание складки срезом вверх на 2/3 длины снизу вверх под углом 45 градусов к поверхности кожи.  Отпустить складку, освободившуюся руку перенести на поршень, медленно ввести лекарственное средство.  Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу.  **Окончание процедуры**  Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм выполнения внутримышечной инъекции**  Цель: введение лекарственных средств в мышцу с лечебной целью.  Показания: назначение врача.Противопоказания: поражение кожи в месте инъекции, аллергия на лекарственное средство, кахексия.  Осложнения: постинъекционные инфильтрат и абсцесс, повреждения нервных стволов, масляная эмболия, поломка иглы, аллергические реакции,  сепсис, СПИД, вирусный гепатит, некроз.  Место инъекции: верхне - наружный квадрант ягодицы, боковая поверхность бедра, дельтовидная мышца.  Оснащение: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки; 2 стерильных шприца емкостью 5 мл, стерильный лоток, лоток для использованного материала, стерильные ватные шарики, спиртовой кожный антисептик, разрешенный к применению; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  **Подготовка к процедуре:**  Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры.  Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом.  Надеть маску, надеть перчатки.  Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток.  Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности.  Ватным шариком – обработать ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц.  Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок).  **Выполнение процедуры:**  Придать пациенту удобное положение (лежа на животе).  Пропальпировать место инъекции.  Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением сверху вниз.  Обработать другим ватным шариком место инъекции.  Держа шприц в правой руке (срез иглы направлен вниз) под углом 90 градусов к поверхности кожи, ввести иглу одномоментно в мышцу, глубоко на 2/3 длины иглы.  Ввести медленно лекарственное средство.  Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу.  **Окончание процедуры**  Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм выполнения внутривенной инъекции**  Цель – быстрое достижение лечебного эффекта, диагностическая, введение лекарственных средств с питательной целью.  Показания: назначение врача.  Противопоказания:повышенная чувствительность к лекарственному средству, местное поражение кожи, воспаление, наличие отека, гематомы.  Осложнения: воздушная эмболия, гематома, аллергические реакции, сепсис, СПИД, вирусный гепатит, некроз.  Место инъекции: вены локтевого сгиба, вены: кисти, стопы, предплечья, височной области (чаще всего у маленьких детей).  Оснащение: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, очки или щиток. изделия медицинского назначения одно - и многоразового использования (в расчете на одну инъекцию): 2 стерильных шприца емкостью 10-20 мл; стерильный лоток; стерильный пинцет; лоток для использованного материала; стерильные ватные шарики; жгут; клеенчатая подушечка; кожный антисептик, разрешенный к применению; лекарственное средство. Емкости для дезинфекции и утилизации медицинских отходов.  **Подготовка к процедуре:**  Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры.  Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом.  Надеть маску, надеть перчатки.  Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток.  Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности.  Ватным шариком – обработать ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц.  Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок).  **Выполнение процедуры:**  Удобно усадить или уложить пациента.  Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба.  Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента.  Надеть очки.  Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх.  Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола).  Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см.  Провести пунктирование вены.  Потянуть поршень на себя, в шприце должна появиться кровь.  Развязать жгут, еще раз проверить положение иглы.  Не меняя положение шприца, медленно ввести лекарственный препарат.  Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу, попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут (либо наложить давящую повязку).  **Окончание процедуры**  Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм выполнения внутривенной капельной инъекции**  Цель: введение в вену лекарственных средств больших объемов.  Показания: назначение врача.  Противопоказания: повышенная чувствительность к лекарственному средству, местное поражение кожи, воспаление, наличие отека, гематомы.  Осложнения: воздушная эмболия, гематома, аллергические реакции, сепсис, СПИД, вирусный гепатит, некроз.  Место инъекции: вены локтевого сгиба, предплечья, кисти, стопы, подключичная вена.  Оснащение: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, одноразовые очки или щиток; стерильная капельная система, стерильный лоток, стерильный пинцет, нестерильный пинцет, лоток для использованного материала, стерильные ватные шарики, жгут, клеенчатая подушечка, кожный антисептик, лейкопластырь, лекарственное средство, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  **Подготовка к процедуре:**  Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры.  Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом.  Надеть маску, надеть перчатки.  Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности.  Первым шариком обработать наружную крышку флакона с лекарственным средством, нестерильным пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона (при необходимости) и обработать резиновую пробку флакона вторым ватным шариком.  Проверить целостность упаковки и срок стерильности системы для инфузии.  Вскрыть пакет с системой, взять ее в руки.  Закрыть зажим на системе, снять колпачок с иглы для флакона, ввести иглу до упора во флакон.  Перевернуть флакон вверх дном и закрепить на штативе, открыть воздуховод.  Заполнить баллон системы до середины при помощи нажатия на него.  Снять инъекционную иглу с колпачком стерильным пинцетом, положить в стерильный лоток.  Открыть зажим и заполнить капельницу по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком).  Закрыть зажим, присоединить инъекционную иглу с колпачком, вытеснить воздух через иглу, не снимая колпачка.  Фиксировать систему на штативе.  **Выполнение процедуры:**  Удобно усадить или уложить пациента.  Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба.  Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента.  Надеть очки.  Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх.  Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола).  Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см.  Проколоть осторожно стенку вены, пока не появится ощущение пустоты.  Убедиться, что игла в вене.  Ослабить жгут, открыть зажим капельницы, убедиться, что игла в вене и лекарство не поступает под кожу.  Закрепить систему лентой лейкопластыря. Отрегулировать скорость поступления лекарственного средства.  В течение инфузии следить за самочувствием пациента.  После завершения инфузии закрыть зажим, убрать лейкопластырь, к месту пункции приложить ватный шарик и извлечь иглу.  Помочь пациенту согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут (наложить давящую повязку).  **Окончание процедуры**  Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Забор крови из вены на исследование**  Цель: определение некоторых биохимических показателей крови.  Оснащение: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, очки или щиток; стерильные пробирки в штативе; шприц для однократного применения 10 мл с иглой (0840, 1040); стерильные ватные шарики; жгут; клеенчатая подушечка; кожный антисептик, разрешенный к применению. Емкости для дезинфекции, емкости для сбора медицинских отходов.  **Подготовка к процедуре:**  Накануне исследования провести инструктаж и составить памятку по подготовке пациента к процедуре.  Пригласить и проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. Выписать направление. Промаркировать пробирки.  Провести гигиеническую обработку рук.  Надеть маску, надеть перчатки.  Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  Подготовить шприц. Положить его в стерильный лоток.  **Выполнение процедуры:**  Удобно усадить или уложить пациента.  Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба.  Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента.  Надеть очки.  Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх.  Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола).  Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см.  Провести пунктирование вены. Возникает ощущение «попадания в пустоту».  Убедиться, что игла в вене: потянув поршень на себя.  Продолжать тянуть поршень на себя, набирая нужное количество крови и не снимая жгута.  Развязать жгут, прежде чем извлечь иглу из вены.  Прижать место пункции 3-м стерильным ватным шариком (салфеткой), смоченным 70% спиртом, извлечь иглу.  Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе, удерживая ватный шарик на месте пункции 3-5 минут, затем сбросить в дезинфицирующий раствор (либо наложить давящую повязку).  Снять иглу со шприца, сбросить в лоток для использованного материала.  Выпустить медленно кровь по стенке пробирки, находящейся в штативе. Следить, чтобы кровь не пенилась при быстром наполнении пробирки.  Установить штатив в специальный контейнер для транспортировки.  **Окончание процедуры**  Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. Обработать жгут и клеенчатую подушечку.  Снять перчатки, очки, маску и поместить в емкость для дезинфекции. Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о проведенной процедуре. Доставить контейнер с материалом и направлением в клиническую лабораторию.  **Антропометрия**  **Алгоритм определения массы тела**  Цель: измерение массы тела  Оснащение: весы электронные напольные; одноразовая салфетка на площадку весов;  емкости для дезинфекции поверхностей, емкости для сбора отходов класса «А» и класса «Б»; чистые салфетки для обработки поверхностей; средства индивидуальной защиты: перчатки, антисептик, ручка, бумага, температурный лист.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента до проведения измерения (Взвешивание взрослых пациентов проводится натощак утром, в одни и те же часы, после предварительного опорожнения мочевого пузыря и кишечника в нательном белье). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.  Провести гигиеническую обработку рук.  Включить весы, уравновесить (весы должны находиться на ровной поверхности). На платформу весов положить одноразовую салфетку.  **Выполнение процедуры:**  Предложить пациенту осторожно встать в центре площадки на салфетку (без тапочек).  Произвести взвешивание (зафиксировать результат).  Предложить пациенту осторожно сойти с весов.  Сообщить результат пациенту.  Записать данные взвешивания в температурный лист у.ф. № 004/у.  Оценить результат (в норме масса тела по формуле Брокка равна, примерно, рост минус 100).  **Окончание процедуры**  Надеть перчатки, одноразовую салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б».  Поверхность весов обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность.  Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  **Алгоритм измерения роста пациента, в положении стоя**  Цель: измерение роста  Оснащение: ростомер, одноразовая салфетка на площадку ростомера; емкости для дезинфекции поверхностей, емкости для сбора отходов класса «А» и класса «Б»; чистые салфетки для обработки поверхностей; средства индивидуальной защиты: перчатки, антисептик ручка, бумага, температурный лист.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента до проведения измерения. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.  Провести гигиеническую обработку рук.  Предложить пациенту снять верхнюю одежду и обувь.  На основание ростомера положить одноразовую салфетку.  **Выполнение процедуры:**  Встать сбоку ростомера и поднять горизонтальную планку выше предполагаемого роста пациента.  Предложить пациенту встать на основу ростомера так, чтобы пятки, ягодицы, лопатки и затылок касались вертикальной планки, а голова была в таком положении, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии.  Планшетку ростомера опустить на темя пациента и определить рост на шкале.  Сообщить пациенту его рост.  Предложить пациенту сойти с основы ростомера, придерживая в это время планку, чтобы не травмировать пациента.  Записать данные измерения в температурный лист у.ф. № 004/у.  **Окончание процедуры**  Надеть перчатки, салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б».  Поверхность ростомера обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность.  Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  **Измерение пульса**  Цель: определение основных свойств пульса: частоты, ритма, наполнения, напряжения.  Показания: контроль за функциональным состоянием пациента.  Оснащение: часы или секундомер, ручка, бумага, температурный лист, антисептик.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента за 15 минут до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.  Провести гигиеническую обработку рук.  Попросить пациента принять удобное положение.  **Выполнение процедуры:**  Предложить расслабить руку, при этом кисти и предплечье не должны быть «на весу».  Прижать 2,3,4- м пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента (1 палец находится со стороны тыла кисти), почувствовать пульсацию.  Если при одновременном исследовании пульсовых волн появляются различия, то определение других его свойств проводят при исследовании той лучевой артерии, где пульсовые волны выражены лучше.  Взять часы или секундомер.  Определить ритм пульса в течение 30 секунд по интервалам между пульсовыми волнами. Если интервалы равные – пульс ритмичный, если промежутки между пульсовыми волнами различны – пульс аритмичный.  С помощью часов или секундомера определить частоту пульса – количество пульсовых волн в 1 минуту. Нормальные показатели частоты пульса 60-80 уд/мин.  **Окончание процедуры**  Сообщить пациенту результаты исследования.  Провести гигиеническую обработку рук.  Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.  **Измерение температуры тела**  Цель: определение температуры тела.  Показания: контроль за функциональным состоянием пациента.  Оснащение: медицинский термометр, часы, антисептик, температурный лист, емкость для дезинфекции медицинских термометров, полотенце или салфетка.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента до проведения измерения. Получить согласие.  Провести гигиеническую обработку рук.  Попросить пациента принять удобное положение.  Предложить пациенту осушить подмышечную область салфеткой, салфетку сбросить в отходы класса «Б».  Проверить, чтобы уровень ртутного столбика находился ниже отметки 35 °С.  **Выполнение процедуры:**  Поместить медицинский термометр в середину подмышечной впадины ртутным резервуаром на 7-10 минут. Пациент должен прижать руку к груди.  Извлечь термометр из подмышечной впадины, отметить значение температуры тела, сообщить пациенту.  **Окончание процедуры**  Стряхнуть термометр, до значения ртутного столбика ниже отметки 35 °С.  Поместить термометр в емкость для дезинфекции.  Провести гигиеническую обработку рук.  Зарегистрировать значение температуры в температурном листе у.ф. № 004/у.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Разведение антибиотиков | 3 | |  | Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, внутривенные капельные | 4 | |  | Забор крови из вены на исследование | 2 | |  | Антропометрия | 2 | |  | Измерение пульса | 3 | |  | Измерение температуры тела | 3 |   ***План 6 рабочего дня в Стационаре***  **Заполнение температурного листа при регистрации показателей: масса тела, рост; частота пульса, АД, ЧДД, температуры тела**    **Измерение артериального давления**  Цель: определение показателей артериального давления и оценка результатов исследования.  Показания: по назначению врача для оценки функционального состояния организма, для самоконтроля АД.  Оснащение: тонометр, фонендоскоп, ручка, бумага, спиртовой антисептик, ватные шарики или салфетки, температурный лист - у.ф. № 004/у для регистрации данных, емкости для дезинфекции поверхностей, емкости для сбора отходов класса «А» и класса «Б»; чистые салфетки для обработки поверхностей; средства индивидуальной защиты: перчатки.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента за 15 минут до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.  Убедиться, что мембрана фонендоскопа и трубки целы, стрелка манометра на нуле, вентиль на груше завинчен.  Выбрать правильный размер манжеты.  Провести гигиеническую обработку рук.  Попросить пациента принять удобное положение (лечь или сесть).  **Выполнение процедуры:**  Уложить руку пациента в разогнутом положении (под локоть можно положить сжатый кулак кисти свободной руки или валик). Освободить руку от одежды.  На обнаженное плечо пациента наложить манжету на 2 – 3 см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты). Между плечом и манжетой должен проходить 1 палец.  Вставить фонендоскоп в уши и одной рукой поставить мембрану фонендоскопа на область локтевого сгиба (место нахождения плевой артерии).  Нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации на лучевой артерии (+ 20-30 мм. рт. ст. т.е. выше предполагаемого АД).  Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм. рт. ст. в 1 секунду, постепенно открывая вентиль.  Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны на шкале манометра соответствующую систолическому АД.  Продолжить выпускать воздух из манжеты отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова.  Выпустить весь воздух из манжетки и повторить процедуру через 1 – 2 минуты.  Сообщить пациенту результат измерения.  **Окончание процедуры**  Результат АД можно записать в виде дроби на листке бумаги, в числительном – систолическое давление, в знаменателе – диастолическое давление (АД 120/80 мм. рт. ст.).  Надеть перчатки. Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной антисептиком, обработать манжету.  Салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б».  Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б», провести гигиеническую обработку рук.  Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.  **Подсчет частоты дыхательных движений**  Цель: определение частоты дыхательных движений.  Показания: контроль за функциональным состоянием пациента.  Оснащение: часы или секундомер, антисептик, ручка, бумага, температурный лист.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). Психологически подготовить пациента к манипуляции, преднамеренно предупредив его, что будут определяться свойства пульса;  Получить согласие.  Провести гигиеническую обработку рук.  Попросить пациента принять удобное положение и не разговаривать.  Взять часы или секундомер.  **Выполнение процедуры:**  Положить пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса.  Подсчитать частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки у женщин или брюшной стенки у мужчин.  Обратить внимание на глубину и ритмичность дыхания.  **Окончание процедуры**  Сообщить пациенту результаты исследования «пульса».  Провести гигиеническую обработку рук.  Зарегистрировать частоту дыханий за минуту в температурном листе у.ф. № 004/у.  **Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков**   * *Определение суточного диуреза.* Суточный диурез, это количество мочи, которое выделяется за сутки с учетом всей употребляемой за сутки жидкости. Для анализа мочи на суточный диурез необходимо собирать мочу строго в течение суток, Определение суточного диуреза обычно проводится в условиях стационара (в больнице), но иногда и в домашних условиях. Записывая количество выпитой (или введенной) жидкости следует учитывать фрукты и жидкие блюда (например, супы). Жидкость записывается в мл. Например, яблоко содержит около 30 мл жидкости, а в супе жидкость составляет около 75%, эти объемы очень важны для правильной интерпретации при определении суточного диуреза. Полностью объем выделенной мочи за сутки и есть суточный диурез. • В среднем суточный диурез в норме составляет 75% от выпитой жидкости. • 2/3 общего диуреза в норме должно приходиться на дневные часы, а остальная часть на ночные часы. • Суточный диурез в норме составляет около 2 л: мужчин 1000—2000 мл, у женщин 1000—1600 мл и при употреблении жидкости около 1-2 л. • Минимальный объем мочи - 500 мл, при объеме потребления жидкости не ниже 800 мл в сутки. Суточный диурез в норме у детей: • 1-3 месяца – 170-590 мл мочи • 4-5 месяцев – 250-670 мл мочи • 7-9 месяцев – 275-740 мл мочи • 10-12 месяцев – 340-810 мл мочи • 1-5 лет – 600-900 мл мочи • 5-10 лет – 700-1200 мл мочи • 10-14 лет – 1000-1500 мл мочи Ориентировочно суточный диурез в норме у детей старше 1 года можно высчитать следующим образом: 600 + 100 (х - 1) мл за 24 ч, где х - возраст ребенка в годах. • Очень часто суточный диурез у беременных смотрят в тех случаях, когда подозревают скрытые или диагностируют явные отеки. • Если прибавка веса во время беременности идет больше нормы, то гинеколог может назначить мочу на суточный диурез. • С 20 недели беременности для контроля состояния желательно проводить измерение суточного диуреза два раза в месяц. * *Выявление скрытых и явных отеков.* При осмотре кожных покровов медицинская сестра обращает внимание на наличие отеков. Отек – это скопление жидкости в тканях. Характерны для хронических заболеваний сердца и почек. При наличии отеков у пациента необходимо обратить внимание на их локализацию, консистенцию, степень выраженности. В случае выраженной отечности контуры конечностей и суставов сглажены, кожа напряжена, прозрачна, иногда лопается и через трещины просачивается жидкость. Длительно не проходящие отеки вызывают трофические расстройства кожи: она утолщается, грубеет, становится неэластичной. Отеки могут быть местные и общие: Местные отеки обусловлены локальными процессами (сдавление вен, нарушение оттока лимфы). Иногда местные отеки возникают в результате аллергической реакции организма, чаще всего на лекарственные вещества, продукты питания, укусы насекомых. Возможны и отеки воспалительного происхождения, основными симптомами которых являются гиперемия кожных покровов, боль, жар. Общие отеки могут появляться у пациентов с заболеваниями сердца, почек, нарушением питания (кахексия). Отеки определяются: • путем надавливания пальцем на кожу: если они имеются, в месте надавливания остается ямка, которая длительное время не исчезает; • подсчетом водного баланса (ведется учет выпитой жидкости и количества выделенной мочи) Суточный водный баланс – это соотношение между количеством выделенной жидкости из организма и количеством введенной жидкости в течение суток. Учитывается жидкость, содержащаяся во фруктах (условно фрукты и овощи считаются продуктами на 100% состоящими из воды и т.о. количество жидкости, получаемой с ними, определяется их массой), первые блюда (одна тарелка супа – 400-450 мл, из них ½ жидкая часть, ½ густая часть), третьи блюда – 100% жидкость и считаются парентерально введенные растворы. Для учета выпитой больным воды утром ему дается графин с водой, из которого пьет воду только он. • при взвешивании пациента (в случае скопления жидкости в организме резко увеличивается масса тела). В зависимости от локализации отека различают: • гидроторакс (скопление жидкости в плевральной полости); • гидроперикард (скопление жидкости в полости перикарда); • асцит (скопление жидкости в брюшной полости); • анасарку (общий отек туловища). При хронических заболеваниях сердечно-сосудистой системы отеки появляются обычно к концу дня. Если пациент ходит (вертикальное положение туловища), отеки локализуются на нижних конечностях, при постельном режиме – в области поясницы.   **Постановка пиявки на тело пациента**  Цель: постановка пиявок.  Показания: по назначению врача.  Оснащение**:** пинцет анатомический, банка медицинская или пробирка, лоток, контейнер для дезинфекции и утилизации, спирт 70 %-ный, раствор перекиси водорода 3 %-ный, спиртовый йодный раствор 5 %-ный, стерильный раствор глюкозы 40 %-ный, нашатырный спирт, шесть-восемь подвижных медицинских пиявок, вата, бинт, лейкопластырь, клеенка или одноразовая пеленка, гемостатическая губка, перчатки нестерильные, ножницы, часы, ватные шарики, стерильные салфетки, ватно-марлевые тампоны, емкость для воды, пузырь со льдом.  **Подготовка к процедуре:**  Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  Помочь пациенту удобно лечь для предстоящей процедуры. Огородить пациента ширмой.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Подготовить необходимое оснащение и оборудование.  Осмотреть место постановки пиявок. Подстелить клеёнку при необходимости или пеленку одноразовую под предполагаемую область.  Надеть перчатки.  **Выполнение процедуры:**  Обработать кожу (место, постановки пиявок) вначале 70 %-ным спиртом (большим по площади, чем нужно для процедуры), стерильной салфеткой или ватным шариком, смоченным в горячей кипяченой воде, протереть кожу до покраснения, меняя шарики 2-3 раза. Кожу осушить стерильной салфеткой.  Смочить место постановки пиявок стерильным раствором 40 %-ной глюкозы.  Поместить пиявку на ватно-марлевый тампон, транспортировать ее в пробирку или банку хвостовым концом вниз.  Поднести пробирку или банку к коже или слизистой (в стоматологии), отверстие пробирки или банки плотно приставить к месту присасывания (как только пиявка присосётся, в ее передней части появится волнообразное движение).  Положить салфетку под заднюю присоску.  Повторить пп. II.3 – II.5 до тех пор, пока не будут поставлены все пиявки.  Наблюдать за активностью пиявок: если не движутся, слегка провести по её поверхности пальцем.  Снять ватно-марлевым тампоном, смоченным спиртом, через 20-30 мин (по назначению врача) все пиявки.  Поместить снятые пиявки в емкость с дезинфицирующим раствором с последующей утилизацией.  **Окончание процедуры**  Поместить пинцет в емкость для дезинфекции.  Обработать кожу вокруг ранки антисептиком или 5 %-ного спиртовым раствором йода.  Наложить асептическую ватно-марлевую давящую повязку с слоем ваты, менять повязку в течение суток по необходимости.  Фиксировать повязку бинтом или лейкопластырем.  Убрать клеенку в емкость для дезинфекции.  Обработать использованные пиявки, убедиться, что число пиявок, поставленных пациенту, и число пиявок, находящихся в емкости для дезинфекции, совпадает.  Снять перчатки и поместить в ёмкость для дезинфекции.  Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Уточнить у пациента его самочувствие.  Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Профилактика пролежней.**  Цель: профилактика пролежней.  Показания: строгий постельный режим пациента.  Оснащение**:** упаковка со стерильным лотком, пинцетом и салфетками, 10% раствор камфорного спирта, или 40° этилового спирта, нательное и постельное белье, противопролежневые круги и валики, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  **Подготовка к процедуре:**  По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  Подготовить необходимое оборудование.  Отгородить пациента ширмой.  **Выполнение процедуры:**  Осмотреть кожу в местах возможного образования пролежней (затылок, лопатки, локти, крестец, пятки и т.д.).  Убрать крошки с простыни, расправить простыню. Следить за отсутствием на постельном и нательном белье складок.  Изменить положение тела больного (несколько раз в день, желательно каждые 2 часа, если позволяет его состояние: на спину, на бок, на живот, в положение Симса, в положение Фаулера.  Обработать кожу в местах возможного образования пролежней (с нейтральным мылом или средством для сухой обработки кожи).  Сухую неповрежденную кожу обработать салфетками, смоченными в теплом камфорном или этиловом спирте.  Нанести защитный крем.  Растереть мягкие ткани в местах возможного образования пролежней (кроме выступающих костных участков).  Подкладывать надувной резиновый круг, вложенный в наволочку, так чтобы крестец находился над его отверстием.  Подложить поролоновые круги под локти и пятки пациента.  Обучить родственников пациента мероприятиям по профилактике пролежней.  **Окончание процедуры**  Убрать ширму.  Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Перчатки, маску сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнение температурного листа при регистрации показателей: масса тела, рост; частота пульса, АД, ЧДД, температуры тела | 3 | |  | Измерение артериального давления | 4 | |  | Подсчет частоты дыхательных движений | 2 | |  | Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков | 1 | |  | Постановка пиявки на тело пациента | 1 | |  | Профилактика пролежней. | 1 |   ***План 7 рабочего дня в Стационаре***  **Заполнение порционного требования**  Наименование отделения\_\_терапевтическое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Порционное требование  На раздаточную на \_\_\_\_03.06.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата: число, месяц, год  палата №1 палата № 2  Иванов И.И. диета № 5 Семенова В. И. диета № 5  Сидоров В.А. диета № 15 Михайлова К.И. диета № 15  Петров А.А. диета № 5 Крошкина ВИ. диета № 5  палата № 3 палата № 4  Жданов С.Б. диета № 7 Мирная Ф.Л. диета № 7  Кубеков Ф.Г. диета № 15 Шарова С.Ю. диета № 15  Перекрут Ю.А. диета № 10 Семенченко В.Ю. диета № 15  всего \_\_12\_\_\_\_\_\_\_ человек  палатная м\с Стойчикова А.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО подпись  **ПОРЦИОННИК ф. № 1-84**  На питание больных «\_03\_» \_\_июня\_\_\_\_ 2020г.   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Наименование отделения | Количество больных | Стандартные диеты | | | | | | терапевтическое | 12 | №5 | №7 | №10 | №15 |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |   Зав. отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО подпись  Ст. мед. сестра отделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО подпись  мед. сестра диетического отделения \_Стойчикова А.В.\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО подпись  **Раздача пищи больным**  • Раздачу готовой пищи производят не позднее 2 часов после ее приготовления, включая и время доставки пищи в отделение. • Категорически запрещается оставлять в буфетных остатки пищи после ее раздачи, а также смешивать пищевые остатки со свежими блюдами. • Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздачу пищи надлежит осуществлять только в халате с маркировкой "Для раздачи пищи". • При выдаче на пищеблоке блюд для буфетных отделений температура готовой пищи должна быть: первых - не ниже 75°С, вторых - не ниже 65°С, холодные блюда и напитки - от 7 до 14°С. • Технический персонал, занятый уборкой палат и других помещений отделения, к раздаче не допускается. • Питание всех больных отделения, за исключением тяжелобольных, проводят в специально выделенном помещении - столовой. • После каждой раздачи пищи производят тщательную уборку помещений буфетной и столовой с применением растворов дезинфицирующих средств. • Личные продукты питания больных (передачи из дома) хранят в шкафу, тумбочке (сухие продукты) и в специальном холодильном шкафу (скоропортящиеся продукты). Передачи больным принимаются только в пределах разрешенного врачом ассортимента и количества продуктов.  **Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника**  Цель: кормление пациента.  Показания: не способность пациентом самостоятельно принимать пищу.  Оснащение: столик для кормления, полотенце или салфетка, столовый прибор с пищей, стакан с водой, поильник, средства индивидуальной защиты, емкость для сбора грязного белья, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента заранее (10-15 мин.) о предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд.  Проветрить помещение.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  Подготовить столик для кормления.  Помочь занять пациенту высокое положение Фаулера (при невозможности – повернуть голову пациента на бок.)  Помочь пациенту вымыть руки и осушить их, грудь пациента прикрыть салфеткой (при кормлении пациента в положении – лежа, голова повернута на бок, положить салфетку под голову и грудь).  **Выполнение процедуры:**  Убедиться, что пища не горячая. Наполнить ложку пищей на 2/3 объёма, прикоснуться к губам, поместить пищу на язык.  Подождать, пока пациент проглотит пищу (повторять 1 и 2 пункты, пока пациент не насытится).  Дать пациенту попить из поильника (по желанию пациента - давать пить в процессе кормления).  **Окончание процедуры**  Предложить пациенту прополоскать рот водой, или провести орошение полости рта, удалить салфеткой участки загрязнения пищей.  Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья, убрать столик с посудой.  Пациента на 20-30 минут оставить в положении Фаулера (по возможности), затем придать удобное положение.  Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  Использованную посуду, прикроватный столик, поверхность прикроватной тумбочки обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  **Искусственное кормление пациента**  **Алгоритм Кормление пациента через гастростому**  Цель: накормить пациента.  Показания: непроходимость пищевода в связи с ожогами, ранениями, опухолями.  Оснащение : стерильный желудочный зонд, стерильное вазелиновое масло, шприц Жане или воронка, непромокаемая салфетка или полотенце, зажим, ёмкость с пищей температуры 38 – 400 С, кипяченая вода до 100 мл., средства индивидуальной защиты, емкость для сбора грязного белья, емкости для дезинфекции предметов ухода за пациентом, емкости для сбора отходов класса «Б».  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить (если пациент адекватен) пациента заранее (10-15 мин.) о предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд.  Проветрить помещение  Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  Придать пациенту положение Фаулера, рядом с пациентом положить непромокаемую салфетку.  Вскрыть упаковку с зондом (требуется помощь ассистента).  Вставить заглушку в дистальный конец зонда.  Облить конец зонда стерильным вазелиновым маслом и ввести в гастростому на 10см.  **Выполнение процедуры:**  Снять заглушку с зонда и подсоединить к воронке. Слегка наклонить воронку и наполнить питательной смесью, температура которой 38-40 °С. Медленно поднять воронку, держать прямо, когда пища опустится до устья воронки, следует опустить ее до уровня желудка и снова заполнить питательной смесью.  После кормления, промыть воронку и зонд кипячёной водой, отсоединить.  Наложить зажим на зонд (или закрыть заглушкой) и зафиксировать зонд до следующего кормления, придать пациенту удобное положение.  **Окончание процедуры**  Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья.  Пациенту рекомендовать не вставать с постели в течение 1,5-2 часов. Затем придать пациенту комфортное положение в постели.  Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. Обработать поверхности.  Перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  **Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного**  ЦЕЛЬ: выбрать назначения.  ОСНАЩЕНИЕ: Медицинская карта стационарного больного, листы назначений, тетрадь для инъекций, в/в вливаний.  ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ:   * Выбирайте назначения из медицинской карты ежедневно, после завершения обхода всех пациентов врачами и записей назначений в медицинской карте. * Перепишите их в специальную тетрадь или листок назначений, отдельно для каждого пациента. * Сведения о назначениях инъекциях передайте в процедурный кабинет, процедурной медсестре. * Убедитесь в правильности понимания ваших записей. * Перечень назначенных лекарственных средств, написанных по-русски, передайте старшей медсестре отделения. * Она суммирует эти сведения и выписывает по определенной форме требование на получение лекарственных средств из аптеки.   **Раздача лекарств пациентам**  При раздаче лекарственных средств нужно учитывать следую­щее:  1. Лекарственные средства чаще даются внутрь до еды за 15-30 минут, так как при взаимодействии с пищей замедляется их всасы­вание.  2. Препараты, раздражающие слизистую оболочку желудочно-­кишечного тракта  (препараты железа, ацетилсалициловая кислота, раствор кальция хлорида и др.) принимают после еды через 15-30 минут.  3. Ферментативные препараты, улучшающие процессы пище­варения  (фестал, панзинорм, сок желудочный и др.) даются пациен­ту во время еды.  4. Препараты, назначенные пациенту "натощак", должны быть приняты за 20-60 минут до завтрака.  5. Снотворные принимаются за 30 минут до сна.  6. Нитроглицерин, валидол (при необходимости) хранятся у пациента на тумбочке постоянно.  7. Настои, отвары, растворы, микстуры, назначаются обычно столовыми ложками (15 мл), в условиях стационара удобно пользо­ваться градуированными мензурками.  8. Спиртовые настойки, экстракты и некоторые растворы  (например, 0,1% раствор атропина сульфата, настойка пустыр­ника) назначают в каплях.  Если во флаконе с лекарственным веществом нет вмонтированной капельницы, то используют пи­петки. Для каждого лекарственного вещества должна быть отдельная пипетка!  Поставьте на передвижной столик емкости с лекарственны­ми препаратами (твердыми и жидкими), пипетки (отдельно для ка­ждого флакона с каплями), мензурки, графин с водой, ножницы, листки назначений.  Переходя от пациента к пациенту, раздайте лекарственные средства у постели пациента согласно назначениям врача.  Давая лекарственное средство пациенту, предоставьте ему необходимую информацию.  Научите пациента принимать различные лекарственные формы перорально и сублингвально.  Пациент должен принять лекарственное средство в вашем присутствии.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнение порционного требования | 1 | |  | Раздача пищи больным | 3 | |  | Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника | 1 | |  | Искусственное кормление пациента | 1 | |  | Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного | 2 | |  | Раздача лекарств пациентам | 2 |   ***План 8 рабочего дня в Стационаре***  **Заполнение журнала учета лекарственных средств**  **Журнал учета антибактериальных и дорогостоящих препаратов**  Наименование средства: \_\_\_\_*Tetracyclinum*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Единица измерения: \_\_\_упаковка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Приход   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № п\п | Дата получения | Поставщик, номер накладной | Количество препарата | Фамилия получившего | подпись | | 1 | 04.06.2020 | Аптека №34 | 2 упаковки | Стойчикова А.В. | Стойчикова | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |   Расход   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Дата выдачи | № поста | Кол-во препарата | Получил | | Отпустил | подпись | Остаток | | ФИО | Подпись | ФИО | | 04.06.2020 | 9 | 2 упаковки | Стойчикова Алиса  Викторовна | Стойчикова | Мировнова  Вера  Николаевна | Миронова | 0 | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |   **Журнал учета этилового спирта**  Наименование средства: \_\_Этиловый спирт р-р 70%\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Единица измерения: \_\_\_мл\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Приход   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № п\п | Дата получения | Поставщик, номер накладной | Количество препарата | Фамилия получившего | подпись | | 1 | 04.06.2020 | Аптека №34 | 300 мл | Стойчикова А.В. | Стойчикова | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |   Расход   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Дата выдачи | № поста | Кол-во препарата | Получил | | Отпустил | подпись | Остаток | | ФИО | Подпись | ФИО | | 04.06.2020 | 9 | 150 мл | Стойчикова Алиса  Викторовна | Стойчикова | Мировнова  Вера  Николаевна | Миронова | 150 мл | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |   **Журнал учета сильнодействующих препаратов**  Наименование средства: \_*Tropicamidum*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Единица измерения: \_\_\_мл\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Приход   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № п\п | Дата получения | Поставщик, номер накладной | Количество препарата | Фамилия получившего | подпись | | 1 | 04.06.2020 | Аптека №34 | 20 мл | Стойчикова А.В. | Стойчикова | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |   Расход   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Дата выдачи | № поста | Кол-во препарата | Получил | | Отпустил | подпись | Остаток | | ФИО | Подпись | ФИО | | 04.06.2020 | 9 | 10 мл | Стойчикова Алиса  Викторовна | Стойчикова | Мировнова  Вера  Николаевна | Миронова | 10 мл | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |     **Заполнение накладной - требования на лекарственные средства**  Описание: Описание: http://medcomtech.ru/Products/Medorg/otdtreb2.jpg  **Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения**  Правила хранения лекарств в отделениях   * Ответственность за хранение и расход лекарств, а также за порядок на местах хранения, соблюдение правил выдачи и назначение лекарств несет заведующий отделением (кабинетом). * Непосредственным исполнителем организации хранения и расхода медикаментов является старшая медицинская сестра. * Хранение медикаментов в отделениях (кабинетах) должно быть организовано в запирающихся шкафах. Обязательно деление на группы "Наружные", "Внутренние", "Инъекционные", "Глазные капли". * Кроме того, в каждом отделении шкафа, например, "Внутренние", должно быть деление на порошки, микстуры, ампулы, которые размещаются раздельно, причем порошки хранятся, как правило, на верхней полке, а растворы на нижней. * Пахучие и красящие вещества должны быть выделены в отдельный шкаф. * Хранение лекарств в операционной, перевязочной, процедурной организуется в инструментальных остекленных шкафах или на хирургических столиках. Каждый флакон, банка, штанглаз, содержащие лекарства, должны иметь соответствующую этикетку. * Наркотические лекарственные средства должны храниться в сейфах или в железных шкафах. * В аптечных и медицинских организациях на внутренних сторонах дверец сейфов или металлических шкафов, в которых осуществляется хранение наркотических и психотропных лекарственных средств, должны вывешиваться списки хранящихся наркотических и психотропных лекарственных средств с указанием их высших разовых и высших суточных доз. * Дополнительно в медицинских организациях в местах хранения наркотических и психотропных лекарственных средств должны размещаться таблицы противоядий при отравлениях указанными средствами. * По истечении рабочего дня наркотические и психотропные лекарственные средства должны быть возвращены на место основного хранения наркотических и психотропных лекарственных средств. * В медицинских организациях должны храниться наркотические и психотропные лекарственные препараты, изготовленные производителями лекарственных средств или аптечной организацией. * Места хранения наркотических и психотропных лекарственных средств, требующих защиты от повышенной температуры (холодильная камера, холодильник, термоконтейнер), необходимо оборудовать приборами для регистрации температуры. * Недоброкачественные наркотические и психотропные лекарственные средства, выявленные в аптечной, медицинской организации или организации оптовой торговли лекарственными средствами, а также наркотические или психотропные лекарственные средства, сданные родственниками умерших больных в медицинскую организацию, до их списания и уничтожения подлежат идентификации и хранению на отдельной полке или в отдельном отделении сейфа или металлического шкафа. * В местах хранения медицинских препаратов должен соблюдаться температурный и световой режим. * Настои, отвары, эмульсии, пенициллин, сыворотки, вакцины, органопрепараты, растворы, содержащие глюкозу, и т.п. должны храниться только в холодильниках (температура 2 - 10 град. С).   **Закапывание капель в глаза**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, 2 пипетки, имитация лекарственного средства.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.  Выяснить аллергоанамнез.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики.  Помочь пациенту занять удобное положение.  **Выполнение процедуры:**  Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку нужное количество капель, взять в левую руку марлевый шарик.  Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз.  Закапать в конъюнктивальную складку 2-3 капли (не подносить пипетку близко к конъюнктиве).  Попросить пациента закрыть глаза.  Попросить пациента промокнуть вытекшие капли у внутреннего угла глаза.  Повторить те же действия при закапывании в другой глаз (при назначении врача).  Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.  **Окончание процедуры**  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Введение мази за нижнее веко**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, тюбик- имитация лекарственного средства.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.  Выяснить аллергоанамнез.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики.  Помочь пациенту занять удобное положение.  **Выполнение процедуры:**  Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз.  Выдавить из тюбика мазь, продвигая её от внутреннего угла глаза к наружному так, чтобы мазь вышла за наружную спайку век. Отпустить нижнее веко, пациент должен закрыть глаза.  Попросить пациента закрыть глаза.  Попросить пациента удалить, вытекающую из-под сомкнутых век мазь или сделать это за него.  При необходимости заложить мазь за нижнее веко другого глаза, повторить те же действия.  Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта.  **Окончание процедуры**  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос**  **Алгоритм закапывание сосудосуживающих капель в нос**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, 2 пипетки, имитация лекарственного средства.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.  Выяснить аллергоанамнез.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики.  Помочь пациенту занять удобное положение (сидя).  **Выполнение процедуры:**  Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача.  Попросить пациента сесть, слегка запрокинув голову и склонить её (при закапывании в левую ноздрю - влево, в правую - вправо).  Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос).  Попросить пациента прижать пальцем крыло носа к перегородке сразу после закапывания капель и сделать лёгкие круговые движения, не отнимая пальца. Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры.  Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия.  Спросить у пациента об облегчении носового дыхания через 1-2 минуты.  **Окончание процедуры**  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм закапывание масляных капель в нос**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, 2 пипетки, имитация лекарственного средства.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.  Выяснить аллергоанамнез.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики.  Помочь пациенту занять удобное положение (сидя).  **Выполнение процедуры:**  Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача.  Попросить пациента сесть или лечь, запрокинув голову.  Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос).  Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры.  Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия.  Спросить у пациента о том, ощутил ли он вкус капель во рту. Попросить пациента полежать несколько минут.  **Окончание процедуры**  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнение журнала учета лекарственных средств | 1 | |  | Заполнение накладной - требования на лекарственные средства | 1 | |  | Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения | 1 | |  | Закапывание капель в глаза | 2 | |  | Введение мази за нижнее веко | 1 | |  | Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос | 2 |   ***План 9 рабочего дня в Стационаре***  **Введение мази в носовые ходы**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, стерильные ватные турунды, стеклянная палочка, имитация лекарственного средства.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.  Выяснить аллергоанамнез.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные ватные турунды, марлевые шарики.  **Выполнение процедуры:**  Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Выдавить на ватную турунду 0,5-0.7 см мази (если мазь во флаконе, воспользоваться стерильной стеклянной лопаточкой).  Ввести ватную турунду вращательными движениями в нижний носовой ход (с одной стороны) на 10-15 минут.  Извлечь турунду и положить её в ёмкость для использованного материала.  Повторить предыдущие действия при введении мази в другой носовой ход.  Марлевым шариком, при необходимости, удалить остатки мази с кожи после процедуры.  Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.  **Окончание процедуры**  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Закапывание капель в ухо**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, 2 пипетки, имитация лекарственного средства, ёмкость с горячей (60°С) водой, водный термометр.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента о проведении манипуляции, уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.  Выяснить аллергоанамнез.  Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, подогреть лекарственный препарат до температуры тела на водяной бане (поставить флакон в ёмкость с горячей водой, температуру контролировать водным термометром).  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Выложить пинцетом в лоток стерильные марлевые шарики.  Помочь пациенту занять удобное положение (лежа на боку или сидя, наклонив голову в сторону).  **Выполнение процедуры:**  Набрать в пипетку 2-3 капли лекарственного средства (в одно ухо – по назначению врача).  Оттянуть ушную раковину назад и вверх и закапать 2-3 капли ухо.  Повторить те же действия (при наличии назначения врача) при закапывании в другое ухо через несколько минут (чтобы не вытекло лекарственное средство).  Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.  **Окончание процедуры**  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Нанесение мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента**  **Алгоритм действий при нанесении мази на кожу**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: мазь (лекарственное средство), одноразовый шпатель, салфетки.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.  Выяснить аллергоанамнез.  Прочитать название мази.  Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве.  Попросить пациента занять удобное положение, при необходимости помочь.  Отгородить пациента ширмой.  Осмотреть участок кожи, на котором нужно втирать мазь.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  **Выполнение процедуры:**  Выдавить из тюбика на стеклянную лопаточку (шпатель) мазь (по назначению врача).  Нанести мазь тонким слоем на кожу, пользуясь стеклянной лопаточкой (шпателем).  Попросить пациента подержать поверхность кожи с нанесенной мазью 10-15 мин. (по инструкции) открытой.  Спросить пациента не испытывает ли он дискомфорта в связи с процедурой.  **Окончание процедуры**  Снять остатки мази с поверхности кожи салфеткой, осмотреть кожные покровы.  Использованные салфетки, шпатель погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б».  Снять перчатки, погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». убрать ширму. Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм применения присыпки**  Цель: профилактика опрелостей.  Показания: опрелости, потливость, кожные заболевания.  Противопоказания: непереносимость лекарственного средства, нарушение целостности кожных покровов.  Оснащение: присыпка, ватный шарик (кисть с мягким ворсом), перчатки, ширма.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  Обеспечить конфиденциальность.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки  **Выполнение процедуры:**  На чистую сухую кожу (паховые складки, область под молочными железами и др.) без повреждений равномерно нанести присыпку через насадку с распылителем.  Распределить порошок с помощью ватного шарика или специальной кисти по большей поверхности.  **Окончание процедуры**  Использованные материалы (ватные шарики) погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б».  Снять перчатки, погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». Убрать ширму. Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Подача судна и мочеприемника (мужчине и женщине)**  **Алгоритм подачи судна пациенту**  Цель: оказать помощь в осуществлении акта дефекации и при мочеиспускании.  Показания: опорожнение кишечника.  Оснащение: адсорбирующая пеленка, судно, ширма, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, средства индивидуальной защиты.  **Подготовка к процедуре:**  По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  Отгородить пациента ширмой.  Ополоснуть судно теплой водой, оставив в нем немного воды.  Открыть нижнюю часть тела.  **Выполнение процедуры:**  Попросить пациента согнуть ноги, и приподнять таз, или повернуть пациента на бок (помочь пациенту).  Под таз пациента положить непромокаемую одноразовую пеленку и подвести судно так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна.  Прикрыть пациента одеялом и оставить на некоторое время одного.  По окончании дефекации попросить пациента приподнять таз, или повернуться на бок (помочь пациенту), правой рукой извлечь судно.  **Окончание процедуры**  Осмотреть содержимое судна, вылить в унитаз, судно обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима. При наличии патологических примесей (слизи, крови и так далее), оставить содержимое судна до осмотра врачом.  Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б». Обработать руки, надеть другую пару перчаток.  Подвести под пациента чистое судно.  Подготовить оборудование для подмывания.  Зажать салфетку корнцангом так, чтобы металлические части инструмента не касались кожи пациента.  Поливайте раствором на половые органы, а салфеткой (зажатой корнцангом) производите движения сверху вниз (от половых органов к заднему проходу), меняя по мере загрязнения салфетки.  Последовательность выполнения при обработке у женщин:  лобок, большие половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия (салфетки менять по мере загрязнения).  Последовательность выполнения при обработке у мужчин:  головка полового члена, тело, мошонка, паховые складки, область анального отверстия  Осушить область обработки в той же последовательности.  Убрать судно и непромокаемую пеленку с кровати, придать пациенту удобное положение.  Убрать ширму.  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Обработать и снять фартук. Перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм применения мочеприемника**  Цель: опорожнение мочевого пузыря у мужчины/женщины  Показания: мочеиспускание.  Оснащение: непромокаемая одноразовая пеленка, мочеприемник, ширма, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, средства индивидуальной защиты.  **Подготовка к процедуре:**  По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  Попросить пациентов выйти из палаты (по возможности). Отгородить пациента ширмой.  Придать пациенту удобное положение (Фаулера).  Ополоснуть мочеприемник теплой водой, оставив в нем немного воды.  Открыть нижнюю часть тела.  Под таз пациента положить непромокаемую одноразовую пеленку  **Выполнение процедуры:**  Подать пациенту мочеприемник. Для обеспечения мочеиспускания можно открыть кран с во­дой.  Прикрыть пациента одеялом и оставить на некоторое время одного.  По окончании мочеиспускания убрать мочеприемник, отодвинуть ширму.  **Окончание процедуры**  Осмотреть содержимое мочеприемника, вылить в унитаз, мочеприемник продезинфицировать, промыть с моющим средством, прополоскать проточной водой, просушить.  Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б». Обработать руки, надеть другую пару перчаток.  Подвести под пациента чистое судно.  Подготовить оборудование для подмывания.  Зажать салфетку корнцангом так, чтобы металлические части инструмента не касались кожи пациента.  Поливайте раствором на половые органы, а салфеткой (зажатой корнцангом) производите движения сверху вниз (от половых органов к заднему проходу), меняя по мере загрязнения салфетки.  Последовательность выполнения при обработке у женщин:  лобок, большие половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия (салфетки менять по мере загрязнения).  Последовательность выполнения при обработке у мужчин:  головка полового члена, тело, мошонка, паховые складки, область анального отверстия  Осушить область обработки в той же последовательности.  Убрать судно и непромокаемую пеленку с кровати, придать пациенту удобное положение.  Убрать ширму.  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Обработать и снять фартук. Перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  **Постановка газоотводной трубки**  Цель: выведение газов из кишечника.  Показание: метеоризм.  Противопоказания: кишечные кровотечения, выпадение прямой кишки.  Оснащение: стерильная газоотводная трубка, стерильное вазелиновое масло, марлевая салфетка, лоток, средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, ширма, адсорбирующая пеленка, судно, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры и получить его согласие.  Приготовить оснащение к процедуре: стерильная газоотводная трубка, стерильное вазелиновое масло, марлевая салфетка или туалетная бумага, средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, адсорбирующая пеленка, судно.  Прийти в палату к пациенту, провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  Поставить ширму у кровати пациента, положить адсорбирующую пеленку на постель, попросить пациента лечь ближе к краю кровати на левый бок, ноги прижать к животу, оголить ягодицы, при необходимости помочь пациенту.  Поставить на пеленку или на стул рядом с пациентом судно с небольшим количеством воды. Если пациенту противопоказано положение на левом боку, газоотводную трубку можно ставить в положении пациента лежа на спине, тогда судно с водой будет находиться между ногами пациента.  **Выполнение процедуры:**  Взять закругленный конец газоотводной трубки как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами. Облить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  Раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см., свободный конец газоотводной трубки опустить в судно с водой. О том, что газоотводная трубка введена правильно, свидетельствуют пузырьки на поверхности воды.  Газоотводная трубка ставится на 1 час, так как возможно образование пролежней на слизистой оболочке кишки. По назначению врача процедура может быть повторена.  Укрыть пациента. Наблюдать в течение часа за эффективностью процесса выведения газов из кишечника.  Обеспечить пациенту безопасность, если он лежит на краю кровати (поднять поручень кровати).  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  **Окончание процедуры**  По истечении заданного времени обработать руки, надеть перчатки и извлечь газоотводную трубку из анального отверстия.  Поместить газоотводную трубку в емкость для сбора отходов класса «Б». Вылить воду из емкости в канализацию, емкость дезинфицировать.  Провести туалет анального отверстия.  Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о проведенной процедуре.  **Постановка лекарственной клизмы**  Цель: обеспечение лечебного эффекта местного или общего действия.  Показания: местное воздействие на слизистую оболочку нижнего отдела толстой кишки (облепихо­вое масло, настой ромашки); общее воздействие на орга­низм при всасывании лекарственного препарата через слизистую толстой кишки (препараты сердечных гликозидов, хлоралгидрат).  Противопоказания: острые воспалительные процессы в области ануса.  Оснащение: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, 50-100 мл настойки ромашки, масла облепихи, хлоралгидрат при температуре 37°С по назначению врача, лоток, пинцет, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, ширма.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие.  Предупредить пациента о том, что после проведения манипуляции нельзя вставать с кровати.  Выяснить аллергоанамнез.  Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, вазелиновое масло, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр, лекарственное средство по назначению врача.  Подогреть лекарственное средство на «водяной бане» до 38 °С, проверить температуру раствора термометром.  Прийти в палату к пациенту, провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. Убедиться, что лекарственное средство соответствует назначению врача, набрать в грушевидный баллон или шприц Жанэ.  Отгородить пациента ширмой, положить адсорбирующую клеенку на постель, попросить пациента лечь на левый бок, правую ногу прижать к животу, оголить ягодицы, при необходимости помочь пациенту.  Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой.  **Выполнение процедуры:**  Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами.  Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  Затем раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.  Выпустить остатки воздуха из баллона. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести лекарственное средство.  Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  **Окончание процедуры**  Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Марлевой салфеткой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади. Салфетку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Помочь пациенту занять удобное положение в постели. Адсорбирующую пеленку оставить под пациентом.  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Емкость из-под лекарственного средства сбросить в отходы класса «А».  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. Сделать запись о проведенной процедуре.  Убедиться в эффективности действия после введения лекарственного средства.  **Постановка очистительной клизмы**  Цель: добиться отхождения каловых масс и газов.  Показания: подготовка пациента к рентгенологическому исследованию органов пищеварения, мочевыделения и органов малого таза, подготовка пациента к эндоскопическому исследованию толстой кишки, при запорах, перед постановкой лекарственной и питательной клизмы, подготовка к операции, родам.  Противопоказания: кровотечения из пищеварительного тракта, острые воспалительные и язвенные процессы в области толстой кишки и заднего процесса, злокачественные новообразования прямой кишки, первые дни после операции на органах пищеварительного тракта, трещины в области заднего прохода, выпадение прямой кишки.  Оснащение: средства индивидуальной защиты: перчатки; стерильный лоток, одноразовый клизменный наконечник; кружка Эсмарха; штатив; емкость с водой, (1,5-2 л); водный термометр; вазелиновое масло; шпатель; клеенчатый фартук; адсорбирующая пеленка; туалетная бумага; таз; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Обязательными условиями является температура воды, вводимой в кишечник. Без особых указаний это вода комнатной температуры – 20-25°С. При атоническом запоре температура воды -12 -20°С. При спастическом запоре температура воды - 40 -42°С.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Пригласить пройти в клизменную. Также процедура может проводиться в палате, при невозможности транспортировать пациента, в этом случае перед процедурой пациента отгораживают ширмой.  Провести гигиеническую обработку рук, надеть фартук, перчатки.  Закрыть вентиль и налить в кружку Эсмарха 1,5 л. воды, предварительно измерив ее температуру при помощи водного термометра. Подвешать кружку на штатив, на уровне одного метра от пола.  Положить адсорбирующую пеленку на кушетку так, чтобы она свисала в таз, попросить пациента лечь на левый бок, согнуть правую ногу в колене и прижать к животу, оголить ягодицы. При необходимости помочь пациенту. Если пациент не может лежать на животе, процедура выполняется в положении лежа на спине.  Вскрыть упаковку с одноразовым клизменным наконечником, и присоединяет его к системе, не нарушая стерильности.  Открыть вентиль и слить немного воды через наконечник, вытесняя воздух, закрыть вентиль.  Облить наконечник вазелиновым маслом, не касаясь стерильной поверхности наконечника руками, или обработать наконечник вазелином при помощи шпателя.  **Выполнение процедуры:**  Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести наконечник в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см.  Открыть вентиль на системе.  Ввести необходимое количество жидкости. Когда вода опустится до устья кружки Эсмарха, закрыть вентиль.  Осторожно извлечь наконечник из прямой кишки.  Попросить пациента в течение 10 минут полежать на спине и удерживать воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно.  **Окончание процедуры**  Отсоединить клизменный наконечник от системы, при этом можно использовать туалетную бумагу, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Обработать кружку Эсмарха по инструкции дезинфицирующего средства, обработать кушетку. Снять фартук и также провести его дезинфекцию, снять перчатки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  После дефекации пациента, убедиться, что процедура проведена успешно. Сделать запись в медицинской карте о проведении процедуры.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Введение мази в носовые ходы | 2 | |  | Закапывание капель в ухо | 2 | |  | Нанесение мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента | 3 | |  | Подача судна и мочеприемника (мужчине и женщине) | 1 | |  | Постановка газоотводной трубки | 1 | |  | Постановка лекарственной клизмы | 2 | |  | Постановка очистительной клизмы | 1 |   ***План 10 рабочего дня в Стационаре***  **Постановка масляной клизмы**  Цель: добиться отхождения каловых масс, газов.  Показания: при неэффективности очистительной клизмы, при длительных запорах, когда нежелательно напряжение мышц брюшной стенки и промежности (после родов, опера­ций на органах брюшной полости), при хронических воспалительных процессах в кишечнике,  при заболеваниях, когда нежелательно общее напряжение па­циента (гипертонический криз).  Противопоказания: кровотечение из желудочно-кишечного тракта, острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке, боли в животе неясной природы.  Оснащение: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, вазелиновое масло 100-200 мл, лоток, марлевые салфетки, адсорбирующая пеленка, водный термометр, ширма, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Обязательным условием является то, что после постановки масляной клизмы пациент должен лежать несколько часов, так как масло, введенное в кишечник, при ходьбе пациента может вытекать из него. Масляную клизму обычно ставят на ночь, эффективное опорожнение кишечника наступает через 10-12 часов.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие.  Предупредить пациента о том, что после проведения манипуляции нельзя вставать с кровати.  Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, вазелиновое масло 100-200 мл, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр.  Подогреть масло на «водяной бане» до 38 °С, проверить температуру масла термометром.  Прийти в палату к пациенту, провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. В грушевидный баллон набрать масло.  Отгородить пациента ширмой, положить адсорбирующую клеенку на постель, попросить пациента лечь на левый бок, правую ногу прижать к животу, оголить ягодицы, при необходимости помочь пациенту.  Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой.  **Выполнение процедуры:**  Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами.  Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  Затем раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.,  Выпустить остатки воздуха из баллона. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести масло.  Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  **Окончание процедуры**  Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Марлевой салфеткой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади. Салфетку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Помочь пациенту занять удобное положение в постели. Адсорбирующую пеленку оставить под пациентом. Напомнить пациенту, что эффект от клизмы наступит через 10-12 часов.  Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Емкость из-под масла сбросить в отходы класса «А».  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. Сделать запись о проведенной процедуре.  Утром уточнить у пациента, был ли стул.  **Постановка сифонной клизмы**  Цель: добиться отхождения каловых масс, газов из высоких отделов кишечника.  Показания: отсутствие эффекта от очистительной клизмы, послабляю­щих клизм и приема слабительных; необходимость выведения из кишечника ядовитых ве­ществ, попавших в него через рот или выделившихся в ки­шечник через его слизистую оболочку; подозрение на кишечную непроходимость.  Противопоказания: кровотечение из желудочно-кишечного тракта; острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке; боли в животе неясной этиологии; злокачественные опухоли прямой кишки; массивные отеки.  Оснащение: средства индивидуальной защиты: перчатки, маска, стерильная система для сифонной клизмы: одноразовый толстый зонд, стеклянная воронка емкостью 0,5-1 л;  вазелиновое масло; емкость с водой комнатной температуры 10-12 л; ковш емкостью 1 л; емкость для промывных вод; непромокаемый фартук; адсорбирующая пеленка, туалетная бумага, стерильная емкость для взятия промывных вод на исследование, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен).  Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, клеенчатый фартук, перчатки.  Поставить таз около кушетки. Положить на кушетку адсорбирующую пеленку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод. Попросить пациента лечь на левый бок, при этом его правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу, при необходимости медицинский работник помогает пациенту.  Вскрыть упаковку с толстым зондом, и воронкой, внутренняя поверхность упаковки служит стерильной поверхностью, на которой лежит зонд и воронка.  **Выполнение процедуры:**  Взять в руку зонд, смазать облить слепой конец зонда вазелиновым маслом на протяжении 30-40 см.  Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см.  К другому концу зонда присоединить воронку, держать ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента и наливать в нее 0,5-1 л воды. Следует отметить, что емкость с чистой водой стоит так, чтобы в нее не попали брызги промывных вод.  Медленно поднимать воронку выше ягодиц так, чтобы вода ушла в кишечник лишь до устья воронки.  Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнит воронку полностью.  Слить воду из воронки в приготовленную емкость (при необходимости в лабораторную посуду для исследования).  Промывание повторять до чистых промывных вод, но с использованием не более 10-12 л воды.  **Окончание процедуры**  По окончании процедуры отсоединить воронку и убрать в емкость для дезинфекции, зонд оставить в кишечнике примерно на 10-20 минут для того, чтобы слилась оставшаяся в кишечнике жидкость.  После медленно извлечь зонд из кишечника через салфетку или туалетную бумагу и также поместить в емкость для дезинфекции.  Помочь пациенту провести туалет анального отверстия. У женщин обязательно кзади для профилактики инфицирования. Сбросить бумагу в емкость для сбора отходов класса «Б».  Промывные воды слить в канализацию. Все использованные емкости подвергнуть дезинфекции по инструкции дезинфицирующего средства. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Затем провести дезинфекцию поверхностей: кушетка, пол.  Снять фартук, провести его дезинфекцию.  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Уточнить у пациента его самочувствие, по возможности. Произвести запись о проведенной процедуре.  **Постановка гипертонической клизмы**  Цель: вызвать хорошее послабляющее действие без резкой перистальтики кишечника.  Показания: - при неэффективности очистительной клизмы, при массивных отеках.  Противопоказания: кровотечение из желудочно-кишечного тракта, острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке, боли в животе неясной природы.  Оснащение: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, 10 % раствор натрия хлорида – 100 мл или 20-30 % раствор магния сульфата – 50 мл, лоток, пинцет, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие. Пригласить пройти в клизменную.  Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, 10 % раствор натрия хлорида – 100 мл или 20-30 % раствор магния сульфата – 50 мл, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр.  Подогреть раствор на «водяной бане» до 38 °С, проверить его температуру водным термометром.  Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть маску, перчатки. В грушевидный баллон набрать гипертонический раствор.  Положить адсорбирующую пеленку на кушетку, попросить пациента лечь на левый бок, правую ногу прижать к животу, оголить ягодицы.  **Выполнение процедуры:**  Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами.  Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  Раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.  Выпустить остатки воздуха из баллона. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести набранный раствор.  Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  **Окончание процедуры**  Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Марлевой салфеткой или туалетной бумагой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади, сбросить салфетку в емкость для сбора отходов класса «Б».  Напомнить пациенту, что эффект наступит через 20-30 минут.  По окончании процедуры использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  Емкость из-под масла утилизировать в отходы класса «А».  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», провести гигиеническую обработку рук.  После дефекации пациента, убедиться, что у пациента был стул.  **Введение лекарственного средства в прямую кишку**  Цель: оказать местное или резорбтивное медикаментозное воздействие через слизистую оболочку прямой кишки.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом; спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки, маска; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, суппозитории из холодильника.  **Подготовка к процедуре:**  Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  Достать упаковку с суппозиториями из холодильника, прочитать названия суппозитория, уточнить срок годности, сравнить названия с назначением врача. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате.  Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, перчатки.  Отгородить пациента ширмой.  Положить под ягодицы адсорбирующую пеленку. Попросить пациента принять положение на спине или на левом боку и согнуть ноги в коленях.  **Выполнение процедуры:**  Вскрыть оболочку, в которую упакован суппозиторий, но не извлекать его.  Попросить пациента расслабиться.  Развести ягодицы одной рукой, а другой ввести выдавленный из упаковки суппозиторий в анальное отверстие (оболочка от упаковки останется у Вас в руках).  Предложить пациенту лечь в удобное для него положение (помочь при необходимости).  **Окончание процедуры**  Оболочку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Снять маску, перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Оказать помощь пациенту при рвоте**  Цель: оказание помощи пациенту при рвоте.  Показания: рвота у пациента.  Противопоказания: нет  Оснащение: средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, емкость для сбора рвотных масс, полотенце, фартук клеенчатый – 2 шт., стакан с кипяченой водой, стерильная емкость с крышкой, емкости для дезинфекции.  **Подготовка к процедуре:**  Объяснить пациенту ход и цели предстоящей процедуры, получить согласие. Успокоить пациента.  Обработать руки. Надеть перчатки. Подготовить необходимое оснащение.  Надеть фартук на себя и пациента.  Усадить пациента, если позволяет его состояние.  Поставить таз или ведро к ногам пациента.  **Выполнение процедуры:**  Придерживать голову пациента, положив ему ладонь на лоб во время рвоты. Дать пациенту стакан с водой для полоскания рта после рвоты. Обтереть вокруг рта полотенцем.  Помочь пациенту лечь, сняв с него фартук.  **Окончание процедуры**  Проветрить палату. Убрать емкость с рвотными массами из палаты, предварительно показав их врачу. Затем слить в канализацию, обработать емкости.  Полотенце убрать в мешок для грязного белья. Снять фартук, обработать фартуки двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства.  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Промывание желудка**  Цель: удалить из желудка его содержимое.  Показания: Острые отравления различными ядами, принятыми внутрь, пищевые отравления, гастриты с обильным образованием слизи, реже - уремия (при значительном выделении азотсодержащих соединений через слизистую оболочку желудка), и др.  Необходимость эвакуации желудочного содержимого с целью снижения давления на стенки желудка и уменьшения выраженности тошноты и рвоты, связанных с кишечной непроходимостью или оперативным вмешательством.  Противопоказания: отравление ядами прижигающего действия, керосином и другими нефтепродуктами, бессознательное состояние больного.  Оснащение: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий; антисептический раствор для гигиенической обработки рук; таз для промывных вод; клеенчатый фартук– 2 шт.; полотенце; салфетки; стерильная емкость для забота промывных вод; вода комнатной температуры – 10 л; кружка  **Подготовка к процедуре:**  Объяснить пациенту ход и цели предстоящей процедуры, если пациент в сознании, получить согласие.  Провести гигиеническую обработку рук.  Надеть маску, фартук, перчатки, подготовить необходимое оснащение.  Правильно усадить или уложить больного набок. Голова должна быть ниже туловища.  Одеть непромокаемый фартук или накрыть грудь пациента полотенцем. Установить емкость для сбора промывных вод.  **Выполнение процедуры:**  Дать пациенту выпить раствор, в объеме до 500 мл за один подход, в общем, понадобится до 5-10 литров.  После каждого приема жидкости наклонить больного над емкостью для сбора промывных вод, фиксируя его голову.  Если рвота не возникает спонтанно, следует надавить на корень языка (пальцем, шпателем, ложкой). При отсутствии эффекта дать пациенту рвотные средства по назначению врача.  Проводить процедуру до появления чистых промывных вод.  **Окончание процедуры**  Дать пациенту прополоскать рот, обтереть вокруг рта салфеткой.  Промывные воды слить в канализацию, емкости продезинфицировать.  Обработать фартук двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства.  Отправить в лабораторию 200 мл промывных вод на исследование.  Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  Сделать запись о выполненной процедуре.  **Осуществить посмертный уход**  *Правила обращения с трупом*  Прежде чем тело будет передано из отделения в морг, медицинская сестра выполняет ряд процедур, являющихся финальным проявлением уважения и заботы по отношению к пациенту. Особенности процедур разные в разных лечебных учреждениях и чаще зависят от культурных и религиозных особенностей скончавшегося и его семьи.  Поддержку семье, другим пациентам и персоналу может оказать священник.  В некоторых лечебных учреждениях после констатации смерти в отделение приглашаются сотрудники морга, которые проводят подготовку к прощанию с пациентом.  Сотруднику, впервые выполняющему данную процедуру или являющемуся родственником покойного, требуется поддержка.  *Оборудование*   * форма передачи ценностей и документов * формы извещения о смерти * одноразовый фартук и чистые простыни * одноразовые перчатки * идентификационные браслеты * широкая липкая лента * мыло * лоток * заглушка * конверт * лейкопластырь * одноразовые салфетки   Подготовьте оборудование заранее. По возможности всё должно быть  одноразовым. Заранее ознакомьтесь с правилами лечебного учреждения  в отношении данной процедуры.  Уединённость должна обеспечиваться постоянно.  Важно, чтобы близкие могли выразить свои чувства в тихой, спокойной обстановке.  Как правило, смерть констатирует лечащий врач отделения, который и выдает медицинское заключение о смерти.  Констатация смерти должна быть внесена в сестринский журнал и в историю болезни.  Во избежание контакта с биологическими жидкостями и для предотвращения инфицирования, наденьте перчатки и фартук. Заранее ознакомьтесь с местными правилами инфекционного контроля.  *Порядок действий*  Установите ширму.  Наденьте перчатки и фартук.  Положите тело на спину, уберите подушки.  Поместите конечности в нейтральное положение (руки вдоль тела). Уберите любые механические приспособления, например шины. Трупное окоченение появляется через 2-4 часа после смерти.  Полностью накройте тело простынёй, если Вы вынуждены отлучиться.  Аккуратно закройте глаза, обеспечив легкое давление, в течение 30 сек. на опущенные веки.  Раны с выделениями должны быть закрыты чистой непромокаемой пеленкой, надежно зафиксированы широкой липкой лентой во избежание протекания.  Выясните у родственников, необходимо ли снять обручальное кольцо. Заполните форму и обеспечьте сохранность ценностей. Украшения должны сниматься в соответствии с правилами лечебного учреждения в присутствии второй медсестры. Список украшений должен быть внесён в форму уведомления о смерти.  Заполните формы, идентифицирующие пациента, и идентификационные браслеты.  Закрепите браслеты на запястье и лодыжке.  Извещение о смерти должно заполняться в соответствии с правилами лечебного учреждения, которые могут предписывать закрепление данного документа на одежде пациента или простыне.  Накройте тело простынёй.  Свяжитесь с санитарами для перевозки тела в морг. Родственники ещё раз могут проститься с умершим в похоронном зале после разрешения персонала морга.  Снимите и утилизируйте перчатки и фартук в соответствии с местными правилами и вымойте руки.  Все манипуляции должны быть документированы. Делается запись о религиозных обрядах. Фиксируются также данные о способе завертывания тела (простыни, мешок) и наложенных повязках (на раны, на отверстия).   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка масляной клизмы | 1 | |  | Постановка сифонной клизмы | 1 | |  | Постановка гипертонической клизмы | 1 | |  | Введение лекарственного средства в прямую кишку | 2 | |  | Оказать помощь пациенту при рвоте | 1 | |  | Промывание желудка | 1 | |  | Осуществить посмертный уход | 1 | |  |  |