Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный

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

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

# Д Н Е В Н И К

**ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

Наименование практики «Технология оказания медицинских услуг»

Ф.И.О. Гончарюк Олеся Евгеньевна

Место прохождения практики ДИСТАНЦИОННО

(медицинская организация, отделение)

с «25» мая 2020 г. по «06» июня 2020 г.

Руководители практики:

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

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

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

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

Методический руководитель - Ф.И.О. (должность) \_\_ Черемисина А.А \_\_

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

Красноярск

2020

Содержание

1. Цели и задачи практики

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

3. Тематический план

4. График прохождения практики

5. Инструктаж по технике безопасности

6. Содержание и объем проведенной работы

7. Манипуляционный лист

8. Отчет (цифровой, текстовой)

**Цели и задачи прохождения производственной практики**

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

**Задачи**:

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

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

**Практический опыт:**

ПО 1. выявления нарушенных потребностей пациента;

ПО 2. оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий;

ПО3. планирования и осуществления сестринского ухода;

ПО 4. ведения медицинской документации;

**Умения:**

У 1.собирать информацию о состоянии здоровья пациента;

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

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

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

У 5.осуществлять посмертный уход;

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

У 10. заполнять документацию по инструкции;

**Знания:**

З 1.способы реализации сестринского ухода;

З 2.технологии выполнения медицинских услуг;

З 3. последовательность посмертного ухода;

З 4. перечень основной учетно-отчетной документации.

**Тематический план**

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

**График прохождения практики**

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

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

1. Перед началом работы в отделении стационара необходимо переодеться.

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

3. Требования безопасности во время работы:

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

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

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

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

5. Пользоваться средствами защиты глаз и масками для предотвращения попаданий брызг крови и жидких выделений в лицо (во время манипуляций, катетеризации и других лечебных процедур);

6. Рассматривать все белье, загрязненное кровью или другими жидкими выделениями пациентов, как потенциально инфицированное;

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

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

Место печати МО

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

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

Подпись студента Гончарюк Олеся Евгеньевна

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 25.05.20  26.05.20  27.05.20  28.05.20  29.05.20  30.05.20  01.06.20  02.06.20  03.06.20  04.06.20  05.06.20  06.06.20 | В иммунологическую лабораторию  АНАЛИЗ КРОВИ НА ВИЧ  ФИО \_Иванов Иван Иванович  Год рождения \_1981\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес г.Красноярск, ул.Линейная 8,кв88  Место работы \_ООО Рыбнадзор  Код контингента \_115\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_25.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отделение \_\_терапевтическое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО врача Кошкина Д.П.  № отделения 1 № палаты 10  НАПРАВЛЕНИЕ  В бак. лабораторию  Мокрота на микрофлору и чувствительность к антибиотикам  ФИО \_Ивонов Иввн Иванович  Дата: \_25.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_ Гончарюк Олеся Евгеньевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отделение \_терапевтическое \_ № палаты 10  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Общий анализ мочи  ФИО Иванов Иван Иванович  Дата \_25.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_ Гончарюк Олеся Евгеньевна  **Обучение сбор мочи на общий анализ**  Здравствуйте, Иванов Иван Иванович! Я дежурная медицинская сестра, мне необходимо провести Вам инструктаж по сбору мочи.  Накануне необходимо воздержаться от употребления большого количества моркови, свеклы, приема мочегонных средств, сульфаниламидов; нельзя менять питьевой режим за сутки до исследования; перед забором мочи провести туалет наружных половых органов. Утром, после подмывания выделить первую струю мочи в унитаз на счет «один», «два»; задержать мочеиспускание, поднесите банку и собрать в нее 150 - 200 мл мочи. Оставить емкость в ящике для анализов. После чего пациенту задать контрольные вопросы.  **Обучение сбора кал для бактериологического исследования**  Здравствуйте, Иванов Иван Иванович !Я дежурная медицинская сестра, мне необходимо провести с Вами инструктаж по сбору кала на анализ. Кал берется непосредственно из судна сразу после дефекации без примесей воды и мочи, преимущественно из мест с наличием патологических примесей (слизь, зелень, но не кровь)После чего пациенту задать контрольные вопросы.  **Обучение сбора мочи на сахар**  Здравствуйте, Иванов Иван Иванович! Я младшая медицинская сестра. Вам, врач назначил анализ сбор мочи на сахар, Вы не против? Сейчас я вам расскажу,что необходимо делать."Завтра в 8 часов утра опорожните мочевой пузырь в унитаз и да­лее до 8 часов утра следующего дня всю мочу собирайте в 3-х литро­вую банку с Вашей фамилией, которая стоит на полу в санитарной комнате. Последний раз следует помочиться в банку послезавтра в 8 часов утра". После чего пациенту задать контрольные вопросы.   1. **Техника сбора фекалий к копрологическому исследованию.**   Подготовка пациента:  **-** по назначению врача в течение 5 дней пациент получает специальную диету (Шмидта или Певзнера);  - без специального назначения врача пациент придерживается своей обычной диеты, но запрещаются все продуктовые передачи.  Последовательность выполнения:  1.Подготовить емкость, оформить направление  2.Проинструктировать пациента о порядке сбора кала.  Инструктаж пациента.  Непосредственно после дефекации взять лопаткой для забора кала из нескольких участков 5-10 г кала без примесей воды и мочи и поместить в емкость. Емкость оставить на полу в специальном ящике в санитарной комнате.  3.Собранный материал доставить в клиническую лабораторию.  4.Полученные из лаборатории результаты подклеить в историю болезни   1. **Мазок из зева для бактериологического исследования.**   Подготовка к процедуре:   1. Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования, сроки получения результата и получить согласие. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. 3. Поставить стеклографом номер на пробирке, соответствующий номеру направления. 4. Установить пробирку в штатив.   Выполнение процедуры:   1. Сесть напротив пациента. 2. Извлечь тампон из пробирки, придерживая его за пробку (пробирка остается в штативе). 3. Взять шпатель в другую руку; попросить пациента слегка запрокинуть голову и открыть рот; надавить шпателем на корень языка. 4. Не касаясь тампоном слизистой оболочки полости рта и языка, провести тампоном по правой миндалине, затем – небной дужке, язычку, левой небной дужке, левой миндалине. При ясно локализованных очагах материал берется двумя тампонами в две пробирки: из очага и всех участков. 5. Извлечь тампон из полости рта, положить шпатель в лоток для использованного материала, ввести тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности. 6. Поставить пробирку в штатив для пробирок, затем штатив в бикс, уплотнив поролоном. Проверить соответствие номера пробирки с номером направления и Ф.И.О. пациента.   Завершение процедуры:   1. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. 2. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 3. Доставить пробу в лабораторию в контейнере в течение 1 часа. 4. **Мазок из носа для бактериологического исследования.**   Подготовка к процедуре:   1. Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования, сроки получения результата и получить согласие. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. 3. Поставить стеклографом номер на пробирке, соответствующий номеру направления. 4. Установить пробирку в штатив.   Выполнение процедуры:   1. Сесть напротив пациента. 2. Извлечь тампон из пробирки, придерживая его за пробку (пробирка остается в штативе). 3. Свободной рукой приподнять кончик носа пациента, другой рукой ввести тампон легким вращательным движением в нижний носовой ход с одной,затем с другой стороны. 4. Извлечь тампон из полости носа и ввести тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности.   Завершение процедуры:   1. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 2. Доставить пробу в лабораторию в контейнере в течение 1 часа. 3. **Ингаляция лекарственного средства через рот и нос.**   Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: карманный ингалятор.  1. Снять с баллончика защитный колпачок и повернуть его вверх дном.  2. Хорошо встряхнуть баллончик с аэрозолем.  3. Охватить губами мундштук.  4. Сделать глубокий вдох и на вдохе нажать на дно баллончика.  В этот момент выдается доза аэрозоля.  5. Следует задержать дыхание на несколько секунд, затем вы­нуть мундштук изо рта и сделать медленный выдох.  6. После ингаляции надеть на баллончик защитный колпачок. Лекарственное вещество можно вводить и через нос. Сущест­вуют специальные насадки для ингаляции через нос.  **Алгоритм действия:**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: карманный ингалятор.  1. Снять с баллончика защитный колпачок и повернуть его вверх дном.  2. Хорошо встряхнуть баллончик с аэрозолем.  3. Слегка запрокинуть голову.  4. Прижать правое крыло носа к носовой перегородке.  5. Произвести выдох через рот.  6. Ввести наконечник ингалятора в левую половину носа.  7. На вдохе через нос нажать на дно баллончика.  8. Задержать дыхание на несколько секунд и затем медленно выдохнуть через рот.  9.Повторить манипуляцию, введя наконечник в другую поло­вину носа.  **6. Проведение дуоденального зондирования.**  Подготовка пациента: зондирование проводится утром, натощак, накануне легкий ужин, исключая продукты, вызывающие метеоризм, на ночь стакан сладкого чая, теплая грелка на область правого подреберья (грелка не используется при исследовании на лямблии).  Подготовка к процедуре:   1. Объяснить пациенту цель и ход исследования, уточнить аллергоанамнез. Получить согласие на проведение процедуры. 2. Промаркировать пробирки и направление для идентификации. 3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, перчатки. Подготовить оснащение: из упаковки пинцетом достать дуоденальный зонд и положить в стерильный лоток.   Выполнение процедуры:   1. Измерить длину зонда (от мочки уха до резцов, от резцов до пупка и сделать метку №1, прибавить ширину ладони пациента (10-15 см), сделать метку №2). 2. Предложить пациенту сесть, широко открыть рот. В руки пациенту дать полотенце. 3. Смочить зонд стерильной водой и ввести за корень языка, затем постепенно с помощью глотательных движений до метки №1 (зонд в желудке). С помощью шприца с воздухом проверить местонахождение зонда. На свободный конец наложить зажим. 4. Уложить пациента на кушетку (без подушки) на правый бок, под таз подложить валик, под правое подреберье - грелку. 5. Снять зажим, свободный конец зонда опустить в пробирку на штативе на низкой скамейке рядом с кушеткой; выделяется мутное, светлое содержимое желудка. 6. Предложить пациенту медленно заглатывать зонд до метки №2. Продолжительность заглатывания 40-60 мин.   Зонд попадает в 12-перстную кишку и начинает выделяться золотисто-желтая жидкость. Это порция «А», дуоденальная желчь - (содержимое из 12-перстной кишки) - 15-40 мл за 20-30 минут.   1. После первой порции ввести раздражитель с помощью шприца через зонд в теплом виде (для лучшего отхождения порции «В») - 30-50 мл 33% раствора сульфата магния или 40% раствора глюкозы. 2. Уложить пациента на спину, наложить зажим на свободный конец зонда на 10 минут. 3. Уложить пациента на правый бок, снять зажим, опустить зонд в пробирки поочередно выделяется темно-оливковая желчь. Это порция «В», пузырная желчь - (из желчного пузыря) - 30-60 мл за 20-30 минут. 4. Переложить зонд в следующие пробирки, когда начнет выделяться прозрачная, светло-желтая желчь. Это порция «С», печеночная желчь (из желчных протоков) - 15-20 мл за 20-30 мин.   Завершение процедуры:   1. Извлечь зонд при помощи салфетки, дать пациенту прополоскать рот. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. 2. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 3. Отправить все пробирки в лабораторию с направлением (для выявления форменных элементов, простейших и т.д.). 4. Полученные результаты подклеить в исто­рию болезни. 5. **Оставшиеся испражнения удалить в канализацию**.   **Инструктаж по подготовке к забору мокроты на бак. исследование.**  Здравствуйте, я ваша медсестра. Мне необходимо с Вами провести инструктаж по подготовке к забору мокроты на бактериологическое исследование.  1.Натощак, в 8 часов утра перед откашливанием почистите зубы и тщательно прополощите рот кипяченой водой или раствором фурацилина, затем отхаркните мокроту в банку – 3-5 мл., стараясь не допускать попадания слюны.  2.Посуда дается стерильной, поэтому не касайтесь ее краев руками или губами, а после откашливания мокроты емкость сразу же закройте крышкой и отдайте медсестре.   1. Все ли Вам понятно? Если есть вопросы, задавайте. Теперь Я попрошу Вас ответить на мои вопросы, чтобы Я поняла то, как Вы запомнили инструктаж. Спасибо за внимание. До свидания.   **Инструктаж по подготовке пациента к ультразвуковым методам исследования.**  Здравствуйте, я ваша медсестра. Мне необходимо с Вами провести инструктаж по подготовке к УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка) и почек.  1.За 3 дня до исследования назначается бесшлаковая диета для профилактики метеоризма.  2.Нельзя: мясо, черный хлеб, свежие фрукты и овощи, зелень, фасоль и горох, грибы, ягоды, семечки, орехи, варенье с косточками, в т.ч. мелкими (смородиновое и малиновое), виноград, киви.  3.Можно: бульон, отварное мясо, рыба, курица, сыр, белый хлеб, масло, печенье, компоты и кисели, прекратить прием таблетированных слабительных. За 8-12 часов до исследования прекратить прием пищи.  устранения метеоризма.  4.Исследование проводится натощак.  5.Не курить перед исследованием.  6.Накануне исследования, по назначению врача, принимать препараты для  7.Поставить очистительную клизму вечером накануне исследования.  8.Предупредить пациента, чтобы он явился утром, натощак, в кабинет ультразвуковой диагностики в назначенное время (при амбулаторном проведении исследования, взять с собой полотенце).  9.В условиях стационара проводить или транспортировать пациента в кабинет ультразвуковой диагностики с направлением.  Все ли Вам понятно? Если есть вопросы, задавайте. Теперь Я попрошу Вас ответить на мои вопросы, чтобы Я поняла то, как Вы запомнили инструктаж. Спасибо за внимание. До свидания.  **Инструктаж по подготовке пациента к эндоскопическим методам исследования.**  Здравствуйте, я ваша медсестра . Мне необходимо с Вами провести инструктаж по подготовке к ректороманоскопии.  1.За 2 - 3 суток до исследования из диеты исключают продукты, способствующие газообразованию: ржаной хлеб, бобовые, фрукты, молоко.  2.Поставить очистительную клизму вечером и утром за 1,5-2 часа до исследования.  3.Предупредить пациента, чтобы он явился утром в эндоскопический кабинет в назначенное время.  4.В условиях стационара проводить или транспортировать пациента в эндоскопический кабинет с направлением.  5.Опорожнить мочевой пузырь непосредственно перед исследованием.  Все ли Вам понятно? Если есть вопросы, задавайте. Теперь Я попрошу Вас ответить на мои вопросы, чтобы Я поняла то, как Вы запомнили инструктаж. Спасибо за внимание. До свидания.  **Инструктаж по подготовке пациента к рентгенологическим методам исследования**.  Здравствуйте, я ваша медсестра . Мне необходимо с Вами провести инструктаж по подготовке к рентгенологическому исследованию желудка и двенадцатиперстной кишки.  1.За 2-3 дня до исследования исключают из рациона исследуемого продукты, способствующие газообразованию (черный хлеб, овощи, фрукты, бобовые, молоко и т. д.). Накануне исследования легкий ужин.  2.За 14 часов до обследования больной прекращает прием пищи.  3.В день исследования больной не должен есть, пить и курить.  4.При наличии в желудке больного большого количества жидкости, слизи, остатков пищи (например, при органическом сужении выходного отдела желудка) следует промыть желудок за 2-3 часа до исследования.  5.При резко выраженном метеоризме и упорных запорах рекомендуется очистительная клизма теплой водой за 1,5-2 часа до исследования.  Все ли Вам понятно? Если есть вопросы, задавайте. Теперь Я попрошу Вас ответить на мои вопросы, чтобы Я поняла то, как Вы запомнили инструктаж. Спасибо за внимание. До свидания.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Обучение пациента технике сбора мочи | 1 | |  | Мазок из зева и носа для бактериологического исследования. | 1 | |  | Обучение пациента технике сбора фекалий | 1 | |  | Проведение дуоденального зондирования | 1 | |  | Заполнение направлений на анализы | 3 | |  | Инструктаж по подготовке к забору мокроты на бак. исследование | 1 | |  | Инструктаж по подготовке пациента к ультразвуковым методам исследования. | 1 | |  | Инструктаж по подготовке пациента к эндоскопическим методам исследования. | 1 | |  | Инструктаж по подготовке пациента к рентгенологическим методам исследования | 1 | |  | Ингаляция лекарственного средства через рот и нос | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Медицинская документация  форма № 003/у  Утверждена Минздравом СССР  \_\_\_\_\_КГБУЗ ККБ 04.10.80 г. № 1030  наименование учреждения  **МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № 85**  **стационарного больного**  Дата и время поступления 26.05.2020 12час. 00 мин  Дата и время выписки    Отделение\_\_ пульмонологическое палата №  Переведен в отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Проведено койко-дней \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)  Группа крови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Резус-принадлежность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Побочное действие лекарств (непереносимость) \_\_отрицает  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  название препарата, характер побочного действия  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1. Фамилия, имя, отчество \_Иванов Иван Иванович  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.Пол мужской  3. Возраст 30 (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев, до 1 месяца – дней)  4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть)\_г.Красноярск, ул.Мира, д.22, кв.155  вписать адрес, указав для приезжих - область, район,  телефон дочери 89238989098  населенный пункт, адрес родственников и № телефона  5. Место работы, профессия или должность Школа№3, преподаватель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  для учащихся - место учебы; для детей - название детского учреждения, школы;  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  для инвалидов - род и группа инвалидности, иов – да, нет подчеркнуть  6.Кем направлен больной врачом скорой помощи  название лечебного учреждения  7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет  через 72 часов после начала заболевания, получения травмы;  госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).  8. Диагноз направившего учреждения пневмония нижней доли правого легкого  9. Диагноз при поступлении пневмония нижней доли правого легкого   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 10. Диагноз клинический |  | | Дата установления | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |   **ЖУРНАЛ**  **учёта приема больных и отказов в госпитализации**  **Начат "\_25\_" \_\_\_мая\_\_\_\_\_\_ 2020 г. Окончен "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № п/п | Поступление | | ФИО | Дата рождения | Постоянное место жительства, № телефона | Каким уч-ем был направлен или доставлен | Отделение, в которое помещен больной | № карты стационарного больного | Диагноз направившего учреждения | Выписан, переведен в др. стационар, умер | Отметка о сообщении родст-ам или уч-ию | Если не был госпитализирован | | Примечание | | | Указать причину и принятые меры | Отказ в приеме первич., (повтор.) | | Дата | Час |  |  | |  | | | 1 | 25.05.2020 | 8.00 | Иванов Иван Иванович | 06.04.1983 | Улица Мира д.22 кв.155 | Скорая помощь | Пульмонологическое | 1 | Пневмония нижней доли правого легкого | Выписан 01.06.2020 |  |  |  | |  | |   Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код учреждения по ОКПО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Медицинская документация  ККБ Форма № 060/у  Наименование учреждения Утверждена Минздравом СССР  04.10.80 г. № 1030  **ЖУРНАЛ**  **учета инфекционных заболеваний**  **Начат «25» мая 2020 г. Окончен «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № п/п | Дата и часы сообщения (приема) по телефону и дата отсылки (получения) первичного экстренного извещения, кто передал, кто принял | Наименование лечебного учреждения, сделавшего сообщение | Фамилия, имя, отчество больного | Возраст (для детей до 3 лет указать месяц и год рождения) | Домашний адрес (город, село, улица, дом №, кв. №) | Наименование места работы, учебы, дошкольного детского учреждения, группа, класс, дата последнего посещения | | 1 | 25.05.2020 8:00  25.05.2020 8:30  Передала: Гончарюк  Приняла: Соколова | ККБ | Иванов Иван Тванович | 37 лет | г.Красноярск, ул.Мира д.22 кв.155 | ЖКО-2, 23.05.2020 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Дата заболевания | Диагноз и дата его установления | Дата, место госпитализации | Дата первичного обращения | Измененный (уточненный) диагноз и дата его установления | Дата эпид. обследования. Фамилия обследовавшего | Сообщено о заболеваниях (в СЭС по месту постоянного жительства, в детское учреждение по месту учебы, работы и др.) | Лабораторное обследование и его результат | Примечание | |  | Педикулез  25.05.2020 | 25.05.2020,  ККБ | 25.05.2020 |  | 25.05.2020, Гончарюк | Сообщено в СЭС по месту постоянного жительства |  |  | |   **1.** **Обработка обработки волосистой части головы при выявлении педикулёза.**  Подготовка к процедуре:   1. Сообщить пациенту о наличии педикулеза и получить согласие на обработку. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Надеть маску, дополнительный халат, фартук косынку, тапочки, перчатки. 4. Усадить пациента на кушетку, покрытую одноразовой пеленкой. 5. Укрыть плечи пациента клеенчатой пелериной.   Выполнение процедуры:   1. Обработать волосы одним из дезинсектицидных растворов согласно   инструкции к дезинсектицидному средству, следить, чтобы средство  не попало в глаза пациента, для этого можно дать пациенту полотенце скрученное  валиком, а волосы были равномерно обработаны средством.   1. Выдержать экспозицию по инструкции препарата 2. Промыть волосы теплой водой, затем с моющим средством   (обработать кондиционером для облегчения расчесывания), осушить  полотенцем.   1. Перед пациентом на полу разложить листы белой бумаги 2. Вычесать волосы частым гребнем, наклонив голову над белой бумагой,   последовательно разделяя волосы на пряди и вычесывая каждую прядь  (короткие волосы расчесывать от корней к кончикам, длинные от  кончиков к корням).   1. Осмотреть волосы пациента повторно. Убедиться, что вшей нет.   Окончание процедуры:   1. Бумагу с пола аккуратно собрать в металлическую емкость и сжечь   в вытяжном шкафу.   1. Белье и одежду пациента, спецодежду медсестры убрать в клеенчатый   мешок и отправить в дезинфекционную камеру.   1. Гребень, клеенчатую пелерину обработать инсектицидным средством,   промыть проточной водой, просушить.   1. Обработать помещение 2. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 3. Провести гигиеническую обработку рук 4. Сделать отметку на титульном листе медицинской карты стационарного   больного о выявленном педикулезе («Р») или в амбулаторной карте и в  журнале осмотра на педикулез.   1. Отправить экстренное извещение об инфекционном заболевании в ЦГСЭН   (ф. № 058/у), зарегистрировать факт выявления педикулеза по месту  жительства пациента.   1. Повторить осмотр волосистой части головы пациента через семь   дней. При необходимости — провести санитарную обработку.  Медицинская документация  Форма № 058/у  \_\_КГБУЗ ККБ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Утверждена Минздравом СССР наименование учреждения 04.10.80 г. № 1030  **ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ**  **об инфекционном заболевании, пищевом, остром**  **профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку**  1. Диагноз педикулез  подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть)  2. Фамилия, имя, отчество Иванов Иван Иванович  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. Пол мужской  4. Возраст (для детей до 14 лет - дата рождения) \_30 лет\_\_\_\_  5. Адрес, населенный пункт г.Красноярск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Советский\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_район  улица Мира \_\_\_\_\_\_ дом № \_22\_\_ кв. № 155  \_ \_\_индивидуальная\_  (индивидуальная, коммунальная, общежитие - вписать)  6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения)  Школа№3,преподаватель  7. Даты:  заболевания \_26.05.2020  первичного обращения (выявления) \_26.05.2020  установления диагноза \_26.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  последующего посещения детского учреждения, школы  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  госпитализации \_\_26.05.2020  Оборотная сторона ф. № 058/у  8. Место госпитализации \_КГБУЗ ККБ  9. Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и  дополнительные сведения противопедикулезная обработка, средство педикулен  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС  \_\_26.05.2020\_\_\_\_12ч. 30 мин    Фамилия сообщившего Гончарюк Олеся Евгеньевна  Кто принял сообщение \_Петров И.А  12. Дата и час отсылки извещения \_26.05.2020\_\_\_\_13ч. 10 мин  Подпись пославшего извещение \_ Гончарюк Олеся Евгеньевна  Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в журнале ф. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  санэпидстанции.  Подпись получившего извещение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **2. Частичная санитарная обработка пациента.**  Подготовка к процедуре:   1. Здравствуйте сегодня я ваша медсестра. 2. Как я могу к вам обращаться?(…) 3. Информирую пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. 4. Получить согласие. 5. Отгородить пациента ширмой. 6. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, фартук, перчатки.   Выполнение процедуры:   1. Используя правила перемещения пациента в постели подложить   одноразовую адсорбирующую пеленку под верхнюю  часть туловища пациента.   1. Одноразовой рукавицей смоченной в воде,   обтереть пациенту шею, грудь, руки (живот и ноги прикрыты одеялом).  (Нанести средство для сухой обработки на тело и обтереть пациенту шею,  грудь, руки).   1. Вытереть пациенту шею, грудь, руки полотенцем насухо и прикрыть   одеялом.   1. Используя правила перемещения пациента в постели подложить   одноразовую адсорбирующую пеленку под нижнию часть туловища   1. Обтереть живот, спину, нижние конечности, осушить и закрыть одеялом.   Окончание процедуры:   1. Убрать ширму. 2. Одноразовые рукавицы для мытья, одноразовые подкладные   пеленки погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации  отходов класса «Б».   1. Использованное полотенце и грязную одежду пациента   убрать в клеенчатый мешок.   1. Слить воду в канализацию, емкость продезинфицировать   протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции  препарата, помыть чистящим средством, прополоскать проточной водой,  поставить на сушку.   1. Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно   через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук  сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».).   1. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.   **3. Антропометрия пациента.**  **Определение массы тела.**  Подготовка к процедуре:   1. Вымыть руки, надеть перчатки, обработать рабочие поверхности   по инструкции дезинфицирующего средства.   1. Здравствуйте сегодня я ваша младшая медсестра 2. Как я могу к вам обращаться?(…) 3. Предупредупреждаю пациента до проведения измерения 4. (Взвешивание взрослых пациентов проводится натощак утром,   в одни и те же часы, после предварительного опорожнения  мочевого пузыря и кишечника в нательном белье).  Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования.  Получить согласие.   1. Провести гигиеническую обработку рук. 2. Включить весы, уравновесить (весы должны находиться на   ровной поверхности). На платформу весов положить  одноразовую салфетку.  Выполнение процедуры:   1. Предложить пациенту осторожно встать в центре площадки   на салфетку (без тапочек).   1. Произвести взвешивание (зафиксировать результат). 2. Предложить пациенту осторожно сойти с весов. 3. Сообщить результат пациенту. 4. Записать данные взвешивания в температурный лист у.ф. № 004/у. 5. Оценить результат (В норме масса тела по формуле Брокка равна,   примерно, рост минус 100).  Окончание процедуры:   1. Надеть перчатки, одноразовую салфетку сбросить в емкость для   отходов класса «Б».   1. Поверхность весов обработать дважды с интервалом 15 минут или   по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается  профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность.   1. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б». 2. Провести гигиеническую обработку рук.   **Измерение роста пациента.**  Подготовка к процедуре:   1. Вымыть руки, надеть перчатки, обработать рабочие   поверхности по инструкции дезинфицирующего средства.   1. Здравствуйте сегодня я ваша младшая медсестра 2. Как я могу к вам обращаться? Предупреждаю пациента до   проведения измерения. Уточнить у пациента понимание цели  и хода исследования. Получить согласие.   1. Провести гигиеническую обработку рук. 2. Предложить пациенту снять верхнюю одежду и обувь. 3. На основание ростомера положить одноразовую салфетку.   Выполнение процедуры:   1. Встать сбоку ростомера и поднять горизонтальную планку выше   предполагаемого роста пациента.   1. Предложить пациенту встать на основу ростомера так, чтобы пятки,   ягодицы, лопатки и затылок касались вертикальной планки,  а голова была в таком положении, чтобы козелок ушной раковины  и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии.   1. Планшетку ростомера опустить на темя пациента и   определить рост на шкале.   1. Сообщить пациенту его рост. 2. Предложить пациенту сойти с основы ростомера, придерживая   в это время планку, чтобы не травмировать пациента.   1. Записать данные измерения в температурный лист у.ф. № 004/у.   Окончание процедуры:   1. Надеть перчатки, салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б». 2. Поверхность ростомера обработать дважды с интервалом 15 минут   или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается  профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность.   1. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б». 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. **Оценка функционального состояния пациента.**   **Измерение артериального давления.**  Подготовка к процедуре:   1. Здравствуйте сегодня я ваша медсетра   Как я могу к вам обращаться? Предупреждаю пациента за 15 минут  до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или  полежать). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования.  Получить согласие.   1. Убедиться, что мембрана фонендоскопа и трубки целы,   стрелка монометра на нуле, вентиль на груше завинчен.   1. Выбрать правильный размер манжеты. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Попросить пациента принять удобное положение (лечь или сесть).   Выполнение процедуры:   1. Уложить руку пациента в разогнутом положении   (под локоть можно положить сжатый кулак кисти свободной  руки или валик). Освободить руку от одежды.   1. 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.   1. Вставить фонендоскоп в уши и одной рукой поставить мембрану   фонендоскопа на область локтевого сгиба (место нахождения  плевой артерии).   1. Нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации   на лучевой артерии (+ 20-30 мм.рт. ст. т.е. выше предполагаемого АД).   1. Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм.рт. ст. в 1 секунду,   постепенно открывая вентиль.   1. Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны на   шкале манометра соответствующую систолическому АД.   1. Продолжить выпускать воздух из манжеты отметить величину   диастолического давления, соответствующую ослаблению или  полному исчезновению тонов Короткова.   1. Выпустить весь воздух из манжетки и повторить процедуру ч   через 1 – 2 минуты.   1. Сообщить пациенту результат измерения.   Окончание процедуры:   1. Результат АД можно записать в виде дроби на листке бумаги,   в числительном – систолическое давление, в знаменателе –  диастолическое давление (АД 120/80 мм.рт. ст.).   1. Надеть перчатки. Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой,   смоченной антисептиком, обработать манжету.   1. Салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б». 2. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б»,   Провести гигиеническую обработку рук.   1. Результаты занести в температурный листу.ф. № 004/у.   **Измерение артериального пульса.**  Подготовка к процедуре:   1. Здравствуйте сегодня я ваша медсестра 2. . Как я могу к вам обращаться? 3. Предупреждаю пациента за 15 минут до проведения измерения   (пациент должен спокойно посидеть или полежать). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.   1. Провести гигиеническую обработку рук. 2. Попросить пациента принять удобное положение (сидя).   Выполнение процедуры:   1. Предложить расслабить руку, при этом кисти и предплечье не должны   быть «на весу».   1. Прижать 2,3,4- м пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента   (1 палец находится со стороны тыла кисти), почувствовать пульсацию.   1. Если при одновременном исследовании пульсовых волн появляются   различия, то определение других его свойств проводят при исследовании  той лучевой артерии, где пульсовые волны выражены лучше.   1. Взять часы или секундомер. 2. 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.   1. С помощью часов или секундомера определить частоту пульса –   количество пульсовых волн в 1 минуту. Нормальные показатели  частоты пульса 60-80 уд/мин.  Окончание процедуры:   1. Сообщить пациенту результаты исследования. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Результаты занести в температурный листу.ф. № 004/у.   **Измерение частоты дыхательных движений.**  Подготовка к процедуре:   1. Здравствуйте сегодня я ваша медсестра 2. . Как я могу к вам обращаться? 3. Предупреждаю пациента до проведения измерения   (пациент должен спокойно посидеть или полежать).  Психологически подготовить пациента к манипуляции,  преднамеренно предупредив его, что будут определяться  свойства пульса; Получить согласие.   1. Провести гигиеническую обработку рук. 2. Попросить пациента принять удобное положение и не разговаривать. 3. Взять часы или секундомер.   Выполнение процедуры:   1. Положить пальцы правой руки на область лучезапястного   сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса.   1. Подсчитать частоту дыхательных движений грудной   клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки у  женщин или брюшной стенки у мужчин.  Обратить внимание на глубину и ритмичность дыхания.  Окончание процедуры:   1. Сообщить пациенту результаты исследования «пульса». 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Зарегистрировать частоту дыханий за минуту в температурном   листеу.ф. № 004/у.  **5. Транспортировка пациента в лечебное отделение**  Подготовка к процедуре:   1. Здравствуйте сегодня я ваша младшая медсестра   Как я могу к вам обращаться? Информирую пациента о  предстоящей манипуляции и ходе её выполнения.  Получить согласие на выполнение транспортировки.   1. Подготовить каталку к транспортировке, проверить ее исправность. 2. Обработать руки. 3. Застелить каталку. 4. Поставить каталку (кресло-каталку) удобно в данной ситуации.   Выполнение процедуры:   1. Переместить пациента на каталку (кресло-каталку)   одним из известных способов.   1. Укрыть пациента. 2. Транспортировка на каталке: встать: один медработник спереди каталки   спиной к пациенту, другой - сзади каталки, лицом к пациенту.  На кресло-каталке транспортировать пациента так, чтобы его руки  не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки.   1. Транспортировать пациента в отделение с историей болезни. 2. Поставить каталку (кресло-каталку) к кровати, в зависимости от   площади палаты.   1. Убрать одеяло с кровати. 2. Переложить пациента на кровать, одним из известных способов. 3. Убедиться, что пациенту комфортно.   Окончание процедуры:   1. Надеть перчатки. Продезинфицировать каталку (кресло-каталку)   в соответствии с инструкцией к дезинфицирующему средству.   1. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».   Провести гигиеническую обработку рук.  **Алгоритм постановки банок**  Цель: снять острые воспалительные процессы, снизить артериальное давление.  Показания: острые воспалительные процессы верхних дыхательных путей;  миозиты, радикулиты, остеохондрозы; гипертония (вдоль позвоночника в  шахматном порядке отступя от позвоночника 1 – 1,5см.).  Противопоказания: туберкулез, новообразования, кровохарканье, кровотечения,  свежие ушибы и травмы грудной клетки, аллергические реакции, повреждения кожи  и заболевания кожи.  Оснащение: медицинские банки, шпатель, корнцанг, этиловый спирт 96 %-ный,  вазелин, дезинфицирующее средство, полотенце или пеленка, вата, спички, емкость  с водой, ящик для банок, часы, станок для бритья (при необходимости), емкость для  дезинфекции.  Подготовка к процедуре:  1.Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры.  Убедиться в наличии пациента добровольного информированного согласия  на предстоящую процедуры. В случае отсутствия такого уточнить дальнейшие действия  у врача.  2.Убедиться в целостности краев банок и разместить их в ящике, на столе у постели  пациента.  3.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  4.Отрегулировать высоту кровати.  5.Опустить изголовье кровати, помочь пациенту лечь на живот, предложить повернуть  голову на бок, руками обхватить подушку. Освободить от одежды верхнюю часть  туловища.  6.Длинные волосы пациента(ки) прикрыть пеленкой. При наличии волос в месте  постановки банок, заручившись согласием пациента, сбросить их.  Выполнение процедуры:  7.Настести на кожу тонкий слой вазелина.  8.Сделать плотный фетиль из ваты и закрепить корнцанге.  9.Смочить фетиль в спирте и отжать его. Флакон закрыть крышкой и отставить в сторону. Вытереть руки. Зажечь фетиль.  10.Ввести фетиль в банку, предварительно взятую в другую руку.  11.Удержать фетиль в полости банки 2-3 с, извлечь его и быстрым движением  приставить банку к коже больного.  12. Повторить этапы 5-6 необходимое, по числу банок, количество раз.  13.Потушить фитиль, погрузив его в воду.  14.Накрыть поверхность банок полотенцем или пеленкой, а сверху накрыть  больного одеялом.  15.Через 3-5 мин проконтролировать эффективность постановки по выраженному (1 и более см.)  втягиванию кожи в полость банки и убедиться в отсутствии болевых ощущений у пациента.  При неэффективной постановке одной или нескольких банок – снять их и установить повторно.  16.Выдержать экспозицию 15-20 мин.  17.По истечении времени процедуры снять банки (одной рукой отклонить банку в сторону,  другой надавить на кожу с противоположной стороны у края банки, после чего снять банку).  18.Салфеткой удалить с кожи пациента вазелин.  Завершение процедуры:  19.Помочь пациенту одеться.  20.Банки продезинфицировать, вымыть и уложить в ящик.  21.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  22.Уточнить у пациента его самочувствие.  23. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.  **Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей.**  Здравствуйте, я ваша медсестра , сегодня Я проведу Вам обучение по приемам  самопомощи при обструкции дыхательных путей.  Инородное тело малых размеров может выйти с кашлем. Для того, чтобы повысить эффективность  кашля, пострадавший перед кашлевым толчком должен глубоко вдохнуть. В этом случаем выдох будет  начинаться при закрытой голосовой щели. Давление в голосовых путях резко повысится, затем голосовая  щель откроется и струя воздуха вытолкнет инородное тело.  Если инородное тело расположено в области голосовой щели, глубокий вдох перед кашлем будет  невозможен. При этом кашлевые толчки нужно производить за счет воздуха, всегда остающегося в  легких после обычного вдоха. При этом нельзя разговаривать, пытаться сделать глубокий вдох.  Если эти способы не помогли, необходимо поступить следующим образом:  Обеими руками отрывистыми толчками надавить на эпигастральную область  или резко наклониться вперед, упираясь животом в спинку стула и перевешиваясь через нее.  Повышенное давление, созданное в брюшной  полости при выполнении этих приемов, передается через диафрагму на грудную полость, что способствует  выталкиванию инородного тела из дыхательных путей.  Все ли Вам понятно? Если есть вопросы, задавайте. Теперь Я попрошу Вас ответить на мои вопросы,  чтобы Я поняла то, как Вы запомнили само обучение и показать приемы самопомощи.  Спасибо за внимание. До свидания.  **Заполнение температурного листа**     |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнение документации при приеме пациента. | 4 | |  | Обработка волосистой части головы при выявлении педикулёза. | 1 | |  | Частичная санитарная обработка пациента. | 1 | |  | Антропометрия пациента. | 1 | |  | Оценка функционального состояния пациента. | 1 | |  | Транспортировка пациента в лечебное отделение. | 1 | |  | Алгоритм постановки банок | 1 | |  | Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей. | 1 | |  | Измерение АД | 1 | |  | Определение ЧДД | 1 | |  | Заполнение температурного листа | 1 |   ПОРЦИОННОЕ ТРЕБОВАНИЕ  Наименование отделения терапевтическое  Порционное требование  На раздаточную на 27.05.202 (дата: число, месяц, год)  палата №1 палата № 2 палата № 5  Иванов И.И. диета № 5 Семенова В.И диета № 5 Васечкин Р.О. диета №7  Сидоров В.А. диета № 15 Михайлова К.И. диета № 15 Колег Р.Л диета №1  Петров А.А. диета № 5 Крошкина ВИ. диета № 5 Фокус Н.Б. диета № 7  Пенкин В.В. диета № 15 Бунько Р.В. диета № 15 Пацук В.И. диета № 7    палата № 3 палата № 4 палата № 6  Козлов П.П.диета № 15 Кускова С.С. диета № 5 Кубикова Ю.А. диета №7  Жданов С.Б.диета № 7 Мирная Ф.Л. диета № 7 Самсоненко Р.М.диета№10  Кубеков Ф.Г. диета № 15 Шарова С.Ю. диета № 15 Рогова А.Ф. диета № 10  Перек В.В диета № 10 Семенч В.Ю. диета № 15  всего 23 человек  палатная м\с Гончарюк  ФИО подпись    ПОРЦИОННИК ф. № 1-84  На питание больных «27 » 05 20 20г.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Наименование отделения | Количество больных | Стандартные диеты | | | | | Терапевтическое | 23 | 5 | 6 | 3 | 9 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |   Зав. отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО подпись  Ст. мед. сестра отделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО подпись  мед. сестра диетического отделения Гончарюк WWW  ФИО подпись  **1)Алгоритм: подача судна пациенту.**  Подготовка к процедуре   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 3. Отгородить пациента ширмой. 4. Ополоснуть судно теплой водой, оставив в нем немного воды. 5. Открыть нижнюю часть тела.   Выполнение процедуры   1. Попросить пациента согнуть ноги, и приподнять таз, или поверните пациента на бок (помочь пациенту). 2. Под таз пациента положить непромокаемую одноразовую пеленку и подвести судно так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна. 3. Прикрыть пациента одеялом и оставить на некоторое время одного. 4. По окончании дефекации попросить пациента приподнять таз, или повернуться на бок (помочь пациенту), правой рукой извлечь судно.   Завершение процедуры   1. Осмотреть содержимое судна, вылить в унитаз, судно обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима. При наличии патологических примесей (слизи, крови и так далее), оставить содержимое судна до осмотра врачом. 2. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б». Обработать руки, надеть другую пару перчаток. 3. Чистое судно поставить на скамеечку под кровать пациента или поместите в специально выдвигающееся устройство функциональной кровати. 4. Подготовить оборудование для подмывания и подмыть пациента. 5. Убрать ширму. 6. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».   .Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм: применение мочеприемника.**  Подготовка к процедуре   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 3. Попросить пациентов выйти из палаты (по возможности). Отгородить пациента ширмой. 4. Придать пациенту удобное положение (Фаулера). 5. Ополоснуть мочеприемник теплой водой, оставив в нем немного воды. 6. Открыть нижнюю часть тела. 7. Под таз пациента положить непромокаемую одноразовую пеленку   Выполнение процедуры   1. Подать пациенту мочеприемник. Для обеспечения мочеиспускания можно открыть кран с водой. Звук льющейся воды рефлекторно вызывает мочеиспускание. 2. Прикрыть пациента одеялом и оставить на некоторое время одного. 3. По окончании мочеиспускания убрать мочеприемник, отодвинуть ширму.   Завершение процедуры   1. Осмотреть содержимое мочеприемника, вылить в унитаз, мочеприемник продезинфицировать, промыть с моющим средством, прополоскать проточной водой, просушить. 2. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработать руки, надеть другую пару перчаток. 3. Чистый мочеприемник поставить на скамеечку под кровать пациента или поместите в специально выдвигающееся устройство функциональной кровати. 4. Подготовить оборудование для подмывания и подмыть пациента. 5. Убрать ширму. 6. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 7. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **2) Алгоритм: кормление пациента через гастростому.**  Подготовка к процедуре   1. Предупредить (если пациент адекватен) пациента заранее (10-15 мин.) о предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд. 2. Проветрить помещение 3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. 4. Придать пациенту положение Фаулера, рядом с пациентом положить непромокаемую салфетку. 5. Вскрыть упаковку с зондом. 6. Обработать перчатки антисептическим раствором. 7. Вставить заглушку в дистальный конец зонда. 8. Облить конец зонда стерильным вазелиновым маслом и ввести в гастростому.   Выполнение процедуры   1. Снять заглушку с зонда и подсоединить к воронке. Слегка наклонить воронку и наполнить питательной смесью, температура которой 38-40 °С. 2. Медленно поднять воронку, держать прямо, когда пища опустится до устья воронки, следует опустить ее до уровня желудка и снова заполнить питательной смесью. 3. После кормления, промыть воронку кипячёной водой, отсоединить. 4. Наложить зажим на зонд (или закрыть заглушкой) и зафиксировать зонд до следующего кормления, придать пациенту удобное положение.   Завершение процедуры   1. Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья. 2. Пациенту рекомендовать не вставать с постели в течение 1,5-2 часов. 3. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 4. Использованную посуду, воронку поверхность прикроватной тумбочки обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима. 5. Перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 6. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **Алгоритм Кормление тяжелобольного через назогастральный зонд.**  Подготовка к процедуре   1. Предупредить (если пациент адекватен) пациента заранее (10-15 мин.) о 2. Предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд. 3. Проветрить помещение 4. Провести гигиеническую обработку рук, перчатки. 5. Придать пациенту положение Фаулера, на грудь пациента положить непромокаемую салфетку. 6. Обработать перчатки антисептическим раствором   7)Убедиться, что зонд находится в желудке (метка на зонде или при помощи фонендоскопа и шприца Жане).  Выполнение процедуры   1. Набрать в шприц питательную смесь, предварительно приготовленную, удалить из шприца воздух. 2. Снять зажим/заглушку с зонда, подсоединить к зонду шприц с пищей. 3. В Ввести питательную смесь, перекрыть зонд, отсоединить использованный шприц, наложить зажим/заглушку. 4. Подсоединить шприц с водой, снять зажим, промыть зонд, перекрыть зонд, отсоединить использованный шприц, наложить зажим/заглушку.   Завершение процедуры   1. Использованный шприц Жане положить в емкость из-под пищи. 2. Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья. 3. .Пациента на 20-30 минут оставить в положении Фаулера (по возможности), затем придать удобное положение. 4. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 5. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость 6.для сбора отходов класса «Б», многоразовое – обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима. Обработать поверхности. 6. Снять перчатки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 7. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **3)Алгоритм: осуществление ухода за волосами.**  Подготовка к процедуре   1. 1По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть фартук, перчатки. 3. Осмотреть голову пациента на предмет расчесов, распустить волосы (женщине). 4. Приподнять пациенту плечи и спину, при невозможности, повернуть пациента на бок, подстелить под верхнюю часть тела непромокаемую одноразовую пеленку и поставить надувную ванночку для мытья волос, аккуратно и удобно уложить пациента на ванночку.   Выполнение процедуры   1. Смочить волосы водой, нанести шампунь и вспенить массирующими движениями. 2. Смыть водой, при необходимости нанести шампунь повторно и снова тщательно смыть. 3. Приподнять верхнюю часть тела пациента при невозможности, повернуть пациента на бок, на голову накинуть полотенце, убрать из-под плеч ванночку и пеленку. 4. Осушить полотенцем лицо, уши и волосы пациента. 5. Расчесать волосы (короткие от корней, длинные от кончиков к корням). Возможно, высушить волосы феном.   Завершение процедуры   1. Использованную непромокаемую одноразовую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», полотенце в емкость для сбора грязного белья. Из надувной ванночки для мытья волос воду слить в канализацию, ванночку продезинфицировать, промыть с моющим средством, прополоскать проточной водой, просушить. 2. Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».). Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 3. Провести гигиеническую обработку рук. 4. Сделать запись о проведенной процедуре.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнение порционного требования. | 1 | |  | Кормление пациента жидкой пищей через гастростому, назогастральный зонд | 1 | |  | Подача судна и мочеприемника | 1 | |  | Алгоритм осуществление ухода за волосами | 1 | |  |  |  | |  |  |  |     1) **Алгоритм бритье пациента.**  Подготовка к процедуре   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 3. Подготовить необходимое оборудование. 4. Отгородить пациента ширмой.   Выполнение процедуры   1. Помочь пациенту занять положение Фаулера. 2. На грудь пациента положить одноразовую непромокаемую пеленку. 3. В емкость налить воду (температура 40-45°С) 4. Намочить большую салфетку в воде, отжать положить ее на лицо пациента (щеки и подбородок) на 5-10 минут (женщинам не надо). 5. Нанести крем для бритья равномерно на кожу лица по щекам и подбородку (женщине смочите лицо теплой водой в местах роста волос, не используя крем). 6. Побрить пациента, оттягивая кожу в направлении, противоположном движению станка в следующей последовательности: щеки, над верхней губой, под нижней губой, область шеи, под подбородком. 7. Протереть лицо после бритья влажной салфеткой, затем осушить сухой промокательными движениями. 8. Протереть лицо пациента салфеткой, смоченной лосьоном (женщине после лосьона нанести на кожу лица питательный крем). 9. Придать пациенту удобное положение в кровати.   Завершение процедуры   1. Убрать ширму. 2. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 3. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое - поместить в емкость для дезинфекции. 4. Обработать использованные поверхности в палате дезинфицирующим раствором. 5. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 6. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **2) Алгоритм: применение грелки.**  Подготовка к процедуре   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Налить горячую воду (предварительно измерив ее температуру) в грелку 2\3-1\2 объёма. 4. Выпустить воздух. Завинтить плотно пробкой. 5. Перевернуть грелку пробкой вниз, чтобы убедиться, что пробка завинчена плотно, затем вернуть в исходное положение и обернуть пеленкой.   Выполнение процедуры   1. Если пациент без сознания или лишен чувствительности, то необходимо проверить температуру грелки на себе. 2. Положить грелку на нужную область тела. Узнать через 5 минут об ощущениях пациента. 3. Убрать грелку по истечении назначенного врачом времени (20 минут).   Завершение процедуры   1. Осмотреть кожу пациента. Накрыть пациента одеялом. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Надеть перчатки, обработать грелку, после экспозиции промыть ее   проточной водой и повесить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». Вымыть руки.  4)Сделать отметку в «Медицинской карте».  **3)** **Алгоритм: применение пузыря со льдом.**  Подготовка к процедуре   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. 2. Получить согласие на проведение. 3. Вымыть руки. 4. Приготовьте кусочки льда. 5. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. 6. Заполнить пузырь кусочками льда на 1/2 объема и налить один стакан холодной воды 14 – 16 C°. 7. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух 8. Завинтить крышку пузыря со льдом. 9. Обернуть пузырь со льдом полотенцем в четыре слоя (толщина прокладки не менее 2 см).   Выполнение процедуры   1. Положите пузырь со льдом на нужный участок тела. 2. Оставьте пузырь со льдом на 20–30 минут. Периодически узнавать у пациента о самочувствии. 3. Завершение процедуры 4. Убрать пузырь со льдом. 5. Провести гигиеническую обработку рук. 6. Надеть перчатки, обработать пузырь, после экспозиции промыть его проточной водой и положить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». Вымыть руки. 7. Сделать отметку в «Медицинской карте».   **4)** **Алгоритм: применение холодного компресса.**  Подготовка к процедуре   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Подстелить под голову пациента непромокаемую пелёнку.   Выполнение процедуры   1. Сложить оба полотенца в несколько слоев, положить в емкость с холодной водой. 2. Отжать одно полотенце и расправить. 3. Положить на нужный участок тела на 2–3 мин. 4. Снять полотенце через 2-3мин. и погрузить его в холодную воду. 5. Отжать второе полотенце, расправить и положить на кожу на 2-3 мин. 6. Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени (от 5 до 60   мин.). Интересоваться самочувствием пациента.  Завершение процедуры   1. Полотенце сбросить в емкость для сбора грязного белья. Воду слить в канализацию и обработать емкость. 2. Провести гигиеническую обработку рук.   **5) Алгоритм: применение горячего компресса**  Подготовка к процедуре   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. 2. Получить согласие на проведение. 3. Провести гигиеническую обработку рук.   Выполнение процедуры   1. Смочить ткань в горячей воде, хорошо отжать. 2. риложить смоченную ткань к телу. 3. Поверх ткани плотно наложить клеенку. 4. Поверх клеенки положить грелку или теплую шерстяную ткань. 5. Менять компресс каждые 10-15 мин. 6. Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени. 7. Интересоваться самочувствием пациента.   Завершение процедуры   1. Тканевую салфетку сбросить в емкость для сбора грязного белья. 2. Провести гигиеническую обработку рук.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Бритье пациента. | 1 | |  | Применение грелки. | 1 | |  | Применение пузыря со льдом. | 1 | |  | Применение холодного компресса. | 1 | |  | Применение горячего компресса. | 1 | |  |  |  | |  |  |  |   **1) Алгоритм закапывание капель в глаза.**  Подготовка к процедуре   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. 2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 3. Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики 4. .Помочь пациенту занять удобное положение.   Выполнение процедуры   1. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку нужное количество капель, взять в левую руку марлевый шарик. 2. Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз. 3. Закапать в конъюктивальную складку 2-3 капли (не подносить пипетку близко к конъюктиве). 4. Попросить пациента закрыть глаза. 5. Попросить пациента промокнуть вытекшие капли у внутреннего угла глаза. 6. Повторить те же действия при закапывании в другой глаз (при назначении врача). 7. Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.   Завершение процедуры   1. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 2. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 3. Сделать запись о выполненной процедуре.   **2) Алгоритм закапывание сосудосуживающих капель в нос.**  Подготовка к процедуре   1. 1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. 2. 2.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 3. 3.Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики. 4. 4.Помочь пациенту занять удобное положение (сидя).   Выполнение процедуры   1. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача. 2. Попросить пациента сесть, слегка запрокинув голову и склонить её (при закапывании в левую ноздрю - влево, в правую - вправо). 3. .Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос). 4. Попросить пациента прижать пальцем крыло носа к перегородке сразу после закапывания капель и сделать лёгкие круговые движения, не отнимая пальца. 5. Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры. 6. Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия. 7. Спросить у пациента об облегчении носового дыхания через 1-2 минуты.   Завершение процедуры   1. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 2. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 3. Сделать запись о выполненной процедуре.   **Алгоритм закапывание масляных капель в нос.**  Подготовка к процедуре   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. 2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 3. Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики 4. Помочь пациенту занять удобное положение (сидя или лежа).   Выполнение процедуры   1. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача. 2. Попросить пациента сесть или лечь, запрокинув голову. 3. Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос). 4. 4Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры. 5. Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия. 6. Спросить у пациента о том, ощутил ли он вкус капель во рту. Попросить пациента полежать несколько минут.   Завершение процедуры   1. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 2. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести 3. гигиеническую обработку рук. 4. Сделать запись о выполненной процедуре.   **3) Алгоритм закапывание капель в ухо.**  Подготовка к процедуре   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. 2. Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, подогреть лекарственный препарат до температуры тела на водяной бане (поставить флакон в ёмкость с горячей водой, температуру контролировать водным термометром). 3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 4. Выложить пинцетом в лоток стерильные марлевые шарики. 5. Помочь пациенту занять удобное положение (лежа на боку или сидя, наклонив голову в сторону).   Выполнение процедуры   1. Набрать в пипетку 2-3 капли лекарственного средства (в одно ухо – по назначению врача). 2. Оттянуть ушную раковину назад и вверх и закапать 2-3 капли ухо. 3. Повторить те же действия (при наличии назначения врача) при закапывании в другое ухо через несколько минут (чтобы не вытекло лекарственное средство). 4. Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.   Завершение процедуры   1. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 2. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 3. Сделать запись о выполненной процедуре.   **4)** **Алгоритм Кормление тяжелобольного с ложки и поильника**  Подготовка к процедуре   1. Предупредить пациента заранее (10-15 мин.) о предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд. 2. Проветрить помещение. 3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 4. Подготовить столик для кормления. 5. Помочь занять пациенту высокое положение Фаулера (при невозможности – повернуть голову пациента на бок.) 6. Помочь пациенту, вымыть руки и осушить их, грудь пациента прикрыть салфеткой (при кормлении пациента в положении – лежа, голова повернута на бок, положить салфетку под голову и грудь). 7. Обработать перчатки антисептическим раствором.   Выполнение процедуры   1. Наполнить ложку пищей на 2/3 объёма, прикоснуться к губам, поместить пищу на язык. 2. Подождать, пока пациент проглотит пищу (повторять 1 и 2 пункты, пока пациент не насытится).   Дать пациенту попить из поильника (по желанию пациента - давать пить в процессе кормления).  Завершение процедуры   1. Предложить пациенту прополоскать рот водой, или провести орошение полости рта, удалить салфеткой участки загрязнения пищей. 2. Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья, убрать столик с посудой. 3. Пациента на 20-30 минут оставить в положении Фаулера (по возможности), затем придать удобное положение. 4. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 5. Использованную посуду, прикроватный столик, поверхность прикроватной тумбочки обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима. 6. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 7. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **5) Правила одевания подгузника.**  Подготовка к процедуре   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. 3. Отгородить пациента ширмой. Открыть нижнюю часть тела. 4. Снять использованный подгузник, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 5. Подмыть пациента по алгоритму «Уход за наружными половыми органами и промежностью у женщин, мужчин». 6. Дать коже просохнуть.   Выполнение процедуры   1. Повернуть пациента на бок, под ягодицы положить расправленный подгузник строго по середине. 2. Повернуть пациента на спину, развести ноги. 3. Подтянуть на живот переднюю часть подгузника, заднюю часть подгузника   расправить вокруг бедер.   1. Закрепить подгузник при помощи липучек спереди симметрично. 5 2. Расправить подгузник, чтобы не было складок. 3. Придать пациенту удобное положение.   Завершение процедуры   1. Убрать ширму. 2. Перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 3. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков**  Показание: обследование.  Цель: определение функции почек и ряда других органов (сердца, печени, гипофиза).  Оснащение: градуированный мочеприемник (реже З-х литровая банка), направление.  Алгоритм действия.  1. Подготовить мочеприемник.  2. Проинструктировать пациента.  3. Полученные данные внести в температурный лист в графу "Суточный диурез" или подклеить листок в историю болезни.  Инструктаж пациента.  "В 8 часов утра помочитесь в унитаз и далее в течение суток всю мочу собирайте сначала в "утку" и выливайте, только предварительно определив и записав количество. Последний раз помочитесь в "утку" в 8 часов утра следующего дня. Листочек с записями отдайте медицинской сестре\,брату".  Примечание. Соотношение между потребляемой за сутки жидкостью и суточным диурезом носит название водного баланса. Выпитая жидкость включает первые и третьи блюда, овощи, фрукты, а также количество вводимых парентерально растворов. Суточный диурез должен составлять не менее 70-80% от всей потребляемой за сутки жидкости. Быстрое нарастание массы тела и уменьшение выделения мочи по сравнению с количеством выпитой жидкости указывает на наличие отеков в организме пациента.  **Выявление скрытых и явных отеков.**  При осмотре кожных покровов медицинская сестра обращает внимание на наличие отеков.  Отек – это скопление жидкости в тканях. Характерны для хронических заболеваний сердца и почек.  При наличии отеков у пациента необходимо обратить внимание на их локализацию, консистенцию, степень выраженности. В случае выраженной отечности контуры конечностей и суставов сглажены, кожа напряжена, прозрачна, иногда лопается и через трещины просачивается жидкость. Длительно не проходящие отеки вызывают трофические расстройства кожи: она утолщается, грубеет, становится неэластичной.  Отеки могут быть местные и общие:  Местные отеки обусловлены локальными процессами (сдавление вен, нарушение оттока лимфы). Иногда местные отеки возникают в результате аллергической реакции организма, чаще всего на лекарственные вещества, продукты питания, укусы насекомых. Возможны и отеки воспалительного происхождения, основными симптомами которых являются гиперемия кожных покровов, боль, жар.  Общие отеки могут появляться у пациентов с заболеваниями сердца, почек, нарушением питания (кахексия).  Отеки определяются:  • путем надавливания пальцем на кожу: если они имеются, в месте надавливания остается ямка, которая длительное время не исчезает;  • подсчетом водного баланса (ведется учет выпитой жидкости и количества выделенной мочи) Суточный водный баланс – это соотношение между количеством выделенной жидкости из организма и количеством введенной жидкости в течение суток. Учитывается жидкость, содержащаяся во фруктах (условно фрукты и овощи считаются продуктами на 100% состоящими из воды и т.о. количество жидкости, получаемой с ними, определяется их массой), первые блюда (одна тарелка супа – 400-450 мл, из них ½ жидкая часть, ½ густая часть), третьи блюда – 100% жидкость и считаются парентерально введенные растворы. Для учета выпитой больным воды утром ему дается графин с водой, из которого пьет воду только он.  • при взвешивании пациента (в случае скопления жидкости в организме резко увеличивается масса тела).  В зависимости от локализации отека различают:  • гидроторакс (скопление жидкости в плевральной полости);  • гидроперикард (скопление жидкости в полости перикарда);  • асцит (скопление жидкости в брюшной полости);  • анасарку (общий отек туловища).  При хронических заболеваниях сердечно-сосудистой системы отеки появляются обычно к концу дня. Если пациент ходит (вертикальное положение туловища), отеки локализуются на нижних конечностях, при постельном режиме – в области поясницы.  Р**аздача пищи больным**  **Раздача пищи**  1. Раздачу пищи осуществляют буфетчица (раздатчица) и палатная медсестра в соответствии с данными порционного требования.  2. Кормление тяжелобольных осуществляет медсестра у постели пациента.  3. Пациенты, находящиеся на общем режиме, принимают пищу в столовой.  4. Пациентам, находящимся на палатном режиме, буфетчица и палатная медсестра доставляют пищу в палату на специальных столиках.  5. Перед раздачей пищи медсестра и буфетчица должны надеть халаты, маркированные «для раздачи пищи», вымыть руки.  6. Санитарки, занятые уборкой помещений, к раздаче пищи не допускаются.  7. Категорически запрещается оставлять остатки пищи и грязную посуду у постели пациента.    **Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного**  Цель: выбрать назначения.  Оснащение: Медицинская карта стационарного больного, листы назначений, тетрадь для инъекций, в/в вливаний.  Последовательность действий:  1) Выбирайте назначения из медицинской карты ежедневно, после завершения обхода всех пациентов врачами и записей назначений в медицинской карте.  2) Перепишите их в специальную тетрадь или листок назначений, отдельно для каждого пациента.  3) Сведения о назначениях инъекциях передайте в процедурный кабинет, процедурной медсестре.  4) Убедитесь в правильности понимания ваших записей.  5) Перечень назначенных лекарственных средств, написанных по-русски, передайте старшей медсестре отделения.  6) Она суммирует эти сведения и выписывает по определенной форме требование на получение лекарственных средств из аптеки.    **Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения**  **Классификационные признаки групп ЛС для раздельного хранения**  вид применения, агрегатное состояние, физико-химические свойства, срок годности, лекарственная форма .  Так, в зависимости от токсикологической группы должны храниться раздельно ЛС, относящиеся к:  —списку А (ядовитые и наркотические вещества);  —списку Б (сильнодействующие);  —общему списку.  Списки А и Б — это списки ЛС, разрешенных к медицинскому применению Фармакологическим государственным комитетом, зарегистрированных Минздравом РФ и требующих особых мер безопасности и контроля при хранении, изготовлении и применении этих ЛС в силу высокого фармакологического и токсикологического риска.  С учетом фармакологической группы следует раздельно хранить, например, витамины, антибиотики, сердечные, сульфаниламидные препараты и т.д.  Признак «вид применения» обуславливает раздельное хранение лекарственных препаратов для наружного и внутреннего применения.  Лекарственные вещества «ангро» хранят с учетом их агрегатного состояния: жидкие, сыпучие, газообразные и т.д.  В соответствии с физико-химическими свойствами и влиянием различных факторов внешней среды выделяют группы ЛС:  —требующие защиты от света;  —от воздействия влаги;  —от улетучивания и высыхания;  —от воздействия повышенной температуры;  —от воздействия пониженной температуры;  —от воздействия газов, содержащихся в окружающей среде;  —пахучие и красящие;  —дезинфицирующие.  При организации раздельного хранения ЛС необходимо также принимать во внимание срок годности, особенно, если он относительно короткий, например, 6 месяцев, 1 год, 3 года.  Важным признаком, который следует учитывать при раздельном хранении, является вид лекарственной формы: твердые, жидкие, мягкие, газообразные и др.  При хранении не рекомендуется:  —располагать рядом ЛС, созвучные по названиям;  —размещать рядом ЛС для внутреннего применения, имеющие сильно различающиеся высшие разовые дозы, а также располагать их в алфавитном порядке.  Не соблюдение описанных выше правил раздельного хранения ЛС может привести не только к ухудшению или потере потребительских свойств ЛС, но и к ошибке фармацевтического персонала при отпуске качественного, но не того препарата и, как следствие, - к угрозе для жизни или здоровья пациента.  В процессе хранения осуществляют сплошной визуальный контроль за состоянием тары, внешними изменениями ЛС и ИМН не реже одного раза в месяц. В случае изменения ЛС следует проводить контроль их качества в соответствии с НТД и ГФ.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Смена подгузника. | 1 | |  | Закапывание капель в глаза. | 1 | |  | Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос. | 1 | |  | Закапывание капель в ухо. | 1 | |  | Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника. | 1 | |  | Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков | 1 | |  | Раздача пищи больным | 1 | |  | Проведение выборки | 1 | |  | Распределение ЛС(правила хранения) | 1 |     **1.Алгоритм Смена постельного белья продольным способом**  Цель: смена постельного белья тяжелобольным пациентам.  Показания: постельный режим пациента  Противопоказания:  Оснащение: комплект чистого белья (наволочка, простынь, пододеяльник, клеенка, пеленка), средства индивидуальной защиты, емкость для сбора грязного белья, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Мероприятия  Подготовка к процедуре   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Подготовить комплект чистого белья, чистую простыню свернуть в продольный рулон. 3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 4. Отгородить пациента ширмой. 5. Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка) Приготовить емкость для сбора грязного белья.   Выполнение процедуры   1. Снять с одеяла пациента пододеяльник, укрыть пациента пододеяльником на время смены белья. Сложить одеяло и отложить его в «чистую» зону. 2. Убрать подушку из-под головы, снять с нее грязную наволочку, поместить в емкость для сбора грязного белья, надеть чистую и положить в чистую зону. 3. Повернуть пациента на бок от себя так, чтобы больной оказался спиной к расстиланию простыни, другому специалисту контролировать положение пациента на кровати с целью профилактики падения, либо поднять поручень кровати. 4. Края грязной простыни высвободить из-под матраца, и скрутить валиком продольно в направлении спины пациента. Докрутив до тела лежащего, оставить грязную простыню, подоткнув ее под тело пациента. 5. Чистую простыню разложить на кровати и раскручивать в направлении спины пациента, избегая прямого контакта грязного и чистого постельного белья. 6. Повернуть пациента сначала на спину, а затем на другой бок, другому специалисту контролировать положение пациента на кровати с целью профилактики падения, либо поднять поручень кровати. 7. Скрутить грязную простыню и сбросить ее в емкость для сбора грязного белья 8. Раскрутить чистую простыню, тщательно разгладить, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелить подкладную пелёнку. 9. Заправить края чистой простыни под матрац. 10. Под голову положить подушку. 11. Надеть чистый пододеяльник на одеяло, убрать грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья. 12. Накрыть пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедиться, что больному комфортно. Поднять поручни кровати, при их наличии.   Завершение процедуры   1. Убрать ширму. 2. Емкость для сбора грязного белья увезти в санитарную комнату. 3. Обработать поверхности в палате дезинфицирующим раствором. 4. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 5. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре. 6. Примечание: смену белья тяжелобольному пациенту желательно проводить двум специалистам; один специалист снимает грязное белье, другой расстилает чистое. При повороте пациента на бок, поднимать поручни кровати, либо один из специалистов контролирует положение пациента на кровати с целью профилактики падения. При проведении смены белья необходимо интересоваться самочувствием пациента.   **Алгоритм Смена постельного белья поперечным способом, выполняют два человека**  Цель: смена постельного белья тяжелобольным пациентам.  Показания: постельный режим пациента  Противопоказания: укладывание на бок.  Оснащение: комплект чистого белья (наволочка, простынь, пододеяльник, клеенка, пеленка), средства индивидуальной защиты, емкость для сбора грязного белья, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Мероприятия  Подготовка к процедуре   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Подготовить комплект чистого белья, чистую простыню свернуть в поперечный рулон. 3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 4. Отгородить пациента ширмой. 5. Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка) Приготовьте емкость для сбора грязного белья. 6. Снять с одеяла пациента пододеяльник, укрыть пациента пододеяльником на время смены белья. Сложить одеяло и отложить его в «чистую» зону. 7. Приподнять голову пациента, убрать подушку из-под головы, голову опустить, снять с подушки грязную наволочку, поместить в емкость для сбора грязного белья, надеть чистую наволочку и положить в чистую зону.   Выполнение процедуры   1. Освободить края простыни из-под матраца 2. Одной медицинской сестре \ брату приподнять пациента за голову и плечи, удерживая его, другому медработнику одной рукой скатать грязную простынь до середины кровати другой расстелить чистую. 3. На чистую простыню положить подушку и опустить на нее голову пациента. 4. Согнуть пациенту ноги, попросить его приподнять таз (одна медицинская сестра приподнимет таз), другая медицинская сестра сдвигает грязную простыню к ногам пациента и расправляет чистую. 5. Грязную простыню поместить в емкость для сбора грязного белья 6. Раскрутить чистую простыню, тщательно разгладить, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелить подкладную пелёнку. 7. Заправить края чистой простыни под матрац. 8. Под голову пациента положить подушку. 9. Надеть чистый пододеяльник на одеяло, убрать грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья. 10. Накрыть пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедиться, что пациенту комфортно. Поднять поручни кровати, при их наличии.   Завершение процедуры   1. Убрать ширму. 2. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 3. Обработать поверхности в палате дезинфицирующим раствором. 4. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 5. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре. 6. Примечание: смену белья тяжелобольному пациенту желательно проводить двум специалистам; один специалист снимает грязное белье, другой расстилает чистое. При проведении смены белья необходимо интересоваться самочувствием пациента   **Алгоритм Смена нательного белья**  Цель: соблюдение личной гигиены, профилактика опрелостей, пролежней.  Показания: постельный режим пациента.  Оснащение: комплект чистого нательного белья, чистая простыня, средства индивидуальной защиты, емкость для сбора грязного белья, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Мероприятия   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Подготовить комплект чистого белья. 3. Провести гигиеническую обработку рук, маску, перчатки. 4. Отгородить пациента ширмой. 5. Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка). Приготовить емкость для сбора грязного белья. 6. Помочь пациенту сесть на край кровати, (по возможности), либо придать пациенту положение Фаулера. 7. При повреждении конечности рубашку сначала снять со здоровой руки, затем с головы и в последнюю очередь с поврежденной руки, грязную рубашку поместить в емкость для сбора грязного белья.   Выполнение процедуры   1. Укрыть пациента простыней. 2. Помочь пациенту надеть чистую рубашку: сначала на поврежденную руку. 3. Помочь пациенту снять оставшееся белье: носки (в положении сидя), брюки, нижнее белье (в положении лежа), грязное белье поместить в емкость для сбора грязного белья. 4. Помочь пациенту надеть чистое белье: нижнее белье и брюки начинают надевать сначала на поврежденную конечность. 5. Придать пациенту удобное положение в кровати.   Завершение процедуры   1. Убрать ширму. 2. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 3. Обработать использованные поверхности в палате дезинфицирующим раствором. 4. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 5. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **2)Алгоритм частичной санитарной обработки пациента, обтирание пациента**  Цель: осуществить частичную санитарную обработку пациента.  Показания: по назначению врача.  Противопоказания: тяжелое состояние пациента и др.  Оснащение: одноразовые рукавицы для мытья, емкость для воды, жидкое мыло, либо средство для сухой обработки пациента, чистое белье для пациента, водный термометр, маркированные емкости для чистых и грязных одноразовых рукавичек для мытья, емкость для сбора грязного белья, температурный лист, фартук клеенчатый, средства индивидуальной защиты, одноразовые подкладные пеленки 1-2 штуки.  Мероприятия  Подготовка к процедуре   1. По возможности информировать пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Получить согласие. 2. Отгородить пациента ширмой. 3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, фартук, перчатки. 4. Приготовить моющий раствор.   Выполнение процедуры   1. Подложить одноразовую подкладную пеленку под плечи и грудь пациента. 2. Одноразовой рукавицей смоченной в воде, обтереть по массажным линиям лицо пациента: веки, лоб, щеки, нос, уши, область вокруг рта, подбородок. Осушить полотенцем. 3. Одноразовой рукавицей смоченной в воде, обтереть пациенту шею, грудь, руки (живот и ноги прикрыты одеялом). 4. Вытереть пациенту шею, грудь, руки полотенцем насухо и прикрыть одеялом. 5. Обтереть живот, спину, нижние конечности (от коленей - вверх, от коленей - вниз), осушить и закрыть одеялом.   Завершение процедуры   1. Убрать ширму. 2. Одноразовые рукавицы для мытья, одноразовые подкладные пеленки погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б». 3. Использованное полотенце убрать в клеенчатый мешок. 4. Слить воду в канализацию, емкость продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата, помыть чистящим средством, прополоскать проточной водой, поставить на сушку. 5. Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».). 6. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 7. Провести гигиеническую обработку рук. 8. Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.   **3)Алгоритм Обработка наружного слухового прохода**  Цель: предупреждение снижения слуха из-за скопления серы.  Показания: тяжёлое состояние пациента.  Противопоказания: воспалительные процессы в ушной раковине, наружном слуховом проходе.  Оснащение: стерильные: лоток, пинцет, ватные турунды; лоток для использованного материала; перекись водорода 3%; мензурка; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий; средства индивидуальной защиты.  Мероприятия   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 3. Налить в мензурку перекись водорода 3%. 4. Приготовить лоток с ватными турундами. 5. Взять турунду, смочить в 3% раствор перекиси водорода, отжать о стенки мензурки. 6. Оттянуть, левой рукой ушную раковину так, чтобы выровнять слуховой проход (к верху и кзади). 7. Ввести турунду вращательными движениями в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см. на 2-3 минуты. 8. Извлечь турунду из слухового прохода вращательными движениями. При необходимости для очищения использовать несколько турунд. 9. Обработать другой слуховой проход тем же способом. 10. Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Ватные турунды сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 11. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 12. Провести гигиеническую обработку рук. 13. Сделать запись о проведенной процедуре.   **Алгоритм Обработка носовых ходов**  Цель: предупреждение нарушения носового дыхания.  Показания: тяжёлое состояние пациента, наличие выделений из полости носа.  Оснащение: стерильные: лоток, пинцет, ватные турунды; лоток для использованного материала; вазелиновое масло; мензурка; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий; средства индивидуальной защиты.  Мероприятия   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 3. Налить вазелиновое масло в мензурку. 4. Приготовить лоток с ватными турундами. 5. Взять турунду, смочить в вазелиновом масле, Отжать о стенки мензурки. 6. Ввести турунду вращательными движениями в носовой ход на 1-3 минуты. 7. Извлечь турунду из носового хода вращательными движениями. При необходимости для очищения использовать несколько турунд. 8. Обработать другой носовой ход тем же способом. 9. Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Ватные турунды сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 10. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 11. Провести гигиеническую обработку рук. 12. Сделать запись о проведенной процедуре.   **Алгоритм Обработка глаз**  Цель: проведение гигиенической процедуры.  Показания: тяжёлое состояние пациента.  Оснащение: средства индивидуальной защиты; стерильные: лоток, пинцет, марлевые шарики, салфетки; лоток для использованного материала; водный антисептический раствор или стерильная вода; пипетки; вазелиновое масло; физиологический раствор; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Мероприятия   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Осмотреть глаза, оценить состояние. 4. Приготовить лоток с марлевыми шариками и часть залить стерильным вазелиновым маслом, другую часть водным антисептическим раствором или стерильной водой, можно использовать разные мензурки для масла и раствора. 5. Протереть веки по направлению от наружного угла к внутреннему углу глаза шариком, смоченным в вазелиновом масле (шарики отдельно для каждого глаза). 6. Протереть веки сухими ватным шариком в том же направлении (шарики отдельно для каждого глаза). 7. Взять шарик, смоченный в антисептическом растворе или стерильной воде и протереть веки по направлению от наружного угла к внутреннему углу глаза (шарики отдельно для каждого глаза). 8. Протереть веко сухим ватным шариком в том же направлении. 9. Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Марлевые шарики и салфетки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 10. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 11. Провести гигиеническую обработку рук. 12. Сделать запись о проведенной процедуре.   Примечание: для промывания глаз необходимо использовать столько шариков, сколько потребуется для того, чтобы очистить глаза.  При наличии гноевидных выделений в углах глаз промываем конъюктивальную полость из пипетки физраствором, раскрывая веки указательным и большим пальцами, затем протереть сухими шариками.  **Алгоритм Уход за полостью рта**  Цель: профилактика стоматита.  Показания: тяжёлое состояние пациента.  Оснащение: стерильные: лоток, 1 пинцет, салфетки, 2 шпателя, лоток для использованного материала, водный антисептический раствор, полотенце или одноразовая салфетка, грушевидный баллон или шприц Жане, вазелин, стакан с водой, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий., средства индивидуальной защиты.  Мероприятия   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. 3. Приготовить лоток с марлевыми шариками и часть залить антисептическим раствором. 4. Помочь пациенту повернуть голову на бок, шею и грудь накрыть клеенкой, под подбородок подставить лоток. 5. Попросить пациента сомкнуть зубы (снять зубные протез, если они есть). 6. Отодвинуть шпателем щёку пациента, и пинцетом с марлевым шариком, смоченным в антисептическом растворе, обработать каждый зуб от десны, начиная от коренных зубов к резцам, с наружной стороны, слева, затем справа, предварительно сменив шарик. 7. Попросить пациента открыть рот и сменив марлевый шарик, обработать каждый зуб от десны, начиная от коренных к резцам, с внутренней стороны. 8. Сменить марлевый шарик, и обработать язык. 9. Помочь пациенту прополоскать рот или повести орошение с помощью грушевидного баллончика. Оттянуть шпателем угол рта, поочерёдно промыть левое, затем правое защечное пространство раствором. 10. Вытереть кожу вокруг рта сухой салфеткой, смазать губы вазелином, трещины обработать 1% раствором бриллиантового зеленого. 11. Использованные лотки, пинцеты, шпатель, марлевые шарики и салфетки поместить в соответствующие емкости для дезинфекции с последующей обработкой изделий многоразового использования и утилизацией в отходы класса «Б» – одноразового. 12. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 13. Провести гигиеническую обработку рук. 14. Сделать запись о проведенной процедуре.   Примечание: при наличии трещин в углах рта – обработать 1% раствором бриллиантового зеленого.  **4)** **Алгоритм Осуществление ухода за волосами тяжелобольного пациента**  Цель: соблюдение личной гигиены.  Показания: тяжёлое состояние пациента.  Противопоказания: травма головы, заболевания кожи головы  Оснащение адсорбирующая пеленка, приспособление для мытья головы (надувная ванночка), тёплая вода, кружка Эсмарха или кувшин, шампунь, полотенце, индивидуальная расческа, одноразовый клеенчатый фартук, емкость для сбора грязного белья емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, средства индивидуальной защиты.  Мероприятия   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть фартук, перчатки. 3. Осмотреть голову пациента на предмет расчесов, распустить волосы (женщине). 4. Приподнять пациенту плечи и спину, при невозможности, повернуть пациента на бок, подстелить под верхнюю часть тела непромокаемую одноразовую пеленку и поставить надувную ванночку для мытья волос, аккуратно и удобно уложить пациента на ванночку. 5. Смочить волосы водой, нанести шампунь и вспенить массирующими движениями. 6. Смыть водой, при необходимости нанести шампунь повторно и снова тщательно смыть. 7. Приподнять верхнюю часть тела пациента при невозможности, повернуть пациента на бок, на голову накинуть полотенце, убрать из-под плеч ванночку и пеленку. 8. Осушить полотенцем лицо, уши и волосы пациента. 9. Расчесать волосы (короткие от корней, длинные от кончиков к корням). Возможно, высушить волосы феном. 10. Использованную непромокаемую одноразовую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», полотенце в емкость для сбора грязного белья. Из надувной ванночки для мытья волос воду слить в канализацию, ванночку продезинфицировать, промыть с моющим средством, прополоскать проточной водой, просушить. 11. Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».). Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 12. Провести гигиеническую обработку рук. 13. Сделать запись о проведенной процедуре.   **5)Алгоритм оказания помощи пациенту в первом периоде лихорадки**  Мероприятие   1. Обеспечить постельный режим. 2. Тепло укрыть пациента, к ногам положить грелку. 3. Обеспечить обильное горячее питьё (чай, настой шиповника и др.). 4. Контролировать физиологические отправления. 5. Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.   **Алгоритм оказания помощи пациенту во втором периоде лихорадки**  Мероприятие   1. Следить за строгим соблюдением пациентом постельного режима. 2. Обеспечить постоянное наблюдение за лихорадящим пациентом (контроль АД, пульса, температуры тела, за общим состоянием). 3. Заменить теплое одеяло на легкую простыню. 4. Давать пациенту (как можно чаще!) витаминизированное прохладное питье (морс, настой шиповника). 5. На лоб пациента положить пузырь со льдом или холодный компресс, смоченный в растворе уксуса (2 столовых ложки на 0,5 литра воды) - при выраженной головной боли и для предупреждения нарушения сознания. 6. При гиперпиретической лихорадке следует сделать прохладное обтирание, можно использовать примочки (сложенное вчетверо полотенце или холщовую салфетку, смоченные в растворе уксуса пополам с водой и отжатые, нужно прикладывать на 5-10 мин., регулярно их меняя). 7. Периодически протирать слабым раствором соды ротовую полость, a губы смазывать вазелиновым маслом. 8. Питание осуществлять по диете № 13. 9. Следить за физиологическими отправлениями, подкладывать судно, мочеприёмник. 10. Проводить профилактику пролежней.   **Алгоритм оказания помощи пациенту в третьем периоде лихорадки при литическом снижении температуры тела**  Мероприятие   1. Создать пациенту покой. 2. Контролировать t°, АД, ЧДД, РS. 3. Производить смену нательного и постельного белья. 4. Осуществлять уход за кожей. 5. Перевод на диету № 15, по назначению врача. 6. Постепенно расширять режим двигательной активности.   **Алгоритм оказания помощи пациенту в третьем периоде лихорадки при критическом снижении температуры тела**  Мероприятие  Вызвать врача  Организовать доврачебную помощь:   1. уложить пациента на ровную поверхность, убрать подушку из-под головы, приподнять ножной конец кровати; 2. подать увлажненный кислород; 3. контролировать АД, пульс, температуру; 4. дать крепкий сладкий чай; 5. укрыть пациента одеялами, к рукам и ногам пациента приложить грелки; 6. следить за состоянием кожных покровов; 7. следить за состоянием его нательного и постельного белья (по мере необходимости бельё нужно менять, иногда часто). 8. Приготовить для п/к введения 10% раствор кофеин-бензоат натрия, кордиамин, 0,1% раствор адреналина, 1% раствор мезатона. 9. Выполнить назначение врача.   **Алгоритм измерения температуры тела.**  Цель: определение температуры тела.  Показания: контроль за функциональным состоянием пациента.  Оснащение: медицинский термометр, часы, антисептик, температурный лист, емкость для дезинфекции медицинских термометров, полотенце или салфетка.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента до проведения измерения. Получить согласие.  2.Провести гигиеническую обработку рук.  3.Попросить пациента принять удобное положение.  4.Предложить пациенту осушить подмышечную область салфеткой, салфетку сбросить в отходы класса «Б».  5.Проверить, чтобы уровень ртутного столбика находился ниже отметки 35 °С.  Выполнение процедуры:  6.Поместить медицинский термометр в середину подмышечной впадины ртутным резервуаром на 7-10 минут. Пациент должен прижать руку к груди.  7.Извлечь термометр из подмышечной впадины, отметить значение температуры тела, сообщить пациенту.  Завершение процедуры:  8.Стряхнуть термометр, до значения ртутного столбика ниже отметки 35 °С.  9.Поместить термометр в емкость для дезинфекции.  10.Провести гигиеническую обработку рук.  11.Зарегистрировать значение температуры в температурном листе у.ф. № 004/у.  **Алгоритм применения присыпки.**  Цель: профилактика опрелостей.  Показания: опрелости, потливость, кожные заболевания.  Противопоказания: непереносимость лекарственного средства, нарушение целостности кожных покровов.  Оснащение: присыпка, ватный шарик (кисть с мягким ворсом), перчатки, ширма.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  Обеспечить конфиденциальность.  2.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Выполнение процедуры:  3.На чистую сухую кожу (паховые складки, область под молочными железами и др.) без повреждений равномерно нанести присыпку через насадку с распылителем.  4.Распределить порошок с помощью ватного шарика или специальной кисти по большей поверхности.  Завершение процедуры:  5.Использованные материалы (ватные шарики) погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б».  6.Снять перчатки, погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». Убрать ширму. Провести гигиеническую обработку рук.  7.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм действий при втирании линимента (жидкая мазь).**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Противопоказания: воспалительные и гнойничковые заболевания кожи, нарушение целостности кожи, непереносимость препарата.  Оснащение: линимент, приспособление для нанесения втирания (шпатель), ширма, перчатки.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  2.Прочитать название препарата. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве.  3.Попросить пациента занять удобное положение, при необходимости помочь.  Отгородить пациента ширмой.  4.Осмотреть участок кожи, на который нужно нанести втирание.  5.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Выполнение процедуры:  6.Нанести нужное для втирания количество жидкой мази на шпатель или перчатку.  7.Втирать легкими вращательными движениями в определенную врачом поверхность кожи до тех пор, пока не исчезнут следы лекарственного средства (или по инструкции).  8.Тепло укрыть пациента, если этого требует инструкция.  Завершение процедуры:  9.Убедиться в том, что пациент не испытывает дискомфорта после проведенной процедуры.  10.Использованные материалы (шпатель) погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б».  11.Снять перчатки, погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». Провести гигиеническую обработку рук.  12.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм действий при нанесении мази на кожу.**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: мазь (лекарственное средство), одноразовый шпатель, салфетки.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  2.Прочитать название мази. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве.  3.Попросить пациента занять удобное положение, при необходимости помочь. Отгородить пациента ширмой.  4.Осмотреть участок кожи, на котором нужно втирать мазь.  5.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  Выполнение процедуры:  6.Выдавить из тюбика на стеклянную лопаточку (шпатель) мазь (по назначению врача).  7.Нанести мазь тонким слоем на кожу, пользуясь стеклянной лопаточкой (шпателем).  8.Попросить пациента подержать поверхность кожи с нанесенной мазью 10-15 мин. (по инструкции) открытой.  9.Спросить пациента не испытывает ли он дискомфорта в связи с процедурой.  Завершение процедуры:  10.Снять остатки мази с поверхности кожи салфеткой, осмотреть кожные покровы.  11.Использованные салфетки, шпатель погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б».  12.Снять перчатки, погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». убрать ширму. Провести гигиеническую обработку рук.  13.Сделать запись о выполненной процедуре.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Уход за лихорадящим больным. | 1 | |  | Мытье головы. | 1 | |  | Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.) | 1 | |  | Санитарная обработка тяжелобольного в постели. | 1 | |  | Смена нательного и постельного белья. | 1 | |  | Алгоритм измерения температуры тела. | 1 | |  | Нанесение мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента | 1 |   **1)Алгоритм Катетеризация мочевого пузыря у мужчин**  Цель: своевременное выведение из мочевого пузыря мочи с последующим восстановлением нормального естественного мочеиспускания.  Показания: острая задержка мочи; промывание мочевого пузыря и введение в него лекарственных средств; послеоперационный период на органах мочевой и половой системы, забор мочи на исследование по показаниям.  Противопоказания: травма мочевого пузыря.  Оснащение: стерильные: уретральный катетер, пинцеты анатомические -2 шт., лоток; лоток для использованного материала; средства индивидуальной защиты: маска, стерильные перчатки; раствор антисептика на водной основе; стерильное вазелиновое масло; емкость для сбора мочи; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, адсорбирующая пеленка, ширма.  Мероприятия   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен). Обеспечить изоляцию пациента. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, стерильные перчатки. 3. Попросить пациента лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помочь пациенту. 4. Подложить под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку. 5. Подготовить оснащение: стерильный лоток, лоток для использованного материала, 2 стерильных пинцета, стерильные: марлевая салфетка, тампоны, стерильное вазелиновое масло, раствор водного антисептика. 6. Поставить между ног пациента емкость для сбора мочи. Взять стерильную салфетку, обернуть ею половой член ниже головки, отодвинуть крайнюю плоть. 7. Взять пинцетом марлевый тампон, смочить в растворе водного антисептического раствора и обработать головку полового члена сверху вниз от мочеиспускательного канала к периферии, меняя тампоны, не менее двух раз, тампоны сбросить в лоток для использованного материала. 8. Влить несколько капель стерильного вазелинового масла в открытое наружное отверстие мочеиспускательного канала. 9. Взять стерильным пинцетом, зажатый в правой руке, катетер на расстоянии 5-7 см от клюва (клюв опущен вниз). 10. Обвести конец катетера над кистью и зажать между 4 и 5 пальцами (катетер над кистью в виде дуги). Облить конец катетера стерильным вазелиновым маслом на длину 20 см над лотком. 11. Вводить катетер пинцетом, первые 4-5 см, фиксируя 1-2 пальцами левой руки головку полового члена. 12. Перехватить пинцетом катетер еще на 3 - 5 см от головки и медленно погружать в мочеиспускательный канал на длину 19-20 см, опуская, одновременно, левой рукой половой член. 13. Оставшийся конец катетера опустить над емкостью для сбора мочи. 14. Извлечь катетер пинцетом, после прекращения мочевыделения струей, одновременно надавить на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой, для омывания уретры каплями мочи. Катетер поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». 15. Салфетки поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Лотки и пинцеты погрузить в емкости для дезинфекции. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 16. Слить мочу из судна в канализацию, судно погрузить в емкость для дезинфекции. 17. Снять перчатки, маску, поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 18. Сделать запись о проведенной процедуре.   **2)Алгоритм катетеризации мочевого пузыря у женщин**  Цель**:** своевременное выведение из мочевого пузыря мочи с последующим восстановлением нормального естественного мочеиспускания.  Показания: острая задержка мочи; промывание мочевого пузыря и введение в него лекарственных средств; послеоперационный период на органах мочевой и половой системы, забор мочи на исследование по показаниям.  Противопоказания: травма мочевого пузыря.  Оснащение**:** стерильные: уретральный катетер, пинцеты анатомические - 2 шт., корнцанг, лоток; лоток для использованного материала; средства индивидуальной защиты: маска, стерильные перчатки – 2 пары; раствор антисептика на водной основе; стерильное вазелиновое масло; емкость для сбора мочи; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, адсорбирующая пеленка, ширма.  Мероприятия   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен). 2. Обеспечить изоляцию пациентки (поставить ширму). 3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. 4. Попросить пациентку лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помочь пациентке. Подложить под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку, поставить судно. 5. Подготовил оснащение к подмыванию пациентки. 6. Взять в левую руку емкость с раствором для подмывания, в правую - корнцанг с салфетками. Подмыть пациентку движениями сверху вниз, последовательно от лобка к анальному отверстию, меняя салфетки. Осушить кожу в той же последовательности, сменить судно. 7. Салфетки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Корнцанг в емкость для дезинфекции. 8. Снять перчатки. Поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. Надеть стерильные перчатки. 9. Подготовить оснащение для катетеризации: стерильный лоток, 2 стерильных пинцета, стерильные марлевые салфетки, стерильное вазелиновое масло, раствор водного антисептика. 10. Провести туалет половых органов: 11. - раздвинуть левой рукой половые губы, правой рукой с помощью пинцета взять марлевые салфетки, смоченные в растворе антисептика на водной основе, и обработать отверстие мочеиспускательного канала движением сверху вниз между малыми половыми губами, использовать не менее двух салфеток. 12. Сменить марлевую салфетку. Приложить марлевую салфетку, смоченную в растворе антисептика на водной основе к отверстию мочеиспускательного канала. Сбросить салфетку и корнцанг в лоток для использованного материала. 13. Сменить пинцет. Взять пинцетом клюв мягкого катетера на расстоянии 4-6 см от его конца. Обвести наружный конец катетера над кистью и зажаит между 4 и 5 пальцами правой руки. Облить конец катетера стерильным вазелиновым маслом над лотком. 14. Развести левой рукой половые губы, а правой ввести катетер пинцетом на 4-6 см, до появления мочи. Оставшийся конец катетера опустил в емкость для сбора мочи. Пинцет положить в лоток для использованного материала. 15. После прекращения мочевыделения струей, извлечь катетер, одновременно надавливая на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой. 16. Катетер поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Лотки, и пинцеты погрузить в емкости для дезинфекции. Одноразовую пеленку поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». 17. Снять перчатки, маску, поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 18. Сделать запись о проведенной процедуре.   **3)Размещение пациента в положение «на спине».**  Перемещение выполняет один специалист.  Цель перемещения: придать пациенту комфортное положение при вынужденном или пассивном положении, риске развития пролежней, гигиенических процедурах в постели; смене постельного белья.  Оснащение: дополнительные подушки, валики, упор для ног, 1/2 резинового мячика.   1. Перед тем, как начать перемещение, если пациент в состоянии оценить информацию, необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. 2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. 4. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. 5. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 6. Расправить подушку под головой пациента. 7. Убедиться , что пациент лежит горизонтально. 8. Затем придать пациенту правильное положение: 9. расположить руки вдоль туловища ладонями вниз; 10. расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами. 11. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею. 12. Подложите под поясницу небольшой валик или свернутое валиком полотенце. 13. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль бедер, с наружной стороны, от области большого вертела бедренной кости. 14. Подложить небольшую подушку или валик под голень в нижней части. 15. Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90 ° . 16. Подложить под предплечья небольшие подушки. 17. Затем расправить простыню и подкладную пеленку. 18. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. 19. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни. 20. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.   **Расположение пациента в постели в положении Симса.**  Перемещение выполняет один специалист.  Цель перемещения: придать пациенту комфортное положение при вынужденном или пассивном положении, риске развития пролежней, смене положения.  Оснащение: дополнительная подушка, валики, упор для ног, 1/2 резинового мячика.   1. Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. 2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. 4. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. 5. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 6. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати. 7. Убрать одеяло. 8. Переместить пациента на спину и к краю кровати. 9. Переместить его в положение «лежа на боку» и частично «на животе», используя уже ранее изученные способы перемещения пациента на бок. 10. Подложить подушку под голову пациента. 11. Под согнутую, находящуюся сверху, руку поместить по¬душку на уровне плеча. 12. Другую руку положить на простыню. 13. Расслабленную кисть поместите на 1/2 резинового мячика. 14. Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку, чтобы нога оказалась на уровне бедра. 15. У подошвы ноги положить мешок с песком или другой упор для ног. 16. Затем расправить простыню и подкладную пеленку. 17. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. 18. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни. 19. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.   **Расположение пациента в постели в положении Фаулера**  Цель: придать пациенту комфортное положение в постели при вынужденном пассивном положении пациента (в т. ч. при гемиплегии, параплегии, тетраплегии), риске развития пролежней, необходимости осуществления кормления в постели, физиологических отправлений в постели.  Оснащение: подушки, валики, упор для ног.  Выполняется как на функциональной, так и на обычной кровати.   1. Перед тем, как начать перемещение, если пациент в состоянии оценить информацию, необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. 2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. 4. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. 5. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 6. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати. 7. Необходимо убедиться, что пациент лежит горизонтально, посередине кровати. Затем поднять изголовье кровати под углом 45°-60°-90°, или подложить три подушки. 8. Положить небольшую подушку под голову (в том случае, если поднималось только изголовье). 9. Подложить подушку под предплечья и кисти (если пациент не может самостоятельно двигать руками). 10. Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз. 11. Подложить пациенту подушку под поясницу. 12. Подложите небольшую подушку или валик под колени. 13. Подложите небольшую подушку под пятки. 14. Обеспечить упор для поддержания стоп под углом 90° (если необходимо). 15. Затем расправить простыню и подкладную пеленку. 16. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. 17. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни. 18. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.   **Размещение пациента с гемиплегией в положение «на спине».**  Перемещение выполняет один специалист  Цель: придать пациенту комфортное положение в постели при ночном и дневном отдыхе, риске развития пролежней и контрактур, гигиенических процедурах в постели  Оснащение: дополнительные подушки, валики, упор для ног, 1/2 резинового мячика.   1. Перед тем, как начать перемещение, если пациент в состоянии оценить информацию, необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. 2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. 4. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. 5. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 6. Убедиться, что пациент лежит горизонтально. 7. Убрать подушку из-под головы пациента. 8. Под парализованное плечо подложить сложенное полотенце или подушку. 9. Затем отодвинуть парализованную руку от туловища, разогнуть ее в локте и повернуть ладонью вверх. 10. Можно также отвести парализованную руку от туловища, поднять ее, согнув в локте и положив кисть ближе к изголовью кровати. 11. Придать кисти парализованной руки одно из рекомендованных в предыдущих процедурах положений. 12. Под парализованное бедро подложить небольшую подушку. 13. Согнуть колено парализованной конечности под углом 30 ° и положить его на подушку. 14. Обеспечить упор для поддерживания стоп в мягкие подушки под углом 90 ° . 15. Затем расправить простыню и подкладную пеленку. 16. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. 17. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни. 18. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Телосложение: масса тела относительно роста | балл | Тип кожи | балл | Пол  Возраст,  лет | балл | Особые факторы риска | балл | | Среднее  Выше среднего  Ожирение  Ниже среднего | 0  1  2  3 | Здоровая  Папиросная бумага  Сухая  Отечная  Липкая (повышенная температура)  Изменение цвета  Трещины, пятна | 0  1  1  1  1  2  3 | Мужской  Женский  14-49  50-64  65-74  75-81  более 81 | 1  2  1  2  3  4  5 | Нарушение питания кожи, например,  терминальная кахексия  Сердечная недостаточность  Болезни периферических сосудов  Анемия  Курение | 8  5  5  2  1 | | Недержание | балл | Подвижность | балл | Аппетит | балл | Неврологические расстройства | балл | | Полный контроль/ через катетер  Периодическое  через катетер Недержание кала  Кала и мочи | 0  1  2  3 | Полная  Беспокойный, суетливый  Апатичный  Ограниченная подвижность  Инертный  Прикованный к креслу | 0  1  2  3  4  5 | Средний  Плохой  Питательный зонд/ только жидкости  Не через рот / анорексия | 0  1  2  3 | например, диабет, множественный склероз, инсульт, моторные/ сенсорные, параплегия | 4-6 | |  | | | |  | | | | |  | | | | Обширное оперативное вмешательство / травма | | | Балл | |  | | | | Ортопедическое – ниже пояса, позвоночник;  Более 2 ч на столе | | | 5  5 | |  | | | |  | | | | |  | | | | Лекарственная терапия | | | балл | |  | | | | Цитостатические препараты | | | 4 | |  | | | | Высокие дозы стероидов | | | 4 | |  | | | | Противовоспалительные | | | 4 |   Способы определения рисков развития пролежней:  Баллы по шкале Ватерлоу суммируются, и степень риска определяется по следующим итоговым значениям:  - нет риска - 1-9 баллов,  - есть риск - 10 баллов,  - высокая степень риска - 15 баллов,  - очень высокая степень риска - 20 баллов.  У неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить ежедневно, даже в случае, если при первичном осмотре степень риска оценивалась в 1-9 баллов.  **5)Алгоритм Постановка согревающего компресса**  Цель: снятие болей, ускорение рассасывания старых воспалительных процессов  Показания: местные воспалительные процессы кожи и подкожно-жировой клетчатки, воспалительные процессы суставов, воспаление среднего уха, а также старые ушибы (через сутки после травмы).  Противопоказания: отеки, гнойные процессы, свежие ушибы, кровоподтеки, повреждения кожи, кожные заболевания, острые воспалительные процессы, высокая лихорадка, аллергические реакции.  Оснащение: спирт этиловый 45˚ (или емкость с теплой водой 40˚-45˚); бинт; салфетка, сложенная в 8 слоёв; компрессная клеёнка на 2см больше салфетки; ватная подушечка, так же со всех сторон больше клеёнки на 2см, емкость для сбора отходов класса «Б».  Мероприятия   1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Осмотреть кожные покровы. 4. Подготовить салфетку нужного размера 6-8 слоев. Вырезать кусок компрессной клеёнки – на 2см больше салфетки со всех сторон. Приготовить ватную подушечку – на 2см больше компрессной клеёнки, сложить слои – вата, затем компрессная клеёнка, марлевая салфетка. 5. Развести спирт и смочить салфетку в полуспиртовом растворе, слегка отжать и положить сверху компрессной клеёнки (правило «Лесенки» - каждый последующий слой должен быть больше предыдущего по периметру на 1,5 – 2см). 6. Все слои компресса положить на нужный участок кожи (салфетка, клеёнка, слой ваты). 7. Зафиксировать компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии, чтобы он плотно прилегал к коже. 8. Напомнить пациенту, что компресс поставлен на 4-6 часов (полуспиртовый). 9. Проверить качество наложения компресса, для этого через 1,5-2 часа под компресс подсунуть палец и если салфетка сухая, то компресс надо переделать, если нет – подтянуть. 10. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 11. Снять компресс через положенное время, сбросить в емкость для отходов. 12. Вытереть кожу и наложить сухую повязку. 13. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 14. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции пациента в «Медицинской карте стационарного больного».  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Определить степень риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента. | 1 | |  | Разместить пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе | 1 | |  | Провести катетеризацию мочевого пузыря мягким или одноразовым катетером мужчины | 1 | |  | Провести катетеризацию мочевого пузыря мягким или одноразовым катетером женщины | 1 | |  | Поставить согревающий компресс по назначению врача | 1 | |  |  |  |  1. **Обучение Использование мочеприемника**   Оснащение:  1. Чистый мочеприемник.  Ход процедуры:  1. Обработайте руки.  2. Отделите трубку мочеприемника от катетера (дренажа).  2. Слейте мочу из использованного мочеприемника в унитаз, положите его в целлофановый пакет и отложите в сторону (утилизация в отходы класса «Б», в домашних условиях – в контейнер для мусора).  3. Соедините чистый мочеприемник с дренажом.  4. С помощью мерки проверьте размер стомы.  5. Обработайте руки.  Примечание: можно порекомендовать пациенту сшить специальный мешочек для мо¬чеприемника и укрепить его на поясе.  Уровень мочеприемника (а, следовательно, и мешочка) дол¬жен быть обязательно ниже уровня цистостомы. Поэтому чаще всего пациенты носят их в брюках.  Обязательно предупредить пациента, что в случае признаков воспаления стомы (покраснение, гнойнички и т.д.), а также в случае задержки мочи, появления крови в моче срочно обратить¬ся к врачу.  Обучение осуществление ухода за постоянным уретральным катетером  Оснащение: средства индивидуальной защиты, адсорбирующая пеленка, ватные или марлевые шарики, марлевые салфетки, емкость для воды, лейкопластырь, полотенце.  I. Подготовка к процедуре   * 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.   2. Обеспечить конфиденциальность процедуры.   3. Опустить изголовье кровати.   4. Помочь родственнику занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку.   5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.   6. Надеть перчатки.   II. Выполнение процедуры   * 1. Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем.   2. Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см   3. Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает.   4. Осмотреть кожу промежности идентифицируя:   – признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое).   * 1. Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута.   2. Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости.   3. Убрать адсорбирующую пеленку в отходы класса «Б».   III. Окончание процедуры   1. Провести дезинфекцию использованного материала. 2. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.   **2)Алгоритм Уход за постоянным мочевым катетером**  Цель: профилактика инфицирования мочевого пузыря.  Показания: наличие постоянного уретрального катетера.  Оснащение: шприц одноразовый на 10 мл, катетер мочевой одноразовый стерильный с дополнительным отведением для промывания мочевого пузыря, стерильный мочеприемник, стерильный раствор борной кислоты, мазь гентамициновая, барьерное средство для защиты кожи, перчатки нестерильные, адсорбирующая пеленка, стерильные ватные или марлевые шарики, стерильные марлевые салфетки, емкость для воды, лейкопластырь.  Мероприятия   1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Поставить ширму. 3. Опустить изголовье кровати. 4. Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку. 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6. Надеть перчатки. 7. Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем. 8. Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см. 9. Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает. 10. Осмотреть кожу промежности идентифицируя признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое). 11. Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута. 12. Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости. 13. Снять с кровати пеленку (клеенку с пеленкой) и поместить ее в емкость для дезинфекции. 14. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал. 15. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 16. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 17. Уточнить у пациента его самочувствие. 18. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.   **3)Алгоритм действий при втирании мази:**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Противопоказания: воспалительные и гнойничковые заболевания кожи, нарушение целостности кожи, непереносимость препарата.  Оснащение: мазь (лекарственное средство), приспособление для нанесения мази (шпатель), ширма, перчатки.  Алгоритм действий:  I. Подготовка к процедуре  1)Прочитать название препарата.  2)Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве.  3)Помочь пациенту занять удобное положение.  4)Спросить, не хочет ли пациент, чтобы его отгородили ширмой (если в палате находятся другие пациенты).  5)Осмотреть участок кожи, на котором нужно втирать мазь.  6)Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  II. Выполнение процедуры  1) Нанести нужное для втирания количество мази на специальное приспособление.  2) Втирать мазь легкими вращательными движениями в определенную врачом поверхность кожи до тех пор, пока не исчезнут следы мази (или по инструкции).  3) Тепло укрыть пациента, если этого требует инструкция.  III. Окончание процедуры  1) Убедиться в том, что пациент не испытывает дискомфорта после проведенной процедуры.  2) Использованные материалы (шпатель) погрузить в емкость для отходов класса «Б».  3) Снять перчатки, погрузить в емкость для отходов класса «Б». Обработать руки на гигиеническом уровне.  Примечание: пациент может втирать мазь самостоятельно (подушечками пальцев), если мазь не оказывает сильного раздражающего воздействия. Обучая пациента технике выполнения этой процедуры, следует предупредить его о необходимости мытья рук до и после втирания мази.  **4)Нанесение мази на кожу.**  Алгоритм действий:  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: мазь (лекарственное средство), одноразовый шпатель, салфетки.  I. Подготовка к процедуре  1) Прочитать название мази.  2) Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате.  3) Помочь пациенту занять удобное для процедуры положение.  4) Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  II. Выполнение процедуры  1) Выдавить из тюбика на стеклянную лопаточку (шпатель) мазь (по назначению врача).  2) Нанести мазь тонким слоем на кожу, пользуясь стеклянной лопаточкой (шпателем).  3) Попросить пациента подержать поверхность кожи с нанесенной мазью 10-15 мин. открытой.  4) Спросить пациента не испытывает ли он дискомфорта в связи с процедурой.  5) Снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  III. Окончание процедуры  1) Осмотрев кожу, убедитесь, что мазь впиталась в поверхность кожи.  2) Использованные материалы (шпатель) погрузить в емкость для отходов класса «Б».  3) Снять перчатки, погрузить в емкость для отходов класса «Б». Обработать руки на гигиеническом уровне.  **5)Правила обращения с трупом**  Прежде чем тело будет передано из отделения в морг, медицинская сестра выполняет ряд процедур, являющихся финальным проявлением уважения и заботы по отношению к пациенту. Особенности процедур разные в разных лечебных учреждениях и чаще зависят от культурных и религиозных особенностей скончавшегося и его семьи.  Поддержку семье, другим пациентам и персоналу может оказать священник.  В некоторых лечебных учреждениях после констатации смерти в отделение приглашаются сотрудники морга, которые проводят подготовку к прощанию с пациентом.  Сотруднику, впервые выполняющему данную процедуру или являющемуся родственником покойного, требуется поддержка.  Оборудование  – форма передачи ценностей и документов  – формы извещения о смерти  – одноразовый фартук и чистые простыни  – одноразовые перчатки  – идентификационные браслеты  – широкая липкая лента  – мыло  – лоток  – заглушка  – конверт  – лейкопластырь  – одноразовые салфетки  Подготовьте оборудование заранее. По возможности всё должно быть  одноразовым. Заранее ознакомьтесь с правилами лечебного учреждения  в отношении данной процедуры.  Уединённость должна обеспечиваться постоянно.  Важно, что бы близкие могли выразить свои чувства в тихой, спокойной обстановке.  Как правило, смерть констатирует лечащий врач отделения, который и выдает медицинское заключение о смерти.  Констатация смерти должна быть внесена в сестринский журнал и в историю болезни.  Во избежание контакта с биологическими жидкостями и для предотвращения инфицирования, наденьте перчатки и фартук. Заранее ознакомьтесь с местными правилами инфекционного контроля.  Порядок действий  1. Установите ширму.  2. Наденьте перчатки и фартук.  3. Положите тело на спину, уберите подушки.  4. Поместите конечности в нейтральное положение (руки вдоль тела). Уберите любые механические приспособления, например шины. Трупное окоченение появляется через 2-4 часа после смерти.  5. Полностью накройте тело простынёй, если Вы вынуждены отлучиться.  6. Аккуратно закройте глаза, обеспечив легкое давление, в течение 30 сек. на опущенные веки.  7. Раны с выделениями должны быть закрыты чистой непромокаемой пеленкой, надежно зафиксированы широкой липкой лентой во избежание протекания.  8. Выясните у родственников, необходимо ли снять обручальное кольцо. Заполните форму и обеспечьте сохранность ценностей. Украшения должны сниматься в соответствии с правилами лечебного учреждения в присутствии второй медсестры. Список украшений должен быть внесён в форму уведомления о смерти.  9. Заполните формы, идентифицирующие пациента, и идентификационные браслеты.  10. Закрепите браслеты на запястье и лодыжке.  11. Извещение о смерти должно заполняться в соответствии с правилами лечебного учреждения, которые могут предписывать закрепление данного документа на одежде пациента или простыне.  12. Накройте тело простынёй.  13. Свяжитесь с санитарами для перевозки тела в морг. Родственники ещё раз могут проститься с умершим в похоронном зале после разрешения персонала морга.  14. Снимите и утилизируйте перчатки и фартук в соответствии с местными правилами и вымойте руки.  15. Все манипуляции должны быть документированы. Делается запись о религиозных обрядах. Фиксируются также данные о способе завертывания тела (простыни, мешок) и наложенных повязках (на раны, на отверстия).  **Опорожнение мочевого дренажного мешка**  Представиться пациену, объяснить ход и цель процедуры, получить согласие;  • вымыть руки, надеть перчатки;  • поставить емкость для сбора мочи под отводной трубкой дренажного мешка;  • освободить отводную трубку от держателя;  • открыть зажим трубки, слить мочу в емкость (отводная трубка не должна прикасаться к стенке емкости для сбора мочи);  • закрыть зажим;  • протереть конец отводной трубки тампоном, смоченным 70-градусным спиртом (двукратно);  • закрепить отводную трубку в держателе;  • снять перчатки;  • убедиться, что трубки, соединяющие катетер и дренажный мешок, не перегнуты  Сделать запись  **Алгоритм профилактики пролежней.**  Цель: профилактика пролежней.  Показания: строгий постельный режим пациента.  Оснащение: упаковка со стерильным лотком, пинцетом и салфетками, 10% раствор камфорного спирта, или 40° этилового спирта, нательное и постельное белье, противопролежневые круги и валики, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Подготовка к процедуре:  1.По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  2.Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  3.Подготовить необходимое оборудование.  4.Отгородить пациента ширмой.  Выполнение процедуры:  5.Осмотреть кожу в местах возможного образования пролежней (затылок, лопатки, локти, крестец, пятки и т.д.).  6.Убрать крошки с простыни, расправить простыню.  следить за отсутствием на постельном и нательном белье складок.  7.Изменить положение тела больного (несколько раз в день, желательно каждые 2 часа, если позволяет его состояние: на спину, на бок, на живот, в положение Симса, в положение Фаулера.  8.Обработать кожу в местах возможного образования пролежней (с нейтральным мылом или средством для сухой обработки кожи).  9.Сухую неповрежденную кожу обработать салфетками, смоченными в теплом камфорном или этиловом спирте.  10.Нанести защитный крем.  11.Растереть мягкие ткани в местах возможного образования пролежней (кроме выступающих костных участков).  12.Подкладывать надувной резиновый круг, вложенный в наволочку, так чтобы крестец находился над его отверстием.  13.Подложить поролоновые круги под локти и пятки пациента.  14.Обучить родственников пациента мероприятиям по профилактике пролежней.  Завершение процедуры:  15.Убрать ширму.  16.Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  17.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  **Алгоритм раздачи лекарственных средств пациентам.**  Цель: раздача лекарственных средств пациентам и контроль приема препаратов.  Показания: назначение врача.  Оснащение: передвижной столик, емкости с лекарственными препаратами (твердыми и жидкими), пипетки (отдельно для каждого флакона с каплями), мензурки, графин с водой, ножницы, листки назначений, антисептический раствор для гигиенической обработки рук.  Мероприятия:  1.Поставьте на передвижной столик емкости с лекарственными препаратами (твердыми и жидкими), пипетки (отдельно для каждого флакона с каплями), мензурки, графин с водой, ножницы, листки назначений.  2.Переходя от пациента к пациенту, раздайте лекарственные средства у постели пациента согласно назначениям врача.  3.Давая лекарственное средство пациенту, предоставьте ему необходимую информацию.  4.Научите пациента принимать различные лекарственные формы перорально и сублингвально.  5.Пациент должен принять лекарственное средство в вашем присутствии.  При раздаче лекарственных средств нужно учитывать следующее:  1.Лекарственные средства чаще даются внутрь до еды за 15-30 минут, так как при взаимодействии с пищей замедляется их всасывание.  2.Препараты, раздражающие слизистую оболочку желудочно-¬кишечного тракта  (препараты железа, ацетилсалициловая кислота, раствор кальция хлорида и др.) принимают после еды через 15-30 минут.  3.Ферментативные препараты, улучшающие процессы пищеварения  (фестал, панзинорм, сок желудочный и др.) даются пациенту во время еды.  4.Препараты, назначенные пациенту "натощак", должны быть приняты за 20-60 минут до завтрака.  5.Снотворные принимаются за 30 минут до сна.  6.Нитроглицерин, валидол (при необходимости) хранятся у пациента на тумбочке постоянно.  7.Настои, отвары, растворы, микстуры, назначаются обычно столовыми ложками (15 мл), в условиях стационара удобно пользоваться градуированными мензурками.  8.Спиртовые настойки, экстракты и некоторые растворы  (например, 0,1% раствор атропина сульфата, настойка пустырника) назначают в каплях.  Если во флаконе с лекарственным веществом нет вмонтированной капельницы, то используют пипетки. Для каждого лекарственного вещества должна быть отдельная пипетка!  9.Пилюли, драже, капсулы, таблетки, содержащие железо, принимаются в неизменном виде.  **Журнал учета антибактериальных и дорогостоящих препаратов.**  Наименование средства: \_\_\_\_Tetracyclinum\_\_\_\_  Единица измерения: \_\_\_\_\_\_упаковка\_\_\_\_\_\_  Приход   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № п/п | Дата получения | Поставщик, номер накладной | Кол-во препарата | Фамилия  получившего | Подпись | | 1 | 04.06.2020 | Аптека, №151 | 1 упак. | Гончарюк | Гончарюк |   Расход   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Дата  выдачи | №  поста | Кол-во  препарата | Получил | | Отпустил  (ФИО) | Подпись | Остаток | | ФИО | Подпись | | 04.06.  2020 | 5 | 1 упак. | Гончарюк | Гончарюк | Иванов  С.И. | Иванов | 0 |   **Журнал учета этилового спирта.**  Наименование средства: \_\_\_\_\_Spiritus aethylicus\_\_\_\_\_  Единица измерения: \_\_\_мл\_\_\_  Приход   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № п/п | Дата получения | Поставщик,  номер накладной | Кол-во  препарата | Фамилия получившего | Подпись | | 1 | 04.06.2020 | Аптека, №321 | 450 | Гончарюк | Гончарюк |   Расход   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Дата  выдачи | Кол-во  препарата | Получил | | Отпустил | Подпись | Остаток | | ФИО | Подпись | ФИО | | 04.06.  2020 | 450 | Гончарюк | Гончарюк | Иванов Сергей Иванович | Иванов | 0 |   **Журнал учета сильнодействующих препаратов.**  Наименование средства: \_\_\_\_Clonazepam\_\_\_\_  Единица измерения: \_\_\_\_упаковка\_\_\_\_  Приход   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № п/п | Дата получения | Поставщик,  номер накладной | Кол-во  препарата | Фамилия получившего | Подпись | | 1 | 04.06.2020 | Аптека, №234 | 1 упак.  (25 табл.) | Гончарюк | Гончарюк |   Расход   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Дата  выдачи | №  поста | Кол-во  препарата | Получил | | Отпустил  (ФИО) | Подпись | Остаток | | ФИО | Подпись | | 04.06.  2020 | 4 | 1 упак.  (25 табл) | Гончарюк | Гончарюк | Иванов  Сергей Иванович | Иванов | 0 |   **Журнал учета наркотических средств.**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Приход | | | | Расход | | | | | | Дата | Откуда получено,  № документа | Кол-во | ФИО,  подпись | Дата  выдачи | ФИО пациента, № истории болезни | Кол-во  Использованных ампул | Отаток | Подпись ответственных за хранение и выдачу | | 04.06.  2020 | Аптека,  №4 | 1 | Гончарюк | 04.06.  2020 | Виник  Илья Сергеевич | 1 | 0 | Вальник  Ирина Павловна |   **Листок учета наркотических средств.**  ФИО больного \_\_\_\_Липина Ирина Петровна\_\_\_\_  № истории болезни \_\_\_\_5\_\_\_\_   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № п/п | Дата инъекции | Часы | Наименование, кол-во | Подпись м/с | Подпись  врач | | 1 | 04.06.2020 | 9:45 | Atropinum, 20 мг | Гончарюк | Куклина  М.П. |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером | 1 | |  | Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также пользованию съемным мочеприемником | 1 | |  | Втирание мази в кожу, нанесение мази на кожу пациента | 1 | |  | Осуществить посмертный уход. | 1 | |  | Опорожнить мочевого дренажного мешка | 1 | |  | Алгоритм профилактики пролежней. | 1 | |  | Раздача лекарственных средств пациентам. | 1 | |  | Заполнение Журнала ЛС | 5 |   **1)ВНУТРИКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**  1. Ознакомился с листом назначения. Установил контакт с пациентом. Идентифицировал пациента.  2. Объяснил ход и цель процедуры, уточнил аллергологический анамнез, получил согласие на предстоящую процедуру.  3. Предложил пациенту занять удобное положение, предварительно положив на кушетку одноразовую пеленку.  4. Приготовил: 2 шприца емкостью 1.0 мл (1 шприц, емкостью 1.0 мл и стерильную иглу), асептические спиртовые салфетки (3 шт.), предварительно проверив герметичность и срок годности упаковок; пилочку для подпила ампул, ножницы или пинцет для открытия флакона; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки.  5. Приготовил и сверил с листом назначения наименование приготовленного флакона/ампулы с лекарственным препаратом. Сверил название и дозу на ампуле / флаконе с упаковкой, проверил содержимое на признаки непригодности.  6. Обработал руки мылом и водой, осуши, надел маску. Обработал руки антисептиком, дождался, пока руки высохнут, надел нестерильные перчатки.  7. Открыл и, при необходимости, собрал шприц внутри упаковки.  8. Открыл 3 спиртовые салфетки, не вынимая их из упаковок.  9. Обработал и вскрыл шейку ампулы\вскрыл металлическую пробку и обработал крышку флакона спиртовой салфеткой, упаковку от салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «А», салфетку в емкость для сбора класса «Б» .  10. Набрал в шприц нужное количество лекарственного препарата по назначению врача. Пустой флакон/ ампулу поместил в емкость для сбора отходов класса «А». Стекло».  11. Снял иглу рукой и поместил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий с маркировкой «Отходы. Класс Б», присоединил новую иглу, проверил ее проходимость и удалил остатки воздуха из шприца, вытеснив капельку лекарственного средства, не снимая колпачка с иглы.  12. Положил шприц, заполненный лекарственным препаратом в упаковку.  13. Убедился, что пациент занял удобное положение, визуально определил и пропальпировал место выполнения инъекции. Обработал двукратно место инъекции антисептическими салфетками, упаковку от салфеток сбросил в емкость для сбора отходов класса «А», использованные салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  14. Дождался, пока кожа высохнет.  15. Извлек шприц из упаковки, упаковку поместил в емкость для сбора отходов класса «А», снял колпачок с иглы, убедившись, что из шприца удалены остатки воздуха, колпачок скинул в емкость для сбора отходов класса «А».  16. Обхватил предплечье пациента снизу, растянул кожу пациента на внутренней поверхности средней трети предплечья. Ввел в кожу пациента в месте предполагаемой инъекции только конец иглы срезом вверх под углом 10-15°. Ввел лекарственный препарат до появления папулы.  17. Извлек иглу, придерживая канюлю. К месту введения препарата не прижимал салфетку с антисептическим раствором.  18. Отсек иглу в непрокалываемый контейнер для сбора отходов класса «Б», шприц в неразобранном виде поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  19. Уточнил у пациента о его самочувствии, при необходимости проводил до палаты.  20. Одноразовую пеленку с кушетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработал поверхность манипуляционного стола, кушетки дезинфицирующими салфетками, согласно инструкции к используемому средству, салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  21. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  22. Сделал запись о проведенной процедуре: в листе назначения; в листе назначения в qMS.  **2)Алгоритм подкожное введение**  1. Ознакомился с листом назначения. Установил контакт с пациентом. Идентифицировал пациента.  2. Объяснил ход и цель процедуры, уточнил аллергологический анамнез, получил согласие на предстоящую процедуру.  3. Предложил пациенту занять удобное положение, предварительно положив на кушетку одноразовую пеленку.  4. Приготовил: 2 шприца емкостью 1.0 -2.0 мл (1 шприц, емкостью 1.0-2.0 мл и стерильную иглу), асептические спиртовые салфетки (4 шт.) , предварительно проверив герметичность и срок годности упаковок; пилочку для подпила ампул, ножницы или пинцет для открытия флакона; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки.  5. Приготовил и сверил с листом назначения наименование приготовленного флакона/ампулы с лекарственным препаратом. Сверил название и дозу на ампуле / флаконе с упаковкой, проверил содержимое на признаки непригодности.  6. Обработал руки мылом и водой, осуши, надел маску. Обработал руки антисептиком, дождался, пока руки высохнут, надел нестерильные перчатки.  7. Открыл и, при необходимости, собрал шприц внутри упаковки.  8. Открыл 4 спиртовые салфетки, не вынимая их из упаковок.  9. Обработал и вскрыл шейку ампулы\вскрыл металлическую пробку и обработал крышку флакона спиртовой салфеткой, упаковку от салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «А», салфетку в емкость для сбора класса «Б» .  10. Набрал в шприц нужное количество лекарственного препарата по назначению врача. Пустой флакон/ ампулу поместил в емкость для сбора отходов класса «А». Стекло».  11. Снял иглу рукой и поместил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий с маркировкой «Отходы. Класс Б», присоединил новую иглу, проверил ее проходимость и удалил остатки воздуха из шприца, вытеснив капельку лекарственного средства, не снимая колпачка с иглы.  12. Положил шприц, заполненный лекарственным препаратом в упаковку.  13. Убедился, что пациент занял удобное положение, визуально определил и пропальпировал место выполнения инъекции. Обработал двукратно место инъекции антисептическими салфетками, упаковку от салфеток сбросил в емкость для сбора отходов класса «А», использованные салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  14. Дождался, пока кожа высохнет.  15. Приготовил спиртовую салфетку, скинув упаковку от салфетки в емкость для сбора отходов класса «А». Извлек шприц из упаковки, упаковку поместил в емкость для сбора отходов класса «А», снял колпачок с иглы, убедившись, что из шприца удалены остатки воздуха, колпачок скинул в емкость для сбора отходов класса «А».  16. Захватил указательным и большим пальцами руки кожу с подкожной клетчаткой на участке инъекции. Взял шприц, придерживая канюлю иглы указательным пальцем. Ввел иглу в основание образованной складки быстрым движением под углом 30–45° на две трети ее длины. Отпустил складку. Потянул поршень освободившейся рукой, убедился, что в шприц не поступает кровь.  17. Медленно ввел лекарственный препарат, сохраняя положение шприца. Приложил антисептическую салфетку к месту инъекции и извлек шприц с иглой, придерживая канюлю указательным пальцем (при введении инсулина салфетка стерильная сухая), не отрывая салфетку, слегка помассировал место введения препарата.  18. Попросил пациента держать прижатым место инъекции.  19. Отсек иглу в непрокалываемый контейнер для сбора отходов класса «Б», шприц в не разобранном виде поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  20. Убедился в отсутствии наружного кровотечения в области инъекции забрал у пациента салфетку и поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  21. Уточнил у пациента о его самочувствии, при необходимости проводил до палаты.  22. Одноразовую пеленку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработал поверхность манипуляционного стола, кушетки дезинфицирующими салфетками, согласно инструкции к используемому средству, салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  23. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  24. Сделал запись о проведенной процедуре: в листе назначения; в листе назначения в qMS.  **3)Алгоритм внутривенное введение**  1. Ознакомился с листом назначения. Установил контакт с пациентом. Идентифицировал пациента. Объяснил ход и цель процедуры, уточнил аллергологический анамнез, получил согласие на предстоящую процедуру.  2. Предложил пациенту занять удобное положение на спине, предварительно положив на кушетку одноразовую пеленку.  3. Приготовил: шприц объемом 10,0 или 20,0 мл, стерильную иглу, асептические спиртовые салфетки (5 шт.), проверив герметичность упаковок и срок годности; пилочку для подпила ампул, ножницы или пинцет для открытия флакона; венозный жгут, подушечку из влагостойкого материала, средства индивидуальной защиты: маска, очки, перчатки; одноразовую пеленку.  4. Приготовил и сверил с листом назначения наименование приготовленного флакона/ампулы с лекарственным препаратом и растворителем. Сверил название и дозу на ампуле / флаконе с упаковкой, проверил содержимое на признаки непригодности.  5. Обработал руки мылом и водой, осуши, надел маску, очки. Обработал руки антисептиком, дождался, пока руки высохнут, надел нестерильные перчатки.  6. Открыл и, при необходимости, собрал шприц внутри упаковки. Открыл 5 спиртовых салфеток, не вынимая их из упаковок.  7. Обработал и вскрыл шейку ампулы лекарственного средства и растворителя\вскрыл металлическую пробку и обработал крышку флакона спиртовой салфеткой, упаковки от салфеток поместил в емкость для сбора отходов класса «А», салфетки в емкость для сбора класса «Б» .  8. Набрал в шприц нужное количество лекарственного препарата по назначению врача и растворителя. Пустые флаконы/ ампулы поместил в емкость для сбора отходов класса «А». Стекло».  9. Снял иглу рукой и поместил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий с маркировкой «Отходы. Класс Б», присоединил новую иглу, проверил ее проходимость и удалил остатки воздуха из шприца, вытеснив капельку лекарственного средства, не снимая колпачка с иглы.  10. Положил шприц, заполненный лекарственным препаратом в упаковку.  11. Убедился, что пациент занял удобное положение, лежа на спине, визуально определил место выполнения инъекции.  12. Предложил пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложил под локоть пациента подушечку из влагостойкого материала.  13. Наложил жгут выше локтевого сгиба (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался, и попросил пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.  14. Пропальпировал и осмотрел вены локтевого сгиба, пальцы пациента сжаты в кулак.  15. Обработал двукратно место инъекции антисептическими салфетками, упаковку от салфеток сбросил в емкость для сбора отходов класса «А», использованные салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Дождался, пока кожа высохнет.  16. Приготовил спиртовую салфетку, скинув упаковку от салфетки в емкость для сбора отходов класса «А». Извлек шприц из упаковки, упаковку поместил в емкость для сбора отходов класса «А», снял колпачок с иглы, убедившись, что из шприца удалены остатки воздуха, колпачок скинул в емкость для сбора отходов класса «А».  17. Взял шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху. Другой рукой натянул кожу в области венепункции, фиксируя вену ниже места венепункции.  18. Держа иглу срезом вверх, параллельно коже проколол ее, затем ввел иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену ощутил "попадание в пустоту". Убедиться, что игла в вене - держа шприц одной рукой, другой потянуть поршень на себя. Развязал или ослабил жгут и попросил пациента разжать кулак. Для контроля нахождения иглы в вене еще раз потянуть поршень на себя.  19. Не меняя положения шприца, медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввел лекарственный препарат, контролировал при этом самочувствие пациента, оставил в шприце незначительное количество раствора, для профилактики воздушной эмболии.  20. Приложил антисептическую салфетку к месту инъекции, не меняя положение извлек шприц с иглой из вены, придерживая канюлю.  21. Попросил пациента держать прижатым место инъекции 5-7 минут.  22. После введения лекарственного средства в вену, отсек иглу в непрокалываемый контейнер для сбора отходов класса «Б», шприц в неразобранном виде поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  23. Убедился в отсутствии наружного кровотечения в области инъекции и поместил салфетку в емкость для сбора отходов класса «Б» или забинтовал место инъекции.  24. Одноразовую пеленку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработал жгут, способом протирания дезинфицирующими салфетками, очки погрузил в дезинфицирующий раствор или обработал дезинфицирующими салфетками, одноразовые очки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  25. Обработал поверхность манипуляционного стола, кушетки дезинфицирующими салфетками, согласно инструкции к используемому средству, салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  26. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  27. Уточнил у пациента его самочувствие.  28. Сделал запись о проведенной процедуре: в листе назначения; в листе назначения в qMS.  **Алгоритм введение мази в носовые ходы (в нос).**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, стерильные ватные турунды, стеклянная палочка, имитация лекарственного средства.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.  Выяснить аллергоанамнез.  2.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  3.Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные ватные турунды, марлевые шарики.  Выполнение процедуры:  4.Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Выдавить на ватную турунду 0,5-0.7 см мази (если мазь во флаконе, воспользоваться стерильной стеклянной лопаточкой).  5.Ввести ватную турунду вращательными движениями в нижний носовой ход (с одной стороны) на 10-15 минут.  6.Извлечь турунду и положить её в ёмкость для использованного материала.  7.Повторить предыдущие действия при введении мази в другой носовой ход.  8.Марлевым шариком, при необходимости, удалить остатки мази с кожи после процедуры.  9.Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.  Завершение процедуры:  10.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  11.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  12.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм введения мази за нижнее веко стеклянной палочкой.**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, стеклянная палочка 2 шт., имитация лекарственного средства.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.  Выяснить аллергоанамнез.  2.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  3.Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики, стеклянную палочку.  4.Помочь пациенту занять удобное положение.  Выполнение процедуры:  5.Открыть флакон (тюбик), взять палочкой немного мази. Закрыть флакон.  6.Дать марлевые шарики пациенту в каждую руку (по возможности). Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз.  7.Заложить мазь за нижнее веко в направлении от внутреннего угла глаза к наружному (держать палочку мазью вниз).  8.Вывести глазную палочку из конъюнктивального свода вращательным движением, по направлению к наружной спайке век, одновременно отпустить нижнее веко.  9.Попросить пациента закрыть глаза.  10.Попросить пациента удалить, вытекающую, из-под сомкнутых век мазь, или сделать это за него.  11.При необходимости заложить мазь за нижнее веко другого глаза, повторив те же действия.  12.Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта.  Завершение процедуры:  13.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  14.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  15.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм введение мази за нижнее веко из тюбика.**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом, спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, стерильные марлевые шарики, пинцет, лоток, тюбик- имитация лекарственного средства.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.  Выяснить аллергоанамнез.  2.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  3.Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики.  4.Помочь пациенту занять удобное положение.  Выполнение процедуры:  5.Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз.  6.Выдавить из тюбика мазь, продвигая её от внутреннего угла глаза к наружному так, чтобы мазь вышла за наружную спайку век. Отпустить нижнее веко, пациент должен закрыть глаза.  7.Попросить пациента закрыть глаза.  8.Попросить пациента удалить, вытекающую из-под сомкнутых век мазь или сделать это за него.  9.При необходимости заложить мазь за нижнее веко другого глаза, повторить те же действия.  10.Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта.  Завершение процедуры:  11.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  12.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  13.Сделать запись о выполненной процедуре   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Набрать лекарственное средство из ампулы и поставить внутрикожную инъекцию | 1 | |  | Набрать лекарственное средство из ампулы и поставить подкожную инъекцию | 1 | |  | Набрать лекарственное средство из ампулы и поставить внутривенную инъекцию | 1 | |  | введение мази в носовые ходы (в нос). | 1 | |  | Введение мази за нижнее веко | 2 |   **1)Развести антибиотик, и поставить внутримышечную инъекцию.**  1. Ознакомился с листом назначения. Установил контакт с пациентом. Идентифицировал пациента.  2. Объяснил ход и цель процедуры, уточнил аллергологический анамнез, получил согласие на предстоящую процедуру.  3. Предложил пациенту занять удобное положение, предварительно положив на кушетку одноразовую пеленку.  4. Приготовил: 2 шприца емкостью 5.0 мл (1 шприц, емкостью 5.0 мл и стерильную иглу), асептические спиртовые салфетки (4-5 шт.), стерильный лоток (1 шт.), предварительно проверив герметичность и срок годности упаковок; пилочку для подпила ампул, ножницы или пинцет для открытия флакона; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки.  5. Приготовил и сверил с листом назначения наименование приготовленного флакона/ампулы с лекарственным препаратом и растворителем. Сверил название и дозу на ампуле / флаконе с упаковкой, проверил содержимое на признаки непригодности.  6. Вымыл руки, надел маску. Провел гигиеническую обработку рук. Надел нестерильные перчатки.  7. Извлек шприц из упаковки, положил его в лоток для стерильного материала, упаковку от шприца поместил в емкость для сбора отходов класса «А».  8. Обработал и вскрыл шейку ампулы\вскрыл металлическую пробку и обработал крышку флакона спиртовой салфеткой, упаковку от салфеток поместил в емкость для сбора отходов класса «А».  9. Набрал в шприц нужное количество растворителя для антибактериального средства по инструкции. Пустой флакон/ ампулу поместил в емкость для сбора отходов класса «А». Стекло».  10. Ввел растворитель во флакон с лекарственным средством (порошком), снял иглу вместе с флаконом с подыгольного конуса, шприц без иглы положил в лоток для стерильного материала, перемешал аккуратно лекарственное средство во флаконе до полного его растворения.  11. Присоединил шприц к подыгольному конусу и набрал содержимое флакона (по назначению врача) в шприц, сменил иглу, проверил проходимость иглы и вытеснил остатки воздуха из шприца, не снимая колпачок с иглы, готовый шприц положил в лоток для стерильного материала  12. Иглу из флакона поместил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий с маркировкой «Отходы. Класс Б», Флакон поместил в емкость для сбора отходов класса «А». Стекло».  13. Положил в лоток для стерильного материала: шприц, заполненный лекарственным препаратом, асептические спиртовые салфетки (3 шт.), упаковки от салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «А».  14. Визуально определил и пропальпировал место выполнения инъекции. Обработал место инъекции, площадью 15х15 см, антисептической салфеткой, использованную салфетку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработал новой антисептической салфеткой место инъекции (однократно). Использованную салфетку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  15. Ввел иглу в мышцу под углом 90º, оставив 2-3 мм иглы над кожей. Потянул поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не находится в сосуде.  16. Медленно ввел лекарственный препарат, сохраняя положение шприца. Приложил антисептическую салфетку к месту инъекции и извлек шприц с иглой, придерживая канюлю указательным пальцем и не изменяя направление шприца, не отрывая салфетку, слегка помассировал место введения препарата  17. Попросил пациента держать прижатым место инъекции.  18. Отсек иглу в непрокалываемый контейнер для сбора отходов класса «Б», шприц в неразобранном виде поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  19. Убедился в отсутствии наружного кровотечения в области инъекции забрал у пациента салфетку и поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  Уточнил у пациента о его самочувствии, при необходимости проводил до палаты.  20. Погрузил использованный лоток в емкость с дезинфицирующим средством «Для дезинфекции МИ».  Одноразовую пеленку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработал поверхность манипуляционного стола, кушетки дезинфицирующими салфетками, согласно инструкции к используемому средству, салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  21. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость «Отходы. Класс Б». Провел гигиеническую обработку рук.  22. Сделал запись о проведенной процедуре: в листе назначения; в листе назначения в qMS.  **2)Выполнить внутривенное капельное вливание**  1. Ознакомился с листом назначения. Установил контакт с пациентом. Идентифицировал пациента. Объяснил ход и цель процедуры, уточнил аллергологический анамнез, получил согласие на предстоящую процедуру.  2. Предложил пациенту опорожнить мочевой и занять комфортное и безопасное положение, на кушетке лежа на спине, предварительно положив на нее одноразовую пеленку.  3. Приготовил: систему для инфузии, антисептические салфетки (4 шт.), предварительно проверив герметичность упаковок и срок годности, ножницы или пинцет для открытия флакона, жгут, подушечку из влагостойкого материала, стерильную салфетку, лейкопластырь, средства индивидуальной защиты: маска, очки, перчатки; одноразовую пеленку.  4. Приготовил и сверил с листом назначения наименование приготовленного флакона с лекарственным препаратом. Сверил название и дозу на флаконе с упаковкой. Проверил срок годности, наличие посторонних примесей, осадков, целостность флакона, если имеются несоответствия – заменил флакон.  5. Обработал руки мылом и водой, осуши, надел маску, очки. Обработал руки антисептиком, дождался, пока руки высохнут, надел нестерильные перчатки.  6. Открыл 4 спиртовые салфетки, не вынимая их из упаковок. Нестерильными ножницами или пинцетом вскрыл центральную часть металлической крышки флакона, обработал резиновую пробку флакона спиртовой салфеткой, упаковку от спиртовой салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «А» , использованную салфетку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  7. Вскрыл упаковочный пакет и извлек устройство. Снял колпачок с иглы воздуховода, ввел иглу до упора в пробку флакона. Открыл отверстие воздуховода. Закрыл винтовой зажим, перевернул флакон и закрепил его на штативе.  8. Заполнил систему до полного вытеснения воздуха и появления капель из иглы для инъекций. Убедился в отсутствии пузырьков воздуха в трубке устройства.  9. Убедился, что пациент занял удобное положение, лежа на спине.  10. Попросил пациента освободить руку от одежды. Определил место постановки инфузионной системы.  11. Под локоть положил подушечку из влагостойкого материала. Наложил жгут выше локтевого сгиба (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался, и попросил пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее. Пропальпировал и осмотрел вены локтевого сгиба, пальцы пациента сжаты в кулак.  12. Обработал двукратно место инъекции антисептическими салфетками, упаковку от салфеток сбросил в емкость для сбора отходов класса «А», использованные салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Дождался, пока кожа высохнет. Во время обработки одновременно определял наиболее наполненную вену.  13. Безопасно зафиксировал вену большим пальцем левой руки, ниже места венепункции.  Пунктировал вену иглой с подсоединенной к ней системой, держа иглу срезом вверх параллельно коже, проколол кожу, затем ввел иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену ощутил "попадание в пустоту".  14. Убедился, что игла находится в вене: в канюле иглы появилась кровь; попросил пациента разжать кулак, развязал или ослабил жгут. Открыл винтовой зажим капельной системы, убедился, что лекарственное средство поступает в сосуд. Отрегулировал свободной рукой винтовым зажимом скорость капель (согласно назначению врача).  15. Приготовил пластырь и стерильную салфетку и закрепил иглу и систему лейкопластырем, прикрыл иглу стерильной салфеткой, закрепил лейкопластырем. Упаковки от пластыря и стерильной салфетки сбросил в емкость для сбора отходов класса «А». Начал введение лекарственного препарата. Уточнил у пациента его самочувствие.  16. Снял перчатки, одноразовые очки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  17. Наблюдал за состоянием пациента, его самочувствием на протяжении всей процедуры.  18. По завершении процедуры, обработал руки мылом и водой, осуши, надел маску. Обработал руки антисептиком, дождался, пока руки высохнут, надел нестерильные перчатки.  19. Закрыл зажим на системе. Извлек иглу из вены, прижав место инъекции антисептической салфеткой.  20. Попросил пациента держать прижатым место инъекции 5-7 минут, согнув руку в локте, или наложил давящую повязку.  21. Убедился в отсутствии наружного кровотечения в области инъекции и поместил салфетку в емкость для сбора отходов класса «Б» или забинтовал место инъекции. При необходимости проводил пациента до палаты.  22. Отсоединил иглу в непрокалываемый контейнер для отходов класса «Б», использованную систему поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Пустой флакон поместил в емкость для сбора отходов класса «А».  23. Одноразовую пеленку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  24. Обработал жгут, и подушечку из влагостойкого материала способом протирания дезинфицирующими салфетками, очки многоразового использования погрузил в дезинфицирующий раствор или обработал дезинфицирующими салфетками по инструкции. Обработал поверхность манипуляционного стола, кушетки дезинфицирующими салфетками, согласно инструкции к используемому средству, салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  25. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  26. Еще раз уточнил у пациента его самочувствие.  27. Сделал запись о проведенной процедуре: в листе назначения; в листе назначения в qMS.  **Алгоритм забора крови системой вакуумного забора крови Vacuette**  Цель – провести забор крови на исследование  Показания: назначение врача.  Оснащение: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, очки или щиток; система вакуумного забора крови; стерильный лоток; стерильный пинцет; лоток для использованного материала; стерильные ватные шарики (спиртовые салфетки); жгут; клеенчатая подушечка; кожный антисептик, разрешенный к применению; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Мероприятия   1. Пригласить и проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Надеть маску, надеть перчатки. 4. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 5. Собрать систему вакуумного забора крови Vacuette 6. Удобно усадить или уложить пациента. 7. Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту. 8. Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. 9. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 10. Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента. 11. Надеть очки. 12. Обработать перчатки спиртсодержащим антисептиком. 13. Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх. 14. Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола). 15. Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см. 16. Провести пунктирование вены. 17. Вставить пробирку в держатель до упора. 18. Ослабить жгут, как только кровь начнет поступать в пробирку. 19. После прекращения тока крови извлечь пробирку из держателя. 20. Вынуть держатель с иглой из вены, предварительно приложив к месту венепункции ватный шарик, или спиртовую салфетку. 21. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. 22. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 23. Сделать запись о выполненной процедуре.   **Алгоритм поставки пиявок на тело человека.**  Цель: постановка пиявок.  Показания: по назначению врача.  Оснащение: пинцет анатомический, банка медицинская или пробирка, лоток, контейнер для дезинфекции и утилизации, спирт 70 %-ный, раствор перекиси водорода 3 %-ный, спиртовый йодный раствор 5 %-ный, стерильный раствор глюкозы 40 %-ный, нашатырный спирт, шесть-восемь подвижных медицинских пиявок, вата, бинт, лейкопластырь, клеенка или одноразовая пеленка, гемостатическая губка, перчатки нестерильные, ножницы, часы, ватные шарики, стерильные салфетки, ватно-марлевые тампоны, емкость для воды, пузырь со льдом.  Подготовка к процедуре:  1.Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  2.Помочь пациенту удобно лечь для предстоящей процедуры. Огородить пациента ширмой.  3.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  4.Подготовить необходимое оснащение и оборудование.  5.Осмотреть место постановки пиявок. Подстелить клеёнку при необходимости или пеленку одноразовую под предполагаемую область.  6.Надеть перчатки.  Выполнение процедуры:  7.Обработать кожу (место, постановки пиявок) вначале 70 %-ным спиртом (большим по площади, чем нужно для процедуры), стерильной салфеткой или ватным шариком, смоченным в горячей кипяченой воде, протереть кожу до покраснения, меняя шарики 2-3 раза. Кожу осушить стерильной салфеткой.  8.Смочить место постановки пиявок стерильным раствором 40 %-ной глюкозы.  9.Поместить пиявку на ватно-марлевый тампон, транспортировать ее в пробирку или банку хвостовым концом вниз.  10.Поднести пробирку или банку к коже или слизистой (в стоматологии), отверстие пробирки или банки плотно приставить к месту присасывания (как только пиявка присосётся, в ее передней части появится волнообразное движение). Положить салфетку под заднюю присоску.  11.Повторить пп. II.3 – II.5 до тех пор, пока не будут поставлены все пиявки.  12.Наблюдать за активностью пиявок: если не движутся, слегка провести по её поверхности пальцем.  13.Снять ватно-марлевым тампоном, смоченным спиртом, через 20-30 мин (по назначению врача) все пиявки.  14.Поместить снятые пиявки в емкость с дезинфицирующим раствором с последующей утилизацией.  Завершение процедуры:  15.Поместить пинцет в емкость для дезинфекции.  16.Обработать кожу вокруг ранки антисептиком или 5 %-ного спиртовым раствором йода.  17.Наложить асептическую ватно-марлевую давящую повязку с слоем ваты, менять повязку в течение суток по необходимости.  18.Фиксировать повязку бинтом или лейкопластырем.  19.Убрать клеенку в емкость для дезинфекции.  20.Обработать использованные пиявки, убедиться, что число пиявок, поставленных пациенту, и число пиявок, находящихся в емкости для дезинфекции совпадает.  21.Снять перчатки и поместить в ёмкость для дезинфекции. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Уточнить у пациента его самочувствие.  22.Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Алгоритм постановки масленой клизмы**.  Цель: добиться отхождения каловых масс, газов.  Показания: при неэффективности очистительной клизмы, при длительных запорах, когда нежелательно напряжение мышц брюшной стенки и промежности (после родов, опера-ций на органах брюшной полости), при хронических воспалительных процессах в кишечнике, при заболеваниях, когда нежелательно общее напряжение па¬циента (гипертонический криз).  Противопоказания: кровотечение из желудочно-кишечного тракта, острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке, боли в животе неясной природы.  Оснащение: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, вазелиновое масло 100-200 мл, лоток, марлевые салфетки, адсорбирующая пеленка, водный термометр, ширма, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие.  2.Предупредить пациента о том, что после проведения манипуляции нельзя вставать с кровати  3.Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, вазелиновое масло 100-200 мл, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр.  4.Подогреть масло на «водяной бане» до 38 °С, проверить температуру масла термометром.  5.Прийти в палату к пациенту, провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. В грушевидный баллон набрать масло.  6.Отгородить пациента ширмой, положить адсорбирующую клеенку на постель, попросить пациента лечь на левый бок, правую ногу прижать к животу, оголить ягодицы, при необходимости помочь пациенту.  7.Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой.  Выполнение процедуры:  8.Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами.  9.Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  10.Затем раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.,  11.Выпустить остатки воздуха из баллона. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести масло.  12.Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  Завершение процедуры:  13.Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  14.Марлевой салфеткой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади. Салфетку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  **Алгоритм разведения антибиотиков.**  Цель: подготовка к инъекции  Оснащение: флакон с лекарственным средством (порошок); ампула с растворителем; стерильный пинцет; нестерильный пинцет; стерильный лоток; стерильные одноразовые шприцы; ватные шарики; спиртсодержащий антисептик; лоток для использованного материала.  Подготовка к процедуре:  1.Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом.  2.Надеть маску, надеть перчатки.  3.Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  4.Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток.  5.Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить пригодность лекарственного средства (отсутствие посторонних примесей, осадка и пр.).  **Алгоритм постановки лекарственной клизмы.**  Цель: обеспечение лечебного эффекта местного или общего действия.  Показания: местное воздействие на слизистую оболочку нижнего отдела толстой кишки (облепиховое масло, настой ромашки); общее воздействие на организм при всасывании лекарственного препарата через слизистую толстой кишки (препараты сердечных гликозидов, хлоралгидрат).  Противопоказания: острые воспалительные процессы в области ануса.  Оснащение: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, 50-100 мл настойки ромашки, масла облепихи, хлоралгидрат при температуре 37°С по назначению врача, лоток, пинцет, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, ширма.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие.  Предупредить пациента о том, что после проведения манипуляции нельзя вставать с кровати. Выяснить аллергоанамнез.  2.Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, вазелиновое масло, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр, лекарственное средство по назначению врача.  Подогреть лекарственное средство на «водяной бане» до 38 °С, проверить температуру раствора термометром.  3.Прийти в палату к пациенту, провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. Убедиться, что лекарственное средство соответствует назначению врача, набрать в грушевидный баллон или шприц Жанэ.  4.Отгородить пациента ширмой, положить адсорбирующую клеенку на постель, попросить пациента лечь на левый бок, правую ногу прижать к животу, оголить ягодицы, при необходимости помочь пациенту.  5.Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой.  Выполнение процедуры:  6.Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами.  7.Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  8.Затем раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.,  9.Выпустить остатки воздуха из баллона. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести лекарственное средство.  10.Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  Завершение процедуры:  11.Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  12.Марлевой салфеткой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади. Салфетку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  13.Помочь пациенту занять удобное положение в постели. Адсорбирующую пеленку оставить под пациентом.  14.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  15.Емкость из-под лекарственного средства сбросить в отходы класса «А».  16.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 17.Провести гигиеническую обработку рук. Сделать запись о проведенной процедуре.  18.Убедиться в эффективности действия после введения лекарственного средства.  **Алгоритм постановки гипертонической клизмы.**  Цель: вызвать хорошее послабляющее действие без резкой перистальтики кишечника.  Показания: при неэффективности очистительной клизмы, при массивных отеках.  Противопоказания: кровотечение из желудочно-кишечного тракта, острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке, боли в животе неясной природы.  Оснащение: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, 10 % раствор натрия хлорида – 100 мл или 20-30 % раствор магния сульфата – 50 мл, лоток, пинцет, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие. Пригласить пройти в клизменную.  2.Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, 10 % раствор натрия хлорида – 100 мл или 20-30 % раствор магния сульфата – 50 мл, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр. Подогреть раствор на «водяной бане» до 38 °С, проверить его температуру водным термометром.  3.Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть маску, перчатки. В грушевидный баллон набрать гипертонический раствор.  4.Положить адсорбирующую пеленку на кушетку, попросить пациента лечь на левый бок, правую ногу прижать к животу, оголить ягодицы.  5.Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами.  6.Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  7.Раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.,  8.Выпустить остатки воздуха из баллона. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести набранный раствор.  9.Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  10.Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  11.Марлевой салфеткой или туалетной бумагой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади, сбросить салфетку в емкость для сбора отходов класса «Б».  12.Напомнить пациенту, что эффект наступит через 20-30 минут.  13.По окончании процедуры использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  14.Емкость из-под масла утилизировать в отходы класса «А».  15.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», провести гигиеническую обработку рук.  16.После дефекации пациента, убедиться, что у пациента был стул.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Разведение антибиотиков | 1 | |  | Выполнить внутривенное капельное вливание | 1 | |  | Взять кровь из вены для различных видов исследования под руководством медицинского работника или ассистировать медицинскому работнику при проведении процедуры. | 1 | |  | Постановка внутримышечной инъекции | 1 | |  | Поставка пиявок на тело человека. | 1 | |  | Постановка масленой клизмы | 1 | |  | Постановка лекарственной клизмы | 1 | |  | Постановка гипертонической клизмы | 1 |   **1)Алгоритм введения газоотводной трубки**  Цель: выведение газов из кишечника.  Показание: метеоризм.  Противопоказания: кишечные кровотечения, выпадение прямой кишки.  Оснащение: стерильная газоотводная трубка, стерильное вазелиновое масло, марлевая салфетка, лоток, средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, ширма, адсорбирующая пеленка, судно, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Мероприятия   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие. 2. Приготовить оснащение к процедуре: стерильная газоотводная трубка, стерильное вазелиновое масло, марлевая салфетка, средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, адсорбирующая пеленка, судно. 3. Прийти в палату к пациенту, Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. 4. Поставить ширму у кровати пациента, положить адсорбирующую пеленку на постель, попросить пациента лечь ближе к краю кровати на левый бок, ноги прижать к животу, оголить ягодицы, при необходимости помочь пациенту. 5. Поставить на пеленку или на стул рядом с пациентом судно с небольшим количеством воды. Если пациенту противопоказано положение на левом боку, газоотводную трубку можно ставить в положении пациента лежа на спине, тогда судно с водой будет находиться между ногами пациента. 6. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 7. Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой. 8. Взять закругленный конец газоотводной трубки как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами. Облить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки. 9. Раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см., свободный конец газоотводной трубки опустить в судно с водой. О том, что газоотводная трубка введена правильно, свидетельствуют пузырьки на поверхности воды. 10. Газоотводная трубка ставится на 1 час, так как возможно образование пролежней на слизистой оболочке кишки. По назначению врача процедура может быть повторена. 11. Укрыть пациента. Наблюдать в течение часа за эффективностью процесса выведения газов из кишечника. 12. Обеспечить пациенту безопасность, если он лежит на краю кровати (поднять поручень кровати). 13. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 14. По истечении заданного времени обработать руки, надеть перчатки и извлечь газоотводную трубку из анального отверстия. 15. Поместить газоотводную трубку в емкость для сбора отходов класса «Б». вылить воду из емкости в канализацию, емкость дезинфицировать. 16. Провести туалет анального отверстия. 17. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 18. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.   **2)Алгоритм постановки очистительной клизмы**  Цель: добиться отхождения каловых масс и газов.  Показания: подготовка пациента к рентгенологическому исследованию органов пищеварения, мочевыделения и органов малого таза, подготовка пациента к эндоскопическому исследованию толстой кишки, при запорах, перед постановкой лекарственной и питательной клизмы, подготовка к операции, родам.  Противопоказания: кровотечения из пищеварительного тракта, острые воспалительные и язвенные процессы в области толстой кишки и заднего процесса, злокачественные новообразования прямой кишки, первые дни после операции на органах пищеварительного тракта, трещины в области заднего прохода, выпадение прямой кишки.  Оснащение: средства индивидуальной защиты: перчатки; стерильный лоток, одноразовый клизменный наконечник; кружка Эсмарха; штатив; емкость с водой, (1,5-2 л); водный термометр; вазелиновое масло; шпатель; клеенчатый фартук; адсорбирующая пеленка; туалетная бумага; таз; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Обязательными условиями является температура воды, вводимой в кишечник. Без особых указаний это вода комнатной температуры – 20-25°С. При атоническом запоре температура воды -12 -20°С. При спастическом запоре температура воды - 40 -42°С.  Мероприятия   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Пригласить пройти в клизменную. Также процедура может проводиться в палате, при невозможности транспортировать пациента, в этом случае перед процедурой пациента отгораживают ширмой. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть фартук, перчатки. 3. Закрыть вентиль и налить в кружку Эсмарха 1,5 л. воды, предварительно измерив ее температуру при помощи водного термометра. Подвешать кружку на штатив, на уровне одного метра от пола. 4. Положить адсорбирующую пеленку на кушетку так, чтобы она свисала в таз, попросить пациента лечь на левый бок, согнуть правую ногу в колене и прижать к животу, оголить ягодицы. При необходимости помочь пациенту. Если пациент не может лежать на животе, процедура выполняется в положении лежа на спине. 5. Вскрыть упаковку с одноразовым клизменным наконечником, и присоединяет его к системе, не нарушая стерильности. 6. Открыть вентиль и слить немного воды через наконечник, вытесняя воздух, закрыть вентиль. 7. Облить наконечник вазелиновым маслом, не касаясь стерильной поверхности наконечника руками. 8. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести наконечник в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см. 9. Открыть вентиль на системе. 10. Ввести необходимое количество жидкости. Когда вода опустится до устья кружки Эсмарха, закрыть вентиль. 11. Осторожно извлечь наконечник из прямой кишки. 12. Попросить пациента в течение 10 минут полежать на спине и удерживать воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно. 13. Отсоединить клизменный наконечник от системы, при этом можно использовать туалетную бумагу, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 14. Обработать кружку Эсмарха по инструкции дезинфицирующего средства, обработать кушетку. Снять фартук и также провести его дезинфекцию, снять перчатки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 15. Провести гигиеническую обработку рук. 16. После дефекации пациента, убедиться, что процедура проведена успешно. Сделать запись в медицинской карте о проведении процедуры. 17. Примечание: при жалобе пациента на боль спастического характера прекратить введение раствора пока боль не утихнет. Предложить глубоко дышать.   **3)Алгоритм постановки сифонной клизмы**  Цель: добиться отхождения каловых масс, газов из высоких отделов кишечника.  Показания: отсутствие эффекта от очистительной клизмы, послабляю¬щих клизм и приема слабительных; необходимость выведения из кишечника ядовитых ве¬ществ, попавших в него через рот или выделившихся в ки¬шечник через его слизистую оболочку; подозрение на кишечную непроходимость.  Противопоказания: кровотечение из желудочно-кишечного тракта; острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке; боли в животе неясной этиологии; злокачественные опухоли прямой кишки; массивные отеки.  Оснащение: средства индивидуальной защиты: перчатки, маска, стерильная система для сифонной клизмы: одноразовый толстый зонд, стеклянная воронка емкостью 0,5-1 л ;  вазелиновое масло; емкость в водой комнатной температуры 10-12 л; ковш емкостью 1 л; емкость для промывных вод; непромокаемый фартук; адсорбирующая пеленка, туалетная бумага, стерильная емкость для взятия промывных вод на исследование, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  Мероприятия   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен). 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, клеенчатый фартук, перчатки. 3. Поставить таз около кушетки. Положить на кушетку адсорбирующую пеленку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод. Попросить пациента лечь на левый бок, при этом его правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу, при необходимости медицинский работник помогает пациенту. 4. Вскрыть упаковку с толстым зондом, и воронкой, внутренняя поверхность упаковки служит стерильной поверхностью, на которой лежит зонд и воронка. 5. Обработать перчатки антисептическим раствором. 6. Взять в руку зонд, смазать облить слепой конец зонда вазелиновым маслом на протяжении 30-40 см. 7. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см. 8. К другому концу зонда присоединить воронку, держать ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента и наливать в нее 0,5-1 л воды. Следует отметить, что емкость с чистой водой стоит так, чтобы в нее не попали брызги промывных вод. 9. Медленно поднимать воронку выше ягодиц так, чтобы вода ушла в кишечник лишь до устья воронки. 10. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнит воронку полностью. 11. Слить воду из воронки в приготовленную емкость (при необходимости в лабораторную посуду для исследования). 12. Промывание повторять до чистых промывных вод, но с использованием не более 10-12 л воды. 13. По окончании процедуры отсоединить воронку, но оставить зонд в кишечнике примерно на 10-20 минут для того, чтобы слилась оставшаяся в кишечнике жидкость. 14. После медленно извлечь зонд из кишечника через салфетку или туалетную бумагу. 15. Помочь пациенту провести туалет анального отверстия. У женщин обязательно кзади для профилактики инфицирования. Сбросить бумагу в емкость для сбора отходов класса «Б». 16. Промывные воды слить в канализацию. Все использованные емкости подвергнуть дезинфекции по инструкции дезинфицирующего средства. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Затем провести дезинфекцию поверхностей: кушетка, пол. 17. Снять фартук, провести его дезинфекцию. 18. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 19. Произвести запись о проведенной процедуре.   **4)Алгоритм введение суппозиториев в прямую кишку**  Цель: оказать местное или резорбтивное медикаментозное воздействие через слизистую оболочку прямой кишки.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом; спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки, маска; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, суппозитории из холодильника.  Мероприятия   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. 2. Достать упаковку с суппозиториями из холодильника, прочитать названия суппозитория, уточнить срок годности, сравнить названия с назначением врача. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате. 3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, перчатки. 4. Отгородить пациента ширмой, если есть другие люди в палате. 5. Положить под ягодицы адсорбирующую пеленку. Попросить пациента принять положение на спине или на левом боку и согнуть ноги в коленях. 6. Вскрыть оболочку, в которую упакован суппозиторий, но не извлекать его. 7. Попросить пациента расслабиться. 8. Развести ягодицы одной рукой, а другой ввести выдавленный из упаковки суппозиторий в анальное отверстие (оболочка от упаковки останется у Вас в руках). 9. Предложить пациенту лечь в удобное для него положение (помочь при необходимости). 10. Оболочку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 11. Снять маску, перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 12. Сделать запись о выполненной процедуре.   **5)Алгоритм Введение желудочного зонда через рот**  Цель: Лечебная, диагностическая (промывание желудка применяют при заболеваниях желудка, главным образом для цитологического исследования промывных вод, а также для идентификации яда при отравлениях и для выделения возбудителя при бронхолегочных воспалениях (в случае заглатывания больным мокроты) и различных инфекционных поражениях желудка).  Показания: Острые отравления различными ядами, принятыми внутрь, пищевые отравления, гастриты с обильным образованием слизи, реже - уремия (при значительном выделении азотсодержащих соединений через слизистую оболочку желудка), и др.  Необходимость эвакуации желудочного содержимого с целью снижения давления на стенки желудка и уменьшения выраженности тошноты и рвоты, связанных с кишечной непроходимостью или оперативным вмешательством.  Противопоказания: крупные дивертикулы, значительное сужение пищевода, отдаленные сроки (более 6-8 ч) после тяжелого отравления крепкими кислотами и щелочами (возможна перфорация стенки пищевода), язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, опухоли желудка, кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма, тяжелые сердечные заболевания.  Оснащение: система для промывания желудка: 2 толстых стерильных желудочных зонда, соединенных стеклянной трубкой (слепой конец у одного зонда срезан). Можно использовать и тонкий зонд для этих целей, стеклянная воронка емкостью 0,5-1 л., полотенце, салфетки, стерильная емкость для сбора промывных вод на исследование, емкость с водой комнатной температуры (10 л), кувшин, емкость для слива промывных вод, перчатки, маска, непромокаемый фартук, дистиллированная вода (физиологический раствор).  Мероприятия   1. Объяснить пациенту ход и цели предстоящей процедуры, если пациент в сознании, получить согласие. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Надеть маску, фартук, перчатки, Подготовить необходимое оснащение. 4. Надеть фартук на пациента. 5. Усадить пациента на стул, голову немного наклонить вперед, или уложить пациента, голова на бок, под головой адсорбирующая пеленка. Больным, находящимся в коматозном состоянии, промывание желудка производят в положении лежа на животе. 6. Приставить таз к ногам пациента (попросить помощника). 7. Измерить зондом расстояние до желудка (от мечевидного отростка до кончика носа и мочки уха), поставить метку. Можно от роста пациента отнять 100 см. 8. Можно измерить у пациента расстояние от резцов до пищеводно-желудочного перехода при эндоскопии. На зонд обязательно наносится метка, до которой он и заводится. 9. Снять у пациента съемные зубные протезы, при их наличии. При отравлении прижигающими ядами (кроме фосфорсодержащих), больному перед промыванием желудка целесообразно предложить выпить 50 мл растительного масла. 10. Смочить слепой конец зонда. 11. Взять зонд в правую руку на расстояние 10 см от закругленного конца, встать справа от пациента, положить конец зонда на корень языка. 12. Предложить пациенту делать глотательные движения, глубоко дышать носом. Зонд ввести до метки медленно и равномерно. Если Вы ощущаете при введении зонда сопротивление, следует остановиться и извлечь зонд. Сопротивление при введении зонда, кашель, изменение голоса, рвота, цианоз и т.д. свидетельствуют об ошибочном попадании зонда в трахею. Тогда зонд надо извлечь и процедуру введения повторить сначала. Если сопротивления нет, то можно продолжать введение зонда до нужной отметки. 13. Ввести в желудок около 20 мл воздуха с помощью шприца Жанэ, выслушивая, при этом в эпигастральной области, характерные звуки.   **Алгоритм промывания желудка толстым зондом**  Цель: удалить из желудка его содержимое.  Показания: Острые отравления различными ядами, принятыми внутрь, пищевые отравления, гастриты с обильным образованием слизи, реже - уремия (при значительном выделении азотсодержащих соединений через слизистую оболочку желудка), и др.  Необходимость эвакуации желудочного содержимого с целью снижения давления на стенки желудка и уменьшения выраженности тошноты и рвоты, связанных с кишечной непроходимостью или оперативным вмешательством.  Противопоказания: крупные дивертикулы, значительное сужение пищевода, отдаленные сроки (более 6-8 ч) после тяжелого отравления крепкими кислотами и щелочами (возможна перфорация стенки пищевода), язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, опухоли желудка, кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма, тяжелые сердечные заболевания.  Оснащение: фантомы для выполнения манипуляций; комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий ; антисептический раствор для гигиенической обработки рук; система для промывания желудка: одноразовый, толстый, стерильный, желудочный зонд, стеклянная воронка емкостью 0,5-1 л; таз для промывных вод; клеенчатый фартук– 2 шт.; полотенце; салфетки; стерильная емкость для забота промывных вод; вода комнатной температуры – 10 л; кружка, емкостью 1 л; стерильный лоток; стерильный глицерин; шприц Жанэ; фонендоскоп.  Мероприятия   1. Объяснить пациенту ход и цели предстоящей процедуры, если пациент в сознании, получить согласие. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Надеть маску, фартук, перчатки, Подготовить необходимое оснащение. 4. Надеть фартук на пациента. 5. Усадить пациента на стул, голову немного наклонить вперед (или уложить, голова на бок, под головой адсорбирующая пеленка). 6. Приставить таз к ногам пациента – слева от него, справа – ведро с водой (попросить помощника). 7. Измерить зондом расстояние до желудка (от мечевидного отростка до кончика носа и мочки уха), поставить метку. 8. Смочить слепой конец зонда, предложить пациенту открыть рот. 9. Взять зонд в правую руку на расстояние 10 см от закругленного конца, встать справа от пациента, положить конец зонда на корень языка. 10. Предложить пациенту делать глотательные движения, глубоко дышать носом. Зонд ввести до метки медленно и равномерно. 11. Ввести в желудок около 20 мл воздуха с помощью шприца Жанэ, выслушивая при этом в эпигастральной области характерные звуки. 12. Присоединить воронку к зонду. 13. Опустить воронку ниже уровня желудка, слегка наклонив ее, налить воду кружкой. 14. Медленно поднять воронку вверх на 1 метр от пола или на 30 см выше рта пациента. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее до уровня колен пациента и слить содержимое в таз (или в стерильную емкость на исследование). 15. Повторить промывание до получения чистых промывных вод. 16. Отсоединить воронку и извлечь зонд из желудка, обернув его салфеткой. 17. Дать пациенту прополоскать рот, обтереть вокруг рта салфеткой. 18. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. 19. Промывные воды слить в канализацию, емкости продезинфицировать. 20. Обработать фартук двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства. 21. Отправить в лабораторию 200 мл промывных вод на исследование. 22. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 23. Сделать запись о выполненной процедуре.   **Алгоритм постановки горчичников**.  Цель: снятие острых воспалительных процессов, расширение сосудов (сердца) и снятие болей, снижение артериального давления.  Показания: острые воспалительные процессы верхних дыхательных путей (пневмонии, плевриты, бронхиты, ларингиты и др.); миозиты, радикулиты, остеохондрозы; спазм сосудов сердца, что дает боль (на область сердца); гипертония (на икроножные мышцы и на основание шеи, как отвлекающее).  Противопоказания: туберкулёз; новообразования; кровохарканье, кровотечения; свежие ушибы, травмы грудной клетки; аллергические реакции на горчичники; высокая температура (выше 38˚); резкое снижение или отсутствие кожной чувствительности, беременность.  Оснащение: горчичники, лоток для использованного материала, непромокаемый мешок или контейнер для утилизации отходов класса Б, дезинфицирующее средство, пеленка,  часы, салфетка, емкость для воды, водный термометр, нестерильные перчатки.  Подготовка к процедуре:  1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Уточнить отсутствие аллергии на горчицу. В случае наличия аллергии и отсутствия согласия на процедуру - уточнить дальнейшие действия у врача.  2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки.  3.Осмотреть кожу пациента на предмет повреждений, гнойничков, сыпи – для определения показаний к проведению процедуры.  4.Проверить пригодность горчичников: горчица не должна осыпаться с бумаги и иметь специфический (резкий) запах. При использовании горчичников, сделанных по другим технологиям (например, пакетированная горчица) проверить срок годности.  5.Подготовить оснащение. Налить в лоток горячую (40° - 45°) воду.  6.Помочь пациенту лечь на живот (при постановке горчичников на спину) и принять удобную позу, голова пациента должна быть повернута на бок  А**лгоритм оказание помощи пациенту в сознании при рвоте.**  Цель: оказание помощи пациенту при рвоте.  Показания: рвота у пациента.  Противопоказания: нет  Оснащение: средства индивидуальной защиты: маска , перчатки, емкость для сбора рвотных масс, полотенце, фартук клеенчатый – 2 шт., стакан с кипяченой водой, стерильная емкость с крышкой, емкости для дезинфекции.  Подготовка к процедуре:  1.Объяснить пациенту ход и цели предстоящей процедуры, получить согласие. Успокоить пациента.  2.Обработать руки. Надеть перчатки. Подготовить необходимое оснащение.  3.Надеть фартук на себя и пациента.  4.Усадить пациента, если позволяет его состояние.  5.Поставить таз или ведро к ногам пациента.  Выполнение процедуры:  6.Придерживать голову пациента, положив ему ладонь на лоб во время рвоты. Дать пациенту стакан с водой для полоскания рта после рвоты. Обтереть вокруг рта полотенцем.  7.Помочь пациенту лечь, сняв с него фартук.  Завершение процедуры:  8.Проветрить палату. Убрать емкость с рвотными массами из палаты, предварительно показав их врачу. Затем слить в канализацию, обработать емкости.  9.Полотенце убрать в мешок для грязного белья. Снять фартук, обработать фартуки двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства.  10.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  11.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм оказание помощи пациенту в бессознательном положении при рвоте.**  Цель: оказание помощи пациенту при рвоте в бессознательном состоянии.  Показания: рвота у пациента.  Противопоказания: нет  Оснащение: средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, емкость для сбора рвотных масс, полотенце, фартук клеенчатый – 2 шт., стакан с кипяченой водой, грушевидный баллон, стерильная емкость с крышкой, емкости для дезинфекции.  Подготовка к процедуре:  1.Провести гигиеническую обработку рук.  2.Надеть маску, перчатки. Надеть фартук.  Выполнение процедуры:  3.Повернуть пациента в постели на бок и зафиксировать его в этом положении с помощью подушек, либо повернуть на бок голову.  4.Накрыть шею и грудь пациента полотенцем.  5.Поставить емкость для сбора рвотных масс на пол (или почкообразный лоток ко рту пациента).  6.Придерживать пациента, стоя сбоку: одну руку положить на лоб, вторую – на плечо пациента, чтобы пациент не упал.  Завершение процедуры:  7.Обработать ротовую полость пациента, предварительно отсосав рвотные массы грушевидным баллоном. Убрать емкость с рвотными массами из палаты, предварительно показав их врачу, затем слить в канализацию, обработать емкости (попросить помощника).. Умыть и обтереть пациента полотенцем.  8.Уложить удобно и укрыть пациента.  9.Проветрить палату.  10.Полотенце убрать в мешок для грязного белья. Снять фартук, обработать двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства.  11.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  12.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Подача увлажненного кислорода**  Алгоритм подача кислорода через носовой катетер, канюлю  Цель: уменьшить гипоксию тканей.  Показания: назначения врача при заболеваниях органов кровообращения и органов дыхания, с профилактической целью беременным женщинам, детям, лётчикам, стюардессам, подводникам (работающим в разряженном воздухе), пожилым и престарелым людям.  Оснащение: аппарат Боброва, дистиллированная вода, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната (при ацидозе), или спирт 95%-ный. Стерильно: лоток, носовой катетер, носовые канюли, стерильный глицерин, шпатель, бинт, лейкопластырь.  Подготовка к процедуре  1) Провести идентификацию пациента. Установить доверительные отношения с пациентом, если это возможно для обеспечения слаженности совместной работы. Получить согласие на проведение процедуры.  2) Выявить у пациента признаки и симптомы, связанные с гипоксией и наличием мокроты в дыхательных путях.  3) Вымыть и осушить руки, надеть стерильные перчатки.  4) Подготовить к работе аппарат Боброва:  а) налить в чистую стеклянную емкость дистиллированную воду, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната (при ацидозе), или спирт 95%-ный (2/3 объема при сердечной астме), температура 30—40°С (спирт 20%-ный и антифомсилан служат пеногасителями и используются при наличии у пациента отека легких).  б) обеспечить герметичность соединений при помощи винта на пробке.  Выполнение процедуры  1) Определить длину вводимой части катетера (расстояние от козелка ушной раковины до входа в нос - приблизительно 15 см), поставить метку.  2) Облить стерильным глицерином вводимую часть катетера в целях предупреждения травмы слизистой носа (можно подсоединить носовые канюли).  3) Ввести катетер в нижний носовой ход до метки (катетера виден при осмотре зева шпателем).  4) Осмотреть зев, придавив шпателем корень языка. Убедиться, что кончик катетера виден при осмотре зева.  5) Сбросить шпатель в дезинфицирующий раствор.  6) Зафиксировать наружную часть катетера тесемками бинта и лейкопластырем для обеспечения постоянного положения катетера для удобства пациента, профилактики мацерации кожи лица.  7) Соединить с аппаратом Боброва, заполненным дистиллированной водой или 96% ным спиртом, или другим пеногасителем.  8) Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи кислорода по назначению врача.  9) Осмотреть слизистую носа пациента.  Завершение процедуры  1) Провести итоговую оценку состояния пациента.  2) Удалить катетер (или снять носовую канюлю). Сбросить в емкость для сбора отходов класса Б.  3) Шпатель, лоток, погрузить в соответствующие емкости для дезинфекции, продезинфицировать аппарат Боброва.  4) Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса Б. провести гигиеническую обработку рук.  5) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  Примечание: продолжительность ингаляции 40-60 минут по графику, назначенному врачом. Катетер может оставаться в полости носа не более 12 часов. Кислород можно подавать через кислородный аппарат ОXY-6000, кислородной подушки, централизованно через носовые канюли, лицевую маску, маску Вентуры (частично возвратная и невозвратная), лицевую ширму.  **Полная санитарная обработка пациента**  Алгоритм полной санитарной обработки пациента, принятие ванны  Цель: осуществление полной санитарной обработки пациента.  Показания: по назначению врача.  Противопоказания: тяжелое состояние пациента и др.  Оснащение: одноразовые рукавицы для мытья, жидкое мыло, шампунь, махровое полотенце или простынь, чистое белье для пациента, водный термометр, маркированные емкости для чистых и грязных одноразовых рукавичек для мытья, емкость для сбора грязного белья, упор для ног, температурный лист, емкости для дезинфекции поверхностей, емкости для сбора отходов класса «А» и класса «Б»; чистые салфетки для обработки поверхностей; средства индивидуальной защиты: перчатки – 2 пары, маска; спецодежда: сменный халат, фартук клеенчатый, обувь с гигиеническим покрытием.  Подготовка к процедуре  Информировать пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Получить согласие.  Определить температуру воздуха в ванной комнате (не менее 25° С).  Обработать руки. Надеть маску, фартук, перчатки.  Подготовить ванну: продезинфицировать (по инструкции препарата), почистить чистящим средством, промыть проточной водой.  Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б».  Наполнить ванну водой до 1/2 объема. Температура воды должна быть не ниже 36- 37 ° С (использовать для измерения водный термометр).  Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  Выполнение процедуры  Помочь пациенту удобно расположиться в ванне, чтобы пациент не соскользнул, поставить подставку для упора ног.  Вымыть пациента: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность, ополоснуть из душа (в процессе мытья контролировать температуру воды рукой).  Помочь пациенту выйти из ванны.  Вытереть пациента и одеть при необходимости проводите пациента в палату.  Окончание процедуры  Одноразовые рукавицы для мытья погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б».    Использованное полотенце и грязную одежду пациента убрать в клеенчатый мешок.  Обработать ванну: продезинфицировать (по инструкции препарата), почистить чистящим средством, промыть проточной водой.  Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».).  Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провести гигиеническую обработку рук.  Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Ввести газоотводную трубку. | 1 | |  | Поставить очистительную клизму | 1 | |  | Поставит  Попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке.  ь сифонную клизму. | 1 | |  | Ввести лекарственное средство в прямую кишку | 1 | |  | Промыть желудок пациенту, находящемуся в сознании | 1 | |  | Алгоритм постановки горчичников | 1 | |  | Алгоритм оказание помощи пациенту при рвоте. | 2 | |  | Алгоритм введение суппозиториев в прямую кишку. | 1 | |  | Подача увлажненного кислорода | 1 | |  | Полная санитарная обработка пациента | 1 |  * 1. **1. Работа со стерильным биксом, стерильным материалом**   1) Извлечь бикс из мешка и поместить на столик или подставку.  2) Обработать руки гигиеническим уровнем и надеть маску.  3) Убедиться в герметичности бикса (закрыта крышка и у бикса без фильтра закрыты отверстия для прохождения пара).  4) Проверить на бирке бикса наличие отметки о стерилизации.  5) Открыть крышку бикса.  6) Стерильным корнцангом (пинцетом) достать первый индикатор.  7) Убедиться в изменении цвета индикатора.  8) Стерильным корнцангом (пинцетом) раскрыть края пеленки так, чтобы они не касались наружной поверхности бикса.  9) Стерильным корнцангом (пинцетом) достать второй и третий индикатор.  10) Убедиться в изменении цвета индикатора.  11) Стерильным корнцангом (пинцетом) достать необходимый материал или инструментарий из бикса.  12) Закрыть края пеленки стерильным корнцангом (пинцетом).  13) Закрыть крышку бикса.  14) Сделать отметку на бирке о вскрытии бикса (дата, время, подпись).   * 1. **2. Транспортировка и перекладывание больного**   **Транспортировка пациента на носилках.**  Пациента несут не спеша и без встрясок, шаг должен быть короткий, идти не в ногу. По лестнице пациента следует спускать вперёд ногами, приподняв ножной конец носилок и, опустив головной настолько, чтобы носилки были в горизонтальном положении. Идущий сзади, несёт носилки на плечах, идущий впереди – на выпрямленных руках. Вверх по лестнице пациента несут вперёд головой, так же соблюдается горизонтальное положение носилок. Идущий сзади, несёт носилки на плечах, идущий впереди держит ручки носилок на руках, выпрямленных в локтях.  П**риспособления для транспортировки пациентов**  **Каталка, кресло-каталка** для транспортировки пациента, содержит опорную панель, предназначенную для удерживания пациента, по существу, в лежачем положении, и подъемные средства, обеспечивающие подъем опорной панели относительно поверхности, на которую опирается каталка.  **Правила транспортировки больных на каталках.**   * Каждую каталку необходимо заправить чистой простыней и одеялом в зависимости от сезона. * Белье нужно менять после каждого больного. * Одеяла проветривают, а после инфекционных больных направляют на дезинфекцию.   При отсутствии лифта тяжелобольных поднимают на носилках 2 или 4 человека, идущих в ногу; больного несут головой вперед и приподнимают нижний ножной конец носилок. При спуске больного несут ногами вперед, также приподнимая нижний ножной конец носилок.  **Специализированный транспорт для перевозки тяжелобольных пациентов**  **Санитарный транспорт**  Тяжелобольному человеку или инвалиду требуется помощь для поездки в клинику на лечение, в амбулаторное учреждение на анализы или процедуры, в санаторий на восстановительное лечение. В таких случаях предусмотрен экстренный или предварительный вызов государственного санитарного транспорта социального типа или коммерческий сантранспорт. В зависимости от вида заболевания и общего состояния пациента предоставляются различные санитарные транспортные средства, оборудованные соответствующей реанимационной и другой медицинской аппаратурой.  **Требования к санитарному транспорту**  Транспортные санитарные средства должны соответствовать достаточно строгим требованиям, несоблюдение которых может спровоцировать ухудшение состояние перевозимого пациента. Современный транспортировочный транспорт для инвалидов и лежачих больных предполагает выполнение следующих условий:   * высокая проходимость санитарного автотранспорта, обеспечивающая доступ в отдаленные населенные пункты или на место происшествия; * максимальная амортизация, способствующая снижению механических нагрузок на больного в процессе передвижения по разным типам дорог; * оборудование в салоне удобного места для размещения лежачего пациента с возможностью его безопасной транспортировки на расстояния разной дальности; * оптимальная организация размещения в салоне тяжелобольных с обеспечением минимального размаха носилок и свободного доступа к пациенту сопровождающего медперсонала; * комфортные для пациента и сопровождающих пути погрузки и выгрузки инвалидной коляски и носилок в салон санитарного транспорта; * компактное и удобное для медперсонала размещение мобильного оборудования для неотложных мер помощи больному в пути.   Условия вызова санитарного транспорта Если возникает необходимость вызвать санитарный транспорт, определяется тип перевозочного средства по ряду критериев:   1. Экстренная помощь с предоставлением реанимобиля и специализированной бригады осуществляется в случае:  * нарушение дыхания или длительного бессознательного состояния; * острого кровотечения; * признаков инсульта либо инфаркта; * появления нестерпимой боли; * наличия травм или ожогов.   2. Неотложное прибытие скорой помощи и общепрофильной бригады медиков организуется при наличии:   * обострения хронических болезней, которые не удается скорректировать силами пациентов и родственников; * острые стадии заболеваний разного профиля, требующие врачебной помощи и госпитализации; * внезапной смерти человека в поздние вечерние или ночные часы (в целях своевременной констатации смерти).   В целях создания надлежащих гигиенических условий, специализированный медицинский транспорт отделывается материалами, стойкими к дезинфицирующим и моющим растворам. Салон скорой помощи и других видов специализированного санитарного или медицинского транспорта оборудуется мощной вентиляцией и отопительной системой, чтобы создать необходимый для больного человека микроклимат, не допускающий переохлаждения или духоты.  Чтобы можно было осуществить вызов медицинского транспорта при необходимости срочной перевозки или связаться с медицинским центром по вопросам срочной госпитализации, все машины оборудуются новейшими средствами связи.  **Самолет - госпиталь**  Изобретение относится к оборудованию летательных аппаратов. Самолет содержит комплекс медицинского оборудования, устройства обеспечения, санитарно-техническое оборудование и хирургическое отделение. Предусмотрена грузовая платформа, выполненная в виде секций каркасно-панельной конструкции в двухъярусном исполнении, смонтированных на полу вдоль грузовой кабины самолета. Имеются узлы крепления медицинского оборудования, кроватей и тумбочек к полу помещений и узлы крепления ремней фиксации больных и пострадавших. Отделения расположены на нижнем и среднем этажах госпиталя в технологической последовательности, обеспечивающей замкнутый цикл комплекса ургентной медицины. Отсеки обеспечения содержат расположенные на среднем этаже палаты для больных послеоперационного лечения и расположенные на верхнем этаже госпиталя помещения для обслуживающего медперсонала.  Устройства обеспечения содержат электросиловую энергоустановку, холодильную установку для хранения крови, климатическое оборудование, лестницы, соединяющие нижний со средним этажом и средний с верхним этажом госпиталя. Самолет-госпиталь предназначен для оперативного лечебного действия в чрезвычайных обстоятельствах и ситуациях при наличии массового травматизма, радиационного и химического поражения, эпидемических заболеваний в тяжелой форме, пулевых и осколочных ранений.   * 1. **Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером**   Цель: обеспечение проходимости зонда, обеспечение инфекционной безопасности. Показания: обеспечение ухода за катетером и канюлями.  Оснащение: шприц на 150 мл (шприц Жане), фонендоскоп, вакуумный отсасыватель, лоток, зонд назогастральный, глицерин, физиологический раствор или специальный раствор для промывания, нестерильные перчатки, стерильные марлевые салфетки, емкость для промывания катетера, пластырь, шпатель, емкости для дезинфекции, емкости для сбора отходов класса «А», класса «Б».  1.Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений. Получить согласие на проведение манипуляции.  2.Обработать руки гигиеническим способом, осушить, Надеть перчатки.  3. Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления,Попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке.  4. Подсоединить шприц с 10-20 куб. см (10 куб. см для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в области эпигастрия при помощи стетоскопа (булькающие звуки). Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение – манипуляции, связанные с оксигенотерапией  5. Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы. Каждые 3 ч (по назначению врача) промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в отдельную емкость.  6.Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен.  7.Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком.  8. Снять перчатки, поместить их в контейнер с дезраствором. Вымыть руки гигиеническим способом. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации  **Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии**  1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений. Получить согласие на проведение манипуляции.  2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  3. Надеть перчатки.  4. Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления.  5. Попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке.  6. Подсоединить шприц с 10-20 куб. см (10 куб. см для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в области эпигастрия при помощи стетоскопа (булькающие звуки).  7. Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение – манипуляции, связанные с оксигенотерапией.  8. Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы.  9. Каждые 3 ч (по назначению врача) промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в отдельную емкость.  10. Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен.  11. Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком.  12. Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции.  13. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  14. Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании).   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Работа со стерильным биксом, стерильным материалом | 1 | |  | Транспортировка и перекладывание больного | 4 | |  | Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии | 2 | |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**