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 по профессиональному модулю:

«Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах»

Междисциплинарный курс «Сестринская помощь при различных заболеваниях и состояниях»

Дисциплина «Сестринский уход за больными детьми различного возраста»

студента (ки) 3 курса 308 группы

специальности 34.02.01.Сестринское дело

Поповой Елизаветы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Николаевны

Методический руководитель: Филенкова Надежда Леонидовна

**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 выполненной работы.
7. Манипуляционный лист.
8. Отчет.

**Цель и задачи прохождения производственной практики**

**Цель** производственной практики «Сестринский уход за больными детьми различного возраста» состоит в закреплении практических умений и приобретении практического опыта по участию в лечебно-диагностическом процессе и последующего освоения общих и профессиональных компетенций по избранной специальности.

**Задачи:**

1. Закрепление и совершенствование приобретенных в процессе обучения профессиональных умений обучающихся по сестринскому уходу за больными детьми различного возраста.
2. Ознакомление со структурой различных отделений детского стационара и организацией работы среднего медицинскогоперсонала;
3. Адаптация обучающихся к конкретным условиям деятельности учреждений здравоохранения.
4. Формирование навыков общения с маленькими пациентами и их родителями с учетом этики и деонтологии
5. Освоение современных методов работы в медицинских организациях практического здравоохранения
6. Обучение студентов особенностям проведения лечебно-диагностических мероприятий в педиатрической практике.
7. Формирование основ социально-личностной компетенции путем приобретения студентом навыков межличностного общения с медицинским персоналом и пациентами;

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

**Практический опыт:**

ПО 1 осуществления ухода за детьми при различных заболеваниях и состояниях;

ПО 2 проведения реабилитационных мероприятий в отношении пациентов детского возраста с различной патологией;

**Умения:**

У 1 готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;

У 2 осуществлять сестринский уход за детьми при различных заболеваниях и состояниях;

У 3 консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;

У 4 осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях стационара;

У 5 осуществлять фармакотерапию по назначению врача;

У 6 проводить комплексы упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;

У 7 проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;

У 8 вести утвержденную медицинскую документацию;

**Знания:**

З 1 причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента;

З 2 организацию и оказание сестринской помощи;

З 3 пути введения лекарственных препаратов;

З 4 виды, формы и методы реабилитации;

З 5 правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения

**Тематический план-график** **производственной практики**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование разделов и тем практики | Количество | |
| дней | часов |
| 1. | Сестринский уход за детьми раннего возраста (отделения: патологии новорожденных, выхаживания недоношенных, патологии раннего возраста) | 6 | 36 |
| 3 | Сестринский уход за больными детьми старшего возраста (пульмонологическое, гастроэндокринное, онкогематологическое, кардионефрологическое отделения) | 6 | 36 |
|  | **Всего** | **72** | 144 |

###### Инструктаж по технике безопасности

**1.Перед началом работы в отделении стационара или поликлиники необходимо переодеться.**

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

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

**2. Требования безопасности во время работы:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Требования безопасности по окончании работы:

1. Использованные перчатки подлежат дезинфекции перед утилизацией.

2. Сменная рабочая одежда подвергается старке централизованно. Не допускать стирку в домашних условиях.

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

**4. Действие медицинского работника при аварийной ситуации:**

1.**Набор лекарственных препаратов и медицинских изделий в аптечки при аварийных ситуациях:**

1. Спирт этиловый 70% флакон 100мл.
2. Йод раствор спиртовой 5% флакон 10мл.
3. Медицинские изделия: бинт марлевый медицинский стерильный (5м х 10см ) – 2 уп., салфетка марлевая медицинская стерильная ( не менее 16 см х 14 см., №10) −1 уп., лейкапластырь бактерицидный ( не менее 1,9 см х 7,2 см) – 3 уп., ножницы 1шт., медицинские резиновые перчатки 2уп., маска медицинская 1шт., очки (щиток защитный) 1 шт.

2.**В случаях порезов, уколов:**

1. Немедленно снять перчатки
2. Вымыть руки с мылом под проточной водой
3. Обработать руки 70%спиртом
4. Смазать рану 5%-м спиртовым раствором йода

3.При попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы:

1. Обработать70% спиртом кожу в том месте, куда попала кровь
2. Обмыть водой с мылом
3. Повторно обработать 70% спиртом

4.При попадании крови или других биологических жидкостей на слизистую глаза, носа, рта:

1. Ротовую полость прополоскать большим количеством воды
2. Прополоскать рот 70%раствором этилового спирта
3. Слизистую оболочку носа и глаза обильно промыть водой (не тереть)

5.При попадании крови или других биологических жидкостей пациента на халат, одежду:

1. Снять рабочую одежду
2. Погрузить инфицированную в дезинфицирующий раствор или бикс (бак) для автоклавирования

5. Требования безопасности при пожаре и аварийной ситуации:

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

2. Сообщить о случившемся администрации отделения или дежурному персоналу.

3. В кратчайшие сроки покинуть здание.

Место печати МО

Подпись непосредственного руководителя: Филенкова Н.Л.

Подпись студента Попова Е.Н.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 21.05.2020 | **ПЕЛЕНАНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО.**  **Цель:**   * создание ребенку максимального комфорта.   **Оснащение:**   * фланелевая и тонкая пеленка; * подгузник или памперс; * пеленальный стол, резиновые перчатки; * емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь.   **Обязательные условия:**   * использовать метод свободного пеленания (оставляется небольшое пространство в пеленках для свободного движения ребенка); * шапочку надевать при температуре в комнате 22 0С; * правильная фиксация пеленок (замочек расположен спереди).   **Подготовка к процедуре**   1. Подготовить необходимое оснащение. 2. Отрегулировать t воды в кране, проверить её запястьем. 3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором. 4. Уложить на пеленальном столике пеленки послойно (снизу вверх: фланелевая пеленка, тонкая пеленка, подгузник или памперс). 5. Распеленать ребенка в кроватке (при необходимости подмыть и осушить пеленкой), положить на пеленальный столик.   **Выполнение процедуры**  1. Надеть подгузник, для этого:  а) уложить ребенка на пеленки так, чтобы широкое основание подгузника приходилось на область поясницы;  б) провести нижний угол подгузника между ножками малыша;  в) обернуть боковые концы подгузника вокруг тела.  **Примечание:** подгузник можно заменить памперсом. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 2. Завернуть ребенка в тонкую пеленку:   * расположить ребенка на тонкой пеленке так, чтобы верхний её край был на уровне шеи; * одним краем пеленки накрыть плечо ребенка и провести пеленку под другую ручку и между ножек; * другим краем накрыть и зафиксировать второе плечо; * подвернуть нижний край пеленки так, чтобы * оставалось свободное пространство для движения * ножек ребенка; * зафиксировать пеленку на уровне середины плеч (выше локтевых суставов), «замочек» расположить спереди.   3. Запеленать ребенка в теплую пеленку с ручками:   * расположить ребенка на фланелевой пеленке так, чтобы её верхний край располагался на уровне козелка; * одним краем пеленки накрыть и зафиксировать одно плечо, завести его под спину; * другим краем пеленки накрыть и зафиксировать второе плечо; * нижний край пленки завернуть как тонкую.   **Завершение процедуры**   1. Уложить ребенка в кроватку. 2. Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезинфицирующим раствором, снять перчатки, вымыть и осушить руки.   **УТРЕННИЙ ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО И ГРУДНОГО РЕБЕНКА (В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА).**  **Показания:**   * соблюдение гигиены тела; * обеспечение универсальной потребности ребенка «быть чистым»; * формирование навыков чистоплотности.   **Оснащение:**   * стерильные ватные шарики и жгутики; * стерильное растительное масло; * раствор фурациллина 1:5000; * шпатель, пинцет; * 2% таниновая мазь; * лоток для стерильного материала; * лоток для обработанного материала; * чистый набор для пеленания или одежда, расположенная на пеленальном столике; * дезинфицирующий раствор, ветошь; * мешок для грязного белья; * резиновые перчатки и фартук. |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Подготовка к процедуре**   1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры. 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором и постелить на него пеленку. 4. Раздеть ребенка (при необходимости подмыть) и положить на пеленальный столик. Сбросить использованную одежду в мешок для грязного белья.   **Выполнение процедуры**   1. Обработать ребенка ватными шариками, смоченными в растворе фурациллина от наружного угла глаза к внутреннему (для каждого глаза использовать отдельный тампон). 2. Умыть ребенка тампоном, смоченным раствором фурациллина в следующей последовательности: лоб, щеки, кожа вокруг рта. 3. Почистить носовые ходы тугими ватными жгутиками, смоченными в растительном масле, вводя в каждый носовой ход отдельный жгутик вращательными движениями. 4. При необходимости уши ребенка прочистить сухими ватными жгутиками (для каждого ушка отдельный жгутик). 5. Открыть рот ребенка, слегка нажав на подбородок, и осмотреть слизистую рта. 6. Обработать естественные складки кожи ватными тампонами, смоченными в стерильном масле, меняя их по мере необходимости. 7. Обработк проводить в следующей последовательности:   за ушами – шейные – подмышечные - локтевые - лучезапястные и ладонные – подколенные - голеностопные – паховые - ягодичные.  **Примечание:** минимальный расход шариков - два: на верхнюю и нижнюю половину туловища. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВЫХАЖИВАНИИ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**  Период **новорожденности** начинается с момента рождения и длится 28 дней. Этот период является критическим для ребенка и очень ответственным для медперсонала. Новорожденный ребенок с первых часов внеутробного существования подвергается серьезным испытаниям в связи с новыми условиями существования. В периодах внутриутробного развития и выделяют перинатальный период – по ВОЗ – это период от 28 недели внутриутробной жизни плода по 7 сутки жизни новорожденного  Мертворождаемость и смертность в этот период определяется как перинатальная смертность. Особенно важными являются первые сутки после рождения. В структуре детской смертности болезни новорожденных занимают 1 место  **Исход родов и здоровье новорожденного зависит от ряда факторов:**   * состояние здоровья матери, ее возраст и число предшествующих родов (оптимально для 1 родов – 20-24 г, для 2 родов – 25-29 лет); * течение беременности; * питание матери во время беременности; * наличие вредных привычек; * отрицательное влияние химических веществ, радиации, лекарственных средств; * правильное ведение родов.   **Недоношенный ребенок**– это ребенок, родившийся раньше срока (до 38 недель). Причины невынашивания (% рождения недоношенных ≈ 5 - 6%);   1. Патология беременности гестозы беременных, многоплодие, неправильное положениеиплода, заболевания плода, несовместимость крови плода и матери; 2. Заболевания женщины:  * тяжелые экстрогенитальные заболевания (ссс, эндокринные, анемии и др.) * патология гениталий: дисфункция яичников, истмико-первикальная недостьаточность, предшествующие аборты * хронические инфекции: цитомегалия, токсоплазмоз и др. * острые инфекционные заболевания: грипп и другие ОРВИ, эпидемический гепатит и др.  1. Физические и психические травмы беременных 2. Злоупотребление алкоголем, курением, наркотиками 3. Профессиональные вредности, прием лекарственных препаратов 4. Плохое питание (голодание) 5. Возраст матери (до 18 лет и старше 30 лет /относительно/) 6. Рост > 150 см, масса – 45 кг |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Признаки недоношенности.**   * Срок беременности 28-38 недель * Масса менее 2500 * Рост менее 45 см   По массе различают 3 степени недоношенности:  1. масса 2500-2001  2. масса 2000-1501  3. масса 1500-1001  **Внешние признаки недоношенного:**   1. непропорциональное телосложение (большая голова и туловище) 2. малый родничок и швы открыты 3. кости черепа подвижны, могут находить друг на друга 4. ушные раковины мягкие, легко мнуться 5. на плечах, спине, щеках, лбу – густой пушок 6. подкожно-жировой слой отсутствует, кожа дряблая 7. половые признаки: у мальчиков яички не опущены в мошонку, у девочек – большие половые губы не прикрывают малые 8. пупок расположен ближе к лону. 9. рельефы на ладонях подошвы маловыраженны   **Функциональные признаки:**   1. слабый крик (писк) 2. вялость, сонливость 3. снижение и отсутствие сосательного и глотательного рефлексов 4. несовершенство терморегуляции: не удерживают температуру тела, легко охлаждаются и легко перегреваются 5. дыхание недоношенных неритмичное, поверхностное, с большой частотой, чем у доношенных (отмечается лабильностью (внешние раздражители дают учащение или урежение дыхания). Недоношенные часто дают апноэ до развития приступов асфиксии, особенно во время еды 6. кашлевой рефлекс слабо выражен или отсутствует 7. частота пульса у недоношенных 100-180 в 1,.Пульс очень лабилен учащается во время кормления, при крике, при осмотре, АД ниже, чем у доношенных новорожденных 8. пищеварительная система незрелая, часто отмечается метеоризм, способны переварить и усвоить только грудное молоко 9. снижены показатели иммунитета и сопротивляемость к болезням низкая   Особенности физиологических (переходных) состояний новорожденных   1. Физиологическая убыль массы тела у недоношенных больше, чем у доношенных и составляет 6-14 % (N до 10%). Восстанавливается позднее (к 2-3 неделям). 2. Физиологическая эритема держится длительно. 3. Физиологическая желтуха носит затяжной характер |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 1. Половой криз встречается реже и выражен слабо 2. Транзиторная лихорадка возникает легко, особенно при перегревании.   **Выхаживание недоношенных новорожденных.**  Специальная подготовка медперсонала.  У нас в стране – двухэтапная система ухода за недоношенным.  **1 этап**.  Рожают при преждевременных родах в специальных роддомах или отделениях.  **2 этап.**  В возрасте 9-14 дней недоношенных переводят в специализированное отделение для недоношенных (в Калуге – отделение патологии новорожденных).  Сестринская проблема: согревание недоношенных.   1. Уже в родзале: обработка недоношенного проводится под лучистым теплом, принимается ребенок в согретые стерильные пеленки. 2. Затем детей помещают в кювезы (температура воздуха 31-350, влажность воэдуха 90-95%). 3. Из кювеза ребенка перекладывают в кроватку-грелку (Беби-терм). 4. При отсутствии кювеза или кроватки-грелки ребенка можно согреть в грелках: 3 грелки – 2 по бокам (поверх одеяла) и одну под ноги (под одеяло). Температура воды в грелках – 600. Грелка кладется рядом с ребенком на расстоянии в ширину ладони. Смена воды в грелках происходит поочередно. 5. Температура воздуха в палатах – 24-260. Не перегревать!   **Сестринская проблема: Вскармливание недоношенных.**  Решение этой проблемы сопряжено с определенными трудностями. Недоношенный способен усваивать только грудное молоко. Молоко при преждевременных родах содержит больше белка, что очень нужно недоношенному. При отсутствии сосательного рефлексов недоношенных кормят через зонд сцеженным грудным молоком.  При наличии глотательного рефлекса и отсутствии сосательного ребенка можно кормить из ложечки или из чашки или даже из пипетки (капать в рот). При наличии сосательного и глотательного рефлексов и хорошего состояния ребенка его можно приложить к груди. Медсестра обязательно присутствует при кормлении и помогает матери.  Обычно, если родился недоношенным до 30 недель – ребенка кормят через зонд, от 30 до 32 недель – через зонд и 1-2 кормления из чашки, более 32 недель – можно приложить к груди. Кормить недоношенного надо чаще, чем доношенного. Количество молока в сутки в 1 день – 60 мл/кг/сут, в последующие прибавляем по 20 мл/кг/сут, пока не доведем до 200 мл/кг/сут. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | Медсестра должна оказывать психологическую поддержку матери: вселять надежду на наличие у матери грудного молока и давать советы по профилактике гипогалактии, обучать сцеживанию не реже, чем через 3 часа и обязательно ночью, разрешать (поощрять) присутствие матери при кормлении ребенка через зонд. Если мало грудного молока и приходится кормить адаптированными смесями, то надо хоть немного давать грудного молока для защиты от инфекций.  Сестринская проблема – транспортировка недоношенных.  Опасности: охлаждение, появление асфиксии, возникновение рвоты с последующей аспирацией.  **Решение проблемы:**   1. Согревание в кювезе, если таких машин нет, то в грелках. 2. На руках (меньше внутричерепных травм). 3. Не раньше, чем через 1-1,5 часа после кормления. 4. По назначению врача перед транспортировкой подкожно этимизол, кордиамин. Осуществляет транспортировку специально обученная медсестра (фельдшер). В машине обязательно должна быть кислородная подушка.   Сестринская проблема профилактика дыхательных расстройств.   1. Положение в кювезе с возвышенным головным концом. 2. После кормления на бочок или на живот. Не шевелить в течение 40-60 мин. после кормления. 3. Кислород до и после кормления в течении 2-3 недель. 4. По назначению врача – 0,5% кофеин по 1 ч. л. 2-3 раза в день в течение 1 месяца.   **Сестринская проблема: выписка недоношенного.**  Вес 1800-2000 и даже 1500, если ребенок удовлетворяет следующим условиям:   1. Хорошее состояние здоровья и нормальные физиологические показатели, нет патологических симптомов. 2. Стабильное увеличение веса. 3. Хороший сосательный рефлекс. 4. Хорошая терморегуляция (удерживает температуру тела). 5. Мать в состоянии осуществлять уход за ребенком дома.   Сестринская проблема: дефицит знаний и умений у матери при уходе за недоношенным.  **Цель:** медсестра научит мать и продемонстрирует умения и знания.   * Купать ребенка можно после отпадения пуповинного остатка (12-14 дней) ежедневно, температура воды 37,5-380С. * Гулять – дети старше 3 недель – 1 мес.температура воздуха не ниже -50С, масса тела не менее 2 кг. Гулять в начале на руках и первые прогулки 10-15-20 мин. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | * Пеленание: в кювезе ребенок находится в обнаженном виде, при переводе в кровать-грелку его пеленают с ручками, на необходимо следить, чтобы не было тугого пеленания (профилактика асфиксии). Пеленают под лучистым теплом. Свободное пеленание применяется только тогда, когда ребенок удерживает температуру тела.   Сестринские проблемы: беспокойство матери и дефицит знаний у матери в отношении физического и нервно-психического развития детей в последующем.  **Физическое развитие.**  Недоношенные дети растут очень быстро:  Масса удваивается к 3 мес.,  утраивается к 6 мес.,  к году может догнать сверстников (≈7500 до 9500), но у глубоко недоношенных масса может отставать в первые 2-3 года.  Рост за год ребенок вырастает на 27-38 см, к году рост ≈ 70-77 см  (особенно быстро растут глубоко недоношенные)  окружность головы за год – на 15-19 см , к году ≈44-46 см  Для хорошего развития необходимо грудное вскармливание, правильное введение прикормов, профилактика заболеваний.  Нервно-психическое развитие у недоношенных задерживается, все навыки могут запаздывать на 2-3 мес. Медсестра должна объяснить матери, что для хорошего развития ребенка с ним нужно заниматься:   * Массаж с 1 месяца ( масса 1700-1800) * Гимнастика с 3 месяцев * Показ игрушек подвешивание игрушки с 1,5-2,5 мес. - когда начинает фиксировать взгляд * разговор с ребенком   Следует отметить, что большинство детей развиваются нормально. Недоношенными были Дарвин, Ньютон, Вольтер, Гюго.  **Понятие о незрелости плода и о внутриутробной гипотрофии.**  Незрелость плода – ребенок, родившийся в срок имеет внешние признаки недоношенного и функциональные признаки: незрелый дыхательный центр, отсутствие рефлексов, низкий иммунитет.  Внутриутробная гипотрофия – при рождении детей масса тела не соответствует сроку внутриутробного развития. При рождении детей в срок масса у них ниже 2500.  Причины: гестозы беременных, вредные привычки, тяжелые заболевания у матери, плохое питание беременной, многоплодие. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Сестринские вмешательства:**   1. Организовать уход за недоношенным ребенком в кувезе, кроватке «беби-терм», в палате для выхаживания недоношенных 2. Соблюдать санитарно-эпидемиологический режим в палате для выхаживания недоношенных детей 3. Осуществлять регулярный гигиенический уход за недоношенным ребенком (не вынимая из кувеза) 4. Осуществлять регулярный контроль за состоянием недоношенного ребенка: ЧДД, пульс, температура, вес, характер и частота стула, срыгивания 5. Организовать рациональное питание недоношенного ребенка: из бутылочки. С ложечки, через назогастральный зонд 6. Восполнить дефицит знаний у родственников ребенка об анатомо-физиологических особенностях недоношенного, особенностях гигиенического ухода и вскармливания недоношенного  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | ПЕЛЕНАНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО | 1 | |  | УТРЕННИЙ ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 22.05.2020 | **КОРМЛЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ИЗ РОЖКА**  **Цель:**   * обеспечить ребенку полноценное питание.   **Оснащение:**   * косынка; * марлевая повязка; * мерная бутылочка (рожок); * стерильная соска; * необходимое количество молочной смеси на одно кормление * (или другой пищи температурой 36-37град.); * толстая игла для прокалывания соска; * емкости с 2%раствором соды для обработки сосков и бутылочек.   **Подготовка к процедуре**   1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры. 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Вымыть и высушить руки, надеть косынку, подготовить ребенка к кормлению. 4. Залить в рожок необходимое количество свежеприготовленной смеси (молока). 5. Если соска новая, проколоть в ней отверстие раскаленной иглой. 6. Надеть соску на бутылочку, проверить скорость истекания смеси и её температуру, капнув на тыльную поверхность своего предплечья.   **Выполнение процедуры**   1. Расположить ребенка на руках, с возвышенным головным концом. 2. Покормить малыша, следя за тем, чтобы во время кормления горлышко бутылки было постоянно и полностью заполнено смесью.   **Завершение процедуры**   1. Подержать ребенка в вертикальном положении 2-5мин 2. Положить ребенка в кроватку на бок ( или повернуть голову на бок).   Снять с бутылочки соску, промыть соску и рожок под проточной водой, а затем замочить в 2% растворе соды на 15-20минут, прокипятить в дистиллированной воде 30мин или стерилизовать в сухожаровом шкафу при t-180град 60 минут. Слить из бутылочки воду и хранить её в закрытой емкости. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **ОБРАБОТКА ПУПОВИННОГО ОСТАТКА**  **Оснащение:**   * перекись водорода 3%; * раствор бриллиантового зеленого спиртовой 1%(зеленка); * пипетка; * ватные палочки   **Выполнение процедуры**   1. Вымыть руки и просушить их. 2. Смочить ватную палочку 3% раствором перекиси водорода. 3. Обработать пупочный остаток 4. Просушить сухой ватной палочкой 5. Заполнить пипетку бриллиантовым зеленым (зеленкой) 6. Капнуть каплю под скобу. 7. После того как отпал пуповинный остаток (как правило это происходит до 2-3 недель жизни), у ребенка появляется пупочная ранка. 8. Смочить ватную палочку 3% раствором перекиси водорода и обработать пупочную ранку. 9. Просушить ранку сухой ватной палочкой. 10. Капнуть каплю бриллиантового зеленого в пупочную ранку.   **Примечание:** обработка пуповинного остатка и пупочной ранки производится каждый день после купания. |  |  |
|  | **РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАХИТА**  Рахит развивается при недостаточном употреблении ребенком витамина D с пищей или при нарушении естественного образования этого витамина в организме (недостаточное УФО).  Чаще рахит возникает у детей, родившихся в зимнее время года, находящихся на искусственном вскармливании и недоношенных.  При выполнении антенатального патронажа беременной, медицинская сестра обязана провести беседу о рациональном питании и режиме дня с целью профилактики рахита у ребенка. Беременная должна получать следующие продукты: мясо, рыба, сыр, молоко, кисломолочные продукты, яйца, сливочное масло, овощи и фрукты. Так же беременная женщина должна достаточно времени находиться на свежем воздухе, соблюдать режим дня, исключать тяжелые физические нагрузки и стрессовые ситуации.  Основной целью медицинской сестры при патронаже детей грудного возраста, которые подвержены риску возникновения рахита, является своевременное выявление первых клинических признаков рахита.  Медицинская сестра должна:   * у детей первых 3-х месяцев жизни особое внимание уделять осмотру, пальпации большого и малого родничков и швов черепа; * у детей 4-6 месяцев проводить обследование грудной клетки: по ходу ребер выявляет утолщение в местах перехода хрящевой ткани в костную. У детей II полугодия жизни следить за искривлением костей, утолщением эпифизов костей предплечий и голеней; * наблюдать за поведением, двигательной активностью и состоянием тонуса мышц; * контролировать состояние волосяного покрова затылочной части головы (при потливости появляется рахиточная «пролысина»).   Так же медицинская сестра проводит беседу с мамой ребенка, выявляя при этом:   * является ли ребенок доношенным; * сон ребенка; * имеются ли функциональные изменения нервной системы: беспокойство, частый плач, раздражительность, вздрагивание при громком звуке или внезапной вспышке света; * замечала ли мама ночную чрезмерную потливость, а так же при крике и кормлении; * как и чем питается ребенок, какое вскармливание; * соблюдает ли мама режим дня ребенка и правила ухода за ним; * как часто мама гуляет с ребенком на свежем воздухе.   Однако, при патронаже ребенка, следует обращать внимание и на социально - бытовые условия, так как они являются одним из факторов развития рахита. Главной целью ухода за детьми, болеющими рахитом, является предупреждение развития выраженной клинической картины заболевания и присоединения сопутствующих заболеваний. |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | При выявлении признаков рахита, следует направить маму с ребенком к врачу-педиатру, для уточнения диагноза. Если диагноз подтверждается, то врач назначит лечение, в котором основной задачей является полноценность выполнения всех указаний врача, так как наилучший эффект при лечении детей, больных рахитом, достигается комплексной терапией.  В начале лечения, следует провести беседу с матерью и родственниками о данном заболевании, необходимости лечения и последствиях рахита. Это позволит понять родственникам целесообразность выполнения всех мероприятий ухода.  Важно организовать правильное питание ребенка – наилучшим является грудное вскармливание при условии правильного питания кормящей женщины. При невозможности естественного вскармливания, осуществлять искусственное вскармливание нужно только адаптированными смесями – заменителями грудного молока, содержащими в оптимальном соотношении высококачественные пищевые ингредиенты, витамины и микроэлементы.  Необходимо отметить, что дети, находящиеся на вскармливании адаптированными смесями, в дополнительном приеме поливитаминных препаратов не нуждаются. 3-4 месячному ребенку на естественном вскармливании вместо питья дают овощные и фруктовые отвары и соки, раньше вводят желток и творог. При смешанном и искусственном вскармливании первый прикорм вводится на 1 месяц раньше. Для второго прикорма рекомендуется гречневая/овсяная каши, приготовленные на овощном отваре. Огромную роль в организации питания детей грудного возраста, страдающих рахитом, играет медицинская сестра.  Периодически медицинская сестра контролирует содержание кальция в моче пробой Сулковича.  В разгар заболевания и при остром течении рахита назначают препараты витамина D. Поскольку прием витамина D имеет особенности, следует рассказать маме о специфике приема витамина.  При патронаже медицинская сестра обязана обращать внимание на создание благоприятных условий окружающей среды для ребенка, следить за регулярным проведением массажа, ЛФК, так как при рахите отмечается гипотония мышц.  Следует обеспечить ребенку прогулки на свежем воздухе. Под действием УФО лучей в коже вырабатывается витамин D. В зимний период прогулки не менее 3 часов в день, в летний период 5-6 часов. В летний период рекомендуется проводить прогулки в «кружевной тени деревьев» (она задерживает инфракрасные лучи, что предупреждает перегревание ребенка).  В течение всего периода лечения, медицинской сестре необходимо проводить оценку состояния ребенка, с целью проведения оценки эффективности лечения. |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | КОРМЛЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ИЗ РОЖКА | 1 | |  | ОБРАБОТКА ПУПОВИННОГО ОСТАТКА | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 23.05.2020. | **ОБРАБОТКА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА**  **Цель:**   * воздействие на возбудителя; * рассасывание воспалительного процесса.   **Показания:**   * стоматиты; * молочница.   **Оснащение:**   * перчатки; * резиновый баллон; * стерильные марлевые салфетки, ватные шарики, палочки; * лекарственные препараты (раствор перманганата калия, раствор фурациллина, раствор соды 2%, отвар ромашки, шалфея и др.); * почкообразный лоток; * шпатель; * мензурка; * клеенчатый фартук, пеленка.   **Подготовка к процедуре**   1. Объяснить матери и ребенку ход и цель процедуры. 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Налить лекарственный раствор в мензурку. 4. Накрыть грудь ребенка пеленкой или фартуком. 5. Вымыть руки, надеть перчатки.   **Выполнение процедуры**   1. Подставить почкообразный лоток к сидящему ребенку.   **Примечание:** ребенку младшего возраста можно проводить процедуру в положении на боку, предварительно запеленав его с руками.   1. Набрать раствор в резиновый баллон и оросить лекарственным средством слизистую оболочку ротовой полости, протереть кожу вокруг ватным шариком.   **Примечание:** ребенку грудного возраста обработку слизистой рта можно проводить стерильной марлевой салфеткой, смоченной в растворе и намотанной на указательный палец медсестры.  При наличии язвочек и афт провести обработку элементов ватной палочкой с лекарственным веществом, открыв рот с помощью шпателя (при этом помощник удерживает голову и руки ребенка.).  **Завершение процедуры**  1.Передать ребенка маме.  2.Убрать использованный материал в дез.раствор.  3.Снять перчатки, вымыть руки. |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **КОРМЛЕНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЧЕРЕЗ ЗОНД.**  **Цель:**   * обеспечить новорожденного ребенка необходимым количеством пищи, когда естественное питание через рот невозможно.   **Оснащение:**   * резиновые перчатки, маска, косынка; * отмеренное количество молока (стерильной молочной смеси) на одно кормление, подогретое до температуры 37-38°; * стерильный желудочный зонд; * стерильный шприц 20мл; * лоток для оснащения; * электроотсос или резиновая груша.   **Обязательное условие:**   * размер желудочного зонда зависит от массы тела ребенка; * масса менее 1000г- №4 носовой или №6 ротовой; * масса 1000-2500г- №6 носовой и ротовой; * недоношенному новорожденному ребенку с дыхательной недостаточностью до и после кормления провести оксигенотерапию с целью профилактики приступов апноэ.   **Подготовка к процедуре**   * Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры. * Подготовить необходимое оснащение * Надеть косынку, маску, вымыть и осушить руки, надеть перчатки. * Уложить ребенка на бок с приподнятым головным * концом, зафиксировать такое положение с помощью пеленки.   **Выполнение процедуры**   * Измерить глубину введения зонда: от мочки уха, через переносицу до конца мечевидного отростка грудины (не касаясь ребенка), сделать метку. * Заполнить шприц молоком, присоединить зонд, взять свободный конец зонда стерильной перчаткой или пинцетом, приподнять его и заполнить зонд молоком (до появления первой капли молока из отверстия на конце зонда). * Отсоединить шприц, закрыть зажим и смочить слепой конец зонда в молоке. * Ввести зонд со средней линии языка (по нижнему носовому ходу) до метки, не прилагая усилий. Во время введения следить за состоянием ребенка (нет ли кашля, цианоза, одышки). |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | * Примечание: можно ввести зонд в желудок ребенка без предварительного его заполнения. В этом случае после введения зонда в желудок ребенка, присоединить шприц и потянуть поршень на себя, заполнить его желудочным содержимым. * Присоединить шприц, приподнять его и очень медленно ввести назначенный объем молока. * Примечание: при необходимости повторного использования зонда, фиксировать его лейкопластырем к коже щеки и ввести небольшое количество физиологического раствора.   **Завершение процедуры**   * Положить ребенка в кроватку на бок с приподнятым головным концом * Снять перчатки, вымыть и осушить руки. * Использованный инструментарий поместить в дез. раствор.   **РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОТРОФИИ**  ***Возможные проблемы пациента:***   * нарушение питания (из-за гипогалактии, порока развития, рвоты, снижения аппетита и т.д.); * чувство холода из-за нарушения терморегуляции; * риск развития опрелостей из-за расстройства стула; * снижение познавательной деятельности; * снижение иммунитета; * высокий риск присоединения вторичной инфекции; * дефицит общения; * психоэмоциональная лабильность; * снижение двигательной активности; * отставание в психомоторном развитии; * отставание в физическом развитии.   Все дети требуют оптимального режима сна.  При 2 ст. гипотрофии необходимо спать 2 раза, а при 3ст. 3 раза в день. Помещение проветривают, два раза в сутки проводят влажную уборку. Температура должна поддерживаться в диапазоне 25-26 С.  Организуют тщательный уход за кожей и видимыми слизистыми оболочками, подмывают, кожу обрабатывают прокипяченным подсолнечным маслом. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Общие принципы диетотерапии гипотрофии:  1. Омоложение диеты - использование женского молока и кислых молочных смесей, которые используются для детей более раннего возраста.  2. Увеличение частоты кормлений до 7-8-9 (соответственно при гипотрофии 1-2 и 3 степени).  2. Принцип двухфазного питания  2.1. Период выяснения пищевой толерантности  2.2. Период переходного и оптимального питания  Гипотрофия 1 степени.  Период выяснения толерантности длится 1-3 дня.  1-й день назначают 1/2-2/3 суточной потребности в пище.  2-й день - 2/3-4/5 суточного количества.  3-й день полное суточное количество пищи. Расчет питания производится на должную массу тела. При дефиците в пище белка проводится коррекция (сыром, желтком, ацидофильной пастой, белковым энпитом), жира (жировым энпитом, растительным маслом, сливками), углеводов - овощи, фрукты, рафинированные углеводы).  В отдельных случаях назначают панкреатические ферменты, витамины.  Лечение легкой гипотрофии при отсутствии сопутствующих заболеваний проводится в домашних условиях.  Гипотрофия 2 степени.  На 1 этапе проводят осторожное индивидуальное кормление:  На 1 неделе расчет питания по белкам и углеводам производится на фактическую массу + 20%, а жиров на фактическую массу. Количество кормлений увеличивают на 1-2 от возрастной нормы.  На 2 неделе 2/3 суточного количества пищи На 3 неделе соответственно суточной возрастной потребности.  В период выздоровления исходя из массы тела высчитывают суточную потребность в энергии:  1 квартал в сутки необходимо 523-502 кДж/кг (125-120 ккал/кг)  2 квартал 502-481 кДж/кг (120-115 ккал/кг)  3 квартал 481-460 кДж/кг (115-110- ккал/кг)  4 квартал 460-418 (110-100 ккал/кг).  При смешанном и искусственном вскармливании энергетическая ценность увеличивается на 5-10%  Гипотрофия 3 степени  Детей с гипотрофией 3 степени начинают кормить грудным молоком (нативным или донорским). В крайнем случае адаптированными молочно-кислыми смесями.  1 неделя 1/3 суточной потребности. Число кормлений увеличено на 2-3. 2/3 суточной потребности обеспечивают жидкостью (овощные и фруктовые отвары, електролитные расстворы, парентеральное питание.  2 неделя 1/2 должной суточной потребности в пище.  3 неделя 2/3/ должной суточной потребности в пище.  Белки и углеводы расчитываются на должную массу, а жир только на фактическую. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | При анорексии, низкой толерантности к пище назначают частичное парентеральное питание - аминокислотные смеси (полиамин, альвезин Новый, амикин, левамин), растворы инсулина с глюкозой 1 ЕД/5 г глюкозы.  Профилактика гипотрофии \* Борьба за здоровье женщины (своевременное лечение генитальной и экстагенитальной патологии, соблюдение гигиенических условий труда и быта)  \* Сохранение естественного вскармливания  \* Рациональное возрастное вскармливание с регулярным расчетом питания  \* Мониторинг основных антропометрических показателей (массы, роста) особенно у детей находящихся на исскусственном вскармливании. Взвешивания не реже 1 раза в 2 недели  \* Адекватное лечение патологии детского возраста (особенно сопровождающейся диарреей и мальабсорбцией).   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | ОБРАБОТКА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА | 1 | |  | КОРМЛЕНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЧЕРЕЗ ЗОНД | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 25.05.2020. | **ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В ПАХОВОЙ СКЛАДКЕ И ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ.**  **Цель:**   * определить температуру тела ребенка.   **Оснащение:**   * медицинский термометр, часы; * марлевые салфетки 2 шт.; * лоток с дезинфицирующим раствором; * температурный лист, ручка.   **Подготовка к процедуре**   * Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры. * Подготовить необходимое оснащение. * Вымыть и осушить руки. * Достать термометр из футляра, встряхнуть его и добиться, чтобы столбик ртути опустился ниже отметки 350С. * Осмотреть паховую (подмышечную) область.   **Выполнение процедуры**   * Насухо протереть салфеткой область, используемую для термометрии. * Поместить ртутный резервуар термометра в паховую (подмышечную) область так, чтобы он полностью охватывался ножной складкой и не соприкасался с бельем. * Фиксировать ногу ребенка ( нога несколько согнута в тазобедренном суставе) или руку (плечо прижать к грудной клетке). * Засечь время и через 10мин. извлечь термометр и определить его показания.   **Завершение процедуры**   * Сообщать маме/ребенку результат термометрии. * Зафиксировать температуру в температурном листе.   **Примечание:** каждая клеточка температурного листа соответствует 0,20С.  точку, фиксирующую температуру, необходимо ставить в центре, а не по краям клеточки.   * Термометр встряхнуть так, чтобы ртутный столбик * опустился в резервуар * Полностью поместить термометр в лоток с дезинфицирующим раствором ( длительность дезинфекции зависит от используемого дезраствора). * Вытащить термометр, промыть под проточной водой и вытереть насухо салфеткой. Поместить термометр в футляр. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **ПОДМЫВАНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО И ГРУДНОГО РЕБЕНКА.**  **Показания:**   * соблюдение гигиены тела; * удовлетворение универсальной потребности ребенка «быть чистым»; * формирование навыков чистоплотности.   **Оснащение:**   * проточная вода (t 37-380С); * полотенце или мягкая пеленка; * стерильное растительное масло или детская присыпка; * чистое белье, расположенное на пеленальном столике; * резиновые перчатки; * емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь.   **Обязательные условия:**   * подмывать после дефекации обязательно; * подмывать только под проточной водой; * после каждого мочеиспускания ребенка не подмывать.   **Подготовка к процедуре**   * Информировать маму о правильном проведении процедуры. * Подготовить необходимое оснащение. * Отрегулировать t воды в кране, проверить её запястьем. * Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. * Снять с ребенка запачканную одежду и сложить в мешок для грязного белья.   **Выполнение процедуры**   * Положить ребенка на левое предплечье и кисть руки. * Подмыть под проточной водой. * Помнить! Девочек подмывать только движениями спереди назад.   **Завершение процедуры**   * Уложив ребенка на пеленальный столик, полотенцем или мягкой пеленкой промокательными движениями осушить кожу. * Смазать паховые, ягодичные складки стерильным растительным маслом или припудрить присыпкой. * Запеленать (одеть ребенка). * Снять перчатки, вымыть и осушить руки. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ**  Субъективное обследование: анамнез заболевания  анамнез жизни  жалобы В анамнезе заболевания выявляется постепенное развитие болезни. В анамнезе жизни можно узнать, находится ли заболевший ребенок в группе риска. К характерным жалобам ЖДА относятся: снижение аппетита, повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, потливость. Объективное обследование: При осмотре у больных ЖДА выявляются характерные признаки: кожные покровы и видимые слизистые (конъюнктивы) бледные: восковидный цвет ушных раковин; сухость и шелушение кожи; заеды в углах рта; отставание в физическом и психомоторном развитии. При тяжелой анемии ломкость, сухость, тусклость и выпадение волос, слоистость и депигментация ногтей. Сглаженность или атрофия сосочков языка. Тахикардия.  Результаты лабораторных методов диагностики можно узнать из амбулаторной карты больного или из его истории болезни.  Общий анализ крови: снижение уровня гемоглобина (менее 110 г/л у детей до 5 лет) и количества эритроцитов; эритроциты гипохромные (бедные гемоглобином), различной величины и формы: снижение цветового показателя (менее 0,8).  Биохимический анализ крови: уровни сывороточного железа и ферритина снижены, повышение железосвязывающей способности сыворотки крови. На основе собранной информации выявляем проблемы больного ребенка. На основе гипоксии (недостаточное поступление кислорода в ткани) характерны: снижение аппетита, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, отставание в психомоторном развитии, бледность кожи и слизистых. На основе дефицита железа: сухость, шелушение кожи, заеды в углах рта; ломкость, тусклость, выпадение волос; слоистость, депигментация ногтей; сглаженность и атрофия сосочков языка; извращение обоняния - пристрастие к резким неприятным запахам; извращение вкуса - поедание извести, мела, земли, глины, сырого мяса, картофеля. При поздней диагностики и отсутствии адекватного лечения возникают потенциальные проблемы, риск развития анемии тяжелой степени тяжести, вторичного иммунодефицита, частые ОРВИ, пневмонии, заболевания ЖКТ. Следующий шаг – планирование и реализация сестринского ухода за пациентом.  Цель ухода: способствовать выздоровлению, не допустить переход в более тяжелое течение и развитие осложнений. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | Организовать «стационар на дому»: обеспечить сестринский уход и лечение, обеспечить комфортные условия для больного ребенка.  Провести беседу с ребенком и его родителями о заболевании, причинах развития, необходимости лечения, профилактике. Дать конкретные рекомендации по питанию: при естественном вскармливании кормящая мама должна обязательно в свой пищевой рацион включать продукты, богатые железом, белком и витаминами: телятина, говядина, печень, яйцо, греча, овес, морковь, свекла, горошек, цветная капуста. томаты, зелень, яблоки, курага, груша, гранаты; лучше всего железо усваивается из мяса (гемовое железо); при искусственном вскармливании - адаптированные молочные и кисломолочные смеси, адаптированные молочные смеси, обогащенные железом "Симилак"; прикормы вводить на 1 мес. раньше; введение мяса с 4.5-5 мес., желтка По организации режима: постоянные и продолжительные прогулки на свежем воздухе, сон на свежем воздухе: массаж и гимнастика по возрасту По правилам приема назначенных препаратов: препараты железа (сироп или капли) перед приемом необходимо разводить в небольшом количестве фруктового чая, фруктового или овощного сока, воды и принимать во время или сразу после еды. Предупредить маму, что у ребенка может появиться жидкий стул или кал, окрашенный в черный цвет.  Осуществлять активные патронажи с целью контроля над соблюдением режима и питания; проведением терапии, назначенной врачом, и выполнением всех рекомендаций по уходу за ребенком; обучении матери правильному приему препаратов железа; проведение динамического наблюдения за реакцией на лечение: самочувствие ребенка, аппетит, эмоциональное состояние, длительность и характер сна, физиологические отправления. При ухудшении состояния срочное сообщение врачу или вызов на дом.  Последним этапом оцениваем эффективность сестринского ухода. При правильной организации сестринского ухода наступает выздоровление ребенка. Дети, перенесшие ЖДА, подлежат диспансеризации длительностью 1 год. План диспансеризации: осмотр педиатром 1-2 раза в месяц; анализ крови 1 раз в 2-3 мес. и после интеркуррентных заболеваний. С учета ребенок снимается при нормальных клинико-лабораторных показателях.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В ПАХОВОЙ СКЛАДКЕ И ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ | 1 | |  | ПОДМЫВАНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО И ГРУДНОГО РЕБЕНКА | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 26.05.2020. | **ИЗМЕРЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА** (ВОЗРАСТ ДО 2 ЛЕТ).  **Показания:**   * оценка адекватности питания ребенка; * оценка физического развития.   **Оснащение:**   * чашечные весы; * резиновые перчатки; * емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь; * бумага и ручка.   **Обязательное условие:** Взвешивать ребенка натощак, в одно и то же время, после акта дефекации.  **Подготовка к процедуре**   1. Объяснить маме/родственникам цель исследования. 2. Установить весы на ровной устойчивой поверхности. Подготовить необходимое оснащение. 3. Проверить, закрыт ли затвор весов. 4. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. Обработать лоток дезинфицирующим раствором с помощью ветоши. 5. Постелить на лоток сложенную в несколько раз пелёнку ( следить, чтобы она не закрывала шкалу и не мешала движению штанги весов). 6. Установить гири на нулевые деления. Открыть затвор. Уравновесить весы с помощью вращения противовеса ( уровень коромысла должен совпадать с контрольным пунктом). 7. Закрыть затвор.   **Выполнение процедуры**   1. Уложить ребёнка на весы головой к широкой части (или усадить). 2. Открыть затвор. Передвинуть «килограммовую» гирю, расположенную на нижней части весов, до момента падения штанги вниз, затем сместить гирю на одно деление влево. Плавно передвинуть гирю, определяющую граммы и расположенную на верхней штанге, до положения установления равновесия. 3. Закрыть затвор и снять ребёнка с весов.   **Завершение процедуры**   1. Записать показатели массы тела ребёнка (фиксируются цифры слева от края гири). 2. Убрать пелёнку с весов. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 1. Протереть рабочую поверхность весов дезинфицирующим средством. 2. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.   **ИЗМЕРЕНИЕ ДЛИНЫ ТЕЛА** (У ДЕТЕЙ ДО 1-ГО ГОДА).  **Показания:**   * оценка физического развития.   **Оснащение:**   * горизонтальный ростомер; * пелёнка; * резиновые перчатки; * ёмкость с дезинфицирующим раствором, ветошь; * бумага, ручка.   **Подготовка к процедуре.**   1. Объяснить маме/родственниками цель исследования 2. Установить горизонтальный ростомер на ровной устойчивой поверхности шкалой «к себе». Подготовить необходимое оснащение. 3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. 4. Обработать рабочую поверхность ростомера дезинфицирующим раствором с помощью ветоши. 5. Постелить пелёнку (она не должна закрывать шкалу и мешать движению подвижной планки).   **Выполнение процедуры.**   1. Уложить ребёнка на ростомер головой к подвижной планке. Выпрямить ноги малыша лёгким нажатием на колени. Придвинуть к стопам, согнутую под прямым углом, подвижную планку ростомера. По шкале определить длину тела ребёнка. 2. Убрать ребёнка с ростомера.   **Завершение процедуры.**   1. Записать результат. Сообщить результат маме. 2. Убрать пелёнку с ростомера. Протереть рабочую поверхность весов дезинфицирующим средством. 3. Снять перчатки, вымыть и осушить руки |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА РЕБЕНКОМ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЖИ**  Выявить настоящие, потенциальные проблемы и нарушенные жизненно важные потребности больного ребенка и членов семьи.  Возможные проблемы больного ребенка:  · нарушение питания вследствие интоксикации;  · нарушение процессов терморегуляции;  · неадекватное дыхание;  · нарушение жизненно важных функций;  · нарушение двигательной активности;  · нарушение сна;  · высокий риск присоединения осложнений: деструктивной пневмонии, гнойного менингита остеомиелита, парапроктита, отита, энтероколита и др.;  · угроза для жизни.  Возможные проблемы родителей:  · тревога за ребенка;  · трудность осознания и адекватной оценки случившегося;  · неуверенность в благополучном исходе;  · чувство вины перед ребенком.  Сестринское вмешательство.   1. Убедить родителей в необходимости срочной госпитализации ребенка в специализированное отделение. Оказать помощь в организации госпитализации, объяснить преимущества проведения своевременного комплексного и этиотропного лечения для благополучного прогноза. 2. Помочь родителям увидеть перспективу выздоровления ребенка, восполнить их дефицит знаний о причинах возникновения, особенностях клинического проявления и течения заболевания, оказать психологическую поддержку. 3. 3Создать комфортные условия содержания ребенка в палате (по возможности, обеспечить пребывание его в стерильном боксе), использовать теплое стерильное белье. Поддерживать оптимальный температурный режим в палате. Соблюдать асептику и антисептику при выполнении манипуляций (профилактика внутрибольничной инфекции). 4. Осуществлять постоянное мониторирование состояния, специализированный уход за ребенком, проводить медицинское документирование сестринского процесса: контролировать общее состояние, регистрировать ЧДД, ЧСС, АД, отмечать характер температурной кривой и массы тела, частоту срыгиваний, рвоты, стула, учитывать объем и состав получаемой жидкости. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 1. Несколько раз в день проводить ревизию кожных покровов и слизистых оболочек, пупочной ранки и обрабатывать их растворами антисептиков и средствами этиотропной терапии (аэрозоли с антибиотиками, повязки с бактериофагом, гели и мази с репарантами). 2. Взаимодействовать в бригаде, строго выполнять врачебные назначения. Оценивать эффективность проводимой терапии. Вносить изменения в план ухода при присоединении осложнений. 3. Обеспечить ребенку адекватное питание и способ кормления в зависимости от состояния (грудью или грудным сцеженным молоком из бутылочки, при тяжелом состоянии - парентеральный или зондовый). Выбрать правильное положение при его кормлении. Кормить медленно, делать частые перерывы. Регулярно проводить контрольные кормления при вскармливании ребенка грудью. 4. Обучить родителей уходу за проблемным ребенком в домашних условиях. Помочь им правильно оценивать состояние ребенка и его возможности, убедить в необходимости проведения регулярного контроля температуры тела, состоянием кожных покровов, слизистых оболочек, нарастанием массы тела, нервно-психическим развитием, характером стула и пр. Убедить соблюдать их гигиенические правила ухода за ребенком (тщательно мыть руки, своевременно и правильно обрабатывать игрушки, пустышки, бутылочки и соски, проводить туалет молочных желез перед каждым кормлением грудью и др.). Показать технику проведения туалета кожи, слизистых оболочек, наружных половых органов. Научить проводить лечебные ванны с настоями из череды, ромашки, зверобоя или отварами из коры дуба, березовых почек. Для приготовления настоев порекомендовать взять 50-100 грамм сырья на 1 литр, довести до кипения, а кору дуба и березовые почки нужно прокипятить еще 15-20 минут, затем настоять, процедить и развести в 10 литрах кипяченой воды. Купать ребенка 1-2 раза в день, продолжительность - 5-10 минут, оптимальная температура воды -37,5°С. 5. Посоветовать удовлетворять физические, эмоциональные, психологические потребности ребенка (чаще брать его на руки, поддерживать телесный контакт, поощрять игровую деятельность, ласково разговаривать с ним). 6. Порекомендовать родителям, своевременно осуществлять профилактику интеркуррентных заболеваний (рациональное питание с достаточным введением овощей и фруктов, избегать контактов с больными детьми и взрослыми, проводить общеукрепляющие и закаливающие мероприятия, иммунокоррегирующую и витаминотерапию). |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 1. Убедить родителей в необходимости динамического наблюдения за ребенком в периоде реконвалесценции врачами - педиатром, отоларингологом, хирургом и другими специалистами по показаниям.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | ИЗМЕРЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА | 1 | |  | ИЗМЕРЕНИЕ ДЛИНЫ ТЕЛА | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 27.05.2020. | **ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ВАННА** (ДЛЯ ГРУДНОГО РЕБЕНКА).  **Показания:**   * обеспечение универсальной потребности ребенка «быть чистым»; * закаливание ребенка; * формирование навыков чистоплотности.   **Оснащение:**   * ванночка для купания; * пеленка для ванны; * кувшин для воды; * водный термометр; * махровая (фланелевая) рукавичка; * детское мыло (шампунь); * махровое полотенце; * стерильное растительное масло (присыпка); * чистый набор для пеленания (одежда), расположенные на пеленальном столике; * дезинфицирующий раствор, ветошь.   **Обязательные условия:**   * первую гигиеническую ванну проводить через день после отпадения пуповины; * не купать сразу после кормления; * при купании обеспечить t в комнате 22-24 0С.   **Подготовка к процедуре**   1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход выполнения процедуры. 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Поставить ванночку в устойчивое положение. 4. Обработать внутреннюю поверхность ванночки дезинфицирующим раствором. Вымыть ванночку щеткой и сполоснуть кипятком. 5. Протереть пеленальный столик дезинфицирующим раствором и приготовить на нем пеленки. 6. 6Положить на дно ванночки пеленку, сложенную в несколько слоев ( края пеленки не должны заходить на боковые стенки ванночки). |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 1. Положить в ванну водный термометр. Наполнить ванну водой на ½ или 1/3 t воды 36-37 0С.   **Примечание:** при заполнении ванны водой чередовать холодную и горячую воду, при необходимости добавить несколько капель 5% раствора перманганата калия до бледно-розового окрашивания воды.   1. Набрать из ванны воду в кувшин для ополаскивания ребенка. 2. Раздеть ребенка при необходимости подмыть проточной водой.   **Выполнение процедуры**   1. Взять ребенка на руки, поддерживая левой рукой спину и затылок, правой - ягодицы и бедра. 2. Медленно погрузить малыша в воду ( сначала ножки и ягодицы, затем-верхнюю половину туловища). 3. Вода должна доходить до уровня сосков ребенка, верхняя часть груди остается открытой. Освободить руку, продолжая левой поддерживать голову и верхнюю половину туловища ребенка. 4. Надеть на свободную руку рукавичку, помыть ребенка в следующей последовательности: голова (от лба к затылку) – шея – туловище - конечности (особенно тщательно промыть естественные складки кожи). Последними обмыть половые органы, межъягодичную область. 5. Снять рукавичку. Приподнять ребенка над водой и перевернуть ребенка вниз лицом. Ополоснуть малыша водой из кувшина (желательно иметь помощника). 6. Накинув полотенце, положить ребенка на пеленальный столик. Осушить кожные покровы промокательными движениями.   **Заключительный этап**   1. Обработать естественные складки кожи стерильным растительным маслом. Одеть ребенка и уложить в кроватку. 2. Использованные пеленки, «рукавичку» поместить в мешок для грязного белья (рукавичку прокипятить). Слить воду из ванны. Обработать внутреннюю поверхность ванны и рабочую поверхность пеленального стола дезраствором. 3. Вымыть и осушить руки. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **ОБРАБОТКА НОГТЕЙ**  **Цель:**   * подстричь ногти ребёнку   **Показания:**   * поддержание личной гигиены; * предупреждение расчесывания кожных покровов, их инфицирование.   **Оснащение:**   * ножницы сзакругленными или загнутыми концами; * 70% этиловый спирт; * ватные тампоны; * лоток для обработанного материала.   **Обязательное условие:**   * ногти постригать по мере отрастания, но не реже одного раза в 7—10 дней   **Подготовка к процедуре:**   * Объяснить маме / родственникам цель и ход проведения процедуры * Подготовить необходимое оснащение * Вымыть и осушить руки, надеть перчатки * Обработать режущую часть ножниц ватным тампоном, смоченным в спирте * Удобно зафиксировать ребенка у себя на руках   **Выполнение процедуры:**  Постричь ногти ребенку:  а) на руках − округло  б) на ногах − прямолинейно  **Завершение процедуры:**  Уложить ребенка в кроватку |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА РЕБЕНКОМ ПРИ ГИПЕРВИТАМИНОЗЕ ВИТАМИНА Д**   1. Помочь родителям увидеть перспективу развития здоро­вого ребенка, восполнить их дефицит знаний о причинах возникновения, особенностях течения, профилактике, лече­нии и прогнозе заболевания. 2. Проконсультировать родителей по вопросам организа­ции рационального вскармливания в соответствии с возрас­том и потребностями ребенка:    * убедить родителей, по возможности максимально долго сохранить грудное вскармливание ребенка    * при введении прикорма ребенку с рахитом использовать продукты, содержащие витамин Д (гречневую кашу, желток яйца, сливочное и рас­тительное масло, рыбу, икру); со второго полугодия – мясо, печеночный фарш.    * желательно готовить каши на овощном отваре    * при искусственном вскармливании, предпочтение отда­вать адаптированным молочнокислым смесям, при этом учитывать дозу витамина Д, содержащуюся в них    * максимально ограничить в пищевом рационе ребенка цельное коровье молоко из-за высокого содержания каль­ция и фосфатов    * с 4-х месяцев начать вводить свежеприготовленные соки, фруктовые и овощные пюре в оптимальных количествах. 3. Организовать достаточное пребывание ребенка на све­жем воздухе в любое время года, стараться избегать прогу­лок под прямыми солнечными лучами в весеннее время го­да, избегать ограничений в двигательной активности ребенка. 4. Рекомендовать сон на открытых верандах (защищенных от ветра) и в кружевной тени деревьев. 5. В период бодрствования стимулировать психическую и двигательную активность ребенка, поощрять игровую дея­тельность, в соответствии с возрастом подбирать игрушки и игры. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | 1. Рекомендовать родителям регулярно проводить курсы лечебной гимнастики и массажа, обучить основным приемам в соответствии с возрастом и состоянием ребенка. 2. Обучить родителей проведению лечебных ванн с отварами валерианы, пустырника в начальном периоде рахита и при беспокойстве ребенка, соленой и хвойной ванны 3. Бережно выполнять все манипуляции, по возможности исключать инвазивные вмешательства. 4. Проконсультировать родителей по методике и технике дачи витамина Д: разъяснить особенности действия и приме­нения масляных и спиртовых препаратов, научить правилам расчета разовой и суточной дозы в каплях, предостеречь от его передозировки (использовать только специальную пипет­ку, правильно отсчитывать капли), витамин Дперед упот­реблением предпочтительнее разводить в грудном молоке, хранить в прохладном, защищенном от света месте. 5. Помочь родителям правильно оценивать состояние ребен­ка, своевременно обращаться к врачу при появлении у него диспептических расстройств или изменений в поведении. 6. Убедить родителей в необходимости динамического на­блюдения за ребенком врачом педиатром.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ВАННА | 1 | |  | ОБРАБОТКА НОГТЕЙ | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

**Рецепты на лекарственные средства**

|  |  |
| --- | --- |
| Rp.: Sol. Fluconazoli 2mg/ml - 100 ml  D.t.d. N. 5 in amp.  S. однократно – в/в 3мг/кг. | Rp.: Sol. Amikacini 0,25 - 4 ml  D.t.d. N. 50 in amp.  S. в/в капельно. |
| Rp.: Sol. Vicasoli 1% -1 ml  D.t.d. N. 4 in amp.  S. вводить в/м no 1мл . | Rp.: Sol. Penicillini 200 000 ЕД  D. t. d. N. 10 in amp.  S. растворить непосредственно во флаконе в 4 мл 0,5% раствора новокаина. Вводить в/м по 100 000 ЕД. |
| Rp.: Sol. Dofamini 0,5% - 5,0 ml  D.t.d. №3 in amp.  S. в/в кап. на 125мл 5% глюкозы. | Rp.: Sol. Furacilini (1:5000 ml) - 500ml  D.S. Для промывания гнойных ран. |
| Rp.: Sol. Cortexini - 20 ml  D.S. : вводить внутримышечно по 10 мл 2 раза в сутки. | Rp.: Sol. Oxacillini - natrii 250000 ED  D.t.d. N. 10 in amp.  S. Содержимое 1 флакона растворить в 2,5 мл 0,9% натрия. |
| Rp.: Sol. Calcii gluconici 10% - 10,0 ml  D. t. d. N. 10 in amp.  S. в/в (медленно или капельно) – 1-5 мл 10% раствора каждые два-три дня. | Rp.: Sol. Aquadetrimum - 10,0 ml  D. t. d. N. 1  S.: По 1 капле 1 раз в сутки. |
| Rp.: Sol. Maltofer - 30,0 ml  D.S. По 10 кап. 6 нед, далее по 4 кап. в день 3 нед (ребенку 1 года). | Rp.: Rp.: Ferrum lek - 2ml  D. t. d. N. 10 in amp.  S. Вводить в/м по 2 мл через день. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 28.05.2020. | **Сестринский уход за больными детьми старшего возраста**  **ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**  **Цель:**   * определить показатели артериального давления и оценить результаты исследования.   **Показания:**   * по назначению врача.   **Оснащение:**   * тонометр, фонендоскоп, ручка с синей пастой, температурный лист, 70% р-р спирт, ватные шарики.   **Подготовка к процедуре:**   1. Объяснить маме / родственникам цель и ход исследования, получить согласие мамы 2. Придать пациенту удобное положение сидя или лежа.   **Выполнение процедуры:**   1. Уложить руку пациента в разогнутом положении ладонью вверх, подложив валик под локоть или попросить пациента подложить под локоть сжатый кулак кисти свободный руки. 2. Выбрать правильный размер манжетки. Наложить манжетку тонометра трубками вниз на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба так, чтобы между ними проходил только один палец. 3. Проверить положение стрелки манометра относительно отметки «0» на шкале манометра. 4. Определить пальцами пульсацию в локтевой ямке, приложить на это место мембрану фонендоскопа. 5. Закрыть вентиль «груши», другой рукой, этой же рукой нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации в локтевой артерии +20-30 мм рт.ст. (т.е. несколько выше предполагаемого АД). 6. Открыть вентиль, медленно выпускать воздух, выслушивая тоны, следить за показаниями манометра. 7. Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны, соответствующую систолическому АД (АДс). 8. «Отметить» исчезновение тонов, что соответствует диастолическому АД (АДд). 9. Выпустить весь воздух из манжетки.   **Окончание процедуры:**   1. Снять манжетку. 2. Уложить манометр в чехол. 3. Продезинфицировать головку фонендоскопа методом двукратного протирания 70% спиртом. 4. Оценить результат высоты АД и пульсового давления. 5. Сообщить пациенту результат измерения. 6. Провести регистрацию результата в виде дроби (в числителе – систолическое давление, в знаменателе - диастолическое). |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **ПОДСЧЁТА ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА**  **Оснащение:**   * Секундомер или часы с секундной стрелкой, температурный лист, ручка.   **Подготовка к манипуляции:**   1. Объяснить маме ход манипуляции, получить информированное согласие. 2. Провести санитарную обработку рук. осушить. 3. Раздеть ребёнка до пояса.   **Выполнение манипуляции:**   1. Отвлечь ребёнка. 2. Положить руку исследователя на живот или грудную клетку ребёнка (в зависимости от возраста). 3. Считать количество экскурсий живота или грудной клетки во время вдоха в течение 1 минуты. 4. Оценить частоту дыхания у ребенка. 5. Одеть ребёнка.   **Завершение манипуляции:**   1. Вымыть и осушить руки. 2. Записать результат в температурный лист.   **Примечание:** у новорождённых и грудных детей ЧДД подсчитывают с помощью стетоскоп, раструб которого держат около носа ребёнка. |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ.**  Непосредственно перед сестринскими вмешательствами необходимо расспросить пациента или его родственников, провести объективное исследование - это позволит мне оценить физическое и психическое состояние пациента, а так же выявить его проблемы и заподозрить заболевания желудка, в том числе хронический гастрит, сформировать план ухода. При опросе пациента (или его родственников) необходимо задать вопросы о перенесённых ранее заболеваниях для выявления таких проблем пациента, как:  · чувство тяжести и переполнения в желудке после еды;  · отрыжка воздухом, вкусом пищи или чем-то тухлым, изжога;  · неприятный “металлический” вкус во рту, слюнотечение;  · плохой аппетит, тошнота;  · урчание и вздутие живота, метеоризм;  · нарушение стула (наклонность к запору или склонность к послаблению стула).  Немалое значение в решении этих проблем имеет качество сестринского ухода, однако главную роль играет не медикаментозная и медикаментозная терапии, которые назначены врачом.  Медицинская сестра информирует пациента и членов его семьи о сути заболевания, принципах лечения и профилактики, разъясняет ход определённых инструментальных и лабораторных исследованиях и подготовку к ним.  Сестринский уход за больным включает в себя:  1. контроль за соблюдением постельного или полупостельного режима в острый период заболевания с постепенным его расширением;  2. обеспечение достаточного отдыха и сна; ограничение физической активности; эти меры способствуют снижению АД, выраженности общей слабости, утомляемости;  3. наблюдение за клиническими проявлениями заболевания  4. выявление признаков осложнений - язвы, кровотечения, информирование об этом врача;  5. контроль за соблюдением диеты и лечения, назначенных врачом, а также выявление побочных эффектов лекарственных препаратов;  6. обучение пациента или его родственников навыкам контроля за общим состоянием больного, включая определение пульса, АД, режима питания;  7. информирование о способах профилактики обострения Х.Г.; |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подсчет дыхания | 1 | |  | Измерение артериального давления | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 29.05.2020 | **ВВЕДЕНИЕ КАПЕЛЬ В НОС**  **Показания:**   * воспалительные заболевания носа; * острые вирусные респираторные заболевания.   **Оснащение:**   * стерильная пипетка; * лекарственное вещество; * стерильные ватные шарики, турунды; * резиновый баллон для отсасывания слизи; * лоток для отработанного материала.   **Подготовка к процедуре:**   1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие. 2. Подготовить все необходимое оснащение. 3. Вымыть и осушить руки. 4. Подготовить лекарственное вещество до комнатной температуры. 5. Отсосать слизь из носа резиновым баллоном, отдельными стерильными ватными турундами осушить слизистую носа ребенка.   **Выполнение процедуры:**   1. Набрать в пипетку лекарственное вещество. 2. Левую руку положить на лоб ребенка, слегка запрокинуть и наклонить голову в сторону, которую вводятся капли, большим пальцем приподнять кончик носа. 3. Взять пипетку в правую руку, не касаясь стенок носа, нажать на колпачок пипетки и выпустить 2-3 капли на слизистую носа. 4. Прижать крыло носа к перегородке, подождать несколько минут. 5. Через несколько минут повторить процедуру с другой половинкой носа.   **Завершение процедуры:**   1. Избыток капель снять ватным шариком. 2. Вымыть и осушить руки.   **ЗАКАПЫВАНИЕ КАПЕЛЬ В УХО.**  **Показания:**   * воспалительные процессы в ухе; * болевые ощущения.   **Оснащение:**   * стерильная пипетка, лекарственное вещество; * емкость с водой 50-600С; * ватные шарики, жгутики; * лоток для отработанного материала, * резиновые перчатки.   **Подготовка к процедуре:**   1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие. |  |  |
|  | 1. Подготовить все необходимое оснащение. Флакон с лекарственным препаратом поставить в ёмкость с водой (50-600С.), подогреть до температуры тела (можно подогреть, держа в руке). 2. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. 3. Уложить ребенка, повернув голову на здоровую сторону. 4. При наличии отделяемого из уха, очистить слуховой проход ватными жгутиками.   **Выполнение процедуры:**   1. Набрать в пипетку лекарственное вещество, капнуть одну каплю на тыльную поверхность своего лучезапястного сустава. 2. Выпрямить наружный слуховой проход: а) если ребенок до года - оттянуть мочку вниз; б) если ребенок старше года - оттянуть ушную раковину кзади и кверху. 3. Ввести пипетку в наружный слуховой проход и закапать по наружной стенке назначенное врачом количество капель лекарственного препарата. 4. Положить пипетку в лоток для обработанного материала. 5. Нажать несколько раз на козелок уха ребенка (при невыраженном болевом синдроме). 6. Заложить в ухо ватный тампон на 10-15 минут.   **Завершение процедуры:**   1. Предупредить ребенка/ родственников, что в течение 10-15 мин., голова должна оставаться повернутой на здоровую сторону. Проконтролировать. 2. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.   **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА.**  Этап №1 - сбор информации.  На этом этапе медицинская сестра проводит опрос пациента, выявляет жалобы и их характеристики:  - Локализация боли;  - Иррадиация;  - Интенсивность;  - Время возникновения;  - С чем пациент связывает появление боли;  - Диспепсические явления;  - Наличие расстройства стула, слизи, крови;  При сборе информации, медицинская сестра должна быть очень наблюдательной и обращать внимание на перенесённые заболевания, условия проживания, наличие вредных привычек, приём лекарственных средств. В свою очередь необходимо помнить про наследственность больного.  Помимо этого, нужно отмечать положение пациента в постели, состояние слизистых оболочек глаз и рта, цвет кожных покровов. Очень важно наличие таких симптомов, как сосудистые звёздочки, увеличение размеров живота, выраженность венозного рисунка.  Для того чтобы правильно поставить диагноз, необходимо качественно произвести диагностику. Медицинская сестра обязана принимать участиев подготовке пациента к различным видам исследования, должна уметь делать промывание желудка, постановку различных видов клизм, собирать биологический материал.  Этап №2 - выявление проблем пациента.  У пациента с заболеваниями печени и желчевыводящих путей могут возникать следующие проблемы:  Настоящие проблемы:  - Боли в правом подреберье;  - Тошнота, рвота;  - Слабость;  - Кожный зуд;  - Снижение аппетита;  - Отёки.  Потенциальные проблемы:  - Риск развития кровотечений;  - Риск развития печёночной комы;  - Риск развития цирроза печени;  - Риск развития пролежней.  Психологические проблемы:  - Недостаток информации о сущности заболевания;  - Необходимость отказа от курения и приёма алкоголя;  - Необходимость соблюдения диеты и режима питания;  - Страх лечения.  Этап №3 - реализация ухода за пациентом.  Беседа с пациентом и его родственниками  Умение общаться - одно из важных умений, которым должна обладать медицинская сестра. Пациенты во время заболевания испытывают множество физических и психологических трудностей. Им может понадобиться поддержка, совет, утешение или просто возможность поделиться своими душевными переживаниями.Эффективная беседа с пациентом играет большую роль в его лечении и выздоровлении. Как показывает опыт, они очень благоприятно влияют на исход заболевания и уменьшают количество повторных обращений.  Продуктивность общения можно повысить если:  - Говорить чётко и понятно, не используя сложную терминологию  - Привлечь внимание пациента  - Правильно выбирать время для общения  - Следить за интонацией своего голоса, мимикой и жестами  - Выбирать нужную громкость  - Не перебивать собеседника, внимательно его слушать  Уход за больным, находящимся в лежачем положении включает в себя:  - Перемещение пациента набок;  - Подкладывание клеёнки или влаговпитывающих салфеток под голову;  - Поддержание головы во время изгнания содержимого желудка;  - Очищение полости рта при помощи салфеток;  - Смена испачканного нательного и постельного белья;  - Приготовление стакана с водой для промывания полости рта.  Медицинская сестра обязана быть внимательной и вовремя среагировать при очередном приступе рвоты и помочь пациенту. Это предотвратит состояние аспирации рвотными массами. Необходимо интересоваться у пациента о его ощущениях, помогать очищать полость рта, смачивать губы водой.  Уход за пациентом, находящимся в сознании:  При возникновении приступа рвоты, пациенту рекомендуется принять положение «сидя» с наклоном туловища вперёд. Ёмкость для рвотных масс ставится между ног больного, шея и грудь прикрывается клеёнкой. При начале позывов, медицинская сестра должна встать сбоку и слегка придерживать голову пациента в районе лба. После окончания приступа протереть губы больного салфеткой, дать стакан воды для полоскания рта. Если тошнота отступила, и состояние пациента улучшилось, его можно уложить в постель набок.  Уход за пациентом, находящимся в бессознательном состоянии:  - Повернуть пациента или его голову набок;  - Подложить клеёнку или влаговпитывающие салфетки;  - Подготовить ёмкости для сбора содержимого желудка;  - Поддерживать голову пациента при изгнании рвотных масс;  - Очищать полость рта с помощью салфеток после каждого приступа рвоты;  - Полное удаление рвотных масс после опорожнения;  - Внимательное наблюдение за состоянием пациента;  - Ведение дневника, в который записывается кол-во, объём и частота приступов рвоты.  Уход за больным, который находится в бессознательном состоянии довольно трудный. Поэтому медицинская сестра должна знать все этапы ухода за пациентом и неустанно следить за ним.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Введение капель в нос | 1 | |  | Введение капель в уши | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 30.05.2020. | **ТЕХНИКА ВЗЯТИЯ КАЛА НА КОПРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.**  **Цель:**   * изучение макроскопического, микроскопического, химического состава кала, функционального состояния пищеварительного тракта.   **Показание:**   * заболевания органов пищеварения.   **Приготовьте:**   * чистую сухую стеклянную посуду с широким горлом 20 – 50 мл (пенициллиновый флакончик), судно, лопаточку стеклянную, * напишите и наклейте направление на посуде (ФИО пациента, отделение, № палаты, цель исследования, дата, подпись медсестры), резиновые перчатки.   **Алгоритм действия:**   1. Накануне исследования объясните пациенту/матери ход и цель процедуры. 2. Проинформируйте пациента/мать о том, что за 3 дня до исследования исключаются пищевые продукты, содержащие железо: мясо, рыба, все виды зеленых овощей; отменяются медикаменты, изменяющие внешний вид фекалия и усиливающие перистальтику кишечника. Кал берется для исследования на 4-й день. 3. При необходимости изучения степени усвоения пищи целесообразно применить диеты, содержащие точно дозированные определение наборы продуктов (диета Шмидта и Повзнера) за 5 дней до исследования кала. Кал берется для исследования на 6-й день. 4. Объясните пациенту/матери, что кал для исследования следует брать утром в день исследования.   **Обучите пациента/мать технике сбора кала на исследование:**   * пациент/мать перед взятием кала должен надеть перчатки. * после опорожнения кишечника в судно без воды, пациент/мать лопаточкой берет 5-10 г кала из разных мест и помещает в приготовленную посуду, закрывает крышкой.  1. Пациент/мать должен снять перчатки, вымыть и осушить руки. 2. Доставьте посуду с содержимым и с направлением в клиническую лабораторию. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Примечание:**   * при изучении степени усвоения пищи целесообразно применить по назначению врача диеты Шмидта или Повзнера, содержащие точно дозированные определение наборы продуктов. * нельзя брать кал на исследование после постанови клизм, применения свечей и слабительных средств.   **ВЗЯТИЕ КАЛА НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ (ПРОСТЕЙШИХ)**  **Цель:**   * обнаружение яиц гельминтов.   **Показания:**   * обнаружение глистной инвазии и уточнение вида гельминтов.   **Приготовьте:**   * сухую чистую стеклянную посуду с широким горлом 20-50 мл (пенициллиновый флакон), судно, лопаточку (деревянную, стеклянную), перчатки; * напишите и наклейте направление (отделение, № палаты, ФИО пациента, цель исследования, дата, подпись м/с).   **Алгоритм действия:**   1. Проведите инструктаж с пациентом/матерью о порядке сбора кала на исследование. 2. Объясните пациенту/матери, что кал надо собрать утром в день исследования, без подготовки. 3. Обучите пациента/мать технике сбора кала:   - пациент/мать перед взятием кала должен надеть перчатки;  - после опорожнения кишечника в судно без воды пациент/мать лопаточкой берет 3-5 г кала из трех разных мест и помещает его в приготовленную посуду и закрывает крышкой   1. Пациент/мать должен снять перчатки, вымыть и осушить руки. 2. Доставьте посуду с содержимым в теплом виде (не позднее 30 минут) в клиническую лабораторию.   **РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ОБУЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**  Цели оказания помощи детям с СД 1типа: достижение максимально близкого к нормальному состоянию уровня углеводного обмена; нормальное физическое и соматическое развитие ребенка; развитие самостоятельности и мотивации к самоконтролю; профилактика специфических осложнений сахарного диабета. Лечение в стационаре СД1 у детей складывается из следующих основных факторов: инсулинотерапия; правильное питание; физические нагрузки; обучение самоконтролю и проведение его в домашних условиях; психологическая помощь. Инсулинотерапия. Медицинская сестра, организуя помощь пациентам с СД, обучает проведению инсулинотерапии в домашних условиях: ребенок и родители должны овладеть навыками введения инсулина: должны знать его фармакологическое действие, возможные осложнения от длительного применения и меры профилактики; правила хранения; уметь самостоятельно при необходимости провести коррекцию дозы; обучение экспресс-методам определения гликемии, глюкозурии, и правильной оценке результатов.  Диетатерапия. Питание больного ребенка занимает важное место в лечении сахарного диабета. Оно должно отвечать всем требованиям, которые в настоящее время предъявляются к питанию здорового ребенка: диета должна быть максимально сбалансированной по всем важнейшим ингредиентам (белкам, жирам, углеводам и витамины). Соблюдение этого условия, позволяет детям с диабетом нормально расти и развиваться. В то же время специальная диета исключает углеводную нагрузку и тем самым облегчает течение и лечение диабета. При сахарном диабете ограничиваются употреблением таких продуктов и блюд, как хлебобулочные изделия из пшеничной муки, картофель, каши (манная, рисовая). Каши дают ребенку не более одного раза в день, используя для их приготовления крупу грубого помола (гречневая, овсяная, кукурузная).Рис, манную крупу и макаронные изделия необходимо использовать в ограниченном количестве. Употребление хлеба не должно превышать 100г в день. Овощи (все кроме картофеля) можно предлагать ребенку без ограничений. Более того, блюда из различных овощей должны составлять значительную часть суточного рациона детей. Также широко включают в диету при диабете фрукты и ягоды – несладкие сорта яблок, черную смородину, вишни и т.д. Изредка можно давать ребенку цитрусовые (апельсины, мандарины), клубнику, землянику, малину. Фрукты ребенок может употреблять сырыми и в виде компотов, приготовленных на заменителях сахара.  При составлении диеты должны быть учтены особенности стереотипа питания семьи: часы и объем каждого приема пищи, пищевые привычки ребенка. Состав пищи ребенка должен быть согласован с врачом, наблюдающим ребенка. Равномерное распределение ХЕ в течение дня: Завтрак          3 – 5ХЕ 2-й завтрак    2 Х.Е Обед               6 -7 Х.Е Полдник         2 Х.Е Ужин              3 - 4 Х.Е На ночь          1 -2 Х.Е  Зная систему ХЕ, человек с диабетом может легко оценить количество углеводов в тех продуктах питания, которые он хочет съесть. Следовательно, он может легко рассчитать необходимую дозу инсулина короткого действия. Медсестра должна обучить  ребенка и родителей образу жизни при СД: рекомендовать соблюдение режима физической активности: утренняя гигиеническая гимнастика (8-10 упражнений, 10-15 мин); дозированная ходьба; не быстрая езда на велосипеде; плавание в медленном темпе 5-10 мин. с отдыхом через каждые 2-3 мин; ходьба на лыжах по ровной местности при температуре -10С в безветренную погоду, катание на коньках с небольшой скоростью до 20 мин; спортивные игры (бадминтон - 5-30 мин в зависимости от возраста, волейбол - 5-20 мин, теннис - 5-20 мин, городки - 15-40 мин). Самоконтроль является одним из важных элементов в лечении сахарного диабета и профилактики его осложнений. Самоконтроль включает в себя: проведение регулярных анализов крови на сахар; определение сахара в моче (глюкозурия); определение ацетона в моче;  умение проанализировать полученные результаты; учет режима питания и физической активности; умение производить коррекцию доз инсулина  в зависимости от уровня сахара в крови при различных сложившихся в течении дня ситуациях; контроль АД.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Забор кала на копрограмму | 1 | |  | Забор кала на яйца глистов | 1 | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  | |
| Дата | | Содержание работы | | Оценка | |
| 01.06.2020. | | **ЗАБОР КРОВИ ДЛЯ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА**  **Оснащение:**   * стерильная игла диаметром 1,5мм длиной 40 – 60мм, * стерильный одноразовый шприц объемом 10мл, * стерильные ватные шарики, * салфетки, бинт, * 70% спирт, * жгут, * клеенчатая подушечка, * штатив с пробирками (пробирки сухие и с антикоагулянтом), * резиновые пробки, * контейнер для транспортировки, * направление, * журнал для регистрации анализов, * контейнеры с дезраствором, * одноразовые перчатки, маска.   **Подготовка к манипуляции:**   1. Приветствовать пациента, представиться. 2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящего исследования и получить информационное согласие на процедуру. 3. Информировать пациента за день о предстоящем исследовании. 4. Объяснить пациенту правила предстоящей подготовки к исследованию.   **Выполнение манипуляции:**   1. Исключить утром в день исследования завтрак, прием лекарственных средств, физиотерапию, массаж, гимнастику, рентгеновские исследования, курение. 2. Исключить прием контрацептивов. 3. Рекомендовать пациенту проконсультироваться у врача по поводу приема назначенных лекарств перед исследованием крови. 4. Попросить пациента повторить ход подготовки к исследованию, при необходимости обеспечить письменной инструкцией. 5. Сообщить к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медицинской сестры. | |  | |
| Дата | | Содержание работы | | Оценка | | Подпись | |
|  | | 1. Проинформировать пациента о точном времени и месте проведения исследования. 2. Подготовить направление на исследование накануне, заполнив его по форме (указать наименование ЛПУ, отделение, № палаты, лабораторию, вид анализа (ФИО пациента, подпись медицинской сестры, дату взятия материала, № истории болезни, номер полиса)   **Техника взятия крови на биохимические исследование:**   1. Усадить пациента (уложить) в удобное положение. 2. Под локоть положить валик. 3. Вымыть руки гигиеническим способом, надеть маску, стерильные перчатки. 4. Через салфетку наложить жгут на среднюю треть плеча, так чтобы петля была направлена вниз, а концы - вверх; время наложения жгута не должно превышать 1 минуту. 5. Обработать перчатки 70% спиртом дважды. 6. Обработать область локтевого сгиба последователь двумя ватными шариками, смоченными 70% спиртом (движение шарика снизу вверх). Первым шариком обработать большую поверхность, вторым – непосредственное место пункции. 7. Найти наиболее наполненную вену. Пациент работает кулаком, зажимает его. 8. Потянув кожу локтевого сгиба рукой и фиксировать вену. 9. Взять шприц правой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем. 10. Пунктировать вену иглой: ввести иглу срезом вверх, параллельно коже рядом с намеченной веной. Изменить направление иглы пока не появится ощущение «попадания в пустоту». В шприце появится кровь. 11. Набрать в шприц необходимое количество крови (для определения одного показателя достаточно 3-5мл крови, а при назначении большего количества исследований следует исходить из расчета 1 мл крови на одно исследование). 12. Снять жгут (потянув его за конец). 13. Извлечь иглу, прижав место пункции ватным шариком, смоченным 70% спиртом. 14. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе. Можно зафиксировать шарик бинтом. Снять шарик через 5 минут и сбросить его в 5% растворе хлорамина. 15. Справиться о самочувствии пациента, проводить в палату. Спустить кровь из шприца в сухую центрифужную пробирку (кровь должна стекать медленно по стенке пробирки). | |  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Примечание:**   * если исследуется система гемостаза, кровь спускается в пробирку с антикоагулянтом в соотношении: 9 частей крови, 1 часть антикоагулянта.  1. Закрыть пробирку плотно резиновой пробкой, поставить штатив в контейнер для транспортировки анализов. 2. В направлении и на пробирке должен быть один и тот же номер.   **Завершение манипуляции:**   1. Подвергнуть изделия медицинского назначения однократного и многоразового использования обработке в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции и предстерилизационной очистке и стерилизации. 2. Провести дезинфекцию и утилизацию медицинских отходов в соответствии с Сан. Пин 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений». 3. Снять перчатки, поместить в накопительный контейнер с дезраствором. 4. Вымыть руки гигиеническим способом. 5. Сделать запись в журнал о взятии материала на исследование. 6. Доставить кровь в лабораторию не позднее 1,5 часов после взятия.   **РАЗВЕДЕНИЕ И ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ**  **Цель:**   * обеспечить введение лекарственного вещества ребенку в точно назначенной врачом дозе.   **Оснащение:**   * резиновые перчатки; * флакон с антибиотиком; * растворитель для антибиотика; * разовый шприц с иглами; * 70% этиловый спирт; * стерильный столик с ватными шариками, пинцетом; * лоток для отработанного материала. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Обязательное условие:**   * в педиатрической практике чаще используют разведение в соотношении 2:1, то есть на каждые 100 000 ЕД антибиотика, берется 0,5 мл растворителя. Таким образом в приготовленном растворе в 1 мл содержится 200 000 ЕД. антибиотика. В случае небольших доз лекарственного вещества возможно использование разведения 1:1, то есть на каждые 100 000 ЕД. антибиотика, берется 1 мл растворителя ( а в растворе в 1 мл содержится 100 000 ЕД антибиотика).   **Подготовка к процедуре:**   1. Объяснить ребенку/родственникам цель и ход процедуры. 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Прочитать надпись на флаконе и растворителе (наименование, доза, срок годности). 4. Определить необходимое количество растворителя для соответствующего разведения антибиотика. 5. Определить количество готового раствора, которое необходимо набрать в шприц, чтобы обеспечить введение назначенной дозы лекарственного вещества. 6. Вымыть и осушить руки, обработать антисептиком 7. Вскрыть упаковку шприц (сбросить в лоток). Надеть на него иглу с колпачком, зафиксировать иглу на шприце. Снять с иглы колпачок (сбросить в лоток). Собранный шприц поместить на стерильный лоток. 8. Ватным шариком, смоченным этиловым спиртом, обработать крышечку флакона с антибиотиком, вскрыть ее и вновь обработать спиртом (ватный шарик оставить на флаконе). 9. Протереть шейку ампулы растворителем ватным шариком со спиртом, надрезать пилкой. Накрыть стерильной салфеткой и надломить (ватный шарик бросить в лоток). 10. Набрать в шприц рассчитанное количество растворителя (пустую ампулу от растворителя бросить в лоток), убрать шарик с флакона и, проколов иглой резиновую пробку, ввести растворитель во флакон с сухим антибиотиком. 11. Отсоединяет цилиндр шприца от иглы (игла остается во флаконе), осторожно встряхивает флакон до полного растворения порошка а/б. 12. Поднять флакон вверх дном и набрать необходимое количество раствора. 13. Сменить иглу для инъекции (0840), удалить воздух в колпачок 14. На стерильный лоток поместить готовый шприц и 3 стерильных шарика со спиртом. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка |
|  | 1. Накрыть стерильной салфеткой.   **Выполнение процедуры:**   1. Надеть стерильную маску, 2. обработать руки антисептическим раствором, надеть перчатки, обработать их спиртом. 3. Уложить пациента. Обработать верхний наружный квадрант ягодицы 70% этиловым спиртом, двумя шариками (большое и малое поле). 4. Левой рукой собрать кожу и мышцу в складку. 5. Ввести иглу в мышцу под углом 900 оставив, 2-3 мм на поверхности кожи. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство, придерживая канюлю. 6. Извлечь иглу, прижать место инъекции стерильным шариком, смоченным 70% спиртом. Сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая ваты от кожи. 7. Спросить пациента о самочувствии. Забрать у пациента шарик, и замочить в дезинфицирующем растворе. 8. Провести этап дезинфекции использованного 9. материала, шприца, игл. 10. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствори 11. Вымыть руки.   **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ**  Успех профилактики во многом зависит от выполнения детьми и их родителями рекомендаций врача. Закаливание, строгое выполнение санитарно-гигиенических правил, предупреждение и тщательное лечение острых респираторных заболеваний, своевременное лечение очаговых инфекций служат надёжной гарантией предупреждения заболеваний мочевыделительной системы.  Роль медицинской сестры в профилактике заболеваний мочевыделительной системы, организация режима, лечения заключается в том, что медицинская сестра находится в постоянном тесном контакте с больным ребенком и его родителями, наблюдает за его эмоциональным и физическим состоянием, выявляет и помогает решать проблемы ребенка.  Медицинская сестра, в обязанности которой входит уход за больным ребенком, должна не только знать все правила ухода и умело выполнять лечебные процедуры, но и ясно представлять какое действие лекарства или процедуры оказывают на организм больного. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | Лечение болезни главным образом зависит от тщательного правильного ухода, соблюдения режима и диеты. В связи с этим возрастает роль медицинской сестры в эффективности проводимого лечения. Очень важной является и профилактика рецидивов заболеваний мочевыделительной системы: медицинская сестра обучает членов семьи организации ухода за пациентом, режимом питания, отдыха.  Заболевания почек могут привести к серьезным осложнениям, к инвалидности и даже к смерти. Поэтому всем родителям необходимо оберегать своих детей от простудных заболеваний (ангины, ОРЗ, гриппа, заболеваний верхних дыхательных путей).   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Забор крови для биохимического и гормонального исследования | 1 | |  | Разведение и введение антибиотиков | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 02.06.2020. | **ПРОВЕДЕНИЕ ДЕЗИНФЕКЦИИ ПРЕДМЕТОВ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ И ИНСТРУМЕНТАРИЯ**  **Цель:**   * Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в стационаре   **Оснащение:**   * спецодежда; * использованный предмет ухода: * дезинфицирующее средство; * ветошь * емкость для дезинфекции с крышкой и маркировкой.   **Подготовка к процедуре:**   * Надеть спецодежду. * Подготовить оснащение. * Залить в ёмкость дезинфицирующий раствор нужной копией грации. * Выполнить процедуру с использованием предметов ухода.   **Выполнение дезинфекции методом полного погружения:**   1. Погрузить полностью предмет ухода, заполняя его полости дезинфицирующим раствором. 2. Снять перчатки. 3. Отметить время начала дезинфекции. 4. Выдержать необходимое время процесса дезинфекции данным средством. 5. Надеть перчатки. 6. Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить. 7. Вылить дезинфицирующий раствор в канализацию 8. Хранить предмет ухода в специально отведённом месте. 9. Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.   **Метод двукратного протирания:**   1. Протереть последовательно, двукратно, предмет ухода дезинфицирующим средством. 2. Следить, чтобы не оставалось необработанных промежутков на предмете ухода. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка |
|  | 1. Дать высохнуть. 2. Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить. 3. Вылить дезинфицирующий раствор в канализацию. 4. Хранить предмет ухода в специально отведенном месте. 5. Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.   **ДЕЗИНФЕКЦИЯ И УТИЛИЗАЦИЯ ОДНОРАЗОВОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ**  **Показания**:   * профилактика инфекционных заболеваний; * прерывание путей передачи заразного начала от больного к здоровому.   **Противопоказания:**   * повторное использование одноразового медицинского инструментария.   **Оснащение:**   * Средства индивидуальной защиты (халат, шапочка, маска – респиратор, защитные очки, влагостойкий фартук, перчатки, моющаяся обувь) * Промаркированные закрывающиеся емкости * Дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в РФ * Пакет или контейнер однократного применения с цветовой маркировкой, соответствующей классу медицинских отходов Б или В.   **Выполнения процедуры:**   1. Подготовка к процедуре 2. Подготовить необходимое оснащение.   **Последовательность выполнения процедуры:**   1. После использования, одноразовый медицинский инструментарий полностью погрузить в раствор дезинфицирующего средства, разрешенного к применению в РФ. 2. Выдержать в соответствии с экспозицией согласно нормативной документации и инструкции дезинфицирующего средства, разрешенного к применению в РФ. Уложить в пакет или контейнер однократного применения с цветовой маркировкой, соответствующей классу медицинских отходов Б или В.   **Окончание процедуры:**   * Емкость (пакет, контейнер) после заполнения на 3/4 объема упаковывают, маркируют и хранят в помещении для временного хранения медицинских отходов до окончания времени рабочей смены с целью последующего транспортирования к месту уничтожения или утилизации. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ.**  Залогом слаженной работы системы кровообращения является ранняя профилактика сердечных заболеваний у детей и подростков. Осуществлять такие меры можно уже с самого рождения ребенка.  Медики выявили факторы риска, способствующие возникновению сердечно-сосудистых заболеваний, при этом раннее становление атеросклеротических изменений было перенесено и на детский возраст.  Выявлено три стадии развития патологии сосудов:   * нулевая стадия – отмечается у новорожденных и выражается в утолщении интимы; * первая стадия – развивается в возрасте трех-пяти лет, у детей формируются первые липидные отложения в виде полос на стенках сосудов; * вторая стадия – возникновение фиброзных бляшек, обычно регистрируется у детей с восьми лет и старше, причем процесс продолжается до взрослого периода (примерно до 25 лет); * третья стадия – осложненные фиброзные бляшки регистрируются у взрослых старше 25 лет, которые не занимались в детстве профилактикой сердечно-сосудистых патологий.   Всемирная организация здравоохранения выделила четыре меры профилактики сердечно-сосудистых патологий у пациентов всех возрастов, в том числе и детей. Эти же рекомендации поддержало и Российское кардиологическое общество. К таким мерам относят:   * избавление от вредных привычек; * правильное питание; * нормализация веса; * физическая активность.   Рациональное питание  Благодаря питанию поддерживается нормальный уровень кровяного давления, происходит активный липидный обмен – расщепленные жиры выводятся из организма, а не откладываются на стенках сосудов.  Риск возникновения неправильного обмена жиров возникает в первый год жизни, в 5-6 лет, в период полового созревания. Первый критический период связан с переходом от грудного молока на искусственное кормление – зачастую родители неправильно составляют рацион, уделяя большую часть жирам, а не белкам. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Активный образ жизни**  Для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний детям дошкольного возраста необходимо дозированно вводить физические нагрузки. Двухлетнему малышу необходимо как минимум тридцать минут целевой физической активности три четыре раза в неделю. Отличным вариантом станет быстрая ходьба (примерно 3 км за полчаса), быстрые танцы, подвижные игры (волейбол, баскетбол, теннис), быстрая езда на велосипеде (преодолеть необходимо расстояние примерно 8 км).  Рекомендовано минимально свести гиподинамию там, где это можно сделать – провести до садика или школы малыша пешком, а не отвозить на машине, заменить планшеты и телефоны активными играми с друзьями во дворе.  Все эти рекомендации актуальны и для детей старшего возраста – с шести до семнадцати лет, но физическая активность у них должна составлять уже около часа. Для выполнения систематических упражнений можно записать ребенка в спортивную секцию – это будет отличное совмещение любимого занятия и активного времяпровождения. Не ориентируйте ребенка на победу, пусть он получает удовольствие от самого тренировочного процесса, подбирайте командные виды спорта – волейбол, хоккей, баскетбол.  **Регулярные обследования ребенка**  Родителям с рождения малыша важно следить за его основными жизненными показателями. Сразу после рождения ребенок проходит свои первые в жизни обследования. Если врачи подозревают  перебои в работе сердца и сосудов, таких малышей обязательно направляют к кардиологам. Не стоит пренебрегать обследованиями, если у малыша есть патология – ее нужно вовремя диагностировать и лечить.  Для здоровых деток также рекомендованы:   * постоянные обследования и контроль показателя холестерина в крови. Проводите исследования детям с двухлетнего возраста. * с трех лет постоянно контролируйте артериальное давление – кратко записывайте результаты и отслеживайте динамику. Если показатели выходят за границы допустимых норм – обследуйте ребенка тщательно и выявите причину отклонений.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | 1 | |  | Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 03.06.2020. | **ПОДГОТОВКА К КАПЕЛЬНОМУ ВВЕДЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ**  **Цель:**   * медленное, 40-60 капель в минуту, поступление в кровеносное русло лекарственных растворов.   **Показания:**   * восстановление объёма циркулирующей крови; нормализация водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния организма; устранение явлений интоксикации; парентеральное питание.   **Оснащение:**  **стерильные:**   * лоток, бязевая салфетка сложенная в 4 слоя и накрывающая лоток, пинцет, салфетки малые, ватные шарики, маска, перчатки, халат; * одноразовая система для капельного введения жидкостей; штатив для капельницы, длиной 1 - 1,5 м над кроватью, клеёнчатая подушечка, лейкопластырь - 2 ленты длиной3 - 4 см и шириной 1 см; * дезинфицирующий раствор в ёмкостях для дезинфекции подушечки, жгута, процедурного стола, кушетки; * ветошь с маркировкой; * спирт 70%. * КСБУ.   **Подготовка к процедуре:**  **(Заполнение системы для в/в капельного введения жидкостей)**   1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом (если он в сознании). 2. Объяснить цель введения лекарственного раствора пациенту, ход и суть процедуры, получить согласие пациента или его родственников на процедуру. 3. Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть стерильный халат, маску, перчатки. 4. Подготовить стерильный лоток с салфетками, ватными шариками и пинцетом. 5. Подготовить флакон с лекарственным средством для инфузии |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Содержание работы |
|  | **Обратите внимание!**  Необходимо проверить срок годности раствора, внешний вид, сверить с врачебными назначениями.   1. Снять с флакона металлический колпачок ножницами или пинцетом, взятыми из дез.раствора (снять только центральную часть колпачка). 2. Обработать пробку флакона двукратно спиртом. 3. Подготовить одноразовую систему для капельного введения (проверить срок годности и герметичность упаковки, сдавив её с обеих сторон). Снять с неё упаковку. 4. Закрыть зажим на системе. Закрыть воздуховод, если он открыт. 5. Снять иглу с колпачком на длинном конце системы (эта игла будет вводиться в вену пациента) положить в стерильный лоток. 6. Снять колпачок с иглы на коротком конце системы и ввести эту иглу (игла находится ближе к капельнице) в пробку флакона. 7. Перевернуть флакон вверх дном, подвесить на штативе. 8. 2-3 раза надавить на капельницу (сделать насасывающие движения) и заполнить её раствором до половины объёма.   **Обратите внимание!**  Если капельница будет полностью заполнена раствором, то не будет видно падающих капель и Вы не сможете их подсчитать.   1. Открыть воздуховод. 2. 0ткрыть зажим, медленно заполнить систему (то есть длинную трубку) до полного вытеснения воздуха и появления капель раствора из соединительной канюли (подыгольного конуса).   **Запомните!**  Раствор сливается в стерильный лоток, который находится на стерильном столике.   1. Закрыть зажим. 2. Надеть иглу с колпачком.   **Выполнение процедуры:**   1. Уложить пациента в удобное положение. 2. Положить под локоть пациента клеёнчатую подушечку. 3. Обернуть плечо салфеткой и наложить венозный жгут на среднюю треть плеча, исследовать вену. Пациент при этом сначала сжимает и разжимает кулак, а затем – зажимает кулак. 4. Обработать место пункции вены 70% спиртом, двукратно разными ватными шариками   **Обратите внимание!**  Первый раз обрабатывается большая площадь поверхности кожи, второй раз только место введения иглы. |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Содержание работы |
|  | 1. Снять иглу с колпачком с системы, затем колпачок с иглы. 2. Пропустить через иглу раствор. 3. Фиксировать вену большим пальцем левой руки ниже места введения. 4. Сделайте прокол кожи на 1/3 длины иглы, так чтобы она была параллельна коже, затем слегка меняете направление и осторожно пунктируйте вену, пока не ощутите «попадание в пустоту»   **Обратите внимание!**  Если Вы попали в вену, в канюле будет видна кровь.   1. Снять жгут. Предложить пациенту разжать кулак. 2. Открыть зажим на системе. 3. Отрегулировать скорость поступления капель зажимом. 4. Закрепить иглу лейкопластырем и прикрыть стерильной салфеткой место введения. 5. Наблюдать за состоянием и самочувствием пациента во время внутривенного вливания.   **Окончание процедуры:**   1. Прижать к месту инъекции ватный шарик (салфетку) с кожным антисептиком(70% спиртом), извлечь иглу.   **Обратите внимание!**  К месту инъекции прижимается 3-ий шарик, смоченный 70% спиртом.   1. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе (можно зафиксировать шарик бинтом), и не разгибать её в течение 5-6 минут. Это является профилактикой постинъекционной гематомы, т.е. попадания крови из вены в подкожное пространство.   **Обратите внимание!**  Можно зафиксировать ватный шарик бинтом, если пациенту трудно согнуть руку.   1. Погрузить систему с иглой в КСБУ (контейнер сбора и безопасной утилизации). 2. Ватные шарики, салфетки, лейкопластырь сбросить в КСБУ. 3. Взять у пациента (через 5-6 минут) ватный шарик, которым он прижимал место инъекции и сбросить его в КСБУ.   **Обратите внимание!**  Не оставляйте ватный шарик, загрязнённый кровью, у пациента.  Снять перчатки, сбросить их в КСБУ.   1. Вымыть руки, осушить. 2. Наблюдать за состоянием пациента. Удобно уложить его и рекомендовать не вставать в течение 2 часов. 3. Провести регистрацию проведения процедуры и реакции пациента на процедуру. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **ПОДАЧА КИСЛОРОДА РЕБЕНКУ ИЗ КИСЛОРОДНОЙ ПОДУШКИ С ПОМОЩЬЮ МАСКИ.**  **Показания:**   * Неотложные состояния: бронхиальная астма, анафилактический шок, судорожный синдром и др.   **Оснащение:**   * кислородная подушка, заполненная кислородом * аппарат Боброва * маска (индивидуальная, стерильная)   **Подготовка к процедуре:**   1. Объяснить ребенку/родственникам цель и ход процедуры. 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Вымыть и высушить руки 4. Заполнить аппарат Боброва водой на 2/3 объема 5. К кислородной подушке присоединить через резиновую трубку аппарата Боброва со стороны длинной стеклянной трубки, опущенной в воду. 6. К короткой стеклянной трубке аппарата Боброва через резиновый переходник подсоединить маску и проверить подачу кислорода из подушки, открыв вентиль.   **Выполнение процедуры:**   1. Открыть зажим на подушке, надеть маску на рот и нос ребенка и подавить на подушку. 2. Примечание: в случае подачи кислорода из централизованной системы , подавать кислород со скоростью 1,5-2 л/мин, контролируя скорость по шкале дозиметра 3. Продолжить подачу кислорода в течение 30 мин – 2 часов 4. Завершение процедуры; 5. Снять маску с лица ребенка, закрыть вентель на подушке. 6. Провести дезинфекцию подушки 2-кратным протиранием 3:раствором перекиси водорода (1% хлоргекседином) с интервалом 15 мин. 7. Маску замочить в дез. растворе, аппарат Боброва промыть стерилизовать в сухожаровом шкафу. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка |
|  | **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ АНЕМИИ**  Первым делом нужно собрать информацию о пациенте. Субъективное обследование:  анамнез заболевания  анамнез жизни  жалобы В анамнезе заболевания выявляется постепенное развитие болезни. В анамнезе жизни можно узнать, находится ли заболевший ребенок в группе риска. К характерным жалобам ЖДА относятся: снижение аппетита, повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, потливость. Объективное обследование:  При осмотре у больных ЖДА выявляются характерные признаки: кожные покровы и видимые слизистые (конъюнктивы) бледные: восковидный цвет ушных раковин; сухость и шелушение кожи; заеды в углах рта; отставание в физическом и психомоторном развитии. При тяжелой анемии ломкость, сухость, тусклость и выпадение волос, слоистость и депигментация ногтей. Сглаженность или атрофия сосочков языка. Тахикардия.  Результаты лабораторных методов диагностики можно узнать из амбулаторной карты больного или из его истории болезни.  Общий анализ крови: снижение уровня гемоглобина (менее 110 г/л у детей до 5 лет) и количества эритроцитов; эритроциты гипохромные (бедные гемоглобином), различной величины и формы: снижение цветового показателя (менее 0,8).  Биохимический анализ крови: уровни сывороточного железа и ферритина снижены, повышение железосвязывающей способности сыворотки крови. На основе собранной информации выявляем проблемы больного ребенка. На основе гипоксии (недостаточное поступление кислорода в ткани) характерны: снижение аппетита, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, отставание в психомоторном развитии, бледность кожи и слизистых. На основе дефицита железа: сухость, шелушение кожи, заеды в углах рта; ломкость, тусклость, выпадение волос; слоистость, депигментация ногтей; сглаженность и атрофия сосочков языка; извращение обоняния - пристрастие к резким неприятным запахам; извращение вкуса - поедание извести, мела, земли, глины, сырого мяса, картофеля. При поздней диагностики и отсутствии адекватного лечения возникают потенциальные проблемы, риск развития анемии тяжелой степени тяжести, вторичного иммунодефицита, частые ОРВИ, пневмонии, заболевания ЖКТ.  Следующий шаг – планирование и реализация сестринского ухода за пациентом. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | Цель ухода: способствовать выздоровлению, не допустить переход в более тяжелое течение и развитие осложнений.  Организовать «стационар на дому»: обеспечить сестринский уход и лечение, обеспечить комфортные условия для больного ребенка.  Провести беседу с ребенком и его родителями о заболевании, причинах развития, необходимости лечения, профилактике. Дать конкретные рекомендации по питанию: при естественном вскармливании кормящая мама должна обязательно в свой пищевой рацион включать продукты, богатые железом, белком и витаминами: телятина, говядина, печень, яйцо, греча, овес, морковь, свекла, горошек, цветная капуста. томаты, зелень, яблоки, курага, груша, гранаты; лучше всего железо усваивается из мяса (гемовое железо); при искусственном вскармливании - адаптированные молочные и кисломолочные смеси, адаптированные молочные смеси, обогащенные железом "Симилак"; прикормы вводить на 1 мес. раньше; введение мяса с 4.5-5 мес., желтка По организации режима: постоянные и продолжительные прогулки на свежем воздухе, сон на свежем воздухе: массаж и гимнастика по возрасту По правилам приема назначенных препаратов: препараты железа (сироп или капли) перед приемом необходимо разводить в небольшом количестве фруктового чая, фруктового или овощного сока, воды и принимать во время или сразу после еды. Предупредить маму, что у ребенка может появиться жидкий стул или кал, окрашенный в черный цвет.  Осуществлять активные патронажи с целью контроля над соблюдением режима и питания; проведением терапии, назначенной врачом, и выполнением всех рекомендаций по уходу за ребенком; обучении матери правильному приему препаратов железа; проведение динамического наблюдения за реакцией на лечение: самочувствие ребенка, аппетит, эмоциональное состояние, длительность и характер сна, физиологические отправления. При ухудшении состояния срочное сообщение врачу или вызов на дом.  Последним этапом оцениваем эффективность сестринского ухода. При правильной организации сестринского ухода наступает выздоровление ребенка. Дети, перенесшие ЖДА, подлежат диспансеризации длительностью 1 год. План диспансеризации: осмотр педиатром 1-2 раза в месяц; анализ крови 1 раз в 2-3 мес. и после интеркуррентных заболеваний. С учета ребенок снимается при нормальных клинико-лабораторных показателях. Лучшим усвоением обладает особая форма железа – гемовая, это железо из мяса, рыбы или птицы. В печени форма железа в виде трансферрина будет усваиваться хуже. Необходимо в сутки потреблять в среднем около 80-100 г мяса либо рыбы. Вопреки расхожему мнению, железо из овощей и фруктов, например, яблок или гранатов, всасывается плохо, всего около 3% железа всасывается из этих продуктов. Однако, если употреблять мясо или рыбу в сочетании с овощами, они взаимно улучшают усвоение друг друга. Больше всего  железа содержится в говяжьем языке, мясе кролика, индейки. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | Диета. Прежде всего – сбалансируйте диету – детям не требуется более 300-400 мл молока или молочных продуктов в сутки, до года цельное молоко в обычном виде не употребляется вообще. Расширьте рацион ребенка за счет мясных и рыбных блюд, птицы. Полезны субпродукты и различные блюда из них – гуляши, холодцы, оладьи. Внимание – колбаса и сосиски, сардельки, не относятся к мясным продуктам, в них нет ни белка, ни железа, полезных детям. Детям полезны яйца – куриное или перепелиное. Яйца утки и гуся трудны для усвоения. Сочетайте мясные и овощные блюда – полезны шпинат, различные виды зелени, лук и петрушка, листовой салат. Кстати, вопреки расхожему мнению, при термической обработке железо не теряется, поэтому, можно употреблять овощи в термически обработанном виде.     |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов. | 1 | |  | Подача кислорода через маску и носовой катетер | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

**Рецепты на лекарственные средства**

|  |  |
| --- | --- |
| Rp.: Tabl. Аcetylsalicylici - 0,5  D. t. d. N. 10  S. По 1 таб. 2 раза в сутки после еды. | Rp.: Sol. Amikacini 0,25 - 4 ml  D.t.d. N. 50 in amp.  S. в/в капельно. |
| Rp.: Sol. Vicasoli 1% -1 ml  D.t.d. N. 4 in amp.  S. вводить в/м no 1мл . | Rp.: Sol. Gеntamycini sulfatis 4% - 2 ml  D. t. d. N. 10 in amp.  S. Вводить в/м по 2мл 2 р/д. |
| Rp.: Sol. Asparcamum -10 ml  D. t. d. N. 10 in amp.  S. Вводить внутривенно капельно медленно по 10-20 мл. Содержимое ампулы разводить в 50-100 мл 5% раствора глюкозы. | Rp.: Tabl. Cardiomagnyl - 0,075  D. t. d. N. 50  S. Принимать по 1 таблетке 1 раз в сутки. |
| Rp.: Drаge. Ferroplеx - 50 mg  D. t. d. N. 20.  S. Принимать внутрь по 1 др. 3 р/д. | Rp.: Sol. Hemoferi -30 ml  D. t. d. N. 1 in flac.   S. Детям от 1 года до 12 лет 45 мг (28 капель) 1-2 раза/сут. Принимать внутрь, между приемами пищи, с водой или соком. |
| Rp.: Sol. Calcii gluconici 10% - 10,0 ml  D. t. d. N. 10 in amp.  S. в/в (медленно или капельно) – 1-5 мл 10% раствора каждые два-три дня. | Rp.: Sol. Tothema - 10 ml  D. t. d. N. 10 in amp.  S. по схеме. |
| Rp.: Sol. Insulini pro injectionibus -5 ml   D. t. d. N. 2 in amp.  S. По 0,5 мл (20 ЕД) подкожно, ежедневно за 20 мин. до завтрака, 0,4 мл (16 ЕД) за 20 мин до обеда и 0,1 мл (4 ЕД) за 20 мин до ужина ребенку 10 лет. | Rp.: Rp.: Ferrum lek - 2ml  D. t. d. N. 10 in amp.  S. Вводить в/м по 2 мл через день. |