Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный медицинский

университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

# **Д Н Е В Н И К**

## Преддипломной практики по профессиональному модулю: «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах»

Междисциплинарный курс«Сестринская помощь при различных заболеваниях и состояниях»

студента (ки)4 курса 409группы

специальности 34.02.01.Сестринское дело

очной формы обучения

\_\_\_\_\_\_\_\_Юшкова\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Анжелика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Евгеньевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

База производственной практики: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Руководители практики:

Общий руководитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Непосредственный руководитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Методический руководитель: Филенкова Надежда Леонидовна

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

###### Инструктаж по технике безопасности

1. 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.

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

Печать ЛПУ

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 12.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  применения.  **1.Пеленание**  1. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки. Обработал пеленальный стол, снял перчатки и поместил в емкость для отходов класса «Б»  2. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение  3. Обработал руки, надел стерильные перчатки  4. Уложил на пеленальном столе пеленки послойно (снизу вверх: фланелевая, тонкая и подгузник) приготовил распашонки, тонкую вывернул швами наружу  5. Распеленал ребенка в кроватке (при необходимости подмыли осушил), положил на пеленальный стол  6. Надел на ребенка тонкую распашонку разрезом назад, а фланелевую – разрезом вперед  7. Надел треугольный (одноразовый) подгузник, проведя широкий угол между ножек ребенка, а узкие концы обернул вокруг туловища.  8. Завернул ребенка в тонкую пеленку, проведя один край между ножек, в другим обернул ребенка. Нижний край пеленки подвернул (оставив место для свободного движения ножек) и зафиксировал пеленку, расположив «замочек» спереди.  9. Завернул ребенка в теплую пеленку, расположивее верхний край на уровне козелка ребенка. Зафиксировал нижний край пеленки на уровне середины плеч ребенка, «замочек» расположил спереди  10. Уложил ребенка в кроватку, протер рабочую поверхность стола дез.раствором  11. Снял перчатки, маску поместил их в емкость длясбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **2 Алгоритм: Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции.**  1. Собрал набор инструментов и медикаментов для Проведения манипуляции .2. Доброжелательно и уважительно представился. Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, уточнил аллергологический анамнез, и получил информированное согласие. 3. Пригласил пациента в манипуляционный кабинет и усадил на стул в «позе наездника» 4. Провел гигиеническую обработку рук. 5. Надел стерильные перчатки 6. Подготовил инструменты и медикаменты для проведения обезболивания и пункции 7. Подготовил ампулы, набрал анестетик в шприц и сменил иглу. 8. Обработал большое, малое инъекционное поле и подал шприц врачу 9. После полного обезболивания обработал операционное поле для проведения пункции троекратно: спиртом, йодом и вновь спиртом. 10. Достал иглу ДЮФО и наложил зажим на трубку иглы, подал иглу с зажимом врачу. 11. Присоединил к канюле шприц Жане и по команде врача снимал и накладывал зажим 12. Плевральную жидкость вылил в стерильный контейнер с соблюдением мер предосторожности 13. Остальную плевральную жидкость вылил в емкость с дезраствором. 14. Одновременно с удалением иглы из плевральной полости наложил на место прокола окклюзионную. 15. Плевральную жидкость с направлением отправил в лабораторию. 16. Отходы собрал в пакет для отходов класса «Б  **3. Приготовление и наложение транспортных шин**  1. шины накладывать на месте происшествия, не перенося пациента  2. использовать стандартные шины: лестничные металлические Крамера, деревянные Дитерихса, пластмассовые, пневматические  3. перед наложением шины следует ввести пострадавшему анальгетики (можно наркотические) и объяснить ему предстоящие действия  4. следует фиксировать шиной не менее двух суставов, соседних с местом перелома, а при переломах плеча и бедра – не менее трёх суставов  5. моделирование шин осуществлять по здоровой конечности пациента  6. шины накладывать поверх одежды и обуви, не снимая их, а при подозрении на открытый перелом следует разрезать одежду по шву и осмотреть место травмы  7. при наличии раны неотложную помощь начинать с проведения временного гемостаза, наложив жгут или асептическую давящую повязку  8. при повреждении конечности следует придать ей функционально выгодное положение (физиологическое)  9. фиксирование шины следует выполнять бинтами, начиная с места перелома и далее от периферии к центру  10. при вывихах иммобилизацию следует проводить в положении конечности с наименьшей болезненностью  11. при переломах и вывихах необходимо проверить пульс на артериях повреждённой конечности и её чувствительность ниже повреждения  12. при отсутствии стандартных транспортных шин следует использовать подручные средства: палки, дощечки, картон, пучки хвороста, рейки, бруски, лыжи, лопаты  13. при отсутствии средств иммобилизации необходимо осуществить аутоиммобилизацию – прибинтовать повреждённую руку к туловищу, а ногу к здоровой ноге.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1.Пеленание |  | |  | 2.Алгоритм: Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции. |  | |  | 3.Приготовление и наложение транспортных шин |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 13.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **1.Обработка слизистой полости рта при стоматите**  1. Объясните маме цель и ход проведения процедуры  2. Подготовьте оснащение  3. Обработайте руки гигиеническим способом, наденьте перчатки  4. На второй палец правой руки обмотайте марлевую салфетку, кончик которого необходимо зафиксировать большим пальцем  5. Большим пальцем левой руки осторожно надавите на подбородок и откройте рот ребенку (при необходимости примените шпатель)  6. Салфетку промокнуть в готовом растворе и промокательными движениями обработайте полость рта.  Примечание: Наберите в стерильный резиновый баллончик один из растворов для обработки полости рта.  1. Орошайте слизистую так, чтобы вода стекала в лоток. Проводите данную процедуру перед и после каждого кормления.  2. После орошения перед кормлением смажьте слизистые полости рта анестезиновой мазью с целью обезболивания.  При обработке полости рта следует соблюдать следующие правила:  1. Обрабатывать слизистую полости рта только промокательными движениями.  2. Температура лекарственного раствора должна быть 37-36гр.С.  3. Обработку полости рта проводить не менее 4-5 раз в сутки (лучше после каждого кормления).  4. В острый период использовать растворы меньшей концентрации по сравнению с концентрацией лечебного раствора в период заживления.  **2.Забор крови вакуумной системой**  1. Пригласил и проинформировать пациента, получил согласие на проведение процедуры. 2. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки. 3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.4. Собрал систему вакуумного забора крови Vacuette.5. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.6. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.7. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента, надел очки. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком. 8. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции (вкола). 9. Провел пунктирование вены. Вставил пробирку в держатель до упора. Ослабил жгут, как только кровь начала поступать в пробирку.10. Извлек пробирку после прекращения тока крови из держателя. Вынул держатель с иглой из вены, предварительно приложив к месту венепункции ватный шарик, или спиртовую салфетку. Пробирку поставил в штатив.11.Вакутейнер сбросил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий, класса «Б», ватные шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б», пинцет и лоток погрузил в емкости для дезинфекции, обработал очки, жгут. 12. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **2.Обработка послеоперационных швов**  1. Помочь пациенту снять одежду и лечь на перевязочный стол.  2. Накрыть пациента до пояса чистой простыней.  3. Снять старую повязку пинцетом вдоль раны, придерживая пинцетом с сухим шариком кожу, не давая ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% растворе перекиси водорода. Осмотреть рану и окружающую ее область. На 1-2-е сутки после операции края зашитой раны могут быть слегка отечны, но по цвету не должны отличаться от остальной кожи. Мелкие складки, свойственные данной области, также должны сохранять свой рисунок. Швы не должны врезаться в кожу. Места вколов и выколов иглы должны быть сухими, без каких-либо выделений.  4. Проводить туалет кожи в окружности раны стерильными шариками, смоченными 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата. Протирать кожу от краев раны к периферии. Обработать края раны  промокательными движениями стерильным шариком, смоченным 1% раствором йодоната, затем шариком, смоченным 70% спиртом.  6. Сменить пинцет.  7. Наложить стерильные салфетки на раневую поверхность.  8. Зафиксировать стерильные салфетки клеевой или бинтовой повязкой, в зависимости от области поражения.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Обработка слизистой полости рта при стоматите. |  | |  | 2.Забор крови вакуумной системой. |  | |  | 3. Обработка послеоперационных швов. |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | | Оценка | | Подпись |
| 14.05.2020 | **1.Закапывание капель в глаза**  1. Усадить пациента или уложить на спину без подушки лицом к источнику- света со слегка запрокинутой головой.  2. Вымыть руки, надеть перчатки.  3. Набрать правой рукой в пипетку лекарственный раствор.  4. Взять в левую руку стерильный марлевый шарик.  5. Попросить пациента посмотреть вверх.  6. Оттянуть нижнее веко левой рукой с помощью марлевого шарика.  7. Закапать в нижний конъюктевальный мешок 1-2 капли лекарственного раствора ближе к носу (не подносить пипетку близко к конъюнктиве!).  8. Попросить пациента закрыть глаза и повращать глазное яблоко для равномерного распределения лекарственного раствора.  9. Промокнуть шариком остатки капель у внутреннего угла глаза.  10. Аналогично закапать капли в другой глаз.  11. Спросить пациента о самочувствии.  12. Поместить весь использованный материал в соответствующие емкости с дезинфицирующими средствами.  13. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим средством, вымыть руки.  Примечание:  1. Для каждого лекарственного препарата нужна отдельная пипетка;  2. Флаконы с лекарственным раствором, если они хранятся в холодильнике, необходимо вынуть не менее, чем за 2 часа до применения.  **2 Введение капель в глаза, нос, уши,**  **Закапывание капель в нос:**  1. Усадить пациента со слегка запрокинутой головой или уложить на спину без подушки.  2. Вымыть руки, надеть перчатки.  3. Набрать в пипетку лекарственный раствор из флакона в объеме достаточном для проведения процедуры.  4. Наклонить голову пациента к правому плечу, если пациент сидит, повернуть вправо - если лежит.  5. Приподнять кончик носа пациента большим пальцем левой руки.  6. Ввести пипетку в правый носовой ход на глубину 1-1,5 см, стараясь не касаться слизистой носа и закапать 3-4 капли.  7. Аналогично через 20-30 секунд закапать лекарственный раствор в левый носовой ход.  8. Провести дезинфекцию пипетки.  9. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим средством, вымыть руки.  **3.Закапывание капель в ухо**  1. Поставить флакон с лекарственным раствором в емкость с горячей водой и подогреть до температуры тела (36-37°С).  2. Уложить пациента на бок.  3. Вымыть руки, надеть перчатки.  4. Набрать в пипетку лекарственный раствор.  5. Проверить температуру лекарственного раствора (нанести раствор на тыльную поверхность ладони).  6. Оттянуть левой рукой ушную раковину верх и назад (для выпрямления наружного слухового прохода).  7. Закапать 2-3 капли лекарственного раствора в ухо.  8. При наличии перфорации барабанной перепонки слегка надавить несколько раз на козелок с целью распределения лекарственного препарата в барабанной полости.  9. Ввести в наружный слуховой проход пациента марлевый тампон.  10. Попросить пациента полежать в данном положении 10-15 минут.  11. Спросить пациента о самочувствии.  12. Аналогично закапать лекарственный раствор в другое ухо.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Закапывание капель в глаза |  | |  | 2. Введение капель в глаза, нос, уши,  Закапывание капель в нос |  | |  | 3. Закапывание капель в ухо |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | | Оценка | Подпись | |
| 15.05.2020 | 1**. Кормление пациента через зонд**  Подготовка к кормлению  1. Ввести назогастральный зонд (если он не введен заранее).  2. Сообщить пациенту, чем его будут кормить.  3. Перевести пациента в положение Фаулера.  4. Проветрить помещение.  5. Подогреть питательную смесь на водяной бане до 38–40 оС.  6. Вымыть руки.  7. Набрать в шприц Жанэ питательную смесь (300 мл).  8. Наложить зажим на дистальный конец зонда.  9. Соединить шприц зондом, подняв его на 50 см выше туловища пациента, чтобы рукоятка поршня была направлена вверх.  Кормление  10. Снять режим с дистального конца зонда и обеспечить постепенный ток питательной смеси. При затруднении прохождения смеси использовать поршень шприца, смещая его вниз.  Внимание! 300 мл питательной смеси следует вводить в течение 10 мин!  **2. Смена постельного белья**  1. Установил доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получил согласие на проведение манипуляци 2. Подготовил комплект чистого белья, чистую простыню свернул в поперечный рулон.3. Провел гигиеническую обработку рук, надел перчатки. 4. Определил в палате «чистую» зону для чистого белье Приготовил емкость для сбора грязного белья. 5. Снял (выполняет помощник) с одеяла пациента пододеяльник, укрыл пациента пододеяльником на время смены белья. Сложил одеяло и отложил его в «чистую» зону. 6. Убрал подушку из-под головы пациента, снял с нее грязную наволочку, поместил в емкость для сбора грязного белья (выполняет помощник), надел чистую наволочку и положил в чистую зону. Высвободил края грязной простыни из-под матраца (выполняет помощник). 7. Приподнял пациента за голову и плечи, удерживал пациента. (Выполняет помощник) одной рукой скатал грязную простыню до середины кровати.8. Расстелил чистую. На чистую простыню положил подушку и опустил на нее голову пациента.9. Согнул пациенту ноги, попросил его приподнять таз, или помог пациенту, сдвинул грязную простыню к ногам пациента (выполняет помощник), расправил чистую. 10. Поместил грязную простыню в емкость для сбора грязного белья 11. Раскрутил чистую простыню, тщательно разгладил, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелил подкладную пелѐнку. Заправил края чистой простыни под матрац.12. Надел чистый пододеяльник на одеяло13. Убрал грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья 14. Накрыл пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедился, что пациенту комфортно. Поднял поручни кровати.15. Убрал ширму. Емкость, для сбора грязного белья увез в санитарную комнату. Обработал поверхности в палате дезинфицирующим раствором.16. Снял перчатки, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 17. Сделал запись о проведенной процедуре.  **2 Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления:**  Подсчет частоты дыхания (ЧД) у детей  Подсчет проводить в состоянии покоя ребенка (лучше, когда малыш спит).  Положить руку на грудную клетку ребенка. Произвести подсчет дыхания строго за одну минуту, так как дыхание у детей аритмичное (вдох и выдох расценивается как одно дыхательное движение).  Оценка результата: новорожденный - 40 - 60 в минуту; грудной возраст - 30 - 35 в минуту; старший возраст - 15 - 20 в минуту.  Измерение пульса у детей  Проводить в спокойном состоянии ребенка.  Лучшее место, где обнаруживается пульс у ребенка до года - плечевая артерия. Искать ее надо на внутренней стороне верхней конечности посередине между локтем и плечом.  Слегка надавить двумя пальцами в сторону кости, одновременно поддерживая наружную часть руки большим пальцем.  У детей старше года пульс можно искать на сонной артерии. Нащупайте адамово яблоко (выступ в середине гортани) при помощи двух пальцев. Переместите пальцы от адамова яблока в сторону углубления между ним и мышцами шеи. Нажмите на шею, чтобы почувствовать пульс  Чаще всего пульс измеряется на лучевой артерии. Кончиками 2-3-4 пальцев правой руки нащупайте пульс на лучевой артерии в области запястья.  Подсчет пульс, а у детей проводится строго за одну минуту, так как он у детей аритмичен.  Оценка результата:  новорожденный - 120 - 140 в минуту; грудной возраст - 110 - 120 в минуту; старший возраст - 70 - 100 в минуту.  Измерение артериального давления (АД) у ребенка  Придать удобное положение ребенку.  Положить руку ребенка ладонью вверх.  Взять манжетку, соответствующую возрасту ребенка (размер манжетки должен составлять 2/3 длины измеряемой поверхности).  Наложить манжетку на плечо ребенка на 2 см выше локтевого сгиба;  Приложить фонендоскоп на область локтевого сгиба на плечевую артерию (без надавливания).  Закрыть клапан резинового баллончика.  Резиновым баллончиком накачать воздух в манжетку до исчезновения пульса на плечевой артерии.  Медленно открывая клапан баллончика, начать выпускать воздух из манжетки.  Зафиксировать цифру на шкале манометра в момент появления тонов (максимальное = систолическое АД).  Зафиксировать цифру на шкале манометра в момент появления тонов (максимальное = систолическое АД).  Зафиксировать цифру на шкале манометра в момент     |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Кормление пациента через зонд |  | |  | 2 .Смена постельного белья |  | |  | 3.Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления: |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | | | Подпись |
| 16.05.2020 | . **1. Раздача медикаментов пациентам**   1. Поставьте на передвижной столик емкости с лекарственными препаратами (твердыми и жидкими), пипетки (отдельно для каждого флакона с каплями), мензурки, графин с водой, ножницы, листки назначений.2. Подойдя к пациенту, убедитесь, что перед вами пациент, фамилия которого указана в листе назначений. Будьте внимательны при наличии однофамильцев.3. Внимательно прочитайте назначение: название лекарственного вещества, его дозировку и способ применения.4. Проверьте соответствие этикеток на упаковке и на лекарственном средстве. Упаковку с таблетками из фольги или бумаги отрежьте ножницами; таблетки из флакона аккуратно вытряхните в ложку.5. Жидкие лекарственные средства необходимо перемешать, а затем налить в мензурку необходимое количество и дать выпить. Если препарат назначен в каплях то необходимое количество капель накапывают в мензурку или ложку с водой.6. Пациент должен принять соответствующим способом препараты в вашем присутствии. При необходимости научите пациента принимать различные лекарственные формы перорально и сублингвально. 7. Сделайте отметку в листе назначений о приеме препаратов. Перейдите к другому пациенту.   **2.Проведение ингаляций**  1. Подготовка к процедуре:  2. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки  3. Открыть небулайзер  4.Перелить жидкость из небулы (специального контейнера с лекарственным препаратом) или накапать раствор из флакона (разовую дозу препарата);  5. Добавить физиологический раствор до нужного объема 2-3 мл (по инструкции к небулайзеру);  6. Собрать небулайзер, проверить его работу  7. Присоединить мундштук или лицевую маску;  8. Выполнение процедуры:  9. Объяснить ребѐнку/родственникам ход и суть выполнения манипуляции, получить согласие  10. Усадить ребѐнка в удобном положении перед аппаратом или уложить  11. Соединить небулайзер и компрессор, включить компрессор;  12. Выполнить ингаляцию до полного расходования раствора (20 – 30 мнут, при необходимости с перерывом в 5 –10 минут)  13. Завершение процедуры:  14. Прополоскать ребѐнку полость рта тѐплой кипячѐной водой, обеспечить покой, рекомендовать воздержаться от кашля и не разговаривать 20 – 30 минут  15. Разобрать и обработать небулайзер  16. Вымыть и осушить руки.  **3.Алгоритм: Разведение и введение антибиотиков**  1. Ознакомился с назначением врача .2. Пригласил и проинформировал пациента. Выяснил аллергоанамнез. Получил согласие на проведение процедуры.3. Провел гигиеническую обработку рук (студент проговаривает, но не выполняет). Надел маску. Надел перчатки.4. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.5. Подготовил шприц к работе. Подготовил лекарственный препарат: 6. сверил лекарственный препарат с листом врачебных назначений; проверил срок годности лекарственного средства; визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности; Развел антибактериальное средство и набрал лекарственный препарат в шприц: 7. обработал наружную крышку флакона с лекарственным препаратом (порошком), вскрыл центральную часть металлической крышки флакона нестерильным пинцетом при ее наличии, обработал резиновую пробку ватным шариком; 8. Обработал ампулу с растворителем и вскрыл ее.9. Набрал в шприц из ампулы необходимое количество растворителя по инструкции антибактериального препарата;10. Ввел под углом 90° иглу во флакон с лекарственным средством (порошком), резиновую пробку, выпустил растворитель во флакон с порошком антибиотика, придерживая канюлю иглы, снял иглу вместе с флаконом с подыгольного конуса, соблюдая инфекционную безопасность, положил шприц в стерильный лоток, перемешал аккуратно лекарственное средство во флаконе до полного его растворения; 11. Набрал содержимое флакона (по назначению врача) в шприц, сменил иглу, вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок с иглы, готовый шприц положил в стерильный лоток.12. Придал пациенту удобное положение. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.13. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.14. Ввел иглу под углом 90 градусов к поверхности кожи, в мышцу и ввел лекарственное средство.15. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, смоченный антисептиком, быстрым движением извлек иглу, придерживая канюлю.16. Снял иглу со шприца при помощи иглосъемника. Шприц и ватные шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Лоток и пинцет погрузил в емкости для дезинфекции. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» флаконы – отходы класса «Б».17. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость длясбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Раздача медикаментов пациентам |  | |  | 2. Проведение ингаляций |  | |  | 3. Алгоритм: Разведение и введение антибиотиков |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 18.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **1**.**Проведение контрольного взвешивания**  Подготовка к процедуре:  1. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  2. Обработать весы дез. раствором.  3. Отрегулировать весы.  Выполнение процедуры:  4. Завернутого ребенка взвесить.  5. Провести кормление в течение 15-20 минут.  6. Взвесить ребенка после кормления.  Окончание процедуры:  7. Определить разницу в массе до и после кормления, которая будет соответствовать количеству высосанного молока.  8. Повторно обработать весы дез. раствором.  9. Обработать руки гигиеническим способом, осушить их.  10. Сделать запись о манипуляции в медицинской документации.  ПРИМЕЧАНИЕ: проводить контрольное взвешивание в спокойной, доброжелательной обстановке, в часы, соответствующие режиму кормления данного ребенка. Желательно провести данную процедуру не менее 3-х раз в разное время дня.  **2.Наложение окклюзионной повязки**  1. Снять одежду, обнажить рану  2. Края раны обработать йодом  3. Разорвать резиновую оболочку пакета по шву  4. Внутреннюю поверхность (стерильную) приложить к отверстию грудной клетки  5. Сверху клеенки положить обе подушечки  6. Прибинтовать циркулярными турами бинта.  При сквозных ранениях клеенка разрезается и накладывается на оба отверстия, подушечки также на оба отверстия  **3.Постановка очистительной клизмы**  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен. 2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, фартук, перчатки. 3. Извлек кружку Эсмарха из упаковки, упаковку поместил в емкость для сбора отходов класса «А». 4. При помощи запорного устройства перекрыл удлинительную трубку, заполнил мешок-емкость 1,5 л. воды, предварительно измерив ее температуру при помощи водного термометра. Подвешал кружку на штативе, на уровне одного метра от пола. Горловину мешка плотно закрыл крышкой. 5. Открыл запорное устройство и удалил воздух из системы, закрыл запорное устройство, закрепил трубку на штативе. 6. Положил адсорбирующую пеленку на кушетку так, чтобы она свисала в таз, попросил пациента принять правильное положение, оголить ягодицы. При необходимости помог пациенту. 7.Снял колпачок с дистального конца трубки, сбросил в отходы класса «А». Облил дистальный конец трубки вазелиновым маслом. 8. Раздвинул ягодицы и осторожно ввел дистальный конец трубки в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см. 9. Открыл запорное устройство на системе и ввел необходимое количество жидкости, оставив на дне мешка немного воды, закрыл кран, регулирующий поступление воды. 10. Извлек дистальный конец трубки из прямой кишки через салфетку или туалетную бумагу. 11. Попросил пациента в течение 10 минут полежать на спине, удерживая воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно. 12. Погрузил систему, адсорбирующую пеленку в емкость для сбора отходов класса «Б». 13. Снял фартук, провел его дезинфекцию, снял перчатки, поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». 14. Провел гигиеническую обработку рук. 15. После дефекации пациента, убедился, что процедура проведена успешно.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Проведение контрольного взвешивания |  | |  | 2. Наложение окклюзионной повязки |  | |  | 3. Постановка очистительной клизмы |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | | Оценка | | Подпись |
| 19.05.2020 | **1.Обработка рук хирургическим, современным методом**  1 этап– механическая очистка рук.  Руки моются с мылом в течение одной минуты.  Порядок мытья рук.  Ладонь к ладони;  Правая ладонь над тыльной стороной левой;  Левая ладонь над тыльной стороной правой;  Ногтевые ложа;  Ладонь к ладони, пыльцы одной руки в межпальцевых промежутках другой;  Вращательное трение больших пальцев;  Вращательное трение ладоней.  Каждое движение повторяется 5 раз.  Затем руки тщательно ополаскиваются теплой водой и насухо промокаются стерильной салфеткой.  2 этап– дезинфекция рук кожным антисептиком.  **2.Подача кислорода пациенту**  1. Объяснить цель и ход предстоящей манипуляции. 2. Получить согласие пациента на процедуру. 3. Обработать руки на гигиеническом уровне. 4. Подсоединить источник кислорода к трубке, идущей к увлажнителю.5. Включить регулятор подачи кислорода и повернуть его до появления пузырьков воздуха в увлажнителе.6. Отрегулировать поток кислорода по назначению.7. Надеть кислородную маску поверх носа, рта и подбородка, отрегулировать металлическую полоску на переносице, добившись ее плотного прилегания, затянуть эластичный ремешок вокруг головы.8. При использовании носовых канюль ввести вилкообразные канюли в носовые ходы пациента (предварительно очистить носовые ходы от секреций увлажненным шариком).9. При использовании катетера смочить его конец теплой водой и ввести по нижнему носовому ходу и далее в глотку, чтобы конец катетера был виден при осмотре зева.10. Закрепить трубки за ушами пациента и под подбородком, соединить с увлажнителем и дозиметром.11. Открыть вентиль и начать подачу кислорода.12. Перекрыть подачу кислорода.13. Извлечь катетер (снять маску), поместить в емкость с дезраствором.14. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).15. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.  **Накрытие стерильного стола.**  1. протереть стол раствором хлорамина (3 %) (горизонтальные поверхности, затем вертикальные дважды с интервалом 15-20 минут)  2. Обработать руки хирургическим способом и открыть стерильный бикс  3. Надеть стерильное белье и перчатки  4. Накрыть стол стерильной клеенкой (клеенку держать за центр, не касаясь стороной, на которой будут лежать инструменты, стола)  5. Расстелить нижнюю простыню  6. Расстелить верхнюю простыню  7. Верхнюю половину верхней простыни сложить гармошкой  8. Половину стерильного полотенца разложить на столе и на ней распределить инструменты и перевязочный материал (зажимы с зажимами, крючки с крючками и т.д. так, чтобы при взятии одного инструмента он не зацеплял другие)  9. Накрыть другой половиной полотенца  10. Надеть 2 цапки на углы верхней простыни; под одну из них прикрепить ярлычок (дата и время накрывания стола)  11. Расправить гармошку  12. В журнале перевязочной записать время накрывания стерильного стола и поставить подпись медсестры  **Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка.**  1. Информировал маму о проведении процедуры.  Подготовил необходимое оснащение.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки.  3. Обработал пеленальный стол, снял перчатки, обработал руки и надел стерильные перчатки.  4. Уложил ребенка на пеленальном столике.  5. Хорошо растянул края пупочной ранки пальцами и капнул в нее раствор 3% перекиси водорода.  6. Удалил образовавшуюся «пену» стерильной ватной палочкой движение изнутри кнаружи.  7. Обработал ранку палочкой, смоченной 70% спиртом, затем кожу вокруг ранки (от центра к периферии).  8. По необходимости обработал ранку (не затрагивая кожу) перманганатом калия с помощью ватной палочки Можно обрабатывать ранку пенкообразующими антисептиками (лифузоль).  9. Запеленал ребенка и передал его маме. отработанный материал поместил в емкость для отходов класса «Б».  10. Обработал пеленальный столик.  11. Снял перчатки, поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Обработка рук хирургическим, современным методом |  | |  | 2. Подача кислорода пациенту |  | |  | 3. Накрытие стерильного стола. |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | | Подпись | |
| 20.05.2020 | **1** **Сбор мочи по Нечипоренко**  1. Приготовить чистую, сухую посуду с направлением на исследование.  2. Произвести тщательный туалет области промежности (у женщин), или области наружного отверстия мочеиспускательного канала (у мужчин).  3. Отверстие влагалища закрыть тампоном.  4. Начать мочеиспускание в унитаз.  5. Продолжить мочеиспускание в подготовленную емкость 50-100 мл (для исследования нужно 2-3 мл).  6. Завершить мочеиспускание в унитаз.  7. Закрыть емкость с мочой крышкой.  8. Вымыть руки.  9. Доставить в клиническую лабораторию с сопроводительным документом.  **2.Сбор мочи по Зимницкому**  1. В 6 ч. утра пациент опорожняет мочевой пузырь (эту мочу не собирают).  2. Пациент последовательно собирает мочу в 8 банок; в зависимости от частоты мочеиспускания мочится в каждую банку один или несколько раз, но только в течение 3 ч. Если за этот промежуток времени у пациента нет позывов к мочеиспусканию, медсестра напоминает ему о необходимости опорожнить мочевой пузырь (если мочи не окажется, банка остается пустой); если банка наполнена мочой до истечения 3-часового промежутка, пациент берет банку без номера и мочится в нее (он должен проинформировать об этом медсестру).  3. Утром следующего дня все банки отправляют в клиническую лабораторию, заполнив необходимую документацию.  **3.Подсчет пульса**  Подготовка к процедуре: 1.Объяснить пациенту суть и ход исследования. 2.Получить его согласие на процедуру. 3.Вымыть руки. Выполнение процедуры: 1.Во время процедур пациент может сидеть или лежать. 2.Предложить расслабить руку, при этом кисти и предплечье не должны быть «на весу». 3.Прижать 2,3,4- м пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента (1 палец находится со стороны тыла кисти), почувствовать пульсацию. 4.Если при одновременном исследовании пульсовых волн появляются различия, то определение других его свойств проводят при исследовании той лучевой артерии, где пульсовые волны выражены лучше. 5.Взять часы или секундомер. 6.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. 7.С помощью часов или секундомера определить частоту пульса – количество пульсовых волн в 1 минуту. Если пульс ритмичный частоту можно исследовать в течение 30 секунд и показатели умножить на два. Если пульс неритмичный – определять частоту в течение 1 минуты. Нормальные показатели частоты пульса 60-80 уд/мин. Завершение процедуры: 1.Помочь пациенту занять удобное положение или встать. 2.Вымыть руки. 3.Записать результат в температурный лист.  **Подсчет частоты дыхательных движений**  1.[Взять часы с секундной стрелкой или секундомер](https://topuch.ru/laboratornaya-rabota-100-izmerenie-elektronnim-sekundomerom-in/index.html) 2. Выполнять манипуляцию сухими и теплыми руками 3.Психологически подготовить пациента к манипуляции, преднамеренно предупредив его, что будут определяться свойства пульса; 4.Попросить пациента занять удобное положение и не разговаривать; 5.Положить пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса;  6.Подсчитать частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки или брюшной стенки;  7.Обратить внимание на глубину и ритмичность дыхания;  8.Зарегистрировать частоту дыханий за минуту в температурном листе.  **Измерение артериального давления**  Выполнение процедуры:  1.Уложить руку пациента в разогнутом положении (под локоть можно положить сжатый кулак кисти свободной руки или валик). Освободить руку от одежды. 2.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. 3.Вставить фонендоскоп в уши и одной рукой поставить мембрану фонендоскопа на область локтевого сгиба (место нахождения плевой артерии). 4.Проверить положение стрелки манометра относительно «0»-й отметки шкалы и другой рукой закрыть вентиль «груши», повернуть его вправо, этой же рукой нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации на лучевой артерии + 20-30 мм.рт.ст. (т.е. несколько выше предполагаемого АД).  5.Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм.рт.ст. в 1 секунду, повернуть вентиль влево. 6.Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны на шкале манометра соответствующую систолическому АД. 7.Продолжить выпускать воздух из манжеты отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова. 8.Выпустить весь воздух из манжетки и повторить процедуру через 1 – 2 минуты. 9.Сообщить пациенту результат измерения.  Завершение процедуры:  1.Данные измерения округлить и записать АД в виде дроби, в числительном – систолическое давление, в знаменателе – диастолическое давление (АД 120/80 мм . рт .ст.).  2.Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной спиртом.  3.Вымыть руки.  4.Записать данные в принятую медицинскую документацию   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | **1. Сбор мочи по Нечипоренко** |  | |  | **2. Сбор мочи по Зимницкому** |  | |  | 3. Подсчет пульса ад чсс. |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 21.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **1.Антропометрия**  **Измерение массы тела на электронных медицинских весах**  1.Установить весы на неподвижной поверхности (обычно на тумбочку возле пеленального стола).  2.Включить вилку сетевого провода в сеть, при этом на цифровом индикаторе засветится рамка. Через 35-40 сек. на табло появятся цифры (нули). Оставить весы включенными на 10 мин.  3.Проверить весы: нажать рукой с небольшим усилием в центр лотка – на индикаторе высветятся показания соответствующие усилию руки; отпустить грузоподъемную платформу – на индикаторе появятся нули.  4.Обработать поверхность весов дезинфицирующим раствором. Вымыть и просушить руки.  5.Положить на грузоподъемную платформу пеленку – на индикаторе высветится ее вес. Сбросить вес пеленки в память машины, нажав кнопку «Т» – на индикаторе появятся нули.  6.Раздеть ребенка.  7.Осторожно уложить на платформу сначала ягодичками, затем плечиками и головой. Ножки следует придерживать. Через некоторое время на индикаторе высветится значение массы ребенка, слева от значения массы значок «0», обозначающий, что взвешивание закончено. При перегрузке весов на табло высветится надпись «END». Спустя 5-6 с можно сбросить полученный результат. Значение массы фиксируется 35-40 с, затем, если не нажать кнопку «Т», показания весов автоматически сбрасываются на «0».  8.Снять с весов пеленку. Весы автоматически устанавливаются на «0».  9.Обеззаразить рабочую поверхность весов.  10.Вымыть и просушить руки.  **Измерение длины тела у детей раннего возраста**  1.Установить горизонтальный ростомер на стол шкалой к себе.  2.Обработать ростомер дезинфицирующим раствором. Вымыть и просушить руки. Постелить на ростомер пеленку.  3.Ребенка уложить на ростомер так, чтобы голова плотно прикасалась теменем к неподвижной планке, верхний край козелка уха и нижнее веко находились в одной вертикальной плоскости. Ноги ребенка должны быть выпрямлены легким нажатием на колени и прижаты к доске ростомера.  4.Придвинуть к стопам, согнутым под прямым углом по отношению к голени, подвижную планку ростомера.  5.Определить по шкале длину тела ребенка. Длина тела равна расстоянию между неподвижной и подвижной планками ростомера.  6.Обеззаразить рабочую поверхность ростомера.  7.Вымыть и просушить руки.  **Измерение окружности головы и грудной клетки**  1.Уложить (усадить) ребенка.  2.Провести сантиметровую ленту через затылочный бугор сзади и по надбровным дугам спереди.  3.Определить по ленте величину окружности головы.  4.Наложить сантиметровую ленту сзади под нижним углом лопаток, спереди – по нижнему краю околососковых кружков.  5.Определить по ленте величину окружности грудной клетки. При этом рекомендуется натянуть ленту и слегка прижать мягкие ткани.  6.Обеззаразить сантиметровую ленту, промыть под проточной водой с мылом, просушить.  7.Записать в лист манипуляций.  **Терапия:**  **Обучение пациентов правилам проведения ингаляций, в том числе небулайзерных**  Правила пользования карманным ингалятором:  1.Снять с баллончика защитный колпачок, повернув баллончик вверх дном;  2.Баллончик хорошо встрянуть;  3.Сделать глубокий выдох;  4.Баллончик с аэрозолем взять в руку и обхватить губами мундштук;  5.Сделать глубокий вдох и одновременно сильно нажать на дно баллончика: в этот момент выдается доза аэрозоля;  6.Задержать дыхание на несколько секунд, затем вынуть мундштук изо рта и сделать медленный выдох (если глубокий вдох в результате тяжести состояния больного невозможен, то первая доза аэрозоля распыляется в полости рта);  7.После ингаляции надеть на баллончик защитный колпачок.  Количество доз аэрозоля определяет врач. После вдыхания глюкокортикоидов больной должен прополоскать рот водой для профилактики развития кандидоза полости рта.  Правила пользования небулайзером:  1. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки  2. Открыть небулайзер  3. Перелить жидкость из небулы (специального контейнера с лекарственным препаратом) или накапать раствор из флакона (разовую дозу препарата);   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Антропометрия. |  | |  | 2. Измерение длины тела у детей раннего возраста. |  | |  | 3. Обучение пациентов правилам проведения ингаляций, в том числе небулайзерных. |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | | Оценка | Подпись | |
| 22.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **1.Подготовка материала к стерилизации**  1. Вымыть руки, высушить.  2. Проверить готовность бикса.  3. Надеть перчатки, маску.  4. Смочить ветошь для дезинфекции бикса в дезинфицирующем растворе.  5. Обработать бикс изнутри, последовательно со дна бикса круговыми движениями рук по спирали, перейти на наружную поверхность бикса.  6. Обработать бикс снаружи, заканчивая дезинфекцией дна бикса.  7. Сбросить ветошь для последующей дезинфекции.  8. Смочить вторую ветошь для дезинфекции бикса в дезинфицирующем растворе.  9. Повторить этапы дезинфекции бикса и ветоши.  10. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор.  11. Вымыть руки, обсушить.  12. В сухой бикс, с открытыми окошками и выстланный бязевой салфеткой (если используется бикс с фильтром, в котором нет окошек, салфетка не применяется), уложить подготовленный перевязочный материал в мешочках вертикально, рыхло; салфетка должна свисать по краям бикса на 1/3.  13. Поместить индикаторы стерильности в три заданные точки (по инструкции).  14. Закрыть материал свисающей по краям бикса салфеткой так, чтобы не было комков ткани.  15. Положить под крышку бикса последний индикатор стерильности.  16. Закрыть крышку бикса на замок, проверив его состав на привязанной к ручке бикса маркировке (бирке).  17. Поставить подпись лица, ответственного за укладку. Бикс готов к транспортировке в ЦСО.  **Хирургия:**  **Приготовление перевязочного материала (салфеток, шариков).**  **Приготовление малых салфеток:**  Все края марли, размером 20x15 см, должны быть подвернуты внутрь салфетки. Первыми подворачивают края больших сторон так, чтобы они заходили несколько друг за друга, затем подво­рачивают, меньшие стороны внутрь до соприкосновения друг с другом, и салфетку складывают пополам. Из тех же кусков марли готовят тампоны: большие, средние, малые, аналогично салфеткам, за исключением последних манипуляций. Для создания тампона образованную полоску складывают пополам в продольном и поперечном направлениях  **Приготовление шариков:**  Маленькие шарики готовят из марли 6x8 см, средние — 8x10 см. Кусочки марли, взя­тые для приготовления шариков, сворачивают таким об­разом, чтобы образовался марлевый комок в виде треу­гольного конверта. При этом из шарика не должны тор­чать нитки. Наиболее распространен следующий способ свертыва­ния шариков, состоящий из 3 моментов: противополож­ные стороны марлевой салфетки загибают на 2 см, полу­чая марлевую полоску; марлевую полоску укладывают на ногтевые фаланги 2-го и 3-го пальцев правой кисти; сво­бодные концы вкладывают один в другой, и получается марлевый шарик.  **Терапия**  **Утренний туалет тяжелобольного пациента: умывание, подмывание, уход за глазами, ушами, полостью рта, кожей.**  **Умывание пациента:**  1. Приготовить всё необходимое для манипуляции.  2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании).  3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один.  4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний.  5. Обработать руки. Надеть перчатки.  6. Аккуратно приподнять голову пациента и подстелить под неё гигиеническую пелёнку. Прикрыть грудь пациента второй пелёнкой.  7. Смочить рукавичку в тёплой воде, слегка отжать и намылить мылом.  8. Надеть рукавичку на правую руку и протереть лицо пациента сверху вниз: лоб, веки, щёки, нос, подбородок, шея, ушные раковины и заушные пространства  9. Хорошо прополоскать рукавичку в тёплой воде, слегка отжать. Смыть мыло с лица пациента в той же последовательности. При необходимости смыть мыло несколько раз.  10. Промокательными движениями полотенцем осушить кожу лица пациента в той же последовательности.  11. Убрать рукавичку, гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок.  12. Придать удобное положение. Убрать ширму.  13. Снять перчатки. Обработать руки.  14. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.  **Уход за глазами:**  1. Приготовить всё необходимое для манипуляции. В стерильный лоток положить стерильную пелёнку. В неё поместить стерильные шарики и пинцет.  2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании)  3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один  4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний  5. Обработать руки. Надеть перчатки.  6. Аккуратно приподнять голову пациента и подстелить под неё гигиеническую пелёнку. Прикрыть грудь пациента второй пелёнкой.  7. Налить в свободный стерильный лоток антисептик и поместить туда при помощи пинцета 8-10 шариков  8. Взять пинцетом смоченный шарик и отжать о внутренний край лотка и не касаясь рукой пинцета положить его на ладонь другой руки  9. Обработать глаз шариком от наружного угла к внутреннему, выводя шарик на щеку (одним движением). Повторить обработку 4-5 раз, меняя шарики (до тех пор, пока веки и ресницы не будут чистыми).  10. Сухим шариком промокнуть остатки влаги таким же движением.  11. Обработку второго глаза провести в том же порядке.  12. Использованные шарики поместить в лоток для использованного материла. Убрать гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок.  13. Придать удобное положение. Убрать ширму.  14. Снять перчатки. Обработать руки.  15. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.  **Уход за носом:**  1. Приготовить всё необходимое для манипуляции. В стерильный лоток положить стерильную пелёнку. В неё поместить стерильные турунды и пинцет.  2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании).  3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один.  4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний.  5. Обработать руки. Надеть перчатки.  6. Аккуратно приподнять голову пациента и подстелить под неё гигиеническую пелёнку. Прикрыть грудь пациента второй пелёнкой.  7. Смочить турунды лубрикантом.  8. Приподнять кончик носа пациента, другой рукой ввести турунду вращательным движением в один носовой ход, а затем вторую турунду – в другой носовой ход.  9. При необходимости оставить турунду на 1-3 минуты.  10. Использованные турунды поместить в лоток для использованного материла. Убрать гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок.  11. Придать удобное положение. Убрать ширму.  12. Снять перчатки. Обработать руки  13. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.  **Уход за ушами:**  1. Приготовить всё необходимое для манипуляции. В стерильный лоток положить стерильную пелёнку. В неё поместить стерильные турунды и пинцет.  2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании).  3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один.  4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний.  5. Обработать руки. Надеть перчатки.  6. Аккуратно приподнять голову пациента и подстелить под неё гигиеническую пелёнку. Прикрыть грудь и плечи пациента второй пелёнкой.  7. Смочить салфетку в мыльном растворе и протереть внутреннюю поверхность и заушное пространство обеих ушных раковин, при этом меняя салфетки.  8. Высушить сухой салфеткой.  9. Использованные салфетки поместить в лоток для использованного материла.  10. Взять пинцетом ватную турунду и смочить тёплым 3 % раствором перекиси водорода.  11. Переложить турунду в правую руку. Пинцет поместить в стерильный лоток.  12. Оттянуть левой рукой ушную раковину кверху и кзади.  13. Ввести турунду вращательным движением в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см.  14. Аналогично осушить сухой ватной турундой наружный слуховой проход.  15. Аналогичным образом очистить второй слуховой проход.  16. Использованные турунды поместить в лоток для использованного материла. Убрать гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок.  17. Придать удобное положение пациенту. Убрать ширму.  18. Снять перчатки. Обработать руки.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подготовка материала к стерилизации |  | |  | Приготовление перевязочного материала (салфеток, шариков). |  | |  | Утренний туалет тяжелобольного пациента: умывание, подмывание, уход за глазами, ушами, полостью рта, кожей. |  | |  | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 23.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **1.Мытье рук, надевание и снятие перчаток**  **Гигиеническая обработка рук:**  1. Проверить условия необходимые для эффективного мытья рук.  2. Приготовить всё необходимое.  3. Встать перед раковиной, стараясь не касаться её поверхности руками и одеждой.  4. Включить воду и отрегулировать температуру воды до комфортного значения (35-40 оС).  5. Намочить кисти рук водой.  6. Нанести мыло на ладонь при помощи локтевого дозатора (или любого другого).  7. Тереть ладонью о ладонь.  8. Обеспечение равномернойдеконтаминации кистей рук.  9. Правой ладонью тереть по тыльной стороне левой кисти и наоборот.  10. Обработать межпальцевые промежутки: тереть ладони со скрещенными растопыренными пальцами.  11. Соединить пальцы в замок, тереть тыльной стороной согнутых пальцев по ладони другой руки.  12. Тереть поочередно круговыми движениями большие пальцы рук.  13. Тереть разнонаправленными круговыми движениями поочередно ладонь кончиками пальцев противоположной руки.  14. Смыть мыло проточной водой.  Примечание: доза жидкого мыла и время обработки согласно инструкции к применению. Эффективность проведения манипуляции. Окончание процедуры  15. Выключить воду локтевым краном.  16. Вытереть насухо руки бумажным полотенцем (индивидуальным матерчатым).  17. Выбросить бумажное полотенце в педальное ведро с пакетом для отходов класса А, не касаясь его.  Примечание: если раковина не имеет бесконтактный кран, сначала вытирают руки, затем закрывают вентиль, пользуясь использованным для вытирания рук медсестры бумажным полотенцем.  **Надевание стерильных перчаток**  Выполнение процедуры  1. Разверните упаковку с перчатками (можно положить упаковку на стол). 2. Возьмите перчатку за отворот левой рукой так, чтобы ваши пальцы не касались внутренней поверхности перчатки.  3. Сомкните пальцы правой руки и введите их в перчатку.  4. Разомкните пальцы правой руки и натяните перчатку на пальцы, не нарушая ее отворота.  5. Заведите под отворот левой перчатки 2, 3 и 4-й пальцы правой руки, уже оде той в перчатку так, чтобы 1-й палец правой руки был направлен в сторону 1-ого пальца на левой перчатке.  6. Держите левую перчатку 2, 3 и 4-м пальцами правой руки вертикально.  7. Сомкните пальцы левой руки и введите ее в перчатку. III. Завершение процедуры  8. Расправьте отворот вначале на левой перчатке, натянув ее на рукав, затем на правой с помощью 2 и 3-его пальцев, подводя их под подвернутый край перчатки. В зависимости от ситуации, перчатки лучше надеть на рукава халата. В тех случаях, когда не требуется халат с длинными рукавами, перчатки закрывают запястье и часть предплечья. **Снятие стерильных перчаток**  1. Возьмите пальцами одну перчатку в районе запястья, и стягивайте ее с руки так, чтобы она вывернулась наизнанку.  2. Снятую перчатку держите в руке с надетой перчаткой.  3. Заведите пальцы руки, с которой снята перчатка, внутрь – между второй перчаткой и запястьем.  4. Скатайте вторую перчатку с руки вниз и вложите ее в первую перчатку.  5. Поместите использованные перчатки в емкость с отходами класса Б. 6. Продезинфицируйте руки обеззараживающими средствами.  **Хирургия:**  **Изготовление дренажей (марлевых, резиновых, комбинированных, трубчатых)**  Марлевые дренажи:  Для этой цели можно использовать салфетки, турунды, тампоны  Резиновые дренажи:  Нарезные полоски из перчаточной резины  Комбинированные дренажи:  1. приготовить марлевый дренаж  2. перевязать полоской перчаточной резины посередине  Трубчатые дренажи:  Готовятся из фрагментов резиновых трубок, если нет фабрично изготовленных дренажных трубок  **Терапия:**  **Измерение температуры тела с графической регистрацией Подсчет пульса. Подсчет частоты дыхания. Измерение артериального давления.**  **Алгоритм измерение пульса**  1. Охватить пальцами правой руки кисть пациента в области лучезапястного сустава  2. Расположить 1-ый палец на тыльной стороне предплечья. 2, 3, 4 пальцами нащупать лучевую артерию  3. Прижать артерию к лучевой кости и прощупайте пульс  4. Определить:   * Симметричность пульса * Ритмичность пульса * Частоту пульса * Напряжение и наполнение пульса   5. Сделать запись в лист динамического наблюдения   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1 Мытье рук, надевание и снятие перчаток  Гигиеническая обработка рук: |  | |  | 2. Изготовление дренажей (марлевых, резиновых, комбинированных, трубчатых) |  | |  | 3. Измерение температуры тела с графической регистрацией Подсчет пульса. Подсчет частоты дыхания. Измерение артериального давления.  Алгоритм измерение пульса |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 25.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **1**.**Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку**  **Гигиеническая ванна:**  1. Вымыть и просушить руки.  2. Расположить на пеленальном столе пеленки, распашонки (одежду).  3. Поставить ванночку в устойчивое и удобное положение.  4. Обработать внутреннюю поверхность ванночки. В стационаре двукратно обеззаразить ванночку дезинфицирующим раствором, ополоснуть водой, вымыть с мылом и щеткой, ополоснуть свежеприготовленным раствором перманганата калия (1 : 10000 или 1 мл 5% раствора на 100 мл воды). В домашних условиях ванночку вымыть щеткой с мылом и содой, ополоснуть кипятком.  5. Наполнить ванночку водой на 1/2 или 1/3 объема. Вначале налить холодную, затем горячую воду небольшими порциями попеременно во избежание образования водяного пара в помещении и возможного ожога кожи.  6. Измерить температуру воды водным термометром. Показания фиксируют, не вынимая термометр из воды. Нежелательно определять температуру погружением локтя в воду, так как полученный результат недостоверен.  7. Раздеть ребенка. После дефекации следует подмыть его проточной водой. Грязное белье сбросить в бак для использованного белья. Вымыть руки.  8. Зафиксировать ребенка левой рукой, охватив кистью руки его левую подмышечную область (4 пальца расположить в подмышечной впадине, большим пальцем охватить плечо сверху и снаружи; затылок и голова ребенка опираются на предплечье медсестры). Большим и средним пальцами правой руки охватить ножки ребенка на уровне голеностопных суставов, указательный палец поместить между ними.  9. Медленно погрузить ребенка в ванночку: сначала ягодицы, затем нижние конечности и туловище. Подобное положение обеспечивает наибольшее расслабление мышц. При первых гигиенических ваннах новорожденного опускают в воду, завернутого в пеленку. Ножки после погружения оставляют свободными, головку и туловище продолжают поддерживать левой рукой. Правая рука остается свободной для мытья ребенка. Уровень погружения в воду должен доходить до сосков, верхняя часть груди остается открытой.  10. Надеть «рукавичку» на правую руку. Использовать при купании губку не рекомендуется, так как эффективное обеззараживание ее затруднено.  11. Намылить тело мягкими круговыми движениями и сразу ополоснуть намыленные участки. Вначале вымыть голову (ото лба к затылку, чтобы мыло не попало в глаза, а вода – в уши), затем шею, подмышечные области, верхние конечности, грудь, живот, нижние конечности. Особенно тщательно промыть естественные складки. В последнюю очередь обмыть половые органы и межъягодичную область.  12. Снять «рукавичку».  13. Извлечь ребенка из воды в положении лицом книзу.  14. Ополоснуть тело и вымыть лицо водой из кувшина. Кувшин держит помощник.  15. Набросить на ребенка полотенце и положить на пеленальный стол, осушить кожу осторожными промокательными движениями.  16. Смазать естественные складки стерильным растительным маслом (детским кремом, маслом «Джонсон») или припудрить детской присыпкой (с помощью тампона).  17. Обработать новорожденному при необходимости пупочную ранку.  18. Запеленать (одеть) ребенка.  19. Слить воду и обработать ванночку. В лечебном учреждении ванночку обеззараживают дезинфицирующим раствором, моют мыльно-содовым раствором и ополаскивают проточной водой. Ванночку дезинфицируют после купания каждого ребенка. В домашних условиях ее моют щеткой с мылом и содой, ополаскивают кипятком.  **2Лечебная ванна:**  1. Вымыть (обработать) руки на гигиеническом уровне.  2. Подготовить оснащение: Вода из крана. Кувшин для ополаскивания. Ванночка. Водный термометр. Стерильное масло. Настои ромашки (100 гр. сухой травы на ванну), хвои (один брикет на ванну); морская соль (100 гр. на ванну) в зависимости от заболевания ребенка. Комплект белья. Пеленальный столик Перчатки.  3. На пеленальном столике разложить комплект белья. Поставить в устойчивое положение ванночку (обработанную дез. раствором или вымытую с детским мылом). Облить ванночку кипятком.  4. Ванну заполнить - на 1/2 или 1/3. Измерить Т ° воды термометром. Температура воды в ванне 37, 0-38,0 град.С. Заполнить кувшин водой из ванны Т 36,0 – 37,0 град. В ванну добавить приготовленный заранее лечебный раствор. Т воздуха в помещении- 22-24 град.С.  5. Вымыть руки, надеть перчатки.  6. Раздеть ребенка. После дефекации подмыть проточной водой. Грязное белье сбросить в бак для использованного материала.  7. Взять ребенка двумя руками: положить на левую руку взрослого, так, чтобы голова находилась на локтевом сгибе, фиксируя этой же рукой левое бедро ребенка. После погружения его в воду, левая рука переносится на левое плечо ребенка. Уровень погружения – до сосков.  8. В течение проведения ванны обливать ребенка водой из ванны.  9. Умыть его, зачерпнув рукой воду из кувшина. Ополоснуть ребенка водой из кувшина, приподняв его над водой.  10. Набросить полотенце или пеленку на ребенка, положить на пеленальный столик, осушить кожу промокательными движениями. Мокрую пеленку бросить в бак. Обработать кожные складки, запеленать и положить в кроватку.  11. Слить воду и обработать ванночку. Снять перчатки и погрузить их в емкость с дез. раствором в соответствующей концентрации с последующей утилизацией в пакетах для отходов класса «В».  12. Вымыть (обработать) руки на гигиеническом уровне. **Терапия:**  **3.Постановка гипертонической клизмы**  1. Объясните пациенту ход и цель процедуры, получите его согласие.  2. Постелите на кушетку клеенку, сверху пеленку, отгородите пациента ширмой.  3. Наденьте халат, маску, клеенчатый фартук.  4. Наберите в грушевидный баллончик или шприц Жане 50 – 100 мл гипертонического раствора, подогретого на «водяной» бане до t0 – 380С.  5. Смажьте слепой конец газоотводной трубки вазелиновым маслом на протяжении 20 – 30 см.  6. Уложите пациента на левой бок, правая нога должна быть согнута в коленном суставе и слегка приведена к животу.  7. Раздвиньте ягодицы I и II пальцами левой руки, а правой рукой осторожно легкими вращательными движениями введите газоотводную трубку в заднепроходное отверстие, продвигая ее в прямую кишку, вначале по направлению к пупку 3 - 4 см, а затем параллельно позвоночнику на глубину 20 - 30 см. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | 1. Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку  Гигиеническая ванна |  |
|  | 2. Лечебная ванна |  |
|  | 3. Постановка гипертонической клизмы. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | | Оценка | | Подпись |
| 26.06.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  локализации раны).  **Подача кислорода через маску и носовой катетер**  **Оксигенотерапия с помощью носовых катетеров:**  1. Вымыть руки, надеть перчатки;  2. Придать ребенку удобное положение;  3. При необходимости очистить носовые ходы;  4. Измерить глубину введения катетера (от крыла носа до конца уха);  5. Взять катетер, как писчее перо, увлажненный водой конец катетера  6. Ввести по нижнему носовому ходу до метки (катетер держать перпендикулярно поверхности лица);  7. Катетер введен правильно, если его кончик виден в зеве и находится на один сантиметр ниже малого язычка;  8. Закрепить наружную часть катетера на щеке.  **Дача кислорода через маску Амбу:**  Вымыть руки, надеть перчатки  1. Обработать маску: протереть ватным тампоном, смоченным 70% спиртом, а затем, протереть стерильным изотоническим раствором.  2. Очисть рот и глотку от слизи.  3. Запрокинуть голову и выдвинуть нижнюю челюсть ребенка.  4. Плотно фиксировать левой рукой маску к лицу больного и быстро сжать мешок.  5.Разжать мешок для заполнения его новой порцией воздушно-кислородной смесью (для доношенных – 60% кислород, для недоношенных – 40%).  6.Контролировать визуально дыхательные движения грудной клетки.  7.Контролировать свободную проходимость дыхательных путей.  **Введение инсулина**  1. Объясните пациенту ход проведения манипуляции, получите от него согласие.  2. Наденьте чистый халат, маску, обработайте руки на гигиеническом уровне, наденьте перчатки.  3. Прочитайте название инсулина, дозировку (40,80,100 ЕИ в 1 мл) – должен соответствовать назначению врача.  4. Посмотрите дату, срок годности – должен соответствовать.  5. Проверить целостность упаковки.  6. Вскройте упаковку с выбранным стерильным.  инсулиновым шприцом, выложите его в стерильный лоток.  7. Вскройте алюминиевую крышку, обрабатывая её 70 % спиртом двукратно.  8. Проколите резиновую крышку флакона после высыхания спирта, наберите инсулин (дозу, назначенную врачом и плюс 2 ЕИ).  9. Смените иглу. Выпустите воздух из шприца (2 ЕД уйдут в иглу).  10. Положите шприц на стерильный лоток, приготовьте 3 стерильных, ватных шарика (2 смоченных 70% спиртом, 3-ий - сухой).  11. Обработайте кожу сначала 1-м, затем 2-м ватным шариком (со спиртом), 3-ий (сухой) зажмите в левой руке.  12. Соберите кожу в складку треугольной формы.  13. Введите иглу в основание складки под углом 45° на глубину 1-2 см (на 2/3 иглы), держа шприц в правой руке.  14. Введите инсулин.  15. Прижмите место укола сухим ватным шариком.  16. Извлеките иглу, придерживая ее за канюлю.  17. Сбросьте одноразовый шприц и иглу в ёмкости c 3% хлорамином на 60 мин.  18. Снять перчатки, поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.  19. Вымыть руки, осушить.  **Определение группы крови, пробы на индивидуальную резус совместимость, биологическая проба** **Определение группы крови:** Нанести цоликлоны анти-А, анти-В на специальный планшет по одной большой капле (0,1 мл), под соответствующими надписями.  Рядом с ними капнуть исследуемую кровь (0,01–0,03 мл) по одной маленькой капле. Перемешать их и наблюдать за наступлением или отсутствием реакции агглютинации в течение 3 мин. При сомнительном результате добавить 1 каплю 0,9% физиологического раствора.  Расшифровка результатов определения группы крови  - если реакция агглютинации наступила с анти-А цоликлоном, то исследуемая кровь относится к группе А (II);  - если реакция агглютинации наступила с анти-B цоликлоном, то исследуемая кровь относится к группе B (III);  - если реакция агглютинации не наступила с анти-А и с анти-B цоликлонами, то исследуемая кровь относится к группе 0 (I);  - если реакция агглютинации наступила с анти-А и с анти-B цоликлонами, то исследуемая кровь относится к группе AB (IV).  **Определение резус-фактора цоликлоном Анти-D**  На планшете смешивают большую каплю (0,1 мл) анти-D цоликлона и маленькую каплю (0,01 мл) исследуемой крови пациента. За наступлением реакции агглютинации или её отсутствием наблюдают в течение 3 мин.  - если реакция агглютинации наступила с цоликлоном анти-D , то исследуемая кровь относится к резус-положительной (Rh+)  - если реакция агглютинации не наступила с цоликлоном анти-D, то исследуемая кровь относится к резус-отрицательной (Rh—).  **Проба на индивидуальную совместимость по системе АВ0**  На белую поверхность (тарелку, пластинку) на­носят крупную каплю {0,1 мл) сыворотки крови реципиента и маленькую капельку (0,01 мл) крови донора из флакона и смешивают их между собой, периодически покачивая тарелку (пластинку). Реакция проводится при температуре 15 - 25°С, ре­зультаты оценивают через 5 минут:  - отсутствие агглютинации эритроцитов донора свидетельствует о совместимости крови донора и реципиента по системе АВО.  Появление агглютинации указывает на их несовместимость — такую кровь данному больному переливать нельзя.  **Биологическая проба**   1. 1. Объяснить пациенту суть предстоящий манипуляции, получить его информированное согласие. 2. 2. Вымыть руки с мылом, осушить индивидуальным полотенцем. 3. 3. Обработать руки кожным антисептиком и надеть стерильные перчатки. 4. 4. Подготовить систему для внутривенного вливания крови. 5. 5. Подсоединить систему к локтевой вене. 6. 6. Однократно переливается 10 мл гемотрансфузионной среды со скоростью 2 – 3 мл (40-60 капель) в минуту, затем переливание прекращают и в течение 3 минут наблюдают за реципиентом. Такую процедуру проводят еще дважды   **Оценка результата:**  а) если у реципиента не отмечается нарушений гемодинамики и нет жалоб – проба отрицательная, переливание производить можно;  б) при наличии беспокойства, болей в пояснице, озноба, мелькание «мушек» перед глазами и других жалоб, пробу следует оценить как положительную, переливание необходимо прекратить. Больного берут под наблюдение.  **Окончание манипуляции:**   1. 1. Уточнить у пациента о его самочувствии. 2. 2. Снять перчатки, поместить их в дезинфицирующий раствор. 3. 3. Вымыть руки, осушить полотенцем.   4. Заполнить протокол гемотрансфузии.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Подача кислорода через маску и носовой катетер  **Оксигенотерапия с помощью носовых катетеров:** |  | |  | 2. Введение инсулина |  | |  | 3. Определение группы крови, пробы на индивидуальную резус совместимость, биологическая проба **Определение группы крови:** |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 27.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **1.Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей**  **Обработка волосистой части головы при гнейсе:**  1. Объяснить маме/родственникам цель и ход проведения процедуры.  2. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки, постелить пелёнку на пеленальный стол (предварительно обработанный дезинфицирующим раствором)  3. Уложить или усадить ребёнка на пеленальный стол.  4. Ватным тампоном, обильно смоченным стерильным вазелиновым (растительным) маслом, обработать волосистую часть головы промокательными движениями в местах локализации гнейса (для размягчения себорейных корочек).  5. Для лучшего размягчения и отслоения корочек положить на обработанную поверхность марлевые салфетки и надеть шапочку (минимум на 2 часа).  6. Через 2 часа провести гигиеническую ванну.  7. После проведения гигиенической ванны осторожно удалить корочки с помощью мягкой щёточки.  Примечание: если не удалось удалить все корочки – повторить процедуру в течение нескольких дней. Плотно «сидящие на волосах» корочки срезаются ножницами вместе с волосами  8. Убрать пелёнку с пеленального стола и поместить её в мешок для грязного белья. Снять перчатки и осушить руки.  **Обработка ногтей:**  1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход проведения процедуры; 2. Подготовить необходимое оснащение; 3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки; 4. Обрабатывать режущую часть ножниц ватным тампоном, смоченным в спирте; 5. Удобно зафиксировать ребенка у себя на руках. Выполнение процедуры: Постричь ногти ребенку: - на руках округло; - на ногах - прямолинейно. Окончание процедуры: Уложить ребенка в кроватку и передать его маме. Инфекционный контроль: 1. Использованные ножницы обработать 70% этиловым спиртом, 2. Снять перчатки, замочить их в 3% р-ре хлорамина на 60 минут, 3. Обработать руки.  **2.Подготовка пациента и проведение дуоденального зондирования**  1. За 3 дня до проведения дуоденального зондирования на ночь давать больному стакан тёплого сладкого чая (за исключением больных сахарным диабетом) и ставить грелку на область правого подреберья (за исключением пациентов с подозрением на лямблиоз).  2. Усадить больного на стул таким образом, чтобы спина плотно прилегала к спинке стула, голову пациента слегка наклонить вперёд.  3. Осторожно поместить слепой конец зонда на корень языка больного и попросить его делать глотательные движения.  4. При достижении зондом желудка на его свободный конец наложить зажим.  5. Уложить больного на кушетку без подушки на правый бок, предложив ему согнуть ноги в коленях; под правый бок (на область печени) подложить тёплую грелку.  6. Попросить пациента продолжить заглатывание зонда в течение  20–60 мин до метки 70 см.  7. Опустить в пробирку конец зонда, снять зажим; если олива зонда находится в начальной части двенадцатиперстной кишки, в пробирку начинается поступление золотисто-жёлтой жидкости (порция А – «дуоденальная желчь»).  8. Собрать в течение 10 мин 2–3 пробирки поступаемой жидкости (порция А желчи), наложить на конец зонда зажим.  9. Если порция А желчи не поступает, нужно слегка потянуть зонд назад (возможен заворот зонда) или провести повторное зондирование под визуальным рентгенологическим контролем.  10. Уложить пациента на спину, снять зажим и через зонд шприцем ввести раздражитель желчного пузыря, попросить больного лечь на спину, на зонд наложить зажим.  11. Через 10–15 мин попросить больного лечь на правый бок, опустить зонд в следующую пробирку и снять с зонда зажим. В пробирку в течение 20–30 мин будет поступать густая жидкость темно-оливкового цвета – «пузырная желчь» (порция В, около 60 мл).  12. Если порция В желчи не поступает, вероятно, имеется спазм сфинктера Одди. Для его снятия следует ввести больному подкожно 1 мл 0,1 %-го раствора атропина (по назначению врача!).  13. Когда начнёт выделяться прозрачная жидкость золотисто-жёлтого цвета (порция С), опустить зонд в следующую пробирку – в течение 20–30 мин выделяется 15–20 мл желчи из желчных протоков печени (печёночная желчь).  14. Осторожно извлечь зонд и погрузить его в ёмкость с дезинфицирующим раствором.  15. Отправить полученные порции жёлчи в лабораторию.  **Уход за стомами**  **Уход за колостомой:**  1. Несколько шариков кладут в тазик и заливают перекисью водорода.  2. Берут шарик пинцетом, обрабатывают кожу вокруг выступающей части слизистой оболочки кишки красного цвета (колостомы) движениями от периферии к отверстию. Повторяют обработку несколько раз.  3. Обрабатывают кожу вокруг колостомы шариком, смоченным спиртом. 4. Шпателем на кожу вокруг колостомы наносят толстым слоем (0,5 см) изолирующую мазь или пасту. 5. Накладывают повязку: смачивают стерильную салфетку вазелиновым маслом, кладут на стому, а поверх нее - еще несколько салфеток с ватой. 6. Укрепляют повязку бинтами, а лучше с помощью бандажа или специального пояса. Уход за трахеостомой: 1. Каждые 2 - 3 ч в трахеотомическую трубку вливают две-три капли стерильного масла или 4% раствора натрия гидрокарбоната, чтобы она не забилась слизью. Извлекают канюлю из трубки 2 - 3 раза в сутки, очищают, обрабатывают, смазывают маслом и снова вводят в наружную трубку.  2. Если пациент с трахеостомой сам не может хорошо откашляться, то периодически отсасывают содержимое трахеи.  3. Чтобы избежать мацерирования кожи вокруг трахеостомы, необходимо, не вынимая трубки, обрабатывать кожу. Для этого следует: а) положить в стерильный почкообразный тазик достаточное количество ватных шариков и залить их раствором фурацилина; б) используя стерильный пинцет, обработать кожу вокруг стомы шариками, смоченными фурацилином; в) после обработки кожи антисептическим раствором нанести пасту Лассара или цинковую мазь, затем наложить асептическую повязку, для чего две стерильные салфетки разрезать до половины на две равные части и подвести под трубку с одной и другой стороны.  **3.Уход за гастростомой:**  **После каждого введения пищи через гастростомическую трубку необходимо:** 1) положить в тазик несколько ватных шариков и залить раствором фурацилина или перекиси водорода; 2) обработать шариками, надетыми на пинцет, кожу вокруг трубки, затем обработать кожу вокруг стомы шариком, смоченным спиртом; 3) нанести на кожу вокруг трубки с помощью шпателя изолирующую мазь; 4) наложить сухую асептическую повязку, для чего стерильную салфетку разрезают на две части до половины и, раздвинув, кладут вокруг трубки, вторую салфетку кладут с другой стороны; 5) зафиксировать повязку пластырем или с помощью пояса из ткани с отверстием для трубки.  **Уход за цитостомой:**  Манипуляцию выполняют в перчатках. 1. На водяной бане до +38 °С подогревают раствор фурацилина или нитрата серебра и набирают в шприц Жане 100 - 150 мл. 2. Отсоединяют контейнер для мочи от катетера Пеццера.  3. Присоединяют к катетеру шприц Жане и промывают мочевой пузырь раствором антисептика, выводя раствор после промывания в мочеприемник.  4. Промывают контейнер для мочи или берут новый и соединяют с катетером.  5. Кожу вокруг катетера обрабатывают раствором перекиси водорода с помощью ватных шариков, которые держат пинцетом.  6. Кожу вокруг цистостомы обрабатывают спиртом.  7. Накладывают сухую асептическую повязку. Для этого стерильную салфетку разрезают пополам до середины и кладут вокруг катетера. Так же подготавливают вторую салфетку и кладут с противоположной стороны.  8. Салфетки фиксируют лейкопластырем или бандажом.  9. Снять перчатки и утилизировать в отходы класса В, обработать руки антисептиком.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей  Обработка волосистой части головы при гнейсе. |  | |  | 2. Подготовка пациента и проведение дуоденального зондирования |  | |  | 3. Уход за гастростомой.  **После каждого введения пищи через гастростомическую трубку необходимо**. |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | | Подпись |
| 28.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **1.Взятие кала на скрытую кровь:**  1. Проведите инструктаж с матерью о порядке сбора кала на исследование. Пациент в течение 3-х дней до предстоящего анализа должен находиться на специальной диете (исключить из рациона мясо, рыбу, все виды зеленых овощей, гранаты, помидоры, яйца, свеклу, лекарственные вещества, содержащие железо, магний, висмут, йод, бром, а также карболен).  2. Объясните маме, что кал следует брать утром в день исследования.  3. Уточните у мамы, нет ли у ребенка другого источника кровотечения, приводящего к ложноположительному результату.  4. В случае положительного ответа дайте рекомендации, позволяющие исключить попадание крови в фекалии.  - не следует чистить зубы щеткой в течение 3-х дней;  - если пациент страдает носовым или геморроидальным кровотечениями, исследование не проводят.  5. Перед взятием кала надеть перчатки.  6. Разъясните, что ребенок должен опорожнить кишечник в памперс без воды.  7. После акта дефекации возьмите 5-10 г. кала лопаточкой из темных разных участков и поместите в контейнер, закройте крышку.  8. Доставьте контейнер с содержимым в лабораторию с направлением (отделение, № палаты. ФИО пациента, цель исследования, дата, подпись м/с).  9. Снимите перчатки, поместите их в отходы класса Б.  10. Вымойте и осушите руки.  **Терапия:**  **Постановка масляной клизмы**  1. Объясните пациенту цель предстоящей процедуры, получите его согласие на ее проведение, предупредите его, что после клизмы он не должен будет вставать с постели до утра.  2. Наденьте перчатки.  3. Наберите в грушевидный баллон 100 – 200 мл теплого масла.  4. Смажьте газоотводную трубку вазелином.  5. Уложите пациента на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами.   1. 6. Раздвиньте ягодицы пациента, введите газоотводную трубку в прямую кишку на 15 – 20 см. 2. 7. Подсоедините к трубке грушевидный баллон и медленно введите масло. 3. 8.Не разжимая грушевидный баллон, отсоедините его от газоотводной трубки. 4. 9. Извлеките газоотводную трубку и поместите ее вместе с грушевидным баллоном в лоток. 5. 10. Помогите пациенту вытереть область анального отверстия. 6. 11. Придайте пациенту удобное положение. Укройте его. Убедитесь, что пациент чувствует себя комфортно, поскольку эффект этой клизмы наступит через 6 – 10 часов. 7. 12. Уберите предметы ухода. 8. 13. Снимите перчатки.   Вымойте руки  **Хирургия:**  **Наложение давящей повязки при венозном кровотечении**  1. Обработайте руки спиртом.  2. Наденьте резиновые перчатки.  3. Осмотрите пациента, успокойте, уложите больного.  4. Оцените состояние пациента и раны.  5. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.  6. Придайте удобное положение пациента с хорошим доступом к ране.  7. Обработайте края раны раствором 10% повидоном.  8. Просушите салфеткой.  9. Наложите на рану стерильные салфетки.  10. Наложите поверх салфетки ватно-марлевый тампон.  11. Закрепите тампон бинтовой повязкой (в зависимости от локализации раны).  12. Транспортируйте пациента в стационар, во время транспортировки следите за АД, ЧДД, пульсом, сознанием, состоянием повязки.  13. Снять перчатки и отпустите в емкость отходов класса Б   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1.Забор кала на копрограмму, бак.исследование, яйца глистов и скрытую кровь. |  | |  | 2.Постановка масляной клизмы. |  | |  | 3.Наложение давящей повязки при венозном кровотечении. |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |
| 29.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **1. Снятие швов с послеоперационной раны**  1. Объяснил пациенту цель и ход предстоящей процедуры  2. Одел колпак, маску, стерильные перчатки  3. Кожу вокруг раны обработал антисептиком.  4. Подтянул за усики узла анатомическим пинцетом, извлек часть нити из кожи, пока не появился участок нити белого цвета, который находился в ткани, и в этом месте нить пересек остроконечными ножницами или скальпелем и извлек еѐ, подтягивая в направлении раны, таким образом швы снимаем через один или два подряд, если собираемся вводить в этом месте дренаж  5. После снятия швов кожу обработал антисептиком, наложил стерильную повязку  **2. Термометрия**  1. Получил согласие пациента (родственников ребенка) 2. Вытер салфеткой кожу подмышечной области насухо 3. Извлек термометр из контейнера с маркировкой «чистые термометры», встряхнул, проверил шкалу деления 4. Поместил термометр нижним концом в подмышечную область так, чтобы резервуар ртути со всех сторон соприкасался с кожей 5. Зафиксировал/привел к груди руку 6. Засек время 7. Извлек термометр из подмышечной области 8. Определил показания термометра 9. Термометр встряхнул и поместил в емкость для дезинфекции 10. Снял перчатки и погрузил их в контейнер с маркировкой «Отходы. Класс Б». 11. Провел гигиеническую обработку рук. 12. Записал результат в температурный лист  3. **Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенка**  1. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки. Обработал пеленальный стол, снял перчатки и поместил в емкость для отходов класса «Б»  2. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение  3. Обработал руки, надел стерильные перчатки  4. Уложил на пеленальном столе пеленки  5. Распеленал ребенка в кроватке (при  необходимости подмыли осушил), положил на  пеленальный стол  6. Обработал естественные складки кожи ватным  тампоном, смоченным стерильным растительным  маслом в строгой последовательности: заушные,  шейные, подмышечные, локтевые,  лучезапястные, подколенные, голеностопные,  паховые, ягодичные  7. Менял ватные шарики по мере загрязнения.  8. Одел ребенка и уложил ребенка в кроватку,  протер рабочую поверхность стола дез.раствором.  9. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для  сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую  обработку рук.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Снятие швов с послеоперационной раны |  | |  | 2. Термометрия |  | |  | 3. Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенка |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | | Оценка | Подпись |
| 30.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  . **Алгоритм: Постановка периферического венозного катетера**  1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры и получить его согласие.2. Обеспечить конфиденциальность процедуры.3. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).4. Собрать стандартный набор для катетеризации периферических вен, проверив целостность упаковки и срок стерилизации.5. Приготовить в зоне легкой досягаемости контейнер для утилизации острых предметов  6. Наложить жгут .7. Попросить пациента сжать кулак несколько раз.8. Выбрать вену для постановки катетера  9. В зависимости от вены выбрать размер катетера.10.Обработать руки кожным антисептиком.11. Надеть чистые перчатки.12. Обработать место постановки катетера кожным антисептиком.13. Дать антисептику высохнуть.14. Вскрыть упаковку катетера.15. Снять заглушку, положить еѐ на стерильную поверхность упаковки или стерильную салфетку.16. Поставить катетер:  • зафиксировать вену, прижав еѐ пальцем ниже предполагаемого места введения катетера  • ввести катетер на игле под углом к коже 30-45°, наблюдая за появлением крови в контрольной камере  • при появлении крови в контрольной камере, уменьшить угол наклона иглы –проводника и на несколько 3-5мм ввести иглу в вену  • зафиксировать иглу. А канюлю медленно до конца сдвигать с иглы в вену (игла – проводник полностью из катетера не удалять)  • не вынимая иглы, зафиксировать катетер на коже  • снять жгут  • пережать вену на протяжении для снижения кровотечения, окончательно удалить иглу из катетера и сбросить в контейнер для отработанного материала  • подключить инфузионную систему или закрыть заглушкой и промыть  гепаринизированным раствором или раствором натрия хлорида 09%.17. Подложить стерильную салфетку под канюлю катетера.18. Наклеить фиксирующую повязку катетера  19. Снять перчатки и сбросить в емкость для использованного материала.20. Обработать руки кожным антисептиком  21. Убрать все оборудование из палаты в комнату для дальнейшей дезинфекции и сортировки медицинских отходов  22. Заполнить медицинскую документацию.  3.определить необходимое количество растворителя для соответствующего растворения антибиотика.4. определить количество готового раствора, которое необходимо ввести ребенку, чтобы обеспечить введение ему необходимой дозы.5.вымыть и осушить руки, надеть перчатки.6. вскрыть упаковку шприца (сбросить в лоток)7.надеть на него иглу с колпачком, зафиксировать иглу на шприце. Снять с иглы колпачок (сбросить его в лоток) Собранный шприц поместить внутрь стерильного столика.8.ватным шариком, смоченным этиловым спиртом, обработать алюминиевую крышечку флакона с антибиотиком, вскрыть ее и вновь обработать спиртом (ватный шарик сбросить в лоток)9.протереть шейку ампулы с растворителем ватным шариком со спиртом, надрезать наждачным диском.10.накрыть стерильной салфеткой и надломить (ватный шарик, салфетку сбросит в лоток) 11.набрать в шприц рассчитанное количество растворителя (пустую ампулу от растворителя сбросить в лоток)12.проколов иглой резиновую пробку флакона, ввести растворитель во флакон с сухим антибиотиком.13.снять флакон с подигольного конуса и встряхнуть его.Надеть иглу с флаконом на шприц: 14.поднять флакон вверх дном и набрать в шприц необходимое количество раствора.15.снять флакон вместе с иглой с подигольного конуса.16.надеть и закрепить на шприце иглу для инъекций, снять с нее колпачок (сбросить его в лоток)17.подняв шприц иглой вверх, выпустить через иглу 1-2 капли раствора. 18. положить шприц внутрь стерильного столика.19.обработать верхне-наружный квадрант ягодицы 70% этиловым спиртом (ватный шарик оставить в руке) Ввести вакцину внутримышечно - извлечь иглу.20.обработать место инъекции ватным шариком, оставленным в руке после обработки инъекционного поля. Сбросить ватный шарик и шприц в лоток. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | |  | | --- | | 1Постановка периферического венозного | | 2Приготовление и наложение транспортных | | 3Разведение и введение антибиотиков | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 01.06.2020 | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1.Проведение лекарственной, очистительной клизмы. Постановка газоотводной трубки |  | |  | 2.Подготовка к диагностическим исследованиям (рентгенологическим, эндоскопическим, ультразвуковым и т.д.). |  | |  | 3.Оказание помощи при анафилактическом шоке |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   **Ультразвуковое исследование**  1) За день до обследования исключить газообразующие продукты (молоко, капусту, чёрный хлеб, бобовые, свежие овощи и фрукты, сладкие блюда);  2) на ночь принять адсорбент (дозировка по назначению врача);  3)прийти на обследование натощак: ничего не пить, не есть, не принимать лекарственные средства.  4) Если назначено ультразвуковое исследование органов брюшной полости с водно-сифонной пробой, при себе необходимо иметь: 200 мл воды и соломку для коктейля.  5) Если назначено ультразвуковое исследование органов брюшной полости с определением функции желчного пузыря, при себе необходимо иметь: желчегонный завтрак (шоколадку или банан или сладкий чай).  6) При себе иметь пелёнку и салфетки.  **Терапия**  **Оказание помощи при анафилактическом шоке**  1. Прекратить введение предполагаемого медикамента-аллергена.  2. При возможности наложить жгут выше места введения медикамента или  обколоть место введения препарата 0,1 % раствором адреналина или  норадреналина в дозе 0,3-0,5 мл с 4-5 мл физиологического раствора.  3. Провести венепункцию/венесекцию и начать в/в введение препаратов:  • при необходимости в/в капельно: дофамин (доза индивидуальна) от 300  • до 700 мкг/мл (макс. 1500 мкг/мл) с постепенным снижением,  • длительность определяется гемодинамическими показателями.  • Введение ГКС (гидрокортозон 250 мг в/в капельно, Введение ГКС (гидрокортозон 250 мг в/в капельно, преднизолон 90-120  • в/в струйно, дексаметазон 8-32 мг и др.)  • При систолическом артериальном давлении выше 90 мм рт. ст. могут  • быть введены антигистаминные препараты [клемастин (тавегил) 2.0 мл]  • Плазмозамещающие препараты в/в капельно или струйно  • При возникновении бронхообструктивного синдрома – аминофиллин  • (эуфиллин) 2.4 % 10 мл в/в на физиологическом растворе.  • Введение прессорных аминов (0,1 % раствор адреналина подкожно с  • интервалом 5-10 минут).    преднизолон 90-120  • в/в струйно, дексаметазон 8-32 мг и др.) При систолическом артериальном давлении выше 90 мм рт. ст. могут  • быть введены антигистаминные препараты [клемастин (тавегил) 2.0 мл]  • Плазмозамещающие препараты в/в капельно или струйно  • При возникновении бронхообструктивного синдрома – аминофиллин  • (эуфиллин) 2.4 % 10 мл в/в на физиологическом растворе.  • Введение прессорных аминов (0,1 % раствор адреналина подкожно с  • интервалом 5-10 минут).  • Оксигенация  • Коррекция КЩС  • При систолическом артериальном давлении выше 90 мм рт. ст. могут  • быть введены антигистаминные препараты [клемастин (тавегил) 2.0 мл]  • Плазмозамещающие препараты в/в капельно или струйно  • При возникновении бронхообструктивного синдрома – |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.06.2020 | **1) Измерение водного баланса у пациента**  1. Подготовьте чистые сухие емкости для сбора мочи, промаркируйте их.  2. Выделите больному мерную емкость для питья.  3. Объясните больному, что в течение суток нужно собрать мочу в емкость объемом 3 л и одновременно вести учет количества выпитой и введенной жидкости.  4. Утром, после сна, больной опорожняет мочевой пузырь в унитаз.  5. Отметьте время опорожнения, например 8 ч.  6. Последующие порции мочи за сутки собирайте в один сосуд (мерная емкость 3 л).  7. Последнюю порцию мочи соберите в 8 ч утра следующего дня.  8. Определите в мерной емкости общее количество мочи. Это будет суточный диурез.  9. Запишите эти данные в температурном листе в графе «суточное количество мочи».  10. Подсчитайте количество выпитой жидкости, включая суп 1/2 порции, кисель, компот и т. д., и количество жидкости, введенной парентерально.  11. Запишите данные в температурном листе в графе «выпито жидкости».  **Педиатрия**  **2)Оценка тяжести состояния ребенка, выявление проблем пациента**  1.Оценка состояния сознания.  2. Оценка положения в постели.  3. Оценка выражения лица.  4. Оценка выраженности симптомов заболевания.  1. Сознание ясное.  2. Может обслуживать себя, активно беседует с медицинским персоналом.  3. Выражение лица без особенностей.  4. Могут выявляться многие симптомы болезни, но их наличие не мешает больному проявлять свою активность.  Состояние средней тяжести:  1. Сознание пациента, как правило, ясное.  2. Пациент предпочитает большую часть времени находиться в постели, так как активные действия усиливают общую слабость и болезненные симптомы, нередко занимает вынужденное положение.  3. Выражение лица болезненное.  4. При непосредственном обследовании пациента выраженность патологических изменений со стороны внутренних органов и систем.  Тяжелое состояние:  1. Сознание может отсутствовать, быть спутанным, однако нередко остается ясным.  2. Пациент практически постоянно находится в постели, активные действия совершает с трудом.  3. Выражение лица страдальческое. |  |  |

.4. Жалобы и симптомы болезни выражены значительно.

Однако не всегда только по данным осмотра можно правильно оценить состояние пациента. Для этого необходимо учитывать:

Ø в каком сознании находится пациент;

Ø положение его в постели;

Ø выражение лица;

Ø состояние кожных покровов;

Ø наличие отёков;

Ø объективные показатели (температура тела, частота и характер дыхания, частота пульса, величина артериального давления).

**Хирургия**

**3) Снятие швов**

1. Объяснил пациенту цель и ход предстоящей процедуры

2. Одел колпак, маску, стерильные перчатки

3. Кожу вокруг раны обработал антисептиком.

4. Подтянул за усики узла анатомическим пинцетом, извлек часть нити из кожи, пока не появился участок нити белого цвета, который находился в ткани, и в этом месте нить пересек остроконечными ножницами или скальпелем и извлек еѐ, подтягивая в направлении раны, таким образом швы снимаем через один или два подряд, если собираемся вводить в этом месте дренаж

5. После снятия швов кожу обработал антисептиком, наложил стерильную повязку

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | 1.Измерение водного баланса у пациента |  |
|  | 2.Оценка тяжести состояния ребенка, выявление проблем пациента |  |
|  | 3.Снятие швов |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.06.2020 | **1. Туалет гнойной раны**  1.надеть клеенчатый фартук и стерильные перчатки  2. Снимает старую повязку с помощью пинцетов, вдоль раны, придерживая сухим шариком кожу и не давая ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% р-ре перекиси водорода.  3. После снятия поверхностных слоев повязки обильно смачивает внутренний слой 3% р-ром перекиси водорода или раствором любого антисептика, промокшие салфетки осторожно снимает пинцетом  4. Осматривает рану и прилежащие участки  5. Производит туалет кожи вокруг раны марлевыми шариками от краев раны к периферии  6. Меняет пинцет, производит туалет раны (удаление гноя промыванием растворами перекиси водорода или фурациллина)  7. При наличии гнойно-некротических процессов производит дренирование раны  8. Накладывает повязку с необходимым препаратом по назначению врача и фиксирует ее.  9. Контроль состояние пациента.  **2. :Подготовка пациента и ассистирование врачу при**  **плевральной пункции.**  1 .Собрал набор инструментов и медикаментов для Проведения манипуляции .2. Доброжелательно и уважительно представился. Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, уточнил аллергологический анамнез, и получил информированное согласие. 3. Пригласил пациента в манипуляционный кабинет и усадил на стул в «позе наездника» 4. Провел гигиеническую обработку рук. 5. Надел стерильные перчатки 6. Подготовил инструменты и медикаменты для проведения обезболивания и пункции 7. Подготовил ампулы, набрал анестетик в шприц и сменил иглу. 8. Обработал большое, малое инъекционное поле и подал шприц врачу 9. После полного обезболивания обработал операционное поле для проведения пункции троекратно: спиртом, йодом и вновь спиртом. 10. Достал иглу ДЮФО и наложил зажим на трубку иглы, подал иглу с зажимом врачу. 11. Присоединил к канюле шприц Жане и по команде врача снимал и накладывал зажим 12. Плевральную жидкость вылил в стерильный контейнер с соблюдением мер предосторожности 13. Остальную плевральную жидкость вылил в емкость с дезраствором. 14. Одновременно с удалением иглы из плевральной полости наложил на место прокола окклюзионную. 15. Плевральную жидкость с направлением отправил в лабораторию. 16. Отходы собрал в пакет для отходов класса «Б»  3. **Забор крови для биохимического и гормонального исследования**  1. Объясните пациенту цель и ход процедуры, получите согласие. Уточните, не позавтракал ли пациент.  2. Напишите направление в лабораторию, пронумеруйте пробирку.  3. Помогите пациенту занять удобное положение.  4. Проведите деконтаминацию рук на гигиеническом уровне, обработайте их кожным антисептиком.  5. Наденьте маску и перчатки, защитные очки, передник.  6. Вскройте упаковку шприца однократного применения, соберите его, выпустите воздух, не снимая колпачок с иглы, положите шприц во внутреннюю поверхность упаковки.  7. Подложите под локоть пациента клеенчатую подушечку.  8. Наложите резиновый жгут на среднюю треть плеча на салфетку или на нательное белье.  9. Завяжите жгут так, чтобы свободные концы были направлены вверх, а петля вниз.  10.Прощупайте пульс на лучевой артерии ( пульс должен быть сохранен).  11.Исследуйте вену. Найдите наиболее наполненную вену.  12.Попросите пациента несколько раз сжимать и разжимать кулак для наполнения вены, затем зажать его.  13.Обработайте область локтевого сгиба, место инъекции последовательно двумя ватными шариками, смоченными в спирте, сбросьте их в КБУ. Третий ватный шарик держите в левой руке между IV и V пальцами.  14.Возьмите шприц в правую руку: II палец на канюле иглы, а III, IV пальцы охватывают цилиндр сверху, I палец снизу.  15.Зафиксируйте вену ниже предполагаемого места прокола большим пальцем левой руки.  16.Снимите колпачок с иглы и пунктируйте вену, как обычно ( кулак пациента при этом сжат).  17.Потяните поршень на себя, убедитесь, что игла в вене.  18.Наберите в шприц 5-7 мл крови, левой рукой медленно оттягивая поршень на себя.  19.Снимите жгут, кулак пациент должен разжать, быстрым движением извлеките иглу из вены.  20.Приложите ватный шарик со спиртом на место инъекции на 3-5 минут, попросив пациента слегка согнуть руку в локтевом суставе.  21.Снимите иглу со шприца, поместите в непрокалываеммый контейнер отхода класса «Б»  22.Выпустите кровь из шприца медленно без напора в пробирку по стенке, не допуская ее разбрызгивания.  23.Закройте пробирку непромокаемой пробкой.  24.Пробирку с кровью вместе со штативом поставьте в контейнер, плотно закройте его.  25.Помогите пациенту встать или занять комфортное положение.  26.Убедитесь, что кровь не выделяется из места прокола вены, возьмите у пациента ватный шарик и поместите его в КБУ.  27.Отправьте контейнер и направление в биохимическую лабораторию.  28. Снимите перчатки, поместите в КБУ.  29. Вымойте и осушите руки.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Туалет гнойной раны |  | |  | 2. Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции |  | |  | 3. Забор крови для биохимического и гормонального исследования |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4.06.2020 | **1. Туалет гнойной раны**  1.надеть клеенчатый фартук и стерильные перчатки  2. Снимает старую повязку с помощью пинцетов, вдоль раны, придерживая сухим шариком кожу и не давая ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% р-ре перекиси водорода.  3. После снятия поверхностных слоев повязки обильно смачивает внутренний слой 3% р-ром перекиси водорода или раствором любого антисептика, промокшие салфетки осторожно снимает пинцетом  4. Осматривает рану и прилежащие участки  5. Производит туалет кожи вокруг раны марлевыми шариками от краев раны к периферии  6. Меняет пинцет, производит туалет раны (удаление гноя промыванием растворами перекиси водорода или фурациллина)  7. При наличии гнойно-некротических процессов производит дренирование раны  8. Накладывает повязку с необходимым препаратом по назначению врача и фиксирует ее.  9. Контроль состояние пациента.  **2. :Подготовка пациента и ассистирование врачу при**  **плевральной пункции.**  1 .Собрал набор инструментов и медикаментов для Проведения манипуляции .2. Доброжелательно и уважительно представился. Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, уточнил аллергологический анамнез, и получил информированное согласие. 3. Пригласил пациента в манипуляционный кабинет и усадил на стул в «позе наездника» 4. Провел гигиеническую обработку рук. 5. Надел стерильные перчатки 6. Подготовил инструменты и медикаменты для проведения обезболивания и пункции 7. Подготовил ампулы, набрал анестетик в шприц и сменил иглу. 8. Обработал большое, малое инъекционное поле и подал шприц врачу 9. После полного обезболивания обработал операционное поле для проведения пункции троекратно: спиртом, йодом и вновь спиртом. 10. Достал иглу ДЮФО и наложил зажим на трубку иглы, подал иглу с зажимом врачу. 11. Присоединил к канюле шприц Жане и по команде врача снимал и накладывал зажим 12. Плевральную жидкость вылил в стерильный контейнер с соблюдением мер предосторожности 13. Остальную плевральную жидкость вылил в емкость с дезраствором. 14. Одновременно с удалением иглы из плевральной полости наложил на место прокола окклюзионную. 15. Плевральную жидкость с направлением отправил в лабораторию. 16. Отходы собрал в пакет для отходов класса «Б»  3. **Забор крови для биохимического и гормонального исследования**  1. Объясните пациенту цель и ход процедуры, получите согласие. Уточните, не позавтракал ли пациент.  2. Напишите направление в лабораторию, пронумеруйте пробирку.  3. Помогите пациенту занять удобное положение.  4. Проведите деконтаминацию рук на гигиеническом уровне, обработайте их кожным антисептиком.  5. Наденьте маску и перчатки, защитные очки, передник.  6. Вскройте упаковку шприца однократного применения, соберите его, выпустите воздух, не снимая колпачок с иглы, положите шприц во внутреннюю поверхность упаковки.  7. Подложите под локоть пациента клеенчатую подушечку.  8. Наложите резиновый жгут на среднюю треть плеча на салфетку или на нательное белье.  9. Завяжите жгут так, чтобы свободные концы были направлены вверх, а петля вниз.  10.Прощупайте пульс на лучевой артерии ( пульс должен быть сохранен).  11.Исследуйте вену. Найдите наиболее наполненную вену.  12.Попросите пациента несколько раз сжимать и разжимать кулак для наполнения вены, затем зажать его.  13.Обработайте область локтевого сгиба, место инъекции последовательно двумя ватными шариками, смоченными в спирте, сбросьте их в КБУ. Третий ватный шарик держите в левой руке между IV и V пальцами.  14.Возьмите шприц в правую руку: II палец на канюле иглы, а III, IV пальцы охватывают цилиндр сверху, I палец снизу.  15.Зафиксируйте вену ниже предполагаемого места прокола большим пальцем левой руки.  16.Снимите колпачок с иглы и пунктируйте вену, как обычно ( кулак пациента при этом сжат).  17.Потяните поршень на себя, убедитесь, что игла в вене.  18.Наберите в шприц 5-7 мл крови, левой рукой медленно оттягивая поршень на себя.  19.Снимите жгут, кулак пациент должен разжать, быстрым движением извлеките иглу из вены.  20.Приложите ватный шарик со спиртом на место инъекции на 3-5 минут, попросив пациента слегка согнуть руку в локтевом суставе.  21.Снимите иглу со шприца, поместите в непрокалываеммый контейнер отхода класса «Б»  22.Выпустите кровь из шприца медленно без напора в пробирку по стенке, не допуская ее разбрызгивания.  23.Закройте пробирку непромокаемой пробкой.  24.Пробирку с кровью вместе со штативом поставьте в контейнер, плотно закройте его.  25.Помогите пациенту встать или занять комфортное положение.  26.Убедитесь, что кровь не выделяется из места прокола вены, возьмите у пациента ватный шарик и поместите его в КБУ.  27.Отправьте контейнер и направление в биохимическую лабораторию.  28. Снимите перчатки, поместите в КБУ.  29. Вымойте и осушите руки.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Туалет гнойной раны |  | |  | 2. Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции |  | |  | 3. Забор крови для биохимического и гормонального исследования |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5.06.2020 | **1. Приготовление столика медсестры анестезиологического кабинета**  Стетофонендоскоп, аппарат для измерения артериального давления, наборы стерильных одноразовых шприцев, одноразовые системы для переливания крови и кровезаменителей, набор масок для наркоза, ларингоскоп с набором клинков для интубации, набор эндотрахеальных трубок с манжетками и баллончиками для их раздувания, воздуховоды, языкодержатель, роторасширитель, стерильная трахеостомичекая трубка.  Медикаменты: жидкие ингаляционные наркотики, наркотические и ненаркотические аналгетики, миорелаксанты, кровезаменители, гемостатики, гипотензивные препараты, антидоты миорелаксантов, сердечные аналептики, диуретики, гормональные препараты  **2. ПОСТАНОВКА КОМПРЕССА.**  Выполнение манипуляции:  1. Смочите марлю в 45◦спирте, хорошо отожмите ее  2. Приложите салфетку к поверхности кожи  3. Поверх салфетки положите компрессную бумагу  4. Поверх бумаги положите слой ваты  5. Закрепите компресс бинтом, так чтобы он плотно прилегал к телу, но не стеснял движений  6. Через 2 часа проверьте степень влажности нижней салфетки  7. Снимите компресс через 6 часов  Окончание .Манипуляции  1. Вытрите кожу насухо, наложите сухую повязку  2. Спросите больного о самочувствии.  3. Вымойте руки  ПРИМЕЧАНИЕ: Каждый последующий слой компресса должен быть больше предыдущего на 2см. Перед наложением лекарственного компресса кожу необходимо смазать дет­ским кремом или вазелином. На кожу, смазанную йодом, согревающий компресс накладывать нельзя, это может вызвать ожоги.  Горячий компресс – используется горячая вода (60-70◦ С) на 10 минут (салфетка, бумага компрессная или кленка, вата). Через 10 минут заменить.  Холодный компресс – применяется холодная вода на 2-3 минуты. Когда салфетка согревается, ее сменяют. Механизм действия такой же, как и у пузыря со льдом.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Приготовление столика медсестры анестезиологического кабинета |  | |  | 2. Постановка компресса |  | |  | 3. Утренний туалет тяжелобольного пациента уход за глазами |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   3. Утренний туалет тяжелобольного пациентауход за глазами  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получил его согласие. 2. Провел гигиеническую обработку рук, надел перчатки. 3. Осмотрел глаза пациента, оценил состояние. 4.Приготовил лоток с марлевыми шариками и часть залил стерильным вазелиновым маслом, другую часть водным антисептическим раствором или стерильной водой, можно использовать разные мензурки для масла и раствора. 5. Обработал отдельным марлевым шариком для каждого глаза, смоченным в вазелиновом масле, веки по направлению от наружного угла к внутреннему углу глаза с целью размягчения и отслойки корочек. Использованные шарики сбросил в лоток для использованного материала. 6. Обработал веки, в том же направлении сухими марлевыми шариками, используя для каждого глаза отдельный шарик для того, чтобы удалить отслоившиеся корочки. 7. Обработал шариками, смоченными в антисептическом растворе или стерильной воде, веки по направлению от наружного угла к внутреннему углу глаза, также используя отдельные шарики для каждого глаза. При промывании глаз шарики менял по мере необходимости.8. Протер веки сухим марлевыми шариками в том же направлении, используя для каждого глаза отдельный шарик. Шарики сбросил в лоток для использованного материала. 9. Использованные лотки, пинцет, поместил в соответствующие емкости для дезинфекции. Марлевые шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». 10. Снял перчатки, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. Сделал запись о проведенной процедуре. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6.06.2020 | **1. проведение премедикации**  Вечерняя премедикация проводится перед сном на ночь:  1. Больному предлагают справить свои физиологические потребности.  2. В постели больному вводят лекарства, благотворно влияющие на ЦНС:  - успокаивающие, снотворные, транквилизаторы малые, транквилизаторы большие или [нейролептики](https://studopedia.ru/5_64725_neyroleptiki-antipsihoticheskie-sredstva.html), наркотические анальгетики, десенсибилизирующие  Утренняя премедикация проводится за 30 – 40 мин до операции  1. Больному предлагают справить свои физиологические потребности, снять часы, съемные протезы, кольца, бреют операционное поле сухим методом.  2. В постели больному вводят следующие лекарственные вещества или их сочетания:  - наркотические анальгетики, десенсибилизирующие, М-холинолитики  2. **Проведение очистительной и лекарственной клизмы, введение газоотводной трубки**  *Алгоритм действия очистительной клизмы:*  1. Объяснить матери цель и ход проведения процедуры, получить согласие.  2.Провести гигиеническую антисептическую обработку рук.  3. Надеть нестерильные перчатки, очки, фартук.  4. Постелить клеенку, накрыть пеленкой.  5. Набрать в резиновый баллон воду 20-22 С ( комнатной температуры):  – новорожденному-25-30 мл;  – детям грудного возраста- 50-250 мл;  - детям 1-3 года- 150-250 мл,  6. Смазать наконечник вазелиновым маслом методом полива.  7. Уложить ребенка до 6 мес. на спину , поднять обе ноги вверх, после 6 мес. Повернуть на левый бок , ноги согнуть в коленях.  8. 1 и 2 пальцами левой руки раздвинуть ягодицы и зафиксировать в данном положении.  9.Расположить резиновый баллончик наконечником вверх, нажать на него снизу большим пальцем правой руки.  10. Не разжимая баллончик , ввести наконечник осторожно без усилий в анальное отверстие и продвинуть его в прямую кишку сначала к направлению к пупку, затем параллельно копчику.  11.Медленно нажимая на баллончик снизу ввести воду и не разжимая его извлечь наконечник из прямой кишки.  12. Левой рукой сжать ягодицы ребенка на 3-5 мин.  13. Уложить ребенка на спину, прикрыв промежность пеленкой до появления стула или позывов на дефекацию.  14. Подмыть ребенка после акта дефекации, подсушить, обработать складки стерильным растительным маслом.  15. Использованные предметы сложить в емкость с дезинфицирующим раствором.  16.Снять перчатки, поместить в КБУ.  17. Вымыть и осушить руки.  *Лекарственной клизмы*  1. Постелить клеенку, накрыть ее пеленкой.  2. Вымыть иосушить руки, надеть фартук, пер­чатки, маску.  3. Подогреть лекарственный препарат до 37°— 38°С и набрать его в резиновый баллончик.  4. Смазать конец газоотводной трубки маслом ме­тодом полива.  5. Уложить ребенка на левыйбок с согнутыми и приведенными к животу ногами.  6. Раздвинуть ягодицы ребенка I и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном по­ложении.  7. Ввести газоотводную трубку в анальноеотвер­стие, пережавее свободный конец.  8. Продвинуть трубку в прямую кишкуна 10 -12 см, напрявляя сначала к пупку, а затем, преодо­лев сфинктеры, параллельно копчику.  9. Выпустить воздух из резинового баллончика, подняв наконечник кверху и нажав на него снизу большим пальцем правой руки.  10. Присоединить баллончик к газоотводной труб­ке.  11. Разжать свободный конец газоотводной трубки.  12. Ввести медленно лекарственную жидкость в кишечник ребенка, нажимая на баллончик снизу.  13. Отсоединить баллончик, не разжимая его, от газоотводной трубки, предварительно пережав ее свободый конец.  14. Извлечь осторожно газоотводную трубку из прямой кишки, пропустив ее через салфетку.  15. Сжать ягодицы ребенка на10 минут.  16. Уложить ребенка на живот на 30 минут.  17. Обработать перианальную область тампоном, смоченным вазелиновым маслом.  18. Снять фартук, перчатки, поместить в дезра-створ.  19. Поместить в лоток для отработанного мате­риала баллончик, газоотводную трубку, салфетку.  20. Вымыть и осушить руки. Примечание:  — Лекарственную клизму ставить через 30-40 ми­нут после очистительной клизмы или акта дефекации.  — Лекарственный препарат вводить в изотоничес­ком растворе во избежание раздражения кишечника.  — Ребенка до 6 месяцев можно уложить на спи­ну и приподнять ноги вверх.  — Необходимое количество лекарственного пре­парата берется из расчета 10 мл на год жизни, но не более50 мл.  *Постановка газоотводной трубки*  1. Постелить клеенку,накрыв ее пеленкой.  2. Вымыть и осушитьруки, надетьхалат, пер­чатки, маску.  3. Уложить ребенка на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами.  4. Смазать конец газоотводной трубки маслом ме­тодом полива.  5. Раздвинуть ягодицы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном по­ложении.  6. Ввести газоотводную трубку в анальное отвер­стие, пережав ее свободный конец.  7. Продвинуть трубку в прямую кишкуна 10 — 12 см, направляя сначала к пупку, а затем, преодо­лев сфинктеры, параллельно копчику.  8. Разжать свободный конец трубки и поместить его в лоток с водой.  9. Извлечь трубку через20 — 30 минут, пропус­тив ее через салфетку.  10. Обработать перианальную область тампоном смоченным маслом.  11. Поместить газоотводную трубкув емкость сдезинфицирующим раствором.  12. Снять перчатки, халат, маску,вымыть руки.  13. Поместить перчатки в емкость с дезраство-ром, а халат в непромокаемый мешок.  Примечание: Процедуру можно повторить через 2-3 часа.  **3 Измерение водного баланса у пациента**  1. Приготовить все необходимое.2.. Объяснить цель и ход предстоящей манипуляции.3. Убедиться, что пациент сможет проводить учет жидкости.4.Объяснить пациенту необходи­мость соблюдения обычного вод­но-пищевого и двигательного ре­жима.5.Убедиться, что пациент не при­нимал диуретики в течение 3 дней до исследования.6.Дать подробную информацию о порядке записей в листе учета вод­ного баланса, убедиться в умении заполнять лист.7.Объяснить примерное процент­ное содержание воды в продуктах питания для облегчения учета вод­ного баланса.  Примечание: твердые продукты питания могут содержать от 60 до 80% воды.8.Объяснить, что в 6.00 необходимо выпустить мочу в унитаз.9.Собирать мочу после каждого моче­испускания в градуированную емкость, измерять диурез.10.Фиксировать количество выделенной жидкости в листе учета.11.Фиксировать количество поступив­шей жидкости в листе учета.12.Объяснить, что необходимо указы­вать время приема или введения жидко­сти, а также время выделения жидкости в листе учета водного баланса в течение суток, до 6.00 следующего дня.13.В 6.00 следующего дня сдать лист учета медицинской сестре.14.Сравнить количество выделенной жидкости с количеством рассчитанной жидкости (в норме).15.Сделать записи в листе учета водного баланса.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Проведение премедикации |  | |  | 2. Проведение очистительной и лекарственной клизмы введение газоотводной трубки |  | |  | 3. Измерение водного баланса у пациента |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8.06.2020 | **1.Наложение мягких повязок «на различные участки тела»**   * Наложение повязки «варежка»   1. Объяснил пациенту цель и ход предстоящей процедуры  2. Встал лицом к пациенту  3. Обработал кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положил на травмированное место (рану) стерильную салфетку и салфетку между пальцев  4. Фиксирующий тур наложил в области лучезапястного сустава.  5. Далее бинт перегнул и повел по тыльной стороне кисти до кончиков пальцев.  6. Затем по ладонной стороне до нижней трети предплечья и вновь перегнул.  7. Несколькими возвращающимися турами полностью закрыл пальцы.  8. Повязку закончил спиральными восходящими оборотами бинта от пальцев на кисть и закрепил на предплечье фиксирующим туром.  9. Проверил правильность, эффективность и эстетичность данной повязки.   * Наложение повязки на молочную железу   1. Объяснил пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Усадил пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встал лицом к нему.  2. Обработал кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положил на травмированное место (рану) стерильную салфетку.  3. Первый тур бинта фиксирующий, наложил вокруг грудной клетки под обеими грудными железами. Затем тур бинта перевел на заднюю поверхность грудной клетки косо вверх на противоположное надплечье.  4. Огибая надплечье, спустил косо вниз на больную сторону, прикрывая положенную салфетку на грудной железе, начиная с нижних отделов. Последующие туры бинта повторяются в такой же последовательности до полного закрытия раны железы.  5. Проверил правильность, эффективность и эстетичность данной повязки   * Наложение повязки на культю   1. Объяснил пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Уложил пострадавшего на перевязочный стол и во время выполнения манипуляции и встал лицом к нему.  2. Обработал кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положил на травмированное место (рану) стерильную салфетку.  3. Наложил фиксирующие круговые туры бинта выше культи, бинт перегнул под прямым углом и провел в продольном направлении по культе, обогнув конец культи, провел бинт по задней поверхности, где снова перегнул.  4. Закрепил перегиб круговым ходом бинта. Туры бинта повторял до тех пор, пока вся культя не была закрыта.  5. Повязку закрепил на циркулярном туре. Проверил правильность, эффективность и эстетичность данной повязки   * Наложение повязки на промежность   1. Объяснил пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Уложил пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встал лицом к нему.  2. Обработал кожу вокруг раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положил на травмированное место (рану) стерильную салфетку.  3. Из бинта или ткани изготовил поясок и фиксировал вокруг талии пострадавшего или сделал (2-3 тура бинта) вокруг талии.  4. К пояску по середине привязал начало бинта, провел его через промежность и закрепил его за поясок (среднюю часть) с противоположной стороны.  5. Сделал петлю вокруг пояска, и операцию повторил обратным путем до полного закрепления салфетки в области промежности.  6. Проверил правильность, эффективность и эстетичность данной повязки  **2. Подкожная инъекция**  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки. 3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками (4) и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток. 5. Подготовил лекарственный препарат (проверил срок годности лекарственного средства, целостность ампулы). 6. Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц. 7. Сменил иглу для инъекции, вытеснил воздух (не снимая колпачок). 8. Придал пациенту удобное положение. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком. 9. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле движением сверху вниз. Обработал другим ватным шариком место инъекции. 10. Левой рукой собрал участок кожи наружной поверхности плеча в треугольную складку основанием вниз. 11. Ввел иглу в основание складки срезом вверх на 2/3 длины снизу вверх под углом 45 градусов к поверхности кожи. 12. Отпустил складку, освободившуюся руку перенес на поршень, медленно ввел лекарственное средство. 13. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлек иглу.  14. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в соответствующие ѐмкости для сбора отходов класса «Б».  15. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»). 16. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции. 17. Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **3. Проведение проветривания и кварцевания**  Использованные ветошь, салфетки и т.д. можно продезинфицировать также способом кипячения. Ерши, щетки замачивают в дезинфицирующем растворе на определенный срок, после чего споласкивают водопроводной водой. Генеральные уборки в ЛПУ проводятся в соответствии с планом-графиком.  В каждом подразделении должно быть определенное количество наборов уборочного инвентаря, в зависимости от числа помещений, в которых должна проводиться уборка. Генеральную уборку проводят в отсутствие больных при открытых фрамугах.  Сначала из помещения удаляют мусор и медицинские отходы, собранные в контейнеры.  Мебель отодвигают от стен. Тщательно моют стены, двери и т.д. уделяя особое внимание выключателям, дверным ручкам, замкам. Ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе, протирают светильники, арматуру, отопительные батареи, мебель, поверхности аппаратов, приборов, освобождая их от пыли. Один раз в месяц моют изнутри окна (снаружи окна моют 1 раз в полгода).   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Наложение мягких повязок на разные участки тела |  | |  | 2. Подкожная инъекция |  | |  | 3. Проведение проветривания и кварцевания |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

Место печати МО

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

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

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

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в педиатрии**

Ф.И.О. обучающегося Юшкова Анжелика Евгеньевна

Группы 409 специальности сестринское дело

Проходившего (ей) преддипломнуюпрактику с 12.05 по 08.06.2020г

За время прохождения практики мною выполнены следующие объемы работ:

**1. Цифровой отчет**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | Виды работ | **Количество** |
| 1. | Постановка сифонной клизмы | освоено |
| 2. | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления ребенку | освоено |
| 3. | Приготовление и наложение транспортных шин | освоено |
| 4. | Составление плана сестринского ухода за больным | освоено |
| 5 | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | освоено |
| 6 | Выписка направлений на консультации специалистов | освоено |
| 7 | Кормление новорожденных из рожка и через зонд | освоено |
| 8 | Введение капель в глаза, нос, уши, | освоено |
| 9 | Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка. | освоено |
| 10 | Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку | освоено |
| 11 | Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции | освоено |
| 12 | Остановка артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности в суставе | освоено |
| 13 | Остановка артериального кровотечения пальцевым прижатием артерии к кости | освоено |
| 14 | Забор крови вакуумной системой | освоено |
| 15 | Антропометрия | освоено |
| 16 | Проведение контрольного взвешивания | освоено |
| 17 | Обработка послеоперационных швов | освоено |
| 18 | Пеленание | освоено |
| 19 | Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку | освоено |
| 20 | Мытье рук, надевание и снятие перчаток | Освоено |
| 21 | Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей. | Освоено |
| 22 | Смена постельного белья | Освоено |
| 23 | Проведение проветривания и кварцевания | Освоено |
| 24 | Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований | Освоено |
| 25 | Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь | Освоено |
| 26 | Проведение ингаляций | Освоено |
| 27 | Проведение очистительной и лекарственной клизмы, введение газоотводной трубки | Освоено |
| 28 | Измерение АД, ЧДД, ЧСС | Освоено |
| 29 | Разведение и введение антибиотиков | Освоено |
| 30 | Постановка очистительной клизмы | Освоено |
| 31 | Забор крови для биохимического и гормонального исследования | Освоено |
| 32 | Подача кислорода через маску и носовой катетер | Освоено |
| 33 | Обработка слизистой полости рта при стоматите | Освоено |
| 34 | Применение мази, присыпки, постановка компресса | Освоено |
| 35 | Наложение окклюзионной повязки | Освоено |
| 36 | Кормление через зонд | Освоено |
| 37 | Раздача медикаментов пациентам | Освоено |
| 38 | Обработка рук хирургическим, современным методом | Освоено |
| 39 | Подача кислорода пациенту | Освоено |
| 40 | Накрытие стерильного стола | Освоено |
| 41 | Наложение мягких повязок на разные участки тела | Освоено |
| 42 | Подкожная иньекция | Освоено |
| 43 | Проведение премедикации | Освоено |
| 44 | Измерение водного баланса у пациента | Освоено |
| 45 | Приготовление столика м/с анестезиологического кабинета | Освоено |
| 46 | Утренний туалет тяжелобольного пациента уход за глазами | Освоено |
| 47 | Туалет гнойной раны | Освоено |
| 48 | Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции | Освоено |
| 49 | Кормление тяжелобольного в постели | Освоено |
| 50 | Пользование стерильным биксом | Освоено |
| 51 | Сбор мочи для анализов | Освоено |
| 52 | Постановка гипертонической клизмы | Освоено |
| 53 | Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных | Освоено |
| 54 | Обучение пациентов правилам проведения ингаляций | Освоено |
| 55 | Надевание стерильного халата и перчаток на себя | Освоено |
| 56 | Наложение давящей повязки при венозном кровотечении | Освоено |
| 57 | Постановка масляной клизмы | Освоено |
| 58 | Уход за мочевым катетером | Освоено |
| 59 | Введение гепарина | Освоено |
| 60 | Приготовление перевязочного материала | Освоено |
| 61 | Оказание сестринской помощи при желудочном кровотечений | Освоено |
| 62 | Уход за кожей слизистыми и т.д. уход за подключичным катетером | Освоено |
| 63 | Постановка масляной клизмы | Освоено |
| 64 | Подготовка пациента и проведение дуоденального зондирования | Освоено |
| 65 | Уход за стомами | Освоено |
| 66 | Снятие швов с послеоперационной раны | Освоено |
| 67 | Термометрия | Освоено |
| 68 | Введение инсулина | Освоено |
| 69 | Определение группы крови | Освоено |
| 70 | Применение холода для остановки кровотичения | Освоено |
| 71 | Постановка периферического венозного катетера | освоено |

# 

# 2. Текстовой отчет

При прохождении производственной практики мною самостоятельно были проведены: Измерение АД, ЧДД, ЧСС\_\_антропометрия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Я хорошо овладел(ла) умениями

Измерение АД, ЧДД, ЧСС\_антропометрия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

Недостаточно освоены \_Нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

подпись (расшифровка

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

подпись (расшифровка

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

подпись (расшифровка

М.П.организации

**Задача**

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

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

Врачом назначен постельный режим.

***Задания***

1. Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
2. Объясните пациенту, как подготовиться к общему анализу мочи.
3. Продемонстрируйте технику заполнения и подключения капельной системы.

Проблемы пациента:

не может обслуживать себя из-за общей слабости и необходимости соблюдать постельный режим;

жажда и сухость во рту, нарушает питьевой режим;

плохо спит;

испытывает напряжение, тревогу и беспокойство в связи с неясным прогнозом заболевания;

риск аспирации рвотными массами из-за того, что пациент находится в постели в положении лежа на спине и обессиливания.

Приоритетная проблема*:*пациента: не может обслуживать себя из-за общей слабости и необходимости соблюдать постельный режим.

Цель*:*пациент будет справляться с активностью повседневной жизни с помощью сестры до улучшения состояния.

|  |  |
| --- | --- |
| **План** | **Мотивация** |
| 1. М/с обеспечит физический и психический покой, по- | Для создания комфортного состояния |
| стельный комфорт |  |
| 2. М/с будет контролировать соблюдение пациентом по- | Для улучшения общего самочувствия и |
| стельного режима. | увеличения диуреза |
| Рекомендует возвышенное положение в постели или |  |
| положение на боку |  |
| 3. М/с обеспечит полноценное, дробное, легкоусвояемое | Для повышения защитных сил организ- |
| питание, с ограничением соли, жидкости и животного | ма уменьшение нагрузки на мочевыде- |
| белка в соответствии с диетой № 7 | лительную систему |
| 4. М/с обеспечит индивидуальными средствами ухода | Для создания комфортного состояния |
| (стакан, судно, утка), а также средствами экстренной |  |
| связи с постом |  |
| 5. М/с обеспечит гигиеническое содержание пациента | Для профилактики вторичной инфекции |
| (частичная санитарная обработка, подмывание, смена |  |
| постельного и нательного белья) |  |
| 6. М/с поможет пациенту организовать досуг | Улучшение настроения, активизация |
|  | пациента |
| 7. М/с будет наблюдать за показателями гемодинамики | для ранней диагностики |

физиологическими отправлениями,.

Для контроля за выделительной функцией почек

2. Для общего анализа мочи предпочтительно использовать «утреннюю» мочу, которая в течение ночи собирается в мочевом пузыре.

Моча должна быть собрана после тщательного туалета наружных половых органов (несоблюдение этого правила может повлечь за собой выявление повышенного количества эритроцитов и лейкоцитов в моче, что затруднит постановку правильного диагноза) в сухую, чистую, хорошо отмытую от чистящих и дезинфицирующих средств посуду – необходимо использовать одноразовые контейнеры.

Для анализа можно собирать всю мочу, однако, в нее могут попасть элементы воспаления мочеиспускательного канала, наружных половых органов. Поэтому, как правило, первую порцию мочи не используют. Вторую, среднюю, порцию мочи собирают в чистую посуду, не касаясь склянкой тела. Посуда с мочой плотно закрывается крышкой.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5 К ДИФФ,ЗАЧЕТУ ПО ПЕДИАТРИИ.**

Ребенок 9 мес. Поступил в стационар с диагнозом железодефицитная анемия, среднетяжелая форма. Жалобы на бледность кожных покров, снижение аппетита, нарушение сна. С 2-х месячного возраста на искусственном вскармливании смесью «Малыш», с 4-х месяцев получает манную кашу 3-4 раза в день. Овощное пюре введено с 5 месяцев, но ест его неохотно, поэтому получает его не регулярно. Соки пьет эпизодически. Мясной бульон, куриный фарш, творог получает ежедневно. В анализе крови: эритроциты 3,6\*10/12/л гемоглобин – 80г/л, ц.п.- 0.7.

ЗАДАНИЕ:

1.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составте план сестринских вмешательств с мотивацией.

2.Обучите мать правилам рационального питания ребенка при анемии.

3.Расскажите о правилах проведения утреннего туалета грудному ребенку.

1. Проблемы пациента: - снижение аппетита.

настоящие*:*

- нерациональное вскармливание,

- нарушение сна,

- дефицит знаний матери о рациональном вскармливании ребенка

потенциальные:

- ухудшение состояния ребенка, связанное с развитием осложнений

Приоритетная проблема - нерациональное вскармливание из-за дефицита знаний матери о вскармливании ребенка.

2. Краткосрочная цель: мать будет свободно ориентироваться в вопросах рационального вскармливания малыша.

Долгосрочная цель: мать организует ребенку правильное питание

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| Медицинская сестра будет проводить с матерью беседы о правильном питании ребенка, о содержании железа и продуктах его содержащих; . | Для ликвидации дефицита знаний матери о питании ребенка. |
| В питании ребенка медицинская сестра порекомендует использовать продукты, богатые железом; | Для ликвидации дефицита железа. |
| Медицинская сестра будет кормить ребенка чаще, малыми порциями; | Для лучшего усвоения железа из пищи. . |
| Медицинская сестра организует прогулки не менее 4-х часов сутки, а также сон на свежем воздухе; 4. | Для улучшения дыхания и повышения защитных сил организма. |
| Медицинская сестра будет проветривать палату в течение 15 минут каждые - 2-3 час. | Для обогащения воздуха кислородом. |
| Медицинская сестра обучит мать простейшим элементам массажа, комплексам гимнастических упражнений, составит индивидуальную схему закаливающих мероприятий ; | Для улучшения кровообращения и повышения защитных сил организма. |
| Медицинская сестра будет выполнять назначения врача. |  |

2. **Прежде всего** – сбалансируйте диету – детям не требуется более 300-400 мл молока или молочных продуктов в сутки, до года цельное молоко в обычном виде не употребляется вообще. Расширьте рацион ребенка за счет мясных и рыбных блюд, птицы. Полезны субпродукты и различные блюда из них – гуляши, холодцы, оладьи.

3.

Обработать правильно глаза ватными шариками, смоченными 0,02% р-ром фурацилина;  
. Обработать носовые ходы сухими ватными жгутиками  
Осмотреть полость рта;  
 Умыть ребенка ватными шариками, смоченными 0,02% р-ром фурацилина; Переложить медальон ребенка на пеленальный стол;  
 Раздеть ребенка, сбросить грязное белье в бак «грязное бельё»;  
 Взять пеленку для предупреждения соприкосновения кожи ребенка с рукой м/с и просушивания после подмывания;  
 Подмыть ребенка под проточной водой;  
 Положить ребенка на пеленальный стол на сухую пеленку, просушить кожу ребенка промокательными движениями;  
 Переложить ребенка на сухой набор для пеленания;  
 Мокрую пеленку сбросить в бак «грязное бельё»;  
 Подвинуть передвижной манипуляционный столик к пеленальному столу;  
 Обработать руки 96 градусным спиртом или кожным антисептиком;  
 Обработать пупочную ранку:  
- закапать 3% р-р перекиси водорода (2-3 капли),  
- просушить палочкой с ватой,  
- открыть крафт-пакет, взять стерильным пинцетом марлевую салфетку, смоченную 96 градусным спиртом и просушить пупочную ранку,  
- обработать пупочную ранку деревянной палочкой с ватой, смоченной 5% р-ром перманганата калия;

. обработать естественные складки деревянной палочкой с ватой, смоченной стерильным маслом сверху вниз  
- заушные,  
- шейные,  
- ладонные,  
- подмышечные,  
- локтевые,  
- лучезапястные,  
- голеностопные,  
- подколенные,  
- паховые,  
меняя палочки (до пояса одной, ниже другой)  
30. Взять стерильный шпатель из крафт-пакета и обработать мазевым составом межягодичную складку;  
31. Запеленать ребенка;