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. Шевченко Полина Константиновна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место прохождения практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(медицинская организация, отделение)

с «18» мая 2020 г. по «30» мая 2020 г.

Руководители практики:

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

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

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

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

Методический руководитель - Ф.И.О. (должность) Битковская Венера Геннадьевна

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

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

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

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

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

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

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

Место печати МО

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 18.05  19.05  20.05  21.05  22.05  23.05  25.05  26.05  27.05  28.05  29.05 | № отделения № палаты  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Анализ мокроты на микобактерии туберкулеза  ФИО Иванов Иван Иванович  Дата: 18.05.2020  Подпись м\с Шевченко П.К.  **Вид исследования: сбор мочи на общий анализ**  Инструктаж пациента: 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.  **Вид исследования: кал на скрытую кровь**  Подготовка пациента:   * на 3 дня назначается диета, исключающая железосодержащие продукты (мясо, рыбу, помидоры, яйца, все зеленые овощи, печень, икру, гречневую кашу), одновременно отменяются препараты железа, висмута; * тщательный туалет половых органов.  Алгоритм взятия содержимого зева для бактериологического исследования  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. 5. Сесть напротив пациента. 6. Извлечь тампон из пробирки, придерживая его за пробку (пробирка остается в штативе). 7. Взять шпатель в другую руку; попросить пациента слегка запрокинуть голову и открыть рот; надавить шпателем на корень языка. 8. 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. 9. Извлечь тампон из полости рта, положить шпатель в лоток для использованного материала, ввести тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности. 10. Поставить пробирку в штатив для пробирок, затем штатив в бикс, уплотнив поролоном. Проверить соответствие номера пробирки с номером направления и Ф.И.О. пациента. 11. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. Продезинфицировать поверхности, которые были задействованы. 12. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 13. Доставить пробу в лабораторию в контейнере в течение 1 часа.  Алгоритм взятия содержимого носа для бактериологического исследования.  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. 5. Сесть напротив пациента 6. Извлечь тампон из пробирки, придерживая его за пробку (пробирка остается в штативе). 7. Свободной рукой приподнять кончик носа пациента, другой рукой ввести тампон легким вращательным движением в нижний носовой ход с одной, затем с другой стороны. 8. Извлечь тампон из полости носа и ввести тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности. 9. Многоразовый материал отправить на дезинфекцию, продезинфицировать все поверхности, которые были задействованы. 10. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 11. Доставить пробу в лабораторию в контейнере в течение 1 часа.   **Алгоритм проведения дуоденального зондирования**   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. 4. Обработать перчатки антисептическим раствором. 5. 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). 6. Предложить пациенту сесть, широко открыть рот. В руки пациенту дать полотенце. 7. 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. 8. Уложить пациента на кушетку (без подушки) на правый бок, под таз подложить валик, под правое подреберье - грелку. 9. Снять зажим, свободный конец зонда опустить в пробирку на штативе на низкой скамейке рядом с кушеткой; выделяется мутное, светлое содержимое желудка. 10. 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 желочь – 15-40 мл за 20-30 мин. 11. 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. 12. Уложить пациента на спину, наложить зажим на свободный конец зонда на 10 минут. 13. 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. 14. 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. 15. Извлечь зонд при помощи салфетки, дать пациенту прополоскать рот. ИМН одноразового использование поместить в емкость для отходов класса «Б», многоразового использования – отправить на дезинфекцию. 16. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 17. Отправить все пробирки в лабораторию с направлением (для выявления форменных элементов, простейших и т.д.).   **Алгоритм Подача кислорода через носовой катетер, канюлю**   * 1. Провести идентификацию пациента.   2. Установить доверительные отношения с пациентом, если это возможно для обеспечения слаженности совместной работы. Получить согласие на проведение процедуры.   3. Выявить у пациента признаки и симптомы, связанные с гипоксией и наличием мокроты в дыхательных путях.   4. Вымыть и осушить руки, надеть стерильные перчатки.   5. 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.   6. Определить длину вводимой части катетера (расстояние от козелка ушной раковины до входа в нос - приблизительно 15 см), поставить метку.   7. Облить стерильным глицерином вводимую часть катетера в целях предупреждения травмы слизи­стой носа (можно подсоединить носовые канюли).   8. Ввести катетер в нижний носовой ход до метки (катетера виден при осмотре зева шпателем).   9. Осмотреть зев, придавив шпателем корень языка. Убедиться, что кончик катетера виден при осмотре зева.   10. Сбросить шпатель в дезинфицирующий раствор.   11. Зафиксировать наружную часть катетера тесемками бинта и лейкопластырем для обеспечения постоянного положения катетера для удобства пациента, профилактики мацерации кожи лица.   12. Соединить с аппаратом Боброва, заполненным дистиллированной водой или 96% ным спиртом, или другим пеногасителем.   13. Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи кислорода по назначению врача.   14. Осмотреть слизистую носа пациента.   15. Провести итоговую оценку состояния пациента.   16. Удалить катетер (или снять носовую канюлю). Сбросить в емкость для сбора отходов класса Б.   17. Шпатель, лоток, погрузить в соответствующие емкости для дезинфекции, продезинфицировать аппарат Боброва.   18. Снять перчатки, Сбросить в емкость для сбора отходов класса Б. провести гигиеническую обработку рук.   19. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнить направления для проведения анализов. | 1 | |  | Мазок из зева и носа для бактериологического исследования. | 1 | |  | Обучить пациента технике сбора мочи для различных исследований. | 1 | |  | Обучить пациента технике сбора фекалий для исследований. | 1 | |  | Дуоденальное зондирование | 1 | |  | Подать увлажненный кислород. | 1 |   **Алгоритм обработки волосистой части головы при выявлении педикулеза**   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. 6. 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. 7. Выдержать экспозицию по инструкции препарата 8. Промыть волосы теплой водой, затем с моющим средством (обработать кондиционером для облегчения расчесывания), осушить полотенцем. 9. Перед пациентом на полу разложить листы бумаги (белой). 10. 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). 11. Осмотреть волосы пациента повторно. Убедиться, что вшей нет. 12. Бумагу с пола аккуратно собрать в металлическую емкость и сжечь в вытяжном шкафу. 13. Белье и одежду пациента, спецодежду медсестры убрать в клеенчатый мешок и отправить в дезинфекционную камеру. 14. Гребень, клеенчатую пелерину обработать инсектицидным средством, промыть проточной водой, просушить. 15. Обработать помещение. 16. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 17. Провести гигиеническую обработку рук. 18. Сделать отметку на титульном листе медицинской карты стационарного больного о выявленном педикулезе («Р») или в амбулаторной карте и в журнале осмотра на педикулез. 19. Отправить экстренное извещение об инфекционном заболевании в ЦГСЭН(ф. № 058/у), зарегистрировать факт выявления педикулеза по месту жительства пациента. 20. Повторить осмотр волосистой части головы пациента через семь дней. При необходимости — провести санитарную обработку.   **Алгоритм частичной санитарной обработки пациента, обтирание пациента**   1. Получить добровольное информированное согласие на выполнение манипуляции. 2. Обеспечение конфиденциальности при выполнении процедуры. 3. Профилактика травматизма. 4. Вытереть пациенту шею, грудь, руки полотенцем насухо и прикрыть одеялом. 5. Используя правила перемещения пациента в постели подложить одноразовые адсорбирующие подкладные пеленки под нижнюю часть туловища пациента. 6. Обтереть живот, спину, нижние конечности, осушить и закрыть одеялом. 7. Убрать ширму. 8. Одноразовые рукавицы для мытья, одноразовые подкладные пеленки погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б». 9. Использованное полотенце и грязную одежду пациента убрать в клеенчатый мешок. 10. Слить воду в канализацию, емкость продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата, помыть чистящим средством, прополоскать проточной водой, поставить на сушку. 11. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 12. Провести гигиеническую обработку рук. 13. Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.   **Транспортировка пациента в лечебное отделение**   1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе её выполнения. Получить согласие на выполнение транспортировки. 2. Подготовить каталку к транспортировке, проверить ее исправность. 3. Обработать руки. 4. Застелить каталку. 5. Поставить каталку (кресло-каталку) удобно в данной ситуации. 6. Переместить пациента на каталку (кресло-каталку) одним из известных способов. 7. Укрыть пациента. 8. Транспортировка на каталке: встать: один медработник спереди каталки спиной к пациенту, другой - сзади каталки, лицом к пациенту. 9. На кресло-каталке транспортировать пациента так, чтобы его руки не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки. 10. Транспортировать пациента в отделение с историей болезни. 11. Поставить каталку (кресло-каталку) к кровати, в зависимости от площади палаты. 12. Убрать одеяло с кровати. 13. Переложить пациента на кровать, одним из известных способов 14. Убедиться, что пациенту комфортно. 15. Надеть перчатки. Продезинфицировать каталку (кресло-каталку) в соответствии с инструкцией к дезинфицирующему средству. 16. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.   **Перемещение пациента на носилках**   1. Вниз по лестнице пациента несут ногами вперед, причем передний конец носилок приподнят, а задний опущен, для того чтобы достигнуть горизонтального положения носилок. 2. Вверх по лестнице пациента несут головой вперед и также в горизонтальном положении. 3. При транспортировке пациента на носилках надо идти не в ногу, короткими шагами слегка сгибая ногу в коленях и удерживая носилки в горизонтальном положении. 4. При любом способе транспортировки сопровождающий пациента обязан передать пациента и его историю болезни палатной медицинской сестре.   **Алгоритм Постановка пиявок**   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. 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). 11. Положить салфетку под заднюю присоску. 12. Повторить пп. II.3 – II.5 до тех пор, пока не будут поставлены все пиявки. 13. Наблюдать за активностью пиявок: если не движутся, слегка провести по её поверхности пальцем. 14. Снять ватно-марлевым тампоном, смоченным спиртом, через 20-30 мин (по назначению врача) все пиявки. 15. Поместить снятые пиявки в емкость с дезинфицирующим раствором с последующей утилизацией. 16. Поместить пинцет в емкость для дезинфекции. 17. Обработать кожу вокруг ранки антисептиком или 5 %-ного спиртовым раствором йода. 18. Наложить асептическую ватно-марлевую давящую повязку с слоем ваты, менять повязку в течение суток по необходимости. 19. Фиксировать повязку бинтом или лейкопластырем. 20. Убрать клеенку в емкость для дезинфекции. 21. Обработать использованные пиявки, убедиться, что число пиявок, поставленных пациенту, и число пиявок, находящихся в емкости для дезинфекции совпадает. 22. Снять перчатки и поместить в ёмкость для дезинфекции. 23. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 24. Уточнить у пациента его самочувствие. 25. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации   **Провести антропометрические измерения**  **Алгоритм определения массы тела**   1. Предупредить пациента до проведения измерения (Взвешивание взрослых пациентов проводится натощак утром, в одни и те же часы, после предварительного опорожнения мочевого пузыря и кишечника в нательном белье). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Включить весы, уравновесить (весы должны находиться на ровной поверхности). На платформу весов положить одноразовую салфетку. 4. Предложить пациенту осторожно встать в центре площадки на салфетку (без тапочек). 5. Произвести взвешивание (зафиксировать результат). 6. Предложить пациенту осторожно сойти с весов. 7. Сообщить результат пациенту. 8. Записать данные взвешивания в температурный лист у.ф. № 004/у. 9. Оценить результат (в норме масса тела по формуле Брокка равна, примерно, рост минус 100). 10. Надеть перчатки, одноразовую салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б». 11. Поверхность весов обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность. 12. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б». 13. Провести гигиеническую обработку рук.   **Алгоритм измерения роста пациента, в положении стоя**   1. Предупредить пациента до проведения измерения. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Предложить пациенту снять верхнюю одежду и обувь. 4. На основание ростомера положить одноразовую салфетку. 5. Встать сбоку ростомера и поднять горизонтальную планку выше предполагаемого роста пациента. 6. 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. 7. Планшетку ростомера опустить на темя пациента и определить рост на шкале. 8. Сообщить пациенту его рост. 9. Предложить пациенту сойти с основы ростомера, придерживая в это время планку, чтобы не травмировать пациента. 10. Записать данные измерения в температурный лист у.ф. № 004/у. 11. Надеть перчатки, салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б». 12. Поверхность ростомера обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность. 13. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б». 14. Провести гигиеническую обработку рук.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнить документацию при приеме пациента. | 1 | |  | Провести осмотр и осуществить мероприятия при выявлении педикулеза. | 1 | |  | Выполнить частичную санитарную обработку пациента. | 1 | |  | Заполнить температурный лист при регистрации показателей. | 1 | |  | Транспортировка пациентов в отделение, передача документации постовой медицинской сестре. | 1 | |  | Постановка пиявок | 1 | |  | Антропометрия | 1 |   **Алгоритм введения мази за нижнее веко стеклянной палочкой**  Оснащение: 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., лекарственное средство.   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. 2. Выяснить аллергоанамнез. 3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 4. Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики, стеклянную палочку. 5. Помочь пациенту занять удобное положение. 6. Открыть флакон (тюбик), взять палочкой немного мази. Закрыть флакон. 7. Дать марлевые шарики пациенту в каждую руку (по возможности). Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз. 8. Заложить мазь за нижнее веко в направлении от внутреннего угла глаза к наружному (держать палочку мазью вниз). 9. Вывести глазную палочку из конъюнктивального свода вращательным движением, по направлению к наружной спайке век, одновременно отпустить нижнее веко. 10. Попросить пациента закрыть глаза. 11. Попросить пациента удалить, вытекающую, из-под сомкнутых век мазь, или сделать это за него. 12. При необходимости заложить мазь за нижнее веко другого глаза, повторив те же действия. 13. Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта. 14. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 15. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 16. Сделать запись о выполненной процедуре.   **Алгоритм закапывание капель в глаза**  Оснащение: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, 2пипетки, лекарственное средство.   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. 2. Выяснить аллергоанамнез. 3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 4. Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики 5. Помочь пациенту занять удобное положение. 6. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку нужное количество капель, взять в левую руку марлевый шарик. 7. Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз. 8. Закапать в конъюнктивальную складку 2-3 капли (не подносить пипетку близко к конъюнктиве). 9. Попросить пациента закрыть глаза. 10. Попросить пациента промокнуть вытекшие капли у внутреннего угла глаза. 11. Повторить те же действия при закапывании в другой глаз (при назначении врача). 12. Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой. 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 закапывание сосудосуживающих капель в нос**  Оснащение: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, 2пипетки, лекарственное средство   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. 2. Выяснить аллергоанамнез. 3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 4. Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики. 5. Помочь пациенту занять удобное положение (сидя). 6. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача. 7. Попросить пациента сесть, слегка запрокинув голову и склонить её (при закапывании в левую ноздрю - влево, в правую - вправо). 8. Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос). 9. Попросить пациента прижать пальцем крыло носа к перегородке сразу после закапывания капель и сделать лёгкие круговые движения, не отнимая пальца. Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры. 10. Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия. 11. Спросить у пациента об облегчении носового дыхания через 1-2 минуты. 12. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 13. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 14. Сделать запись о выполненной процедуре.   **Примечание:** при необходимости перед процедурой очистить носовые ходы. При закапывании сосудосуживающих капель, они не должны попасть в глотку.  **Алгоритм закапывание масляных капель в нос**  Оснащение: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, 2пипетки, лекарственное средство.   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. 2. Выяснить аллергоанамнез. 3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 4. Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики 5. Помочь пациенту занять удобное положение (сидя или лежа). 6. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача. 7. Попросить пациента сесть или лечь, запрокинув голову. 8. Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос). 9. Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры. 10. Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия. 11. Спросить у пациента о том, ощутил ли он вкус капель во рту. Попросить пациента полежать несколько минут. 12. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 13. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 14. Сделать запись о выполненной процедуре.   **Примечание:** при необходимости перед процедурой очистить носовые ходы. При закапывании масляных капель, пациент должен почувствовать их вкус.  **Алгоритм введение мази в нос**  Оснащение: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, лекарственное средство.   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. 2. Выяснить аллергоанамнез. 3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 4. Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные ватные турунды, марлевые шарики. 5. 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). 6. Ввести ватную турунду вращательными движениями в нижний носовой ход (с одной стороны) на 10-15 минут. 7. Извлечь турунду и положить её в ёмкость для использованного материала. 8. Повторить предыдущие действия при введении мази в другой носовой ход. 9. Марлевым шариком, при необходимости, удалить остатки мази с кожи после процедуры. 10. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой. 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   **Алгоритм закапывание капель в ухо**  Оснащение: 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, 2пипетки, лекарственное средство, ёмкость с горячей (60°С) водой, водный термометр.   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции, уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. 2. Выяснить аллергоанамнез. 3. 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). 4. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 5. Выложить пинцетом в лоток стерильные марлевые шарики. 6. Помочь пациенту занять удобное положение (лежа на боку или сидя, наклонив голову в сторону). 7. Набрать в пипетку 2-3 капли лекарственного средства (в одно ухо – по назначению врача). 8. Оттянуть ушную раковину назад и вверх и закапать 2-3 капли ухо. 9. Повторить те же действия (при наличии назначения врача) при закапывании в другое ухо через несколько минут (чтобы не вытекло лекарственное средство). 10. Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой. 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.   **Примечание:** при необходимости перед процедурой очистить наружный слуховой проход от ушной серы.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Введение мази за нижнее веко | 1 | |  | Закапать сосудосуживающие, масляные капли в нос. | 1 | |  | Ввести мазь в носовые ходы по назначению врача. | 1 | |  | Закапать капли в ухо. | 1 | |  | Закапать капли в глаза. | 1 | |  | Заполнить журнал учета лекарственных средств. | 1 | |  | Заполнить порционное требование. | 1 |   **Алгоритм действий при втирании линимента (жидкая мазь)**   1. Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить его согласие. 2. Выяснить аллергоанамнез. 3. Прочитать название препарата. 4. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве. 5. Попросить пациента занять удобное положение, при необходимости помочь. 6. Отгородить пациента ширмой. 7. Осмотреть участок кожи, на который нужно нанести втирание. 8. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки 9. Нанести нужное для втирания количество жидкой мази на шпатель или перчатку. 10. Втирать легкими вращательными движениями в определенную врачом поверхность кожи до тех пор, пока не исчезнут следы лекарственного средства (или по инструкции). 11. Тепло укрыть пациента, если этого требует инструкция. 12. Убедиться в том, что пациент не испытывает дискомфорта после проведенной процедуры. 13. Использованные материалы (шпатель) погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». 14. Снять перчатки, погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». Провести гигиеническую обработку рук. 15. Сделать запись о выполненной процедуре.   **Алгоритм действий при нанесении мази на кожу**   1. Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. 2. Выяснить аллергоанамнез. 3. Прочитать название мази. 4. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве. 5. Попросить пациента занять удобное положение, при необходимости помочь. 6. Отгородить пациента ширмой. 7. Осмотреть участок кожи, на котором нужно втирать мазь. 8. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 9. Выдавить из тюбика на стеклянную лопаточку (шпатель) мазь (по назначению врача). 10. Нанести мазь тонким слоем на кожу, пользуясь стеклянной лопаточкой (шпателем). 11. Попросить пациента подержать поверхность кожи с нанесенной мазью 10-15 мин. (по инструкции) открытой. 12. Спросить пациента не испытывает ли он дискомфорта в связи с процедурой. 13. Снять остатки мази с поверхности кожи салфеткой, осмотреть кожные покровы. 14. Использованные салфетки, шпатель погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». 15. Снять перчатки, погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». убрать ширму. Провести гигиеническую обработку рук. 16. Сделать запись о выполненной процедуре.   **Алгоритм Кормление тяжелобольного из ложки и поильника**   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. Убедиться, что пища не горячая. Наполнить ложку пищей на 2/3 объёма, прикоснуться к губам, поместить пищу на язык. 8. Подождать, пока пациент проглотит пищу (повторять 1 и 2 пункты, пока пациент не насытится). 9. Дать пациенту попить из поильника (по желанию пациента - давать пить в процессе кормления). 10. Предложить пациенту прополоскать рот водой, или провести орошение полости рта, удалить салфеткой участки загрязнения пищей. 11. Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья, убрать столик с посудой. 12. Пациента на 20-30 минут оставить в положении Фаулера (по возможности), затем придать удобное положение. 13. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 14. Использованную посуду, прикроватный столик, поверхность прикроватной тумбочки обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима. 15. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 16. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **Примечание:** ­горячие блюда в пределах 60 °С, холодные не менее 14 °С.  **Алгоритм Кормление тяжелобольного через назогастральный зонд**   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 перчатки. 4. Придать пациенту положение Фаулера, на грудь пациента положить непромокаемую салфетку. 5. Убедиться, что метка на зонде находится около входа в носовой ход, или набрать в шприц Жане воздух 30 - 40 мл и присоединить его к зонду. Ввести воздух через зонд в желудок под контролем фонендоскопа. Выслушиваются характерные звуки, свидетельствующие о нахождении зонда в желудке. 6. Набрать в шприц питательную смесь, предварительно приготовленную, удалить из шприца воздух. 7. Снять зажим/заглушку с зонда,   подсоединить к зонду шприц с пищей. 8. Ввести питательную смесь, перекрыть зонд, отсоединить использованный шприц, наложить зажим/заглушку. 9. Подсоединить шприц с водой, снять зажим, промыть зонд, перекрыть зонд, отсоединить использованный шприц, наложить зажим/заглушку. Зонд зафиксировать. 10. Использованный шприц Жане положить в емкость из-под пищи. 11. Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья. 12. Пациента на 20-30 минут оставить в положении Фаулера (по возможности), затем придать удобное положение. 13. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 14. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместил в емкость для дезинфекции. Обработал поверхности. 15. Снять перчатки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 16. Сделать запись о проведенной процедуре.   **Алгоритм Кормление пациента через гастростому**   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 (требуется помощь ассистента). 6. Вставить заглушку в дистальный конец зонда. 7. Облить конец зонда стерильным вазелиновым маслом и ввести в гастростому на 10см. 8. Снять заглушку с зонда и подсоединить к воронке. Слегка наклонить воронку и наполнить питательной смесью, температура которой 38-40 °С. Медленно поднять воронку, держать прямо, когда пища опустится до устья воронки, следует опустить ее до уровня желудка и снова заполнить питательной смесью. 9. После кормления, промыть воронку и зонд кипячёной водой, отсоединить. 10. Наложить зажим на зонд (или закрыть заглушкой) и зафиксировать зонд до следующего кормления, придать пациенту удобное положение. 11. Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья. 12. Пациенту рекомендовать не вставать с постели в течение 1,5-2 часов. Затем придать пациенту комфортное положение в постели. 13. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 14. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. Обработать поверхности. 15. Перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 16. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **Алгоритм Подача судна пациенту**   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. 6. Попросить пациента согнуть ноги, и приподнять таз, или повернуть пациента на бок (помочь пациенту). 7. Под таз пациента положить непромокаемую одноразовую пеленку и подвести судно так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна. 8. Прикрыть пациента одеялом и оставить на некоторое время одного. 9. По окончании дефекации попросить пациента приподнять таз, или повернуться на бок (помочь пациенту), правой рукой извлечь судно. 10. 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. 11. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б». Обработать руки, надеть другую пару перчаток. 12. Подвести под пациента чистое судно. 13. Подготовить оборудование для подмывания и подмыть пациента. 14. Убрать ширму. 15. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 16. **Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.**   **Алгоритм Применение мочеприемника**   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 8. Подать пациенту мочеприемник. Для обеспечения мочеиспускания можно открыть кран с во­дой. 9. Прикрыть пациента одеялом и оставить на некоторое время одного. 10. По окончании мочеиспускания убрать мочеприемник, отодвинуть ширму. 11. Осмотреть содержимое мочеприемника, вылить в унитаз, мочеприемник продезинфицировать, промыть с моющим средством, прополоскать проточной водой, просушить. 12. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработать руки, надеть другую пару перчаток. 13. Подготовить оборудование для подмывания и подмыть пациента при необходимости. 14. Убрать ширму. 15. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 16. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **Алгоритм Уход за наружными половыми органами и промежностью у женщин, мужчин**   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, фартук, перчатки. 3. Подготовить оборудование. 4. Отгородить пациента ширмой. 5. Придать пациенту удобное положение (Фаулера). Открыть нижнюю часть тела. 6. Попросить пациента согнуть ноги, и приподнять таз, или повернуть пациента на бок (помочь пациенту). 7. Под таз пациента положить непромокаемую одноразовую пеленку, и поставить судно. 8. Зажать салфетку корнцангом так, чтобы металлические части инструмента не касались кожи пациента. 9. Поливайте раствором на половые органы, а салфеткой (зажатой корнцангом) производите движения сверху вниз (от половых органов к заднему проходу), меняя по мере загрязнения салфетки. 10. Последовательность выполнения при обработке у женщин:   лобок, большие половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия (салфетки менять по мере загрязнения).   1. Последовательность выполнения при обработке у мужчин:   головка полового члена, тело, мошонка, паховые складки, область анального отверстия.   1. Осушить область обработки в той же последовательности. 2. Убрать судно и непромокаемую пеленку с кровати, придать пациенту удобное положение. 3. Убрать ширму. 4. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 5. Обработать и снять фартук. Перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 6. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Втирание мази в кожу, нанесение мази на кожу пациента. | 1 | |  | Кормить тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника. | 1 | |  | Дать пациенту жидкую пищу через гастростому, назогастральный зонд. | 1 | |  | Подать судно и мочеприемник | 1 | |  | Уход за наружными половыми органами мужчины и женщины. | 1 |   **Правила надевания подгузника**   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. 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 органамии промежностью у женщин, мужчин». 6. Дать коже просохнуть. 7. Повернуть пациента на бок (либо попросить пациента приподнять таз, по возможности), под ягодицы положить расправленный подгузник строго посередине. Повернуть пациента на спину, развести ноги (рис.1, 2). 8. Подтянуть на живот переднюю часть подгузника, заднюю часть подгузника расправить вокруг бедер (рис. 3, 4). 9. Закрепить подгузник при помощи липучек спереди симметрично. Расправить подгузник, чтобы не было складок (рис. 5). 10. Придать пациенту удобное положение. 11. Убрать ширму. 12. Перчатки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 13. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **Алгоритм Бритье пациента**   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. 5. Помочь пациенту занять положение Фаулера. 6. На грудь пациента положить одноразовую непромокаемую пеленку. 7. В емкость налить воду (температура 40-45°С) 8. Намочить большую салфетку в воде, отжать положить ее на лицо пациента (щеки и подбородок) на 5-10 минут (женщинам не надо). 9. Нанести крем для бритья равномерно на кожу лица по щекам и подбородку (женщине смочите лицо теплой водой в местах роста волос, не используя крем). 10. Побрить пациента, оттягивая кожу в направлении, противоположном движению станка в следующей последовательности: щеки, над верхней губой, под нижней губой, область шеи, под подбородком. 11. Протереть лицо после бритья влажной салфеткой, затем осушить сухой промокательными движениями. 12. Протереть лицо пациента салфеткой, смоченной лосьоном (женщине после лосьона нанести на кожу лица питательный крем). 13. Придать пациенту удобное положение в кровати. 14. Убрать ширму. 15. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 16. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое - поместить в емкость для дезинфекции. 17. Обработать использованные поверхности в палате дезинфицирующим раствором. 18. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 19. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **Алгоритм Мытье ног тяжелобольному в постели, стрижка ногтей**   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. Открыть ноги пациента. 4. Попросить пациента согнуть ноги в коленях, при необходимости помочь пациенту. 5. Подстелить одноразовую пеленку, поставить на нее таз с тёплой водой. 6. Помочь пациенту поставить ноги в таз с водой. 7. Вымыть в тазу ноги пациента от коленей до стоп, используя индивидуальную губку и мыло (предварительно дать коже немного размякнуть в теплой воде). 8. Вытереть ноги полотенцем, особенно тщательно - межпальцевые промежутки. 9. При необходимости правильно подстричь ногти. 10. Полотенце поместить в емкость для сбора грязного белья. Использованную непромокаемую одноразовую пеленку и губку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Ножницы поместить в емкость для дезинфекции. Воду из таза слить в канализацию, таз продезинфицировать, промыть с моющим средством, прополоскать проточной водой, просушить. 11. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 12. Провести гигиеническую обработку рук. 13. Сделать запись о проведенной процедуре.   **Алгоритм Осуществление ухода за волосами тяжелобольного пациента**   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.   **Утренний туалет больного**   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 (салфетки для обработки полости рта в упаковке). 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 (салфетку). 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. Осмотреть глаза. 12. 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. 13. Протереть веки по направлению от наружного  угла к внутреннему углу глаза шариком, смоченным в вазелиновом масле (шарики отдельно для каждого глаза). 14. Протереть веки сухими шариками в том же направлении (шарики отдельно для каждого глаза). 15. 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). 16. Протереть веко сухим шариком в том же направлении. 17. Налить вазелиновое масло в мензурку. 18. Приготовить лоток с ватными турундами. 19. Взять турунду, смочить в вазелиновом масле, Отжать о стенки мензурки. 20. Ввести турунду вращательными движениями  в носовой ход на 1-3 минуты. 21. Извлечь турунду из носового хода вращательными движениями. При необходимости для очищения использовать несколько турунд. 22. Обработать другой носовой ход тем же способом. 23. Налить в мензурку перекись водорода 3%. 24. Приготовить лоток с ватными турундами. 25. Взять турунду, смочить в 3% раствор перекиси водорода, отжать о стенки мензурки. 26. Оттянуть, левой рукой ушную раковину так, чтобы выровнять слуховой проход (к верху и кзади). 27. Ввести турунду  вращательными  движениями в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см. на 2-3 минуты. 28. Извлечь турунду из слухового  прохода вращательными движениями. При необходимости для очищения использовать несколько турунд. 29. Обработать другой слуховой  проход тем же способом. 30. Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Ватные турунды сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 31. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 32. Провести гигиеническую обработку рук. 33. Сделать запись о проведенной процедуре.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Сменить подгузник. | 1 | |  | Мытье рук и ног пациента, стрижка ногтей на руках и ногах пациента. | 1 | |  | Бритье пациента. | 1 | |  | Мытье головы. | 1 | |  | Утренний туалет больного | 1 |   **Алгоритм Смена постельного белья продольным способом**   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. 6. Снять с одеяла пациента пододеяльник, укрыть пациента пододеяльником на время смены белья. Сложить одеяло и отложить его в «чистую» зону. 7. Убрать подушку из-под головы, снять с нее грязную наволочку, поместить в емкость для сбора грязного белья, надеть чистую и положить в чистую зону. 8. 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. 9. 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. 10. Чистую простыню разложить на кровати и раскручивать в направлении спины пациента, избегая прямого контакта грязного и чистого постельного белья. 11. 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. 12. Скрутить грязную простыню и сбросить ее в емкость для сбора грязного белья 13. Раскрутить чистую простыню, тщательно разгладить, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелить подкладную пелёнку. 14. Заправить края чистой простыни под матрац. 15. Под голову положить подушку. 16. Надеть чистый пододеяльник на одеяло, убрать грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья. 17. Накрыть пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедиться, что больному комфортно. Поднять поручни кровати, при их наличии. 18. Убрать ширму. 19. Емкость для сбора грязного белья увезти в санитарную комнату. 20. Обработать поверхности в палате дезинфицирующим раствором. 21. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 22. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **Алгоритм Смена постельного белья поперечным способом, выполняют два человека**   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. 8. Освободить края простыни из-под матраца 9. 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. 10. На чистую простыню положить подушку и опустить на нее голову пациента. 11. Согнуть пациенту ноги, попросить его приподнять таз (одна медицинская сестра приподнимет таз), другая медицинская сестра сдвигает грязную простыню к ногам пациента и расправляет чистую. 12. Грязную простыню поместить в емкость для сбора грязного белья 13. Раскрутить чистую простыню, тщательно разгладить, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелить подкладную пелёнку. 14. Заправить края чистой простыни под матрац. 15. Надеть чистый пододеяльник на одеяло, убрать грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья. 16. Накрыть пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедиться, что пациенту комфортно. Поднять поручни кровати, при их наличии. 17. Убрать ширму. 18. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 19. Обработать поверхности в палате дезинфицирующим раствором. 20. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 21. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **Алгоритм Смена нательного белья**   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. 8. Укрыть пациента простыней. 9. Помочь пациенту надеть чистую рубашку: сначала на поврежденную руку. 10. Помочь пациенту снять оставшееся белье: носки (в положении сидя), брюки, нижнее белье (в положении лежа), грязное белье поместить в емкость для сбора грязного белья. 11. Помочь пациенту надеть чистое белье: нижнее белье и брюки начинают надевать сначала на поврежденную конечность. 12. Придать пациенту удобное положение в кровати. 13. Убрать ширму. 14. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 15. Обработать использованные поверхности в палате дезинфицирующим раствором. 16. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 17. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **Алгоритм частичной санитарной обработки пациента, обтирание пациента**   1. 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. Используя правила перемещения пациента в постели подложить одноразовые адсорбирующие подкладные пеленки под верхнюю часть туловища пациента. 5. Одноразовой рукавицей смоченной в воде, обтереть пациенту шею, грудь, руки (живот и ноги прикрыты одеялом). 6. (Нанести средство для сухой обработки на тело и обтереть пациенту шею, грудь, руки). 7. Вытереть пациенту шею, грудь, руки полотенцем насухо и прикрыть одеялом. 8. Используя правила перемещения пациента в постели подложить одноразовые адсорбирующие подкладные пеленки под нижнюю часть туловища пациента. 9. Обтереть живот, спину, нижние конечности, осушить и закрыть одеялом. 10. Убрать ширму. 11. Одноразовые рукавицы для мытья, одноразовые подкладные пеленки погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б». 12. Использованное полотенце и грязную одежду пациента убрать в клеенчатый мешок. 13. Слить воду в канализацию, емкость продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата, помыть чистящим средством, прополоскать проточной водой, поставить на сушку. 14. Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».). 15. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 16. Провести гигиеническую обработку рук. 17. Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.г   **Алгоритм Применение грелки**   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. 6. Если пациент без сознания или лишен чувствительности, то необходимо проверить температуру грелки на себе. 7. Положить грелку на нужную область тела. Узнать через 5 минут об ощущениях пациента. 8. Убрать грелку по истечении назначенного врачом времени (20 минут). 9. Осмотреть кожу пациента. Накрыть пациента одеялом. 10. Провести гигиеническую обработку рук. 11. Надеть перчатки, обработать грелку, после экспозиции промыть ее проточной водой и повесить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». Вымыть руки. 12. Сделать отметку в «Медицинской карте».   **Алгоритм Применение пузыря со льдом**   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение. 2. Вымыть руки. 3. Приготовьте кусочки льда. 4. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Заполнить пузырь кусочками льда на 1/2 объема и налить один стакан холодной воды 14 – 16 C°. 5. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Завинтить крышку пузыря со льдом. 6. Обернуть пузырь со льдом полотенцем в четыре слоя (толщина прокладки не менее 2 см). 7. Положите пузырь со льдом на нужный участок тела. 8. Оставьте пузырь со льдом на 20–30 минут. Периодически узнавать у пациента о самочувствии. 9. Убрать пузырь со льдом. 10. Провести гигиеническую обработку рук. 11. Надеть перчатки, обработать пузырь, после экспозиции промыть его проточной водой и положить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». Вымыть руки. 12. Сделать отметку в «Медицинской карте».   **Алгоритм Применение горячего компресса**   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Смочить ткань в горячей воде, хорошо отжать. 4. Приложить смоченную ткань к телу. 5. Поверх ткани плотно наложить клеенку. 6. Поверх клеенки положить грелку или теплую шерстяную ткань. 7. Менять компресс каждые 10-15 мин. 8. Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени. Интересоваться самочувствием пациента. 9. Тканевую салфетку сбросить в емкость для сбора грязного белья. 10. Провести гигиеническую обработку рук.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Санитарная обработка тяжелобольного в постели. | 1 | |  | Смена нательного и постельного белья. | 1 | |  | Применить грелку по назначению врача. | 1 | |  | Применить пузырь со льдом. | 1 | |  | Поставить горячий компресс по назначению врача. | 1 |   Алгоритм Постановка согревающего компресса   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».   Алгоритм Применение холодного компресса   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. 4. Сложить оба полотенца в несколько слоев, положить в емкость с холодной водой. 5. Отжать одно полотенце и расправить. 6. Положить на нужный участок тела на 2–3 мин. 7. Снять полотенце через 2-3мин. и погрузить его в холодную воду. 8. Отжать второе полотенце, расправить и положить на кожу на 2-3 мин. 9. Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени (от 5 до 60 мин.). Интересоваться самочувствием пациента. 10. Полотенце сбросить в емкость для сбора грязного белья. Воду слить в канализацию и обработать емкость. 11. Провести гигиеническую обработку рук.   Уход за лихорадящим больным.  Алгоритм оказания помощи пациенту в первом периоде лихорадки   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   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.  Следить за физиологическими отправлениями, подкладывать судно, мочеприёмник.  1. Проводить профилактику пролежней   при литическом снижении температуры тела   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.   при критическом снижении температуры тела  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).   Приготовить для п/к введения 10% раствор кофеин-бензоат натрия, кордиамин, 0,1% раствор адреналина, 1% раствор мезатона.  Выполнить назначение врача.  Разместить пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе.   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. 5. Осмотреть кожу в местах возможного образования пролежней (затылок, лопатки, локти, крестец, пятки и т.д.). 6. Убрать крошки с простыни, расправить простыню. 7. следить за отсутствием на постельном и нательном белье складок. 8. 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. 9. Обработать кожу в местах возможного образования пролежней (с нейтральным мылом или средством для сухой обработки кожи). 10. Сухую неповрежденную кожу обработать салфетками, смоченными в теплом камфорном или этиловом спирте. 11. Нанести защитный крем. 12. Растереть мягкие ткани в местах возможного образования пролежней (кроме выступающих костных участков). 13. Подкладывать надувной резиновый круг, вложенный в наволочку, так чтобы крестец находился над его отверстием. 14. Подложить поролоновые круги под локти и пятки пациента. 15. Обучить родственников пациента мероприятиям по профилактике пролежней. 16. Убрать ширму. 17. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 18. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 19. Перчатки, маску сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 20. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   Алгоритм Уход за постоянным мочевым катетером   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.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Поставить холодный компресс по назначению врача. | 1 | |  | Уход за промежностями при постоянном катетере | 1 | |  | Уход за лихорадящим больным. | 1 | |  | Разместить пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе. | 1 | |  | Поставить согревающий компресс по назначению врача. | 1 |   **Провести катетеризацию мочевого пузыря мягким или одноразовым катетером мужчины.**   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.   **Алгоритм катетеризации мочевого пузыря у женщин**   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.   **Осуществление ухода за постоянным уретральным катетером**   1. Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.    * + 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 емкость с мусором       4. Обработать руки и осушить   **Использование мочеприемника**   1. Обработайте руки. 2. Отделите трубку мочеприемника от катетера (дренажа). 3. 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). 4. Соедините чистый мочеприемник с дренажом. 5. С помощью мерки проверьте размер стомы. 6. Обработайте руки.   Примечание: можно порекомендовать пациенту сшить специальный мешочек для мо­чеприемника и укрепить его на поясе.  Уровень мочеприемника (а, следовательно, и мешочка) дол­жен 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 обратить­ся к врачу.  **Опорожнение мочеприемника**   1. Тщательно вымыть и осушить руки 2. Опустить мочеприемник ниже бедра или мочевого пузыря 3. Держать мочеприемник над унитазом или специальным контейнеров 4. Открыть сливное отверстие внизу мочеприемника и опорожнить в унитаз или контейнер 5. Не касаться мочеприемников ободка унитаза или горловины контейнера 6. Промыть сливное отверстие мочеприемника спиртов при помощи марлевого тампона 7. Тщательно закрыть отверстие мочеприемника 8. Снова вымыть руки   **Осуществить посмертный уход.**   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).  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Осуществить посмертный уход. | 1 | |  | Провести катетеризацию мочевого пузыря мягким или одноразовым катетером женщины. | 1 | |  | Провести катетеризацию мочевого пузыря мягким или одноразовым катетером мужчины. | 1 | |  | Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также пользованию съемным мочеприемником. | 1 | |  | Опорожнить мочевого дренажного мешка. | 1 |  Алгоритм выполнения внутрикожной инъекции Цель: введение лекарственных средств внутрикожно.  Показания: с диагностической целью (аллергические пробы Бюрне, Манту, Касони и др.) и для местного обезболивания (обкалывание).  Противопоказания: поражение кожи в месте инъекции, аллергия на лекарственное  средство.  Осложнения: постинъекционные инфильтрат и абсцесс, аллергические реакции.  Место инъекции: внутренняя поверхность предплечья.  Внутрикожные инъекции выполняются в специально отведенных для этого процедурных кабинетах, палатах, в которых должна предварительно проводиться уборка и санация воздуха с помощью бактерицидной установки.  Подготовка к выполнению внутрикожной инъекции  Оснащение:  Комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием.  Средства индивидуальной защиты: маска, перчатки.  Изделия медицинского назначения одно- и многоразового использования (в расчете на одну инъекцию):   * стерильный шприц (шприцы), емкостью 1 мл; * стерильный лоток; * лоток для использованного материала; * стерильные ватные шарики; * кожный антисептик, разрешенный к применению.   Емкости для сбора и дезинфекции.  Емкости для обработки рабочих поверхностей до и после работы с соответствующей маркировкой:   * «чистые тканевые салфетки»; * «для дезинфекции рабочих поверхностей»; * «для обработки использованных тканевых салфеток».   Емкости для дезинфекции изделий медицинского назначения  многоразового использования с соответствующей маркировкой:   * «для дезинфекции лотков»; * «для дезинфекции пинцетов».   Емкости для сбора и дезинфекции изделий медицинского  назначения одноразового использования с соответствующей маркировкой.  Перед началом работы необходимо:   1. Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры. 2. Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом. 3. Надеть перчатки, обработать их антисептиком. 4. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 5. Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток. 6. Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности. 7. Первым шариком – обработать ампулу с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц. 8. Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок). 9. Удобно усадить пациента. 10. Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением сверху вниз. 11. Обработать другим ватным шариком место инъекции (подождать пока кожа высохнет). 12. Левой рукой фиксировать кожу легким натяжением, обхватив предплечье снизу. 13. Правой рукой ввести иглу (срез иглы направлен вверх) под углом 5 ° под роговой слой кожи, только срез иглы, (указательным пальцем фиксируют канюлю иглы). 14. Слегка приподнять кверху срез иглы, левую руку переместить на поршень и ввести медленно лекарство. 15. На месте инъекции образуется папула в виде «лимонной корочки». 16. Быстрым движением правой руки вывести иглу. 17. Использованную иглу сбросить в непрокалываемый контейнер «отходы класса «Б», используя иглосъемник . 18. Использованные шприцы, ватные шарики поместить в соответствующие ёмкости для дезинфекции «отходы класса «Б», имеющие специальную маркировку. 19. Пустые ампулы утилизируют в соответствии с требованиями СП 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами". 20. Использованные лотки и пинцет поместить в соответствующие ёмкости для дезинфекции. 21. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 22. Сделать запись о проведенной процедуре   **Алгоритм выполнения подкожной инъекции**  **Общие положения**  Цель: введение лекарственных средств в подкожно-жировой слой с лечебной целью.  Показания: назначение врача.  Противопоказания: поражение кожи в месте инъекции, аллергия на  лекарственное средство.  Осложнения: постинъекционные инфильтрат и абсцесс, повреждения нервных стволов, масляная эмболия, поломка иглы, аллергические реакции,  сепсис, СПИД, вирусный гепатит, некроз.  Место инъекции: наружную поверхность плеча, бедер, подлопаточная область, боковая поверхность брюшной стенки, передняя поверхность брюшной стенки.  Подкожные инъекции выполняются в специально отведенных для этого процедурных кабинетах, палатах, в которых должна предварительно проводиться уборка и санация воздуха с помощью бактерицидной установки.  Подготовка к выполнению подкожной инъекции  Оснащение:  Комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием.  Средства индивидуальной защиты: маска, перчатки.  Изделия медицинского назначения одно - и многоразового использования (в расчете на одну инъекцию):   * 2 стерильных шприца емкостью 1-2 мл.; * стерильный лоток; * лоток для использованного материала; * стерильные ватные шарики; * кожный антисептик, разрешенный к применению.   Емкости для сбора и дезинфекции.  Емкости для обработки рабочих поверхностей до и после работы с  соответствующей маркировкой:   * «чистые тканевые салфетки»; * «для дезинфекции рабочих поверхностей»; * «для обработки использованных тканевых салфеток».   Емкости для дезинфекции изделий медицинского назначения  многоразового использования с соответствующей маркировкой:   * «для дезинфекции лотков»; * «для дезинфекции пинцетов».   .Емкости для сбора и дезинфекции медицинских отходов.  Перед началом работы необходимо:   1. Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры. 2. Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом. 3. Надеть маску, надеть перчатки, обработать их антисептиком. 4. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 5. Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток. 6. Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности. 7. Первым шариком – обработать ампулу с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц. 8. Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок). 9. Придать пациенту удобное положение. 10. Пропальпировать место инъекции. 11. Обработать перчатки спиртосодержащим антисептиком. 12. Левой рукой (1,2,3 пальцами) собрать участок кожи наружной поверхности плеча в треугольную складку основанием вниз. 13. Держа шприц в правой руке быстрым движением ввести иглу в основание складки срезом вверх на 2/3 длины снизу вверх под углом 45 градусов к поверхности кожи. 14. Отпустить складку, освободившуюся руку перенести на поршень, медленно ввести лекарственное средство. 15. Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу. 16. Использованную иглу сбросить в непрокалываемый контейнер «отходы класса «Б», используя иглосъемник. 17. Использованные шприцы, ватные шарики поместить в соответствующие ёмкости для дезинфекции «отходы класса «Б», имеющие специальную маркировку. 18. Пустые ампулы утилизируют в соответствии с требованиями СП 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами". 19. Использованные лотки и пинцет поместить в соответствующие ёмкости для дезинфекции. 20. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 21. сделать запись о проведенной процедуре   **Примечание:** если инъекция выполняется в палате, то лоток с подготовленным лекарственным средством и ватные шарики, накрываются стерильной салфеткой.  Если подкожно вводится масляное лекарственное средство, то после введения иглы, необходимо поршень потянуть на себя и убедиться, что игла не попала в кровеносный сосуд, и только после этого ввести лекарственное средство (профилактика масляной эмболии).  **Алгоритм выполнения внутривенной инъекции**  Цель – быстрое достижение лечебного эффекта, диагностическая, введение лекарственных средств с питательной целью.  Показания: назначение врача.  Противопоказания: повышенная чувствительность к лекарственному  средству, местное поражение кожи, воспаление, наличие отека, гематомы.  Осложнения: воздушная эмболия, гематома, аллергические реакции, сепсис, СПИД, вирусный гепатит, некроз.  Место инъекции: вены локтевого сгиба, вены: кисти, стопы, предплечья, височной области (чаще всего у маленьких детей).  Внутривенные инъекции выполняются в специально отведенных для этого процедурных кабинетах, палатах, в которых должна предварительно проводиться уборка и санация воздуха с помощью бактерицидной установки.  Комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием.  Средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, очки или щиток.  Изделия медицинского назначения одно - и многоразового использования (в расчете на одну инъекцию):  2 стерильных шприца емкостью 10-20 мл;  стерильный лоток;  стерильный пинцет;  лоток для использованного материала;  стерильные ватные шарики;  жгут;  клеенчатая подушечка;  кожный антисептик, разрешенный к применению;  лекарственное средство.  4.Емкости для сбора и дезинфекции.  Емкости для обработки рабочих поверхностей до и после работы с  соответствующей маркировкой:  «чистые тканевые салфетки»;  «для дезинфекции рабочих поверхностей»;  «для обработки использованных тканевых салфеток».  Емкости для дезинфекции изделий медицинского назначения  многоразового использования с соответствующей маркировкой:  «для дезинфекции лотков»;  «для дезинфекции пинцетов».  Емкости для сбора и дезинфекции медицинских отходов  . Перед началом работы необходимо:   1. Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры. 2. Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом. 3. Надеть маску, надеть перчатки, обработать их антисептиком. 4. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 5. Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его встерильный лоток. 6. Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности. Первым шариком – обработать ампулу с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц. 7. Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок). 8. Удобно усадить или уложить пациента. 9. Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту. 10. Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. 11. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 12. Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента, выбрать наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену. 13. Надеть очки. 14. Обработать перчатки спиртсодержащим антисептиком. 15. Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх. 16. Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола). 17. Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см. 18. Держа иглу в правой руке (срез иглы направлен вверх), осторожно ввести иглу на 1/3 длины сбоку вены, параллельно ей. 19. Проколоть осторожно стенку вены, пока не появится ощущение пустоты. 20. Потянуть поршень на себя, в шприце должна появиться кровь. 21. Развязать жгут, еще раз проверить положение иглы. 22. Не меняя положение шприца, медленно ввести лекарственный препарат. 23. Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу, попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут. 24. Использованную иглу сбросить в непрокалываемый контейнер «отходы класса «Б», используя иглосъемник. 25. Использованные шприцы, ватные шарики поместить в соответствующие ёмкости для дезинфекции «отходы класса «Б», имеющие специальную маркировку. 26. Пустые ампулы утилизируют в соответствии с требованиями СП 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами". 27. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработать тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором, двукратно, с интервалом 15 минут (или по инструкции). 28. Использованные лотки и пинцет поместить в соответствующие ёмкости для дезинфекции. 29. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 30. Провести гигиеническую обработку рук. 31. Сделать запись о проведенной процедуре   **Примечание:** если инъекция выполняется в палате, то лоток с подготовленным лекарственным средством и ватные шарики накрываются стерильной салфеткой.  Внутривенно нельзя вводить масляные растворы.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **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 |  Алгоритм разведения антибиотиков и проведения внутримышечной инъекции **1. Подготовка к набору лекарственных средств из флакона**  1.1. 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.   Медработник перед началом работы должен:   1. Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры. 2. Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом. 3. Надеть маску, надеть перчатки. 4. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 5. Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток. 6. Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы, флакона; убедиться, что на ампуле, флаконе то же название, что и на упаковке, визуально оценить пригодность лекарственного средства (отсутствие посторонних примесей, осадка и пр.). 7. Первым шариком обработать наружную крышку флакона с лекарственным препаратом (порошком). 8. Нестерильным пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона (при необходимости). 9. Обработать резиновую пробку флакона вторым ватным шариком. 10. Обработать ватным шариком ампулу и вскрыть ее. 11. Набрать в шприц из ампулы необходимое количество растворителя по инструкции антибактериального препарата (разведение 1:1, или 1:2), удалить из шприца пузырьки воздуха 12. Под углом 90 ° ввести иглу во флакон с лекарственным средством (порошком), проколов резиновую пробку. 13. Выпустить растворитель во флакон с порошком антибиотика, придерживая канюлю иглы. 14. Снять иглу вместе с флаконом с подыгольного конуса, соблюдая инфекционную безопасность. Шприц положить в стерильный лоток, соблюдая инфекционную безопасность. 15. Аккуратно перемешать лекарственное средство во флаконе до полного его растворения и иглу снова присоединить к подыгольному конусу, не вынимая из флакона. 16. Поднять флакон вверх дном и набрать содержимое флакона или его часть (по назначению врача) в шприц. 17. Сменить иглу, вытеснить воздух из шприца, не снимая колпачок с иглы. 18. Готовый шприц положить в стерильный лоток. 19. Придать пациенту удобное положение (лежа на животе). 20. Пропальпировать место инъекции. 21. Обработать перчатки спиртосодержащим антисептиком. 22. Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением сверху вниз. 23. Обработать другим ватным шариком место инъекции. 24. Держа шприц в правой руке (срез иглы направлен вниз) под углом 90 градусов к поверхности кожи, ввести иглу одномоментно в мышцу, глубоко на 2/3 длины иглы. 25. Ввести медленно лекарственное средство. 26. Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу. 27. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. 28. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 29. Сделать запись о выполненной процедуре.   **Алгоритм выполнения внутривенной капельной инъекции**  Цель: введение в вену лекарственных средств больших объемов.  Показания: назначение врача.  Противопоказания: повышенная чувствительность к лекарственному  средству, местное поражение кожи, воспаление, наличие отека, гематомы.  Осложнения: воздушная эмболия, гематома, аллергические реакции, сепсис, СПИД,  вирусный гепатит, некроз.  Место инъекции: вены локтевого сгиба, предплечья, кисти, стопы, подключичная вена.  Оснащение: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, одноразовые очки или щиток; стерильная капельная система, стерильный лоток, стерильный пинцет, нестерильный пинцет, лоток для использованного материала, стерильные ватные шарики, жгут, клеенчатая подушечка, кожный антисептик, лейкопластырь, лекарственное средство, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.   1. Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры. 2. Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом. 3. Надеть маску, надеть перчатки. 4. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 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 лекарственное средство на предмет его пригодности. 6. Первым шариком обработать наружную крышку флакона с лекарственным средством, нестерильным пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона (при необходимости) и обработать резиновую пробку флакона вторым ватным шариком. 7. Проверить целостность упаковки и срок стерильности системы для инфузии. 8. Вскрыть пакет с системой, взять ее в руки. 9. Закрыть зажим на системе, снять колпачок с иглы для флакона, ввести иглу до упора во флакон. 10. Перевернуть флакон вверх дном и закрепить на штативе, открыть воздуховод. 11. Заполнить баллон системы до середины при помощи нажатия на него. 12. Снять инъекционную иглу с колпачком стерильным пинцетом, положить в стерильный лоток. 13. Открыть зажим и заполнить капельницу по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком). 14. Закрыть зажим, присоединить инъекционную иглу с колпачком, вытеснить воздух через иглу, не снимая колпачка. 15. Фиксировать систему на штативе. 16. Удобно уложить пациента. 17. Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту. 18. Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. 19. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 20. Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента, выбрать наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену. 21. Надеть очки. 22. Обработать перчатки спиртсодержащим антисептиком. 23. Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх. 24. Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола). 25. Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см. 26. Проколоть осторожно стенку вены, пока не появится ощущение пустоты. 27. Убедиться, что игла в вене. 28. Ослабить жгут, открыть зажим капельницы, убедиться, что игла в вене и лекарство не поступает под кожу. 29. Закрепить систему лентой лейкопластыря. Отрегулировать скорость поступления лекарственного средства. 30. В течение инфузии следить за самочувствием пациента. 31. После завершения инфузии закрыть зажим, убрать лейкопластырь, к месту пункции приложить ватный шарик и извлечь иглу. 32. Помочь пациенту согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут. 33. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. 34. Снять перчатки, очки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 35. Сделать запись о выполненной процедуре.   **Примечание:** если перед инфузией во флакон необходимо добавить лекарственное средство, то его вводят во флакон через резиновую пробку при помощи одноразового шприца, соблюдая инфекционную безопасность, а затем подсоединяют капельную систему.  Если во время инфузии требуется ввести дополнительно лекарственное средство, то его вводят при помощи одноразового шприца, через проводник капельной системы, предварительно обработав место прокола ватным шариком.  **Алгоритм забора крови из вены при помощи шприца**  Цель: определение некоторых биохимических показателей крови.  Оснащение: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, очки или щиток; стерильные пробирки в штативе; шприц для однократного применения 10 мл с иглой (0840, 1040); стерильные ватные шарики; жгут; клеенчатая подушечка; кожный антисептик, разрешенный к применению. Емкости для дезинфекции, емкости для сбора медицинских отходов.   1. Накануне исследования провести инструктаж и составить памятку по подготовке пациента к процедуре. 2. Пригласить и проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. Выписать направление. Промаркировать пробирки. 3. Провести гигиеническую обработку рук. 4. Надеть маску, надеть перчатки. 5. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 6. Подготовить шприц. Положить его в стерильный лоток. 7. Удобно усадить или уложить пациента. 8. Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту. 9. Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. 10. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 11. Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента. 12. Надеть очки. 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. Возникает ощущение «попадания в пустоту». 17. Убедиться, что игла в вене: потянув поршень на себя. 18. Продолжать тянуть поршень на себя, набирая нужное количество крови и не снимая жгута. 19. Развязать жгут, прежде чем извлечь иглу из вены. 20. Прижать место пункции 3-м стерильным ватным шариком (салфеткой), смоченным 70% спиртом, извлечь иглу. 21. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе, удерживая ватный шарик на месте пункции 3-5 минут, затем сбросить в дезинфицирующий раствор (либо наложить давящую повязку). 22. Снять иглу со шприца, сбросить в лоток для использованного материала. 23. Выпустить медленно кровь по стенке пробирки, находящейся в штативе. Следить, чтобы кровь не пенилась при быстром наполнении пробирки. 24. Установить штатив в специальный контейнер для транспортировки. 25. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. Обработать жгут и клеенчатую подушечку. 26. Снять перчатки, очки, маску и поместить в емкость для дезинфекции. Провести гигиеническую обработку рук. 27. Сделать запись о проведенной процедуре. Доставить контейнер с материалом и направлением в клиническую лабораторию.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Развести антибиотик, и поставить внутримышечную инъекцию. | 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 |   **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.   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры и получить его согласие. 2. Приготовить оснащение к процедуре: стерильная газоотводная трубка, стерильное вазелиновое масло, марлевая салфетка или туалетная бумага, 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. 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. 7. 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. 8. Газоотводная трубка ставится на 1 час, так как возможно образование пролежней на слизистой оболочке кишки. По назначению врача процедура может быть повторена. 9. Укрыть пациента. Наблюдать в течение часа за эффективностью процесса выведения газов из кишечника. 10. Обеспечить пациенту безопасность, если он лежит на краю кровати (поднять поручень кровати). 11. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 12. По истечении заданного времени обработать руки, надеть перчатки и извлечь газоотводную трубку из анального отверстия. 13. Поместить газоотводную трубку в емкость для сбора отходов класса «Б». Вылить воду из емкости в канализацию, емкость дезинфицировать. 14. Провести туалет анального отверстия. 15. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 16. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 17. Сделать запись о проведенной процедуре.   **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.   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, 7. вытесняя воздух, закрыть вентиль. 8. Облить наконечник вазелиновым маслом, не касаясь стерильной поверхности наконечника руками, или обработать наконечник вазелином при помощи шпателя. 9. 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. 10. Открыть вентиль на системе. 11. Ввести необходимое количество жидкости. Когда вода опустится до устья кружки Эсмарха, закрыть вентиль. 12. Осторожно извлечь наконечник из прямой кишки. 13. Попросить пациента в течение 10 минут полежать на спине и удерживать воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно. 14. 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». 15. 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». 16. Провести гигиеническую обработку рук. 17. После дефекации пациента, убедиться, что процедура проведена успешно. Сделать запись в медицинской карте о проведении процедуры.   Примечание: при жалобе пациента на боль спастического характера прекратить введение раствора пока боль не утихнет. Предложить глубоко дышать.  **Алгоритм постановки сифонной клизмы**  Цель: добиться отхождения каловых масс, газов из высоких отделов кишечника.  Показания: отсутствие эффекта от очистительной клизмы, послабляю­щих клизм и приема слабительных; необходимость выведения из кишечника ядовитых ве­ществ, попавших в него через рот или выделившихся в ки­шечник через его слизистую оболочку; подозрение на кишечную непроходимость.  Противопоказания: кровотечение из желудочно-кишечного тракта; острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке; боли в животе неясной этиологии; злокачественные опухоли прямой кишки; массивные отеки.  Оснащение: средства индивидуальной защиты: перчатки, маска, стерильная система для сифонной клизмы: одноразовый толстый зонд, стеклянная воронка емкостью 0,5-1 л ; вазелиновое масло; емкость 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.   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. Взять в руку зонд, смазать облить слепой конец зонда вазелиновым маслом на протяжении 30-40 см. 6. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см. 7. 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. 8. Медленно поднимать воронку выше ягодиц так, чтобы вода ушла в кишечник лишь до устья воронки. 9. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнит воронку полностью. 10. Слить воду из воронки в приготовленную емкость (при необходимости в лабораторную посуду для исследования). 11. Промывание повторять до чистых промывных вод, но с использованием не более 10-12 л воды. 12. По окончании процедуры отсоединить воронку и убрать в емкость для дезинфекции, зонд оставить в кишечнике примерно на 10-20 минут для того, чтобы слилась оставшаяся в кишечнике жидкость. 13. После медленно извлечь зонд из кишечника через салфетку или туалетную бумагу и также поместить в емкость для дезинфекции. 14. Помочь пациенту провести туалет анального отверстия. У женщин обязательно кзади для профилактики инфицирования. Сбросить бумагу в емкость для сбора отходов класса «Б». 15. 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. 16. Снять фартук, провести его дезинфекцию. 17. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 18. Уточнить у пациента его самочувстие, по возможности. Произвести запись о проведенной процедуре.   **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: 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.   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 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.   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез. 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. 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.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Ввести газоотводную трубку. | 1 | |  | Поставить очистительную клизму. | 1 | |  | Поставить сифонную клизму. | 1 | |  | Ввести лекарственное средство в прямую кишку. | 1 | |  | Промыть желудок пациенту, находящемуся в сознании. | 1 | |  |  |

**МАНИПУЛЯЦИОННЫЙ ЛИСТ**

Производственной практики по профилю специальности

«Технология оказания медицинских услуг»

ПМ 04. Младшая медицинская сестра по уходу за больными

обучающегося Шевченко Полина Константиновна

ФИО

Специальность 34.02.01 – Сестринское дело

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Перечень манипуляций** | | **дата практики** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **всего манипуляций** | | |
| **Поликлиника** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Заполнение направлений для проведения анализов | 1 | | |  |  | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | |  |  | | | | |  | | | |  |  | | | | 1 |
| 2 | Взятие мазка из зева и носа для бактериологического исследования | 1 | | |  |  | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | |  |  | | | | |  | | | |  |  | | | | 1 |
| 3 | Обучение пациента технике сбора мочи для различных исследований | 1 | | |  |  | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | |  |  | | | | |  | | | |  |  | | | | 1 |
| 4 | Обучение пациента технике сбора фекалий для исследований | 1 | | |  |  | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | |  |  | | | | |  | | | |  |  | | | | 1 |
| 5 | Обучение пациента технике сбора мокроты для различных исследований |  | | |  |  | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | |  |  | | | | |  | | | |  |  | | | |  |
| 6 | Обучение пациента подготовке к рентгенологическим методам исследования |  | | |  |  | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | |  |  | | | | |  | | | |  |  | | | |  |
| 7 | Обучение пациента подготовке к эндоскопическим методам исследования |  | | |  |  | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | |  |  | | | | |  | | | |  |  | | | |  |
| 8 | Обучение пациента подготовке к ультразвуковым методам исследования |  | | |  |  | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | |  |  | | | | |  | | | |  |  | | | |  |
| 9 | Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей |  | | |  |  | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | |  |  | | | | |  | | | |  |  | | | |  |
| 10 | Обучение пациента самоконтролю АД, пульса и ЧДД, температуры тела |  | | |  |  | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | |  |  | | | | |  | | | |  |  | | | |  |
| 11 | Обучение пациента самостоятельной постановки банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов |  | | |  |  | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | |  |  | | | | |  | | | |  |  | | | |  |
| 12 | Обучение пациента ингаляции лекарственного средства через рот и нос |  | | |  |  | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | |  |  | | | | |  | | | |  |  | | | |  |
| 13 | Дуоденальное зондирование | 1 | | |  |  | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | |  |  | | | | |  | | | |  |  | | | | 1 |
| **Стационар** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Подача увлажненного кислорода | | 1 |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | 1 | | |
| 15 | Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии | |  |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | |  | | |
| 16 | Заполнение документации при приеме пациента | |  | 1 | | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | 1 | | |
| 17 | Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза | |  | 1 | | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | 1 | | |
| 18 | Полная санитарная обработка пациента | |  |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 19 | Частичная санитарная обработка пациента | |  | 1 | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 20 | Смена нательного и постельного белья | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | | 1 | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 21 | Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.) | |  |  | | |  | | | |  | 1 | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 22 | Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | | 1 |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 23 | Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 24 | Уход за лихорадящим больным | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | | 1 |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 25 | Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | | 1 |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 26 | Опорожнение мочевого дренажного мешка | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  | 1 | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 27 | Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  | 1 | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 28 | Уход за лихорадящим больным | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 29 | Работа со стерильным биксом, стерильным материалом | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 30 | Транспортировка и перекладывание больного | |  | 1 | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 31 | Катетеризация мочевого пузыря | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  | 1 | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 32 | Постановка банок | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 33 | Постановка горчичников | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 34 | Постановка согревающего компресса | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | | 1 |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 35 | Применение грелки, пузыря со льдом | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | | 1 | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 36 | Постановка горячего компресса | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | | 1 | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 37 | Постановка холодного компресса | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | | 1 |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 38 | Разведение антибиотиков | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 39 | Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, внутривенные капельные | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | | 1 | | 1 | | |  | | | |  | | 2 | | |
| 40 | Забор крови из вены на исследование | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 41 | Антропометрия | |  | 1 | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 42 | Измерение пульса | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 43 | Измерение температуры тела | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 44 | Заполнение температурного листа при регистрации показателей: масса тела, рост; частота пульса, АД, ЧДД, температуры тела | |  | 1 | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 45 | Измерение артериального давления | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 46 | Подсчет частоты дыхательных движений | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 47 | Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 48 | Поставка пиявки на тело пациента | |  | 1 | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 49 | Профилактика пролежней. | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 50 | Заполнение порционного требования | |  |  | | | 1 | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 51 | Раздача пищи больным | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 52  53 | Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника  Искусственное кормление пациента | |  |  | | |  | | | | 1 |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 54 | Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 55 | Раздача лекарств пациентам | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 56 | Заполнение журнала учета лекарственных средств | |  |  | | | 1 | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 57 | Заполнение накладной - требования на лекарственные средства | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 58 | Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 59 | Закапывание капель в глаза | |  |  | | | 1 | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 60 | Введение мази за нижнее веко | |  |  | | | 1 | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 61 | Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос | |  |  | | | 1 | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 62 | Введение мази в носовые ходы | |  |  | | | 1 | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 63 | Закапывание капель в ухо | |  |  | | | 1 | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 64 | Нанесение мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента | |  |  | | |  | | | | 1 |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 65 | Подача судна и мочеприемника (мужчине и женщине) | |  |  | | |  | | | | 1 |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |
| 66 | Постановка газоотводной трубки | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | | 1 | | | |  | | 1 | | |
| 67 | Постановка лекарственной клизмы | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 68 | Постановка очистительной клизмы | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | | 1 | | | |  | | 1 | | |
| 69 | Постановка масляной клизмы | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 70 | Постановка сифонной клизмы | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | | 1 | | | |  | | 1 | | |
| 71 | Постановка гипертонической клизмы | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 72 | Введение лекарственного средства в прямую кишку | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | | 1 | | | |  | | 1 | | |
| 73 | Оказать помощь пациенту при рвоте | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
| 74 | Промывание желудка | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | | 1 | | | |  | | 1 | | |
| 75 | Осуществить посмертный уход | |  |  | | |  | | | |  |  | | | | | |  | | |  | 1 | | | |  | |  | | |  | | | |  | | 1 | | |

Методический руководитель практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи

Непосредственный

руководитель практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи

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

подпись расшифровка подписи

М.П. организации

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

ФИО обучающегосяШевченко Полина Константиновна

Группы208 специальности 34.02.01 – Сестринское дело

проходившего (ей) производственную практику

с18.05 по 30.05 2020 г

за время прохождения практики мной выполнены следующие виды работ

**1.Цифровой отчет**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Виды работ** | **Количество** |
|  | Заполнение направлений для проведения анализов | 1 |
|  | Взятие мазка из зева и носа для бактериологического исследования | 1 |
|  | Обучение пациента технике сбора мочи для различных исследований | 1 |
|  | Обучение пациента технике сбора фекалий для исследований | 1 |
|  | Обучение пациента технике сбора мокроты для различных исследований |  |
|  | Обучение пациента подготовке к рентгенологическим методам исследования. |  |
|  | Обучение пациента подготовке к эндоскопическим методам исследования. |  |
|  | Обучение пациента подготовке к ультразвуковым методам исследования |  |
|  | Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей |  |
|  | Обучение пациента самоконтролю АД, пульса и ЧДД, температуры тела |  |
|  | Обучение пациента самостоятельной постановки банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов |  |
|  | Обучение пациента ингаляции лекарственного средства через рот и нос |  |
|  | Дуоденальное зондирование | 1 |
|  | Подача увлажненного кислорода | 1 |
|  | Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии |  |
|  | Заполнение документации при приеме пациента | 1 |
|  | Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза | 1 |
|  | Полная санитарная обработка пациента |  |
|  | Частичная санитарная обработка пациента | 1 |
|  | Смена нательного и постельного белья | 1 |
|  | Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.) | 1 |
|  | Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе | 1 |
|  | Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента |  |
|  | Уход за лихорадящим больным | 1 |
|  | Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером | 1 |
|  | Опорожнение мочевого дренажного мешка | 1 |
|  | Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника | 1 |
|  | Уход за лихорадящим больным |  |
|  | Работа со стерильным биксом |  |
|  | Транспортировка и перекладывание больного | 1 |
|  | Катетеризация мочевого пузыря | 1 |
|  | Постановка банок |  |
|  | Постановка горчичников |  |
|  | Постановка согревающего компресса | 1 |
|  | Применение грелки, пузыря со льдом | 1 |
|  | Постановка горячего компресса | 1 |
|  | Постановка холодного компресса | 1 |
|  | Разведение антибиотиков |  |
|  | Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, капельные. | 2 |
|  | Забор крови из вены на исследование |  |
|  | Антропометрия | 1 |
|  | Измерение пульса |  |
|  | Измерение температуры тела |  |
|  | Заполнение температурного листа при регистрации показателей: масса тела, рост; частота пульса, АД, ЧДД, температуры тела | 1 |
|  | Измерение артериального давления |  |
|  | Подсчет частоты дыхательных движений |  |
|  | Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков |  |
|  | Поставка пиявки на тело пациента | 1 |
|  | Профилактика пролежней. |  |
|  | Заполнение порционного требования | 1 |
|  | Раздача пищи больным |  |
|  | Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника | 1 |
|  | Искусственное кормление пациента |  |
|  | Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного |  |
|  | Раздача лекарств пациентам |  |
|  | Заполнение журнала учета лекарственных средств | 1 |
|  | Заполнение накладной - требования на лекарственные средства |  |
|  | Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения |  |
|  | Закапывание капель в глаза | 1 |
|  | Введение мази за нижнее веко | 1 |
|  | Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос | 1 |
|  | Введение мази в носовые ходы | 1 |
|  | Закапывание капель в ухо | 1 |
|  | Втирание мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента | 1 |
|  | Подача судна и мочеприемника мужчине и женщине | 1 |
|  | Постановка газоотводной трубки | 1 |
|  | Постановка лекарственной клизмы |  |
|  | Постановка очистительной клизмы | 1 |
|  | Постановка масляной клизмы |  |
|  | Постановка сифонной клизмы | 1 |
|  | Постановка гипертонической клизмы |  |
|  | Введение лекарственного средства в прямую кишку | 1 |
|  | Оказать помощь пациенту при рвоте |  |
|  | Промывание желудка | 1 |
|  | Осуществить посмертный уход | 1 |

Текстовый отчет

Умения, которыми хорошо овладел обучающийся: мазок из зева и носа для бактериологического исследования, антропометрия, постановка пиявок, частичная санитарная обработка пациента, дать пациенту жидкую пищу через назогастральный зонд, кормление пациента в постели с ложки и поильника, мытье рук и ног пациента, стрижка ногтей, мена нательного и постельного белья, утренний туалет пациента, применение грелки, горячего , холодного и согревающего компресса, уход за лихорадочными больными , закапывание капель в нос, уши, глаза, постановка газоотводной трубки, сифонной и очистительной клизмы.

Что проделано самостоятельно: постановка подкоженной, внутрикоженной, внутримышечной инъекций, утренний туалет пациента, кормление пациента с ложки и поильника, закапывание капель в глаза, уши, нос, размещение пациента в 4 положениях в постели, забор крови из вены, введение ЛС в прямую кишку, постановка клизм, постановка газоотводной трубки.

Какая помощь оказана обучающемуся со стороны методического непосредственного руководителей практики:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ замечания и предложения по практике:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.О. Фамилия

Общий руководитель практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.О. Фамилия

(подпись)

МП организации