Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный

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

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

# Д Н Е В Н И К

**ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

Наименование практики «Технология оказания медицинских услуг»

Ф.И.О. Худолей\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Оксана\_\_\_\_\_\_\_\_Юрьевна

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

 (медицинская организация, отделение)

с «\_\_18\_\_\_» \_мая\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_20\_\_ г. по «\_30\_\_\_\_» \_\_мая\_\_\_\_\_\_\_ 20\_20\_\_ г.

Руководители практики:

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

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

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

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

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

\_Битковская Венера Геннадьевна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Красноярск

20 \_\_\_

Содержание

1. Цели и задачи практики

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

3. Тематический план

4. График прохождения практики

5. Инструктаж по технике безопасности

6. Содержание и объем проведенной работы

7. Манипуляционный лист

8. Отчет (цифровой, текстовой)

**Цели и задачи прохождения производственной практики**

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

**Задачи**:

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

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

**Практический опыт:**

ПО 1. выявления нарушенных потребностей пациента;

ПО 2. оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий;

ПО3. планирования и осуществления сестринского ухода;

ПО 4. ведения медицинской документации;

**Умения:**

У 1.собирать информацию о состоянии здоровья пациента;

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

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

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

У 5.осуществлять посмертный уход;

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

У 10. заполнять документацию по инструкции;

**Знания:**

З 1.способы реализации сестринского ухода;

З 2.технологии выполнения медицинских услуг;

З 3. последовательность посмертного ухода;

З 4. перечень основной учетно-отчетной документации.

**Тематический план**

|  |  |
| --- | --- |
| **1**. | **Поликлиника**  |
| **2.** | **Стационар:** Приемное отделениеОтделение немедикаментозной терапииПост медицинской сестрыПроцедурный кабинетКлизменная |

**График прохождения практики**

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

###### Инструктаж по технике безопасности

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

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

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

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

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

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

Место печати МО

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 18. 05. 2020 |  В иммунологическую лабораториюАНАЛИЗ КРОВИ НА ВИЧФИО \_Манзулина Зухра Ивановна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Год рождения \_1984\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес г.Красноярск, ул.Амурская,9-6\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Место работы \_ООО пост сервис\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код контингента \_115\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата \_\_18.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отделение \_\_терапевтическое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО врача Худолей Оксана Юрьевна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ отделения № палаты 6НАПРАВЛЕНИЕВ бак. лабораториюМокрота на микрофлору и чувствительность к антибиотикамФИО \_Мамаев Артур Игоревич \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата: \_18.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись м\с \_WхудолейW\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отделение \_терапевтическое \_ № палаты \_15\_\_\_НАПРАВЛЕНИЕ В клиническую лабораториюОбщий анализ мочиФИО \_Амеладзе Мамед Мамедович \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата \_19.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись м\с \_\_WХудолей W\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Обучение сбор мочи на общий анализ Здравствуйте, Иванов Иван Иванович! Я дежурная медицинская сестра Худолей Оксана Юрьевна, мне необходимо провести с Вам инструктаж по сбору мочи. Накануне необходимо воздержаться от употребления большого количества моркови, свеклы, приема мочегонных средств, сульфаниламидов; нельзя менять питьевой режим за сутки до исследования; перед забором мочи провести туалет наружных половых органов. Утром, после подмывания выделить первую струю мочи в унитаз на счет «один», «два»; задержать мочеиспускание, поднесите банку и собрать в нее 150 - 200 мл мочи. Оставить емкость в ящике для анализов. После чего пациенту задать контрольные вопросы.Обучение сбора кал для бактериологического исследованияЗдравствуйте, Иванов Иван Иванович !Я дежурная медицинская сестра Худолей Оксана Юрьевна, мне необходимо провести с Вами инструктаж по сбору кала на анализ. Кал берется непосредственно из судна сразу после дефекации без примесей воды и мочи, преимущественно из мест с наличием патологических примесей (слизь, зелень, но не кровь)После чего пациенту задать контрольные вопросы.Обучение сбора мочи на сахарЗдравствуйте, Иванов Иван Иванович ! Я младшая медицинская сестра Худолей Оксана Юрьевна. Вам, врач назначил анализ сбор мочи на сахар, Вы не против? Сейчас я вам расскажу,что необходимо делать."Завтра в 8 часов утра опорожните мочевой пузырь в унитаз и да­лее до 8 часов утра следующего дня всю мочу собирайте в 3-х литро­вую банку с Вашей фамилией, которая стоит на полу в санитарной комнате. Последний раз следует помочиться в банку послезавтра в 8 часов утра". После чего пациенту задать контрольные вопросы.1. **Техника сбора фекалий к копрологическому исследованию.**

Подготовка пациента:**-** по назначению врача в течение 5 дней пациент получает специальную диету (Шмидта или Певзнера);- без специального назначения врача пациент придерживается своей обычной диеты, но запрещаются все продуктовые передачи.Последовательность выполнения:1.Подготовить емкость, оформить направление2.Проинструктировать пациента о порядке сбора кала. Инструктаж пациента. Непосредственно после дефекации взять лопаткой для забора кала из нескольких участков 5-10 г кала без примесей воды и мочи и поместить в емкость. Емкость оставить на полу в специальном ящике в санитарной комнате.3.Собранный материал доставить в клиническую лабораторию.4.Полученные из лаборатории результаты подклеить в историю болезни1. **Мазок из зева для бактериологического исследования.**

Подготовка к процедуре:1. Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования, сроки получения результата и получить согласие.
2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.
3. Поставить стеклографом номер на пробирке, соответствующий номеру направления.
4. Установить пробирку в штатив.

Выполнение процедуры:1. Сесть напротив пациента.
2. Извлечь тампон из пробирки, придерживая его за пробку (пробирка остается в штативе).
3. Взять шпатель в другую руку; попросить пациента слегка запрокинуть голову и открыть рот; надавить шпателем на корень языка.
4. Не касаясь тампоном слизистой оболочки полости рта и языка, провести тампоном по правой миндалине, затем – небной дужке, язычку, левой небной дужке, левой миндалине. При ясно локализованных очагах материал берется двумя тампонами в две пробирки: из очага и всех участков.
5. Извлечь тампон из полости рта, положить шпатель в лоток для использованного материала, ввести тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности.
6. Поставить пробирку в штатив для пробирок, затем штатив в бикс, уплотнив поролоном. Проверить соответствие номера пробирки с номером направления и Ф.И.О. пациента.

Завершение процедуры:1. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.
2. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.
3. Доставить пробу в лабораторию в контейнере в течение 1 часа.
4. **Мазок из носа для бактериологического исследования.**

Подготовка к процедуре:1. Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования, сроки получения результата и получить согласие.
2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.
3. Поставить стеклографом номер на пробирке, соответствующий номеру направления.
4. Установить пробирку в штатив.

Выполнение процедуры:1. Сесть напротив пациента.
2. Извлечь тампон из пробирки, придерживая его за пробку (пробирка остается в штативе).
3. Свободной рукой приподнять кончик носа пациента, другой рукой ввести тампон легким вращательным движением в нижний носовой ход с одной, затем с другой стороны.
4. Извлечь тампон из полости носа и ввести тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности.

Завершение процедуры:1. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.
2. Доставить пробу в лабораторию в контейнере в течение 1 часа.
3. **Ингаляция лекарственного средства через рот и нос.**

Цель: лечебная.Показания: назначение врача. Оснащение: карманный ингалятор. 1. Снять с баллончика защитный колпачок и повернуть его вверх дном. 2. Хорошо встряхнуть баллончик с аэрозолем. 3. Охватить губами мундштук. 4. Сделать глубокий вдох и на вдохе нажать на дно баллончика. В этот момент выдается доза аэрозоля. 5. Следует задержать дыхание на несколько секунд, затем вы­нуть мундштук изо рта и сделать медленный выдох. 6. После ингаляции надеть на баллончик защитный колпачок. Лекарственное вещество можно вводить и через нос. Сущест­вуют специальные насадки для ингаляции через нос. **Алгоритм действия:** Цель: лечебная.Показания: назначение врача. Оснащение: карманный ингалятор. 1. Снять с баллончика защитный колпачок и повернуть его вверх дном. 2. Хорошо встряхнуть баллончик с аэрозолем. 3. Слегка запрокинугь голову. 4. Прижать правое крыло носа к носовой перегородке. 5. Произвести выдох через рот. 6. Ввести наконечник ингалятора в левую половину носа. 7. На вдохе через нос нажать на дно баллончика. 8. Задержать дыхание на несколько секунд и затем медленно выдохнугь через рот. 9.Повторить манипуляцию, введя наконечник в другую поло­вину носа. **6. Проведение дуоденального зондирования.**Подготовка пациента: зондирование проводится утром, натощак, накануне легкий ужин, исключая продукты, вызывающие метеоризм, на ночь стакан сладкого чая, теплая грелка на область правого подреберья (грелка не используется при исследовании на лямблий).Подготовка к процедуре:1. Объяснить пациенту цель и ход исследования, уточнить аллергоанамнез. Получить согласие на проведение процедуры.
2. Промаркировать пробирки и направление для идентификации.
3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, перчатки. Подготовить оснащение: из упаковки пинцетом достать дуоденальный зонд и положить в стерильный лоток.

Выполнение процедуры:1. Измерить длину зонда (от мочки уха до резцов, от резцов до пупка и сделать метку №1, прибавить ширину ладони пациента (10-15 см), сделать метку №2).
2. Предложить пациенту сесть, широко открыть рот. В руки пациенту дать полотенце.
3. Смочить зонд стерильной водой и ввести за корень языка, затем постепенно с помощью глотательных движений до метки №1 (зонд в желудке). С помощью шприца с воздухом проверить местонахождение зонда. На свободный конец наложить зажим.
4. Уложить пациента на кушетку (без подушки) на правый бок, под таз подложить валик, под правое подреберье - грелку.
5. Снять зажим, свободный конец зонда опустить в пробирку на штативе на низкой скамейке рядом с кушеткой; выделяется мутное, светлое содержимое желудка.
6. Предложить пациенту медленно заглатывать зонд до метки №2. Продолжительность заглатывания 40-60 мин.

Зонд попадает в 12-перстную кишку и начинает выделяться золотисто-желтая жидкость. Это порция «А», дуоденальная желчь - (содержимое из 12-перстной кишки) - 15-40 мл за 20-30 минут.1. После первой порции ввести раздражитель с помощью шприца через зонд в теплом виде (для лучшего отхождения порции «В») - 30-50 мл 33% раствора сульфата магния или 40% раствора глюкозы.
2. Уложить пациента на спину, наложить зажим на свободный конец зонда на 10 минут.
3. Уложить пациента на правый бок, снять зажим, опустить зонд в пробирки поочередно выделяется темно-оливковая желчь. Это порция «В», пузырная желчь - (из желчного пузыря) - 30-60 мл за 20-30 минут.
4. Переложить зонд в следующие пробирки, когда начнет выделяться прозрачная, светло-желтая желчь. Это порция «С», печеночная желчь (из желчных протоков) - 15-20 мл за 20-30 мин.

Завершение процедуры:1. Извлечь зонд при помощи салфетки, дать пациенту прополоскать рот. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.
2. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.
3. Отправить все пробирки в лабораторию с направлением (для выявления форменных элементов, простейших и т.д.).
4. Полученные результаты подклеить в исто­рию болезни.
5. **Оставшиеся испражнения удалить в канализацию**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Обучение пациента технике сбора мочи | 1 |
|  | Мазок из зева и носа для бактериологического исследования.  | 1 |
|  | Обучение пациента технике сбора фекалий | 1 |
|  | Проведение дуоденального зондирования | 1 |
|  | Заполнение направлений на анализы | 3 |
|  |  |  |

 |  |  |
| 19.05.2020г.20.05.2020Наименование отделения терапевтическоеПорционное требованиеНа раздаточную на 20.05.2020 дата: число, месяц, годпалата №1 палата № 2 палата № 5Иванов И.И. диета № 5 Семенова В.И диета № 5 Васечкин Р.О. диета №7Сидоров В.А. диета № 15 Михайлова К.И. диета № 15 Колегов К.Н. диета № 15 Петров А.А. диета № 5 Крошкина ВИ. диета № 5 Фокус Н.Б. диета № 7 Пенкин В.В. диета № 15 Бунько Р.В. диета № 15 Пацук В.И. диета № 7 палата № 3 палата № 4 палата № 6Козлов П.П. диета № 15 Кускова С.С. диета № 5 Кубикова Ю.А. диета №7Жданов С.Б. диета № 7 Мирная Ф.Л. диета № 7 Самсоненко Р.М.диета№10Кубеков Ф.Г. диета № 15 Шарова С.Ю. диета № 15 Рогова А.Ф. диета № 10Перекрут Ю.А. диета № 10 Семенченко В.Ю. диета № 15всего 23 человекпалатная м\с Худолей О.Ю. WWW ФИО подпись21.05.202022.05.202023.05.202025.05.202026.05.202027.05.202028.05.2020 |  Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Медицинская документация форма № 003/у Утверждена Минздравом СССР\_\_\_\_\_КГБУЗ ККБ 04.10.80 г. № 1030наименование учреждения**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № 85****стационарного больного**Дата и время поступления 19.05.2020 11 час. 35 минДата и время выписки  Отделение\_\_ пульмонологическое палата № Переведен в отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Проведено койко-дней \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)Группа крови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Резус-принадлежность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Побочное действие лекарств (непереносимость) \_\_отрицает\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ название препарата, характер побочного действия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. Фамилия, имя, отчество \_Белкина Инна Ивановна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.Пол женский3. Возраст 30 (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев, до 1 месяца – дней)4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть)\_г.Красноярск, ул. Сергея Шиповалова, д.22, кв.155 вписать адрес, указав для приезжих - область, район, телефон дочери 89233531517\_ населенный пункт, адрес родственников и № телефона5. Место работы, профессия или должность СФУ, преподаватель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_для учащихся - место учебы; для детей - название детского учреждения, школы;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для инвалидов - род и группа инвалидности, иов – да, нет подчеркнуть6.Кем направлен больной врачом скорой помощи название лечебного учреждения7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нетчерез 72 часов после начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).8. Диагноз направившего учреждения пневмония нижней доли правого легкого 9. Диагноз при поступлении пневмония нижней доли правого легкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  10. Диагноз клинический  |  | Дата установления |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_ Медицинская документация Форма № 001/уКГБУЗ ККБУтверждена Минздравом СССР04.10.80 г. № 1030**ЖУРНАЛ****учета приема больных и отказов в госпитализации****Начат "01" января 2020 г. Окончен "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20**Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Медицинская документация Форма № 060/у КГБУЗ ККБ Утверждена Минздравом СССР наименование учреждение 04.10.80 г. № 1030**ЖУРНАЛ****учета инфекционных заболеваний****Начат «01» января 20 20 г. Окончен « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.****1.** **Обработка обработки волосистой части головы при выявлении педикулёза.**Подготовка к процедуре:1. Сообщить пациенту о наличии педикулеза и получить согласие на обработку.
2. Провести гигиеническую обработку рук.
3. Надеть маску, дополнительный халат, фартук косынку, тапочки, перчатки.
4. Усадить пациента на кушетку, покрытую одноразовой пеленкой.
5. Укрыть плечи пациента клеенчатой пелериной.

Выполнение процедуры:1. Обработать волосы одним из дезинсектицидных растворов согласно инструкции к дезинсектицидному средству, следить, чтобы средство не попало в глаза пациента, для этого можно дать пациенту полотенце скрученное валиком, а волосы были равномерно обработаны средством.
2. Выдержать экспозицию по инструкции препарата
3. Промыть волосы теплой водой, затем с моющим средством (обработать кондиционером для облегчения расчесывания), осушить полотенцем.
4. Перед пациентом на полу разложить листы белой бумаги
5. Вычесать волосы частым гребнем, наклонив голову над белой бумагой, последовательно разделяя волосы на пряди и вычесывая каждую прядь (короткие волосы расчесывать от корней к кончикам, длинные от кончиков к корням).
6. Осмотреть волосы пациента повторно. Убедиться, что вшей нет.

Окончание процедуры:1. Бумагу с пола аккуратно собрать в металлическую емкость и сжечь в вытяжном шкафу.
2. Белье и одежду пациента, спецодежду медсестры убрать в клеенчатый мешок и отправить в дезинфекционную камеру.
3. Гребень, клеенчатую пелерину обработать инсектицидным средством, промыть проточной водой, просушить.
4. Обработать помещение
5. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
6. Провести гигиеническую обработку рук
7. Сделать отметку на титульном листе медицинской карты стационарного больного о выявленном педикулезе («Р») или в амбулаторной карте и в журнале осмотра на педикулез.
8. Отправить экстренное извещение об инфекционном заболевании в ЦГСЭН(ф. № 058/у), зарегистрировать факт выявления педикулеза по месту жительства пациента.
9. Повторить осмотр волосистой части головы пациента через семь дней. При необходимости — провести санитарную обработку.

Медицинская документация Форма № 058/у\_\_КГБУЗ ККБ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Утверждена Минздравом СССР наименование учреждения 04.10.80 г. № 1030**ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ****об инфекционном заболевании, пищевом, остром****профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку**1. Диагноз педикулез подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть)2. Фамилия, имя, отчество Белкина Инна Ивановна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. Пол женский4. Возраст (для детей до 14 лет - дата рождения) \_30 лет\_\_\_\_5. Адрес, населенный пункт г.Красноярск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Советский\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_районулица Сергея Шиповалова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом № \_22\_\_ кв. № 155\_ \_\_\_индивидуальная\_ (индивидуальная, коммунальная, общежитие - вписать)6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения) СФУ 7. Даты:заболевания \_19.05.2020первичного обращения (выявления) \_19.05.2020установления диагноза \_19.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_последующего посещения детского учреждения, школы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_госпитализации \_\_19.05.2020Оборотная сторона ф. № 058/у8. Место госпитализации \_КГБУЗ ККБ9. Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия идополнительные сведения противопедикулезная обработка, средство педикулен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС\_\_19.05.2020\_\_\_\_12ч. 30 мин  Фамилия сообщившего Худолей Кто принял сообщение \_Соколов И.А12. Дата и час отсылки извещения \_19.05.2020\_\_\_\_13ч. 15 мин Подпись пославшего извещение \_ХудолейРегистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в журнале ф. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_санэпидстанции. Подпись получившего извещение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2. Частичная санитарная обработка пациента.**Подготовка к процедуре:1. Здравствуйте сегодня я ваша младшая мед. Сестра Оксана Юрьевна. Как я могу к вам обращаться? Информирую пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Получить согласие.
2. Отгородить пациента ширмой.
3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, фартук, перчатки.

Выполнение процедуры:1. Используя правила перемещения пациента в постели подложить одноразовую адсорбирующую пеленку под верхнюю часть туловища пациента.
2. Одноразовой рукавицей смоченной в воде, обтереть пациенту шею, грудь, руки (живот и ноги прикрыты одеялом).

(Нанести средство для сухой обработки на тело и обтереть пациенту шею, грудь, руки).1. Вытереть пациенту шею, грудь, руки полотенцем насухо и прикрыть одеялом.
2. Используя правила перемещения пациента в постели подложить одноразовую адсорбирующую пеленку под нижнию часть туловища пациента.
3. Обтереть живот, спину, нижние конечности, осушить и закрыть одеялом.

Окончание процедуры:1. Убрать ширму.
2. Одноразовые рукавицы для мытья, одноразовые подкладные пеленки погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б».
3. Использованное полотенце и грязную одежду пациента убрать в клеенчатый мешок.
4. Слить воду в канализацию, емкость продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата, помыть чистящим средством, прополоскать проточной водой, поставить на сушку.
5. Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».).
6. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
7. Провести гигиеническую обработку рук.
8. Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.

**3. Антропометрия пациента.****Определение массы тела.**Подготовка к процедуре:1. Вымыть руки, надеть перчатки, обработать рабочие поверхности по инструкции дезинфицирующего средства.
2. Здравствуйте сегодня я ваша младшая мед. Сестра Оксана Юрьевна. Как я могу к вам обращаться? Предупредупреждаю пациента до проведения измерения (Взвешивание взрослых пациентов проводится натощак утром, в одни и те же часы, после предварительного опорожнения мочевого пузыря и кишечника в нательном белье). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.
3. Провести гигиеническую обработку рук.
4. Включить весы, уравновесить (весы должны находиться на ровной поверхности). На платформу весов положить одноразовую салфетку.

Выполнение процедуры:1. Предложить пациенту осторожно встать в центре площадки на салфетку (без тапочек).
2. Произвести взвешивание (зафиксировать результат).
3. Предложить пациенту осторожно сойти с весов.
4. Сообщить результат пациенту.
5. Записать данные взвешивания в температурный лист у.ф. № 004/у.
6. Оценить результат (В норме масса тела по формуле Брокка равна, примерно, рост минус 100).

Окончание процедуры:1. Надеть перчатки, одноразовую салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б».
2. Поверхность весов обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность.
3. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б».
4. Провести гигиеническую обработку рук.

**Измерение роста пациента.**Подготовка к процедуре:1. Вымыть руки, надеть перчатки, обработать рабочие поверхности по инструкции дезинфицирующего средства.
2. Здравствуйте сегодня я ваша младшая мед. Сестра Оксана Юрьевна. Как я могу к вам обращаться? Предупреждаю пациента до проведения измерения. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.
3. Провести гигиеническую обработку рук.
4. Предложить пациенту снять верхнюю одежду и обувь.
5. На основание ростомера положить одноразовую салфетку.

Выполнение процедуры:1. Встать сбоку ростомера и поднять горизонтальную планку выше предполагаемого роста пациента.
2. Предложить пациенту встать на основу ростомера так, чтобы пятки, ягодицы, лопатки и затылок касались вертикальной планки, а голова была в таком положении, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии.
3. Планшетку ростомера опустить на темя пациента и определить рост на шкале.
4. Сообщить пациенту его рост.
5. Предложить пациенту сойти с основы ростомера, придерживая в это время планку, чтобы не травмировать пациента.
6. Записать данные измерения в температурный лист у.ф. № 004/у.

Окончание процедуры:1. Надеть перчатки, салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б».
2. Поверхность ростомера обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность.
3. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б».
4. Провести гигиеническую обработку рук.
5. **Оценка функционального состояния пациента.**

**Измерение артериального давления.**Подготовка к процедуре:1. Здравствуйте сегодня я ваша младшая мед. Сестра Оксана Юрьевна. Как я могу к вам обращаться? Предупреждаю пациента за 15 минут до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.
2. Убедиться, что мембрана фонендоскопа и трубки целы, стрелка монометра на нуле, вентиль на груше завинчен.
3. Выбрать правильный размер манжеты.
4. Провести гигиеническую обработку рук.
5. Попросить пациента принять удобное положение (лечь или сесть).

Выполнение процедуры:1. Уложить руку пациента в разогнутом положении (под локоть можно положить сжатый кулак кисти свободной руки или валик). Освободить руку от одежды.
2. На обнаженное плечо пациента наложить манжету на 2 – 3 см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты). Между плечом и манжетой должен проходить 1 палец.
3. Вставить фонендоскоп в уши и одной рукой поставить мембрану фонендоскопа на область локтевого сгиба (место нахождения плевой артерии).
4. Нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации на лучевой артерии (+ 20-30 мм.рт. ст. т.е. выше предполагаемого АД).
5. Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм.рт. ст. в 1 секунду, постепенно открывая вентиль.
6. Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны на шкале манометра соответствующую систолическому АД.
7. Продолжить выпускать воздух из манжеты отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова.
8. Выпустить весь воздух из манжетки и повторить процедуру через 1 – 2 минуты.
9. Сообщить пациенту результат измерения.

Окончание процедуры:1. Результат АД можно записать в виде дроби на листке бумаги, в числительном – систолическое давление, в знаменателе – диастолическое давление (АД 120/80 мм.рт. ст.).
2. Надеть перчатки. Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной антисептиком, обработать манжету.
3. Салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б».
4. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б», Провести гигиеническую обработку рук.
5. Результаты занести в температурный листу.ф. № 004/у.

**Измерение артериального пульса.**Подготовка к процедуре:1. Здравствуйте сегодня я ваша младшая мед. Сестра Оксана Юрьевна. Как я могу к вам обращаться? Предупреждаю пациента за 15 минут до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.
2. Провести гигиеническую обработку рук.
3. Попросить пациента принять удобное положение (сидя).

Выполнение процедуры:1. Предложить расслабить руку, при этом кисти и предплечье не должны быть «на весу».
2. Прижать 2,3,4- м пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента (1 палец находится со стороны тыла кисти), почувствовать пульсацию.
3. Если при одновременном исследовании пульсовых волн появляются различия, то определение других его свойств проводят при исследовании той лучевой артерии, где пульсовые волны выражены лучше.
4. Взять часы или секундомер.
5. Определить ритм пульса в течение 30 секунд по интервалам между пульсовыми волнами. Если интервалы равные – пульс ритмичный, если промежутки между пульсовыми волнами различны – пульс аритмичный.
6. С помощью часов или секундомера определить частоту пульса – количество пульсовых волн в 1 минуту. Нормальные показатели частоты пульса 60-80 уд/мин.

Окончание процедуры:1. Сообщить пациенту результаты исследования.
2. Провести гигиеническую обработку рук.
3. Результаты занести в температурный листу.ф. № 004/у.

**Измерение частоты дыхательных движений.**Подготовка к процедуре:1. Здравствуйте сегодня я ваша младшая мед. Сестра Оксана Юрьевна. Как я могу к вам обращаться? Предупреждаю пациента до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). Психологически подготовить пациента к манипуляции, преднамеренно предупредив его, что будут определяться свойства пульса; Получить согласие.
2. Провести гигиеническую обработку рук.
3. Попросить пациента принять удобное положение и не разговаривать.
4. Взять часы или секундомер.

Выполнение процедуры:1. Положить пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса.
2. Подсчитать частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки у женщин или брюшной стенки у мужчин.

Обратить внимание на глубину и ритмичность дыхания.Окончание процедуры:1. Сообщить пациенту результаты исследования «пульса».
2. Провести гигиеническую обработку рук.
3. Зарегистрировать частоту дыханий за минуту в температурном листеу.ф. № 004/у.

**5. Транспортировка пациента в лечебное отделение**Подготовка к процедуре:1. Здравствуйте сегодня я ваша младшая мед. Сестра Оксана Юрьевна. Как я могу к вам обращаться? Информирую пациента о предстоящей манипуляции и ходе её выполнения. Получить согласие на выполнение транспортировки.
2. Подготовить каталку к транспортировке, проверить ее исправность.
3. Обработать руки.
4. Застелить каталку.
5. Поставить каталку (кресло-каталку) удобно в данной ситуации.

Выполнение процедуры:1. Переместить пациента на каталку (кресло-каталку) одним из известных способов.
2. Укрыть пациента.
3. Транспортировка на каталке: встать: один медработник спереди каталки спиной к пациенту, другой - сзади каталки, лицом к пациенту. На кресло-каталке транспортировать пациента так, чтобы его руки не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки.
4. Транспортировать пациента в отделение с историей болезни.
5. Поставить каталку (кресло-каталку) к кровати, в зависимости от площади палаты.
6. Убрать одеяло с кровати.
7. Переложить пациента на кровать, одним из известных способов.
8. Убедиться, что пациенту комфортно.

Окончание процедуры:1. Надеть перчатки. Продезинфицировать каталку (кресло-каталку) в соответствии с инструкцией к дезинфицирующему средству.
2. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.

https://sun9-39.userapi.com/c206728/v206728225/12d5df/HELiMbVDiz8.jpg

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Заполнение документации при приеме пациента. | 4 |
|  | Обработка волосистой части головы при выявлении педикулёза. | 1 |
|  | Частичная санитарная обработка пациента. | 1 |
|  | Антропометрия пациента. | 1 |
|  | Оценка функционального состояния пациента. | 1 |
|  | Транспортировка пациента в лечебное отделение. | 1 |
|  | Заполнение температурного листа  | 1 |

Порционное требование**ПОРЦИОННИК ф. № 1-84**На питание больных «20 » 05 20 20г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование отделения | Количество больных | Стандартные диеты |
| Терапевтическое | 23 | 5 | 6 | 3 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Зав. отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО подписьСт. мед. сестра отделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО подписьмед. сестра диетического отделения Худолей О.Ю. WWW ФИО подпись**1)Алгоритм: подача судна пациенту.**Подготовка к процедуре1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.
2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.
3. Отгородить пациента ширмой.
4. Ополоснуть судно теплой водой, оставив в нем немного воды.
5. Открыть нижнюю часть тела.

Выполнение процедуры1. Попросить пациента согнуть ноги, и приподнять таз, или поверните пациента на бок (помочь пациенту).
2. Под таз пациента положить непромокаемую одноразовую пеленку и подвести судно так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна.
3. Прикрыть пациента одеялом и оставить на некоторое время одного.
4. По окончании дефекации попросить пациента приподнять таз, или повернуться на бок (помочь пациенту), правой рукой извлечь судно.

Завершение процедуры1. Осмотреть содержимое судна, вылить в унитаз, судно обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима. При наличии патологических примесей (слизи, крови и так далее), оставить содержимое судна до осмотра врачом.
2. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б». Обработать руки, надеть другую пару перчаток.
3. Чистое судно поставить на скамеечку под кровать пациента или поместите в специально выдвигающееся устройство функциональной кровати.
4. Подготовить оборудование для подмывания и подмыть пациента.
5. Убрать ширму.
6. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».

.Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.**Алгоритм: применение мочеприемника.**Подготовка к процедуре1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.
2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.
3. Попросить пациентов выйти из палаты (по возможности). Отгородить пациента ширмой.
4. Придать пациенту удобное положение (Фаулера).
5. Ополоснуть мочеприемник теплой водой, оставив в нем немного воды.
6. Открыть нижнюю часть тела.
7. Под таз пациента положить непромокаемую одноразовую пеленку

Выполнение процедуры1. Подать пациенту мочеприемник. Для обеспечения мочеиспускания можно открыть кран с водой. Звук льющейся воды рефлекторно вызывает мочеиспускание.
2. Прикрыть пациента одеялом и оставить на некоторое время одного.
3. По окончании мочеиспускания убрать мочеприемник, отодвинуть ширму.

Завершение процедуры1. Осмотреть содержимое мочеприемника, вылить в унитаз, мочеприемник продезинфицировать, промыть с моющим средством, прополоскать проточной водой, просушить.
2. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработать руки, надеть другую пару перчаток.
3. Чистый мочеприемник поставить на скамеечку под кровать пациента или поместите в специально выдвигающееся устройство функциональной кровати.
4. Подготовить оборудование для подмывания и подмыть пациента.
5. Убрать ширму.
6. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
7. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.

**2) Алгоритм: кормление пациента через гастростому.**Подготовка к процедуре1. Предупредить (если пациент адекватен) пациента заранее (10-15 мин.) о предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд.
2. Проветрить помещение
3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.
4. Придать пациенту положение Фаулера, рядом с пациентом положить непромокаемую салфетку.
5. Вскрыть упаковку с зондом.
6. Обработать перчатки антисептическим раствором.
7. Вставить заглушку в дистальный конец зонда.
8. Облить конец зонда стерильным вазелиновым маслом и ввести в гастростому.

Выполнение процедуры1. Снять заглушку с зонда и подсоединить к воронке. Слегка наклонить воронку и наполнить питательной смесью, температура которой 38-40 °С.
2. Медленно поднять воронку, держать прямо, когда пища опустится до устья воронки, следует опустить ее до уровня желудка и снова заполнить питательной смесью.
3. После кормления, промыть воронку кипячёной водой, отсоединить.
4. Наложить зажим на зонд (или закрыть заглушкой) и зафиксировать зонд до следующего кормления, придать пациенту удобное положение.

Завершение процедуры1. Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья.
2. Пациенту рекомендовать не вставать с постели в течение 1,5-2 часов.
3. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.
4. Использованную посуду, воронку поверхность прикроватной тумбочки обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима.
5. Перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
6. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.

**Алгоритм Кормление тяжелобольного через назогастральный зонд.** Подготовка к процедуре1. Предупредить (если пациент адекватен) пациента заранее (10-15 мин.) о
2. Предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд.
3. Проветрить помещение
4. Провести гигиеническую обработку рук, перчатки.
5. Придать пациенту положение Фаулера, на грудь пациента положить непромокаемую салфетку.
6. Обработать перчатки антисептическим раствором

 7)Убедиться, что зонд находится в желудке (метка на зонде или при помощи фонендоскопа и шприца Жане).Выполнение процедуры1. Набрать в шприц питательную смесь, предварительно приготовленную, удалить из шприца воздух.
2. Снять зажим/заглушку с зонда, подсоединить к зонду шприц с пищей.
3. В Ввести питательную смесь, перекрыть зонд, отсоединить использованный шприц, наложить зажим/заглушку.
4. Подсоединить шприц с водой, снять зажим, промыть зонд, перекрыть зонд, отсоединить использованный шприц, наложить зажим/заглушку.

Завершение процедуры1. Использованный шприц Жане положить в емкость из-под пищи.
2. Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья.
3. .Пациента на 20-30 минут оставить в положении Фаулера (по возможности), затем придать удобное положение.
4. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.
5. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость 6.для сбора отходов класса «Б», многоразовое – обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима. Обработать поверхности.
6. Снять перчатки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
7. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.

**3)Алгоритм: осуществление ухода за волосами.**Подготовка к процедуре1. 1По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.
2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть фартук, перчатки.
3. Осмотреть голову пациента на предмет расчесов, распустить волосы (женщине).
4. Приподнять пациенту плечи и спину, при невозможности, повернуть пациента на бок, подстелить под верхнюю часть тела непромокаемую одноразовую пеленку и поставить надувную ванночку для мытья волос, аккуратно и удобно уложить пациента на ванночку.

Выполнение процедуры1. Смочить волосы водой, нанести шампунь и вспенить массирующими движениями.
2. Смыть водой, при необходимости нанести шампунь повторно и снова тщательно смыть.
3. Приподнять верхнюю часть тела пациента при невозможности, повернуть пациента на бок, на голову накинуть полотенце, убрать из-под плеч ванночку и пеленку.
4. Осушить полотенцем лицо, уши и волосы пациента.
5. Расчесать волосы (короткие от корней, длинные от кончиков к корням). Возможно, высушить волосы феном.

Завершение процедуры1. Использованную непромокаемую одноразовую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», полотенце в емкость для сбора грязного белья. Из надувной ванночки для мытья волос воду слить в канализацию, ванночку продезинфицировать, промыть с моющим средством, прополоскать проточной водой, просушить.
2. Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».). Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
3. Провести гигиеническую обработку рук.
4. Сделать запись о проведенной процедуре.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Заполнение порционного требования. | 1 |
|  | Кормление пациента жидкой пищей через гастростому, назогастральный зонд | 1 |
|  | Подача судна и мочеприемника | 1 |
|  | Заполнение журнала учета ЛС | 5 |
|  | Алгоритм осуществление ухода за волосами  | 1 |
|  |  |  |

**1) Алгоритм бритье пациента.**Подготовка к процедуре1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.
2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.
3. Подготовить необходимое оборудование.
4. Отгородить пациента ширмой.

Выполнение процедуры1. Помочь пациенту занять положение Фаулера.
2. На грудь пациента положить одноразовую непромокаемую пеленку.
3. В емкость налить воду (температура 40-45°С)
4. Намочить большую салфетку в воде, отжать положить ее на лицо пациента (щеки и подбородок) на 5-10 минут (женщинам не надо).
5. Нанести крем для бритья равномерно на кожу лица по щекам и подбородку (женщине смочите лицо теплой водой в местах роста волос, не используя крем).
6. Побрить пациента, оттягивая кожу в направлении, противоположном движению станка в следующей последовательности: щеки, над верхней губой, под нижней губой, область шеи, под подбородком.
7. Протереть лицо после бритья влажной салфеткой, затем осушить сухой промокательными движениями.
8. Протереть лицо пациента салфеткой, смоченной лосьоном (женщине после лосьона нанести на кожу лица питательный крем).
9. Придать пациенту удобное положение в кровати.

Завершение процедуры1. Убрать ширму.
2. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.
3. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое - поместить в емкость для дезинфекции.
4. Обработать использованные поверхности в палате дезинфицирующим раствором.
5. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
6. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.

**2) Алгоритм: применение грелки.**Подготовка к процедуре1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
2. Провести гигиеническую обработку рук.
3. Налить горячую воду (предварительно измерив ее температуру) в грелку 2\3-1\2 объёма.
4. Выпустить воздух. Завинтить плотно пробкой.
5. Перевернуть грелку пробкой вниз, чтобы убедиться, что пробка завинчена плотно, затем вернуть в исходное положение и обернуть пеленкой.

Выполнение процедуры1. Если пациент без сознания или лишен чувствительности, то необходимо проверить температуру грелки на себе.
2. Положить грелку на нужную область тела. Узнать через 5 минут об ощущениях пациента.
3. Убрать грелку по истечении назначенного врачом времени (20 минут).

Завершение процедуры1. Осмотреть кожу пациента. Накрыть пациента одеялом.
2. Провести гигиеническую обработку рук.
3. Надеть перчатки, обработать грелку, после экспозиции промыть ее

проточной водой и повесить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». Вымыть руки.  4)Сделать отметку в «Медицинской карте».**3)** **Алгоритм: применение пузыря со льдом.**Подготовка к процедуре1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
2. Получить согласие на проведение.
3. Вымыть руки.
4. Приготовьте кусочки льда.
5. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух.
6. Заполнить пузырь кусочками льда на 1/2 объема и налить один стакан холодной воды 14 – 16 C°.
7. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух
8. Завинтить крышку пузыря со льдом.
9. Обернуть пузырь со льдом полотенцем в четыре слоя (толщина прокладки не менее 2 см).

Выполнение процедуры1. Положите пузырь со льдом на нужный участок тела.
2. Оставьте пузырь со льдом на 20–30 минут. Периодически узнавать у пациента о самочувствии.
3. Завершение процедуры
4. Убрать пузырь со льдом.
5. Провести гигиеническую обработку рук.
6. Надеть перчатки, обработать пузырь, после экспозиции промыть его проточной водой и положить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». Вымыть руки.
7. Сделать отметку в «Медицинской карте».

**4)** **Алгоритм: применение холодного компресса.**Подготовка к процедуре1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение.
2. Провести гигиеническую обработку рук.
3. Подстелить под голову пациента непромокаемую пелёнку.

Выполнение процедуры1. Сложить оба полотенца в несколько слоев, положить в емкость с холодной водой.
2. Отжать одно полотенце и расправить.
3. Положить на нужный участок тела на 2–3 мин.
4. Снять полотенце через 2-3мин. и погрузить его в холодную воду.
5. Отжать второе полотенце, расправить и положить на кожу на 2-3 мин.
6. Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени (от 5 до 60

мин.). Интересоваться самочувствием пациента.Завершение процедуры1. Полотенце сбросить в емкость для сбора грязного белья. Воду слить в канализацию и обработать емкость.
2. Провести гигиеническую обработку рук.

**5) Алгоритм: применение горячего компресса** Подготовка к процедуре1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
2. Получить согласие на проведение.
3. Провести гигиеническую обработку рук.

Выполнение процедуры1. Смочить ткань в горячей воде, хорошо отжать.
2. риложить смоченную ткань к телу.
3. Поверх ткани плотно наложить клеенку.
4. Поверх клеенки положить грелку или теплую шерстяную ткань.
5. Менять компресс каждые 10-15 мин.
6. Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени.
7. Интересоваться самочувствием пациента.

Завершение процедуры1. Тканевую салфетку сбросить в емкость для сбора грязного белья.
2. Провести гигиеническую обработку рук.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Бритье пациента. | 1 |
|  | Применение грелки. | 1 |
|  | Применение пузыря со льдом. | 1 |
|  | Применение холодного компресса. | 1 |
|  | Применение горячего компресса. | 1 |
|  |  |  |

**1) Алгоритм закапывание капель в глаза.**Подготовка к процедуре1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.
2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.
3. Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики
4. .Помочь пациенту занять удобное положение.

Выполнение процедуры1. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку нужное количество капель, взять в левую руку марлевый шарик.
2. Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз.
3. Закапать в конъюктивальную складку 2-3 капли (не подносить пипетку близко к конъюктиве).
4. Попросить пациента закрыть глаза.
5. Попросить пациента промокнуть вытекшие капли у внутреннего угла глаза.
6. Повторить те же действия при закапывании в другой глаз (при назначении врача).
7. Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.

Завершение процедуры1. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.
2. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.
3. Сделать запись о выполненной процедуре.

**2) Алгоритм закапывание сосудосуживающих капель в нос.** Подготовка к процедуре1. 1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.
2. 2.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.
3. 3.Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики.
4. 4.Помочь пациенту занять удобное положение (сидя).

Выполнение процедуры1. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача.
2. Попросить пациента сесть, слегка запрокинув голову и склонить её (при закапывании в левую ноздрю - влево, в правую - вправо).
3. .Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос).
4. Попросить пациента прижать пальцем крыло носа к перегородке сразу после закапывания капель и сделать лёгкие круговые движения, не отнимая пальца.
5. Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры.
6. Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия.
7. Спросить у пациента об облегчении носового дыхания через 1-2 минуты.

Завершение процедуры1. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.
2. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.
3. Сделать запись о выполненной процедуре.

**Алгоритм закапывание масляных капель в нос.** Подготовка к процедуре1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.
2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.
3. Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики
4. Помочь пациенту занять удобное положение (сидя или лежа).

Выполнение процедуры1. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача.
2. Попросить пациента сесть или лечь, запрокинув голову.
3. Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос).
4. 4Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры.
5. Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия.
6. Спросить у пациента о том, ощутил ли он вкус капель во рту. Попросить пациента полежать несколько минут.

Завершение процедуры1. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.
2. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести
3. гигиеническую обработку рук.
4. Сделать запись о выполненной процедуре.

**3) Алгоритм закапывание капель в ухо.**Подготовка к процедуре1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.
2. Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, подогреть лекарственный препарат до температуры тела на водяной бане (поставить флакон в ёмкость с горячей водой, температуру контролировать водным термометром).
3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.
4. Выложить пинцетом в лоток стерильные марлевые шарики.
5. Помочь пациенту занять удобное положение (лежа на боку или сидя, наклонив голову в сторону).

Выполнение процедуры1. Набрать в пипетку 2-3 капли лекарственного средства (в одно ухо – по назначению врача).
2. Оттянуть ушную раковину назад и вверх и закапать 2-3 капли ухо.
3. Повторить те же действия (при наличии назначения врача) при закапывании в другое ухо через несколько минут (чтобы не вытекло лекарственное средство).
4. Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.

Завершение процедуры1. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.
2. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.
3. Сделать запись о выполненной процедуре.

**4)** **Алгоритм Кормление тяжелобольного с ложки и поильника**Подготовка к процедуре1. Предупредить пациента заранее (10-15 мин.) о предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд.
2. Проветрить помещение.
3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.
4. Подготовить столик для кормления.
5. Помочь занять пациенту высокое положение Фаулера (при невозможности – повернуть голову пациента на бок.)
6. Помочь пациенту, вымыть руки и осушить их, грудь пациента прикрыть салфеткой (при кормлении пациента в положении – лежа, голова повернута на бок, положить салфетку под голову и грудь).
7. Обработать перчатки антисептическим раствором.

Выполнение процедуры1. Наполнить ложку пищей на 2/3 объёма, прикоснуться к губам, поместить пищу на язык.
2. Подождать, пока пациент проглотит пищу (повторять 1 и 2 пункты, пока пациент не насытится).

Дать пациенту попить из поильника (по желанию пациента - давать пить в процессе кормления).Завершение процедуры1. Предложить пациенту прополоскать рот водой, или провести орошение полости рта, удалить салфеткой участки загрязнения пищей.
2. Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья, убрать столик с посудой.
3. Пациента на 20-30 минут оставить в положении Фаулера (по возможности), затем придать удобное положение.
4. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.
5. Использованную посуду, прикроватный столик, поверхность прикроватной тумбочки обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима.
6. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
7. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.

**5) Правила одевания подгузника.**Подготовка к процедуре1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.
2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.
3. Отгородить пациента ширмой. Открыть нижнюю часть тела.
4. Снять использованный подгузник, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
5. Подмыть пациента по алгоритму «Уход за наружными половыми органами и промежностью у женщин, мужчин».
6. Дать коже просохнуть.

Выполнение процедуры1. Повернуть пациента на бок, под ягодицы положить расправленный подгузник строго по середине.
2. Повернуть пациента на спину, развести ноги.
3. Подтянуть на живот переднюю часть подгузника, заднюю часть подгузника

расправить вокруг бедер.1. Закрепить подгузник при помощи липучек спереди симметрично. 5
2. Расправить подгузник, чтобы не было складок.
3. Придать пациенту удобное положение.

Завершение процедуры1. Убрать ширму.
2. Перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
3. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Смена подгузника. | 1 |
|  | Закапывание капель в глаза. | 1 |
|  | Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос. | 1 |
|  | Закапывание капель в ухо. | 1 |
|  | Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника. | 1 |
|  |  |  |

**1)Алгоритм Смена постельного белья продольным способом** Цель: смена постельного белья тяжелобольным пациентам.Показания: постельный режим пациентаПротивопоказания:Оснащение: комплект чистого белья (наволочка, простынь, пододеяльник, клеенка, пеленка), средства индивидуальной защиты, емкость для сбора грязного белья, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.Мероприятия Подготовка к процедуре1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.
2. Подготовить комплект чистого белья, чистую простыню свернуть в продольный рулон.
3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.
4. Отгородить пациента ширмой.
5. Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка) Приготовить емкость для сбора грязного белья.

Выполнение процедуры1. Снять с одеяла пациента пододеяльник, укрыть пациента пододеяльником на время смены белья. Сложить одеяло и отложить его в «чистую» зону.
2. Убрать подушку из-под головы, снять с нее грязную наволочку, поместить в емкость для сбора грязного белья, надеть чистую и положить в чистую зону.
3. Повернуть пациента на бок от себя так, чтобы больной оказался спиной к расстиланию простыни, другому специалисту контролировать положение пациента на кровати с целью профилактики падения, либо поднять поручень кровати.
4. Края грязной простыни высвободить из-под матраца, и скрутить валиком продольно в направлении спины пациента. Докрутив до тела лежащего, оставить грязную простыню, подоткнув ее под тело пациента.
5. Чистую простыню разложить на кровати и раскручивать в направлении спины пациента, избегая прямого контакта грязного и чистого постельного белья.
6. Повернуть пациента сначала на спину, а затем на другой бок, другому специалисту контролировать положение пациента на кровати с целью профилактики падения, либо поднять поручень кровати.
7. Скрутить грязную простыню и сбросить ее в емкость для сбора грязного белья
8. Раскрутить чистую простыню, тщательно разгладить, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелить подкладную пелёнку.
9. Заправить края чистой простыни под матрац.
10. Под голову положить подушку.
11. Надеть чистый пододеяльник на одеяло, убрать грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья.
12. Накрыть пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедиться, что больному комфортно. Поднять поручни кровати, при их наличии.

Завершение процедуры1. Убрать ширму.
2. Емкость для сбора грязного белья увезти в санитарную комнату.
3. Обработать поверхности в палате дезинфицирующим раствором.
4. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
5. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.
6. Примечание: смену белья тяжелобольному пациенту желательно проводить двум специалистам; один специалист снимает грязное белье, другой расстилает чистое. При повороте пациента на бок, поднимать поручни кровати, либо один из специалистов контролирует положение пациента на кровати с целью профилактики падения. При проведении смены белья необходимо интересоваться самочувствием пациента.

**Алгоритм Смена постельного белья поперечным способом, выполняют два человека** Цель: смена постельного белья тяжелобольным пациентам.Показания: постельный режим пациентаПротивопоказания: укладывание на бок.Оснащение: комплект чистого белья (наволочка, простынь, пододеяльник, клеенка, пеленка), средства индивидуальной защиты, емкость для сбора грязного белья, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.Мероприятия Подготовка к процедуре1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.
2. Подготовить комплект чистого белья, чистую простыню свернуть в поперечный рулон.
3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.
4. Отгородить пациента ширмой.
5. Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка) Приготовьте емкость для сбора грязного белья.
6. Снять с одеяла пациента пододеяльник, укрыть пациента пододеяльником на время смены белья. Сложить одеяло и отложить его в «чистую» зону.
7. Приподнять голову пациента, убрать подушку из-под головы, голову опустить, снять с подушки грязную наволочку, поместить в емкость для сбора грязного белья, надеть чистую наволочку и положить в чистую зону.

Выполнение процедуры1. Освободить края простыни из-под матраца
2. Одной медицинской сестре \ брату приподнять пациента за голову и плечи, удерживая его, другому медработнику одной рукой скатать грязную простынь до середины кровати другой расстелить чистую.
3. На чистую простыню положить подушку и опустить на нее голову пациента.
4. Согнуть пациенту ноги, попросить его приподнять таз (одна медицинская сестра приподнимет таз), другая медицинская сестра сдвигает грязную простыню к ногам пациента и расправляет чистую.
5. Грязную простыню поместить в емкость для сбора грязного белья
6. Раскрутить чистую простыню, тщательно разгладить, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелить подкладную пелёнку.
7. Заправить края чистой простыни под матрац.
8. Под голову пациента положить подушку.
9. Надеть чистый пододеяльник на одеяло, убрать грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья.
10. Накрыть пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедиться, что пациенту комфортно. Поднять поручни кровати, при их наличии.

Завершение процедуры1. Убрать ширму.
2. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.
3. Обработать поверхности в палате дезинфицирующим раствором.
4. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
5. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.
6. Примечание: смену белья тяжелобольному пациенту желательно проводить двум специалистам; один специалист снимает грязное белье, другой расстилает чистое. При проведении смены белья необходимо интересоваться самочувствием пациента

**Алгоритм Смена нательного белья** Цель: соблюдение личной гигиены, профилактика опрелостей, пролежней.Показания: постельный режим пациента.Оснащение: комплект чистого нательного белья, чистая простыня, средства индивидуальной защиты, емкость для сбора грязного белья, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.Мероприятия 1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.
2. Подготовить комплект чистого белья.
3. Провести гигиеническую обработку рук, маску, перчатки.
4. Отгородить пациента ширмой.
5. Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка). Приготовить емкость для сбора грязного белья.
6. Помочь пациенту сесть на край кровати, (по возможности), либо придать пациенту положение Фаулера.
7. При повреждении конечности рубашку сначала снять со здоровой руки, затем с головы и в последнюю очередь с поврежденной руки, грязную рубашку поместить в емкость для сбора грязного белья.

Выполнение процедуры1. Укрыть пациента простыней.
2. Помочь пациенту надеть чистую рубашку: сначала на поврежденную руку.
3. Помочь пациенту снять оставшееся белье: носки (в положении сидя), брюки, нижнее белье (в положении лежа), грязное белье поместить в емкость для сбора грязного белья.
4. Помочь пациенту надеть чистое белье: нижнее белье и брюки начинают надевать сначала на поврежденную конечность.
5. Придать пациенту удобное положение в кровати.

Завершение процедуры1. Убрать ширму.
2. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.
3. Обработать использованные поверхности в палате дезинфицирующим раствором.
4. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
5. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.

**2)Алгоритм частичной санитарной обработки пациента, обтирание пациента**  Цель: осуществить частичную санитарную обработку пациента.  Показания: по назначению врача.  Противопоказания: тяжелое состояние пациента и др.  Оснащение: одноразовые рукавицы для мытья, емкость для воды, жидкое мыло, либо средство для сухой обработки пациента, чистое белье для пациента, водный термометр, маркированные емкости для чистых и грязных одноразовых рукавичек для мытья, емкость для сбора грязного белья, температурный лист, фартук клеенчатый, средства индивидуальной защиты, одноразовые подкладные пеленки 1-2 штуки. МероприятияПодготовка к процедуре1. По возможности информировать пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Получить согласие.
2. Отгородить пациента ширмой.
3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, фартук, перчатки.
4. Приготовить моющий раствор.

Выполнение процедуры1. Подложить одноразовую подкладную пеленку под плечи и грудь пациента.
2. Одноразовой рукавицей смоченной в воде, обтереть по массажным линиям лицо пациента: веки, лоб, щеки, нос, уши, область вокруг рта, подбородок. Осушить полотенцем.
3. Одноразовой рукавицей смоченной в воде, обтереть пациенту шею, грудь, руки (живот и ноги прикрыты одеялом).
4. Вытереть пациенту шею, грудь, руки полотенцем насухо и прикрыть одеялом.
5. Обтереть живот, спину, нижние конечности (от коленей - вверх, от коленей - вниз), осушить и закрыть одеялом.

Завершение процедуры1. Убрать ширму.
2. Одноразовые рукавицы для мытья, одноразовые подкладные пеленки погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б».
3. Использованное полотенце убрать в клеенчатый мешок.
4. Слить воду в канализацию, емкость продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата, помыть чистящим средством, прополоскать проточной водой, поставить на сушку.
5. Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».).
6. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
7. Провести гигиеническую обработку рук.
8. Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.

**3)Алгоритм Обработка наружного слухового прохода** Цель: предупреждение снижения слуха из-за скопления серы.Показания: тяжёлое состояние пациента.Противопоказания: воспалительные процессы в ушной раковине, наружном слуховом проходе.Оснащение: стерильные: лоток, пинцет, ватные турунды; лоток для использованного материала; перекись водорода 3%; мензурка; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий; средства индивидуальной защиты.Мероприятия 1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.
2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.
3. Налить в мензурку перекись водорода 3%.
4. Приготовить лоток с ватными турундами.
5. Взять турунду, смочить в 3% раствор перекиси водорода, отжать о стенки мензурки.
6. Оттянуть, левой рукой ушную раковину так, чтобы выровнять слуховой проход (к верху и кзади).
7. Ввести турунду вращательными движениями в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см. на 2-3 минуты.
8. Извлечь турунду из слухового прохода вращательными движениями. При необходимости для очищения использовать несколько турунд.
9. Обработать другой слуховой проход тем же способом.
10. Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Ватные турунды сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
11. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
12. Провести гигиеническую обработку рук.
13. Сделать запись о проведенной процедуре.

**Алгоритм Обработка носовых ходов** Цель: предупреждение нарушения носового дыхания. Показания: тяжёлое состояние пациента, наличие выделений из полости носа.Оснащение: стерильные: лоток, пинцет, ватные турунды; лоток для использованного материала; вазелиновое масло; мензурка; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий; средства индивидуальной защиты. Мероприятия 1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.
2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.
3. Налить вазелиновое масло в мензурку.
4. Приготовить лоток с ватными турундами.
5. Взять турунду, смочить в вазелиновом масле, Отжать о стенки мензурки.
6. Ввести турунду вращательными движениями в носовой ход на 1-3 минуты.
7. Извлечь турунду из носового хода вращательными движениями. При необходимости для очищения использовать несколько турунд.
8. Обработать другой носовой ход тем же способом.
9. Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Ватные турунды сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
10. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
11. Провести гигиеническую обработку рук.
12. Сделать запись о проведенной процедуре.

**Алгоритм Обработка глаз** Цель: проведение гигиенической процедуры.Показания: тяжёлое состояние пациента.Оснащение: средства индивидуальной защиты; стерильные: лоток, пинцет, марлевые шарики, салфетки; лоток для использованного материала; водный антисептический раствор или стерильная вода; пипетки; вазелиновое масло; физиологический раствор; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.Мероприятия 1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.
2. Провести гигиеническую обработку рук.
3. Осмотреть глаза, оценить состояние.
4. Приготовить лоток с марлевыми шариками и часть залить стерильным вазелиновым маслом, другую часть водным антисептическим раствором или стерильной водой, можно использовать разные мензурки для масла и раствора.
5. Протереть веки по направлению от наружного угла к внутреннему углу глаза шариком, смоченным в вазелиновом масле (шарики отдельно для каждого глаза).
6. Протереть веки сухими ватным шариком в том же направлении (шарики отдельно для каждого глаза).
7. Взять шарик, смоченный в антисептическом растворе или стерильной воде и протереть веки по направлению от наружного угла к внутреннему углу глаза (шарики отдельно для каждого глаза).
8. Протереть веко сухим ватным шариком в том же направлении.
9. Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Марлевые шарики и салфетки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
10. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
11. Провести гигиеническую обработку рук.
12. Сделать запись о проведенной процедуре.

Примечание: для промывания глаз необходимо использовать столько шариков, сколько потребуется для того, чтобы очистить глаза. При наличии гноевидных выделений в углах глаз промываем конъюктивальную полость из пипетки физраствором, раскрывая веки указательным и большим пальцами, затем протереть сухими шариками.**Алгоритм Уход за полостью рта** Цель: профилактика стоматита.Показания: тяжёлое состояние пациента.Оснащение: стерильные: лоток, 1 пинцет, салфетки, 2 шпателя, лоток для использованного материала, водный антисептический раствор, полотенце или одноразовая салфетка, грушевидный баллон или шприц Жане, вазелин, стакан с водой, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий., средства индивидуальной защиты. Мероприятия 1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.
2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.
3. Приготовить лоток с марлевыми шариками и часть залить антисептическим раствором.
4. Помочь пациенту повернуть голову на бок, шею и грудь накрыть клеенкой, под подбородок подставить лоток.
5. Попросить пациента сомкнуть зубы (снять зубные протез, если они есть).
6. Отодвинуть шпателем щёку пациента, и пинцетом с марлевым шариком, смоченным в антисептическом растворе, обработать каждый зуб от десны, начиная от коренных зубов к резцам, с наружной стороны, слева, затем справа, предварительно сменив шарик.
7. Попросить пациента открыть рот и сменив марлевый шарик, обработать каждый зуб от десны, начиная от коренных к резцам, с внутренней стороны.
8. Сменить марлевый шарик, и обработать язык.
9. Помочь пациенту прополоскать рот или повести орошение с помощью грушевидного баллончика. Оттянуть шпателем угол рта, поочерёдно промыть левое, затем правое защечное пространство раствором.
10. Вытереть кожу вокруг рта сухой салфеткой, смазать губы вазелином, трещины обработать 1% раствором бриллиантового зеленого.
11. Использованные лотки, пинцеты, шпатель, марлевые шарики и салфетки поместить в соответствующие емкости для дезинфекции с последующей обработкой изделий многоразового использования и утилизацией в отходы класса «Б» – одноразового.
12. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
13. Провести гигиеническую обработку рук.
14. Сделать запись о проведенной процедуре.

Примечание: при наличии трещин в углах рта – обработать 1% раствором бриллиантового зеленого.**4)** **Алгоритм Осуществление ухода за волосами тяжелобольного пациента** Цель: соблюдение личной гигиены.Показания: тяжёлое состояние пациента.Противопоказания: травма головы, заболевания кожи головыОснащение адсорбирующая пеленка, приспособление для мытья головы (надувная ванночка), тёплая вода, кружка Эсмарха или кувшин, шампунь, полотенце, индивидуальная расческа, одноразовый клеенчатый фартук, емкость для сбора грязного белья емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, средства индивидуальной защиты. Мероприятия 1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.
2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть фартук, перчатки.
3. Осмотреть голову пациента на предмет расчесов, распустить волосы (женщине).
4. Приподнять пациенту плечи и спину, при невозможности, повернуть пациента на бок, подстелить под верхнюю часть тела непромокаемую одноразовую пеленку и поставить надувную ванночку для мытья волос, аккуратно и удобно уложить пациента на ванночку.
5. Смочить волосы водой, нанести шампунь и вспенить массирующими движениями.
6. Смыть водой, при необходимости нанести шампунь повторно и снова тщательно смыть.
7. Приподнять верхнюю часть тела пациента при невозможности, повернуть пациента на бок, на голову накинуть полотенце, убрать из-под плеч ванночку и пеленку.
8. Осушить полотенцем лицо, уши и волосы пациента.
9. Расчесать волосы (короткие от корней, длинные от кончиков к корням). Возможно, высушить волосы феном.
10. Использованную непромокаемую одноразовую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», полотенце в емкость для сбора грязного белья. Из надувной ванночки для мытья волос воду слить в канализацию, ванночку продезинфицировать, промыть с моющим средством, прополоскать проточной водой, просушить.
11. Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».). Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
12. Провести гигиеническую обработку рук.
13. Сделать запись о проведенной процедуре.

**5)Алгоритм оказания помощи пациенту в первом периоде лихорадки** Мероприятие1. Обеспечить постельный режим.
2. Тепло укрыть пациента, к ногам положить грелку.
3. Обеспечить обильное горячее питьё (чай, настой шиповника и др.).
4. Контролировать физиологические отправления.
5. Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.

**Алгоритм оказания помощи пациенту во втором периоде лихорадки** Мероприятие1. Следить за строгим соблюдением пациентом постельного режима.
2. Обеспечить постоянное наблюдение за лихорадящим пациентом (контроль АД, пульса, температуры тела, за общим состоянием).
3. Заменить теплое одеяло на легкую простыню.
4. Давать пациенту (как можно чаще!) витаминизированное прохладное питье (морс, настой шиповника).
5. На лоб пациента положить пузырь со льдом или холодный компресс, смоченный в растворе уксуса (2 столовых ложки на 0,5 литра воды) - при выраженной головной боли и для предупреждения нарушения сознания.
6. При гиперпиретической лихорадке следует сделать прохладное обтирание, можно использовать примочки (сложенное вчетверо полотенце или холщовую салфетку, смоченные в растворе уксуса пополам с водой и отжатые, нужно прикладывать на 5-10 мин., регулярно их меняя).
7. Периодически протирать слабым раствором соды ротовую полость, a губы смазывать вазелиновым маслом.
8. Питание осуществлять по диете № 13.
9. Следить за физиологическими отправлениями, подкладывать судно, мочеприёмник.
10. Проводить профилактику пролежней.

**Алгоритм оказания помощи пациенту в третьем периоде лихорадки при литическом снижении температуры тела**Мероприятие1. Создать пациенту покой.
2. Контролировать t°, АД, ЧДД, РS.
3. Производить смену нательного и постельного белья.
4. Осуществлять уход за кожей.
5. Перевод на диету № 15, по назначению врача.
6. Постепенно расширять режим двигательной активности.

**Алгоритм оказания помощи пациенту в третьем периоде лихорадки при критическом снижении температуры тела**МероприятиеВызвать врачаОрганизовать доврачебную помощь:1. уложить пациента на ровную поверхность, убрать подушку из-под головы, приподнять ножной конец кровати;
2. подать увлажненный кислород;
3. контролировать АД, пульс, температуру;
4. дать крепкий сладкий чай;
5. укрыть пациента одеялами, к рукам и ногам пациента приложить грелки;
6. следить за состоянием кожных покровов;
7. следить за состоянием его нательного и постельного белья (по мере необходимости бельё нужно менять, иногда часто).
8. Приготовить для п/к введения 10% раствор кофеин-бензоат натрия, кордиамин, 0,1% раствор адреналина, 1% раствор мезатона.
9. Выполнить назначение врача.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Уход за лихорадящим больным. | 1 |
|  | Мытье головы. | 1 |
|  | Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.) | 1 |
|  | Санитарная обработка тяжелобольного в постели. | 1 |
|  | Смена нательного и постельного белья. | 1 |
|  |  |  |

**1)Алгоритм Катетеризация мочевого пузыря у мужчин** Цель: своевременное выведение из мочевого пузыря мочи с последующим восстановлением нормального естественного мочеиспускания.Показания: острая задержка мочи; промывание мочевого пузыря и введение в него лекарственных средств; послеоперационный период на органах мочевой и половой системы, забор мочи на исследование по показаниям.Противопоказания: травма мочевого пузыря. Оснащение: стерильные: уретральный катетер, пинцеты анатомические -2 шт., лоток; лоток для использованного материала; средства индивидуальной защиты: маска, стерильные перчатки; раствор антисептика на водной основе; стерильное вазелиновое масло; емкость для сбора мочи; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, адсорбирующая пеленка, ширма. Мероприятия 1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен). Обеспечить изоляцию пациента.
2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, стерильные перчатки.
3. Попросить пациента лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помочь пациенту.
4. Подложить под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку.
5. Подготовить оснащение: стерильный лоток, лоток для использованного материала, 2 стерильных пинцета, стерильные: марлевая салфетка, тампоны, стерильное вазелиновое масло, раствор водного антисептика.
6. Поставить между ног пациента емкость для сбора мочи. Взять стерильную салфетку, обернуть ею половой член ниже головки, отодвинуть крайнюю плоть.
7. Взять пинцетом марлевый тампон, смочить в растворе водного антисептического раствора и обработать головку полового члена сверху вниз от мочеиспускательного канала к периферии, меняя тампоны, не менее двух раз, тампоны сбросить в лоток для использованного материала.
8. Влить несколько капель стерильного вазелинового масла в открытое наружное отверстие мочеиспускательного канала.
9. Взять стерильным пинцетом, зажатый в правой руке, катетер на расстоянии 5-7 см от клюва (клюв опущен вниз).
10. Обвести конец катетера над кистью и зажать между 4 и 5 пальцами (катетер над кистью в виде дуги). Облить конец катетера стерильным вазелиновым маслом на длину 20 см над лотком.
11. Вводить катетер пинцетом, первые 4-5 см, фиксируя 1-2 пальцами левой руки головку полового члена.
12. Перехватить пинцетом катетер еще на 3 - 5 см от головки и медленно погружать в мочеиспускательный канал на длину 19-20 см, опуская, одновременно, левой рукой половой член.
13. Оставшийся конец катетера опустить над емкостью для сбора мочи.
14. Извлечь катетер пинцетом, после прекращения мочевыделения струей, одновременно надавить на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой, для омывания уретры каплями мочи. Катетер поместить в емкость для сбора отходов класса «Б».
15. Салфетки поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Лотки и пинцеты погрузить в емкости для дезинфекции. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
16. Слить мочу из судна в канализацию, судно погрузить в емкость для дезинфекции.
17. Снять перчатки, маску, поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.
18. Сделать запись о проведенной процедуре.

**2)Алгоритм катетеризации мочевого пузыря у женщин** Цель**:** своевременное выведение из мочевого пузыря мочи с последующим восстановлением нормального естественного мочеиспускания.Показания: острая задержка мочи; промывание мочевого пузыря и введение в него лекарственных средств; послеоперационный период на органах мочевой и половой системы, забор мочи на исследование по показаниям.Противопоказания: травма мочевого пузыря. Оснащение**:** стерильные: уретральный катетер, пинцеты анатомические - 2 шт., корнцанг, лоток; лоток для использованного материала; средства индивидуальной защиты: маска, стерильные перчатки – 2 пары; раствор антисептика на водной основе; стерильное вазелиновое масло; емкость для сбора мочи; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, адсорбирующая пеленка, ширма. Мероприятия 1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен).
2. Обеспечить изоляцию пациентки (поставить ширму).
3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.
4. Попросить пациентку лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помочь пациентке. Подложить под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку, поставить судно.
5. Подготовил оснащение к подмыванию пациентки.
6. Взять в левую руку емкость с раствором для подмывания, в правую - корнцанг с салфетками. Подмыть пациентку движениями сверху вниз, последовательно от лобка к анальному отверстию, меняя салфетки. Осушить кожу в той же последовательности, сменить судно.
7. Салфетки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Корнцанг в емкость для дезинфекции.
8. Снять перчатки. Поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. Надеть стерильные перчатки.
9. Подготовить оснащение для катетеризации: стерильный лоток, 2 стерильных пинцета, стерильные марлевые салфетки, стерильное вазелиновое масло, раствор водного антисептика.
10. Провести туалет половых органов:
11. - раздвинуть левой рукой половые губы, правой рукой с помощью пинцета взять марлевые салфетки, смоченные в растворе антисептика на водной основе, и обработать отверстие мочеиспускательного канала движением сверху вниз между малыми половыми губами, использовать не менее двух салфеток.
12. Сменить марлевую салфетку. Приложить марлевую салфетку, смоченную в растворе антисептика на водной основе к отверстию мочеиспускательного канала. Сбросить салфетку и корнцанг в лоток для использованного материала.
13. Сменить пинцет. Взять пинцетом клюв мягкого катетера на расстоянии 4-6 см от его конца. Обвести наружный конец катетера над кистью и зажаит между 4 и 5 пальцами правой руки. Облить конец катетера стерильным вазелиновым маслом над лотком.
14. Развести левой рукой половые губы, а правой ввести катетер пинцетом на 4-6 см, до появления мочи. Оставшийся конец катетера опустил в емкость для сбора мочи. Пинцет положить в лоток для использованного материала.
15. После прекращения мочевыделения струей, извлечь катетер, одновременно надавливая на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой.
16. Катетер поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Лотки, и пинцеты погрузить в емкости для дезинфекции. Одноразовую пеленку поместить в емкость для сбора отходов класса «Б».
17. Снять перчатки, маску, поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.
18. Сделать запись о проведенной процедуре.

**3)Размещение пациента в положение «на спине».**Перемещение выполняет один специалист.Цель перемещения: придать пациенту комфортное положение при вынужденном или пассивном положении, риске развития пролежней, гигиенических процедурах в постели; смене постельного белья.Оснащение: дополнительные подушки, валики, упор для ног, 1/2 резинового мячика.1. Перед тем, как начать перемещение, если пациент в состоянии оценить информацию, необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.
2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.
3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.
4. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати.
5. Опустить кровать до уровня середины своего бедра.
6. Расправить подушку под головой пациента.
7. Убедиться , что пациент лежит горизонтально.
8. Затем придать пациенту правильное положение:
9. расположить руки вдоль туловища ладонями вниз;
10. расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами.
11. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею.
12. Подложите под поясницу небольшой валик или свернутое валиком полотенце.
13. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль бедер, с наружной стороны, от области большого вертела бедренной кости.
14. Подложить небольшую подушку или валик под голень в нижней части.
15. Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90 ° .
16. Подложить под предплечья небольшие подушки.
17. Затем расправить простыню и подкладную пеленку.
18. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.
19. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни.
20. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.

**Расположение пациента в постели в положении Симса.**Перемещение выполняет один специалист.Цель перемещения: придать пациенту комфортное положение при вынужденном или пассивном положении, риске развития пролежней, смене положения.Оснащение: дополнительная подушка, валики, упор для ног, 1/2 резинового мячика.1. Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.
2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.
3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.
4. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати.
5. Опустить кровать до уровня середины своего бедра.
6. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати.
7. Убрать одеяло.
8. Переместить пациента на спину и к краю кровати.
9. Переместить его в положение «лежа на боку» и частично «на животе», используя уже ранее изученные способы перемещения пациента на бок.
10. Подложить подушку под голову пациента.
11. Под согнутую, находящуюся сверху, руку поместить по¬душку на уровне плеча.
12. Другую руку положить на простыню.
13. Расслабленную кисть поместите на 1/2 резинового мячика.
14. Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку, чтобы нога оказалась на уровне бедра.
15. У подошвы ноги положить мешок с песком или другой упор для ног.
16. Затем расправить простыню и подкладную пеленку.
17. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.
18. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни.
19. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.

**Расположение пациента в постели в положении Фаулера**Цель: придать пациенту комфортное положение в постели при вынужденном пассивном положении пациента (в т. ч. при гемиплегии, параплегии, тетраплегии), риске развития пролежней, необходимости осуществления кормления в постели, физиологических отправлений в постели.Оснащение: подушки, валики, упор для ног.Выполняется как на функциональной, так и на обычной кровати.1. Перед тем, как начать перемещение, если пациент в состоянии оценить информацию, необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.
2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.
3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.
4. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати.
5. Опустить кровать до уровня середины своего бедра.
6. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати.
7. Необходимо убедиться, что пациент лежит горизонтально, посередине кровати. Затем поднять изголовье кровати под углом 45°-60°-90°, или подложить три подушки.
8. Положить небольшую подушку под голову (в том случае, если поднималось только изголовье).
9. Подложить подушку под предплечья и кисти (если пациент не может самостоятельно двигать руками).
10. Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.
11. Подложить пациенту подушку под поясницу.
12. Подложите небольшую подушку или валик под колени.
13. Подложите небольшую подушку под пятки.
14. Обеспечить упор для поддержания стоп под углом 90° (если необходимо).
15. Затем расправить простыню и подкладную пеленку.
16. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.
17. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни.
18. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.

**Размещение пациента с гемиплегией в положение «на спине».**Перемещение выполняет один специалистЦель: придать пациенту комфортное положение в постели при ночном и дневном отдыхе, риске развития пролежней и контрактур, гигиенических процедурах в постелиОснащение: дополнительные подушки, валики, упор для ног, 1/2 резинового мячика.1. Перед тем, как начать перемещение, если пациент в состоянии оценить информацию, необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.
2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.
3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.
4. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати.
5. Опустить кровать до уровня середины своего бедра.
6. Убедиться, что пациент лежит горизонтально.
7. Убрать подушку из-под головы пациента.
8. Под парализованное плечо подложить сложенное полотенце или подушку.
9. Затем отодвинуть парализованную руку от туловища, разогнуть ее в локте и повернуть ладонью вверх.
10. Можно также отвести парализованную руку от туловища, поднять ее, согнув в локте и положив кисть ближе к изголовью кровати.
11. Придать кисти парализованной руки одно из рекомендованных в предыдущих процедурах положений.
12. Под парализованное бедро подложить небольшую подушку.
13. Согнуть колено парализованной конечности под углом 30 ° и положить его на подушку.
14. Обеспечить упор для поддерживания стоп в мягкие подушки под углом 90 ° .
15. Затем расправить простыню и подкладную пеленку.
16. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.
17. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни.
18. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.

Способы определения рисков развития пролежней:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Телосложение: масса тела относительно роста | балл | Тип кожи | балл | ПолВозраст,лет | балл | Особые факторы риска | балл |
| СреднееВыше среднегоОжирениеНиже среднего | 0123 | ЗдороваяПапиросная бумагаСухаяОтечнаяЛипкая (повышенная температура)Изменение цветаТрещины, пятна | 0111123 | МужскойЖенский 14-4950-6465-7475-81более 81 | 1212345 | Нарушение питания кожи, например,терминальная кахексияСердечная недостаточностьБолезни периферических сосудовАнемияКурение  | 85521 |
| Недержание | балл | Подвижность | балл | Аппетит | балл | Неврологические расстройства | балл |
| Полный контроль/ через катетерПериодическоечерез катетер Недержание калаКала и мочи | 0123 | ПолнаяБеспокойный, суетливыйАпатичныйОграниченная подвижностьИнертныйПрикованный к креслу  | 012345 | СреднийПлохойПитательный зонд/ только жидкостиНе через рот / анорексия | 0123 | например, диабет, множественный склероз, инсульт, моторные/ сенсорные, параплегия | 4-6 |
|  |  |
|  | Обширное оперативное вмешательство / травма | Балл |
|  | Ортопедическое – ниже пояса, позвоночник; Более 2 ч на столе | 55 |
|  |  |
|  | Лекарственная терапия | балл |
|  | Цитостатические препараты | 4 |
|  | Высокие дозы стероидов | 4 |
|  | Противовоспалительные  | 4 |

Баллы по шкале Ватерлоу суммируются, и степень риска определяется по следующим итоговым значениям:- нет риска - 1-9 баллов, - есть риск - 10 баллов,- высокая степень риска - 15 баллов,- очень высокая степень риска - 20 баллов.У неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить ежедневно, даже в случае, если при первичном осмотре степень риска оценивалась в 1-9 баллов.**5)Алгоритм Постановка согревающего компресса** Цель: снятие болей, ускорение рассасывания старых воспалительных процессовПоказания: местные воспалительные процессы кожи и подкожно-жировой клетчатки, воспалительные процессы суставов, воспаление среднего уха, а также старые ушибы (через сутки после травмы).Противопоказания: отеки, гнойные процессы, свежие ушибы, кровоподтеки, повреждения кожи, кожные заболевания, острые воспалительные процессы, высокая лихорадка, аллергические реакции.Оснащение: спирт этиловый 45˚ (или емкость с теплой водой 40˚-45˚); бинт; салфетка, сложенная в 8 слоёв; компрессная клеёнка на 2см больше салфетки; ватная подушечка, так же со всех сторон больше клеёнки на 2см, емкость для сбора отходов класса «Б».Мероприятия 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
3. Осмотреть кожные покровы.
4. Подготовить салфетку нужного размера 6-8 слоев. Вырезать кусок компрессной клеёнки – на 2см больше салфетки со всех сторон. Приготовить ватную подушечку – на 2см больше компрессной клеёнки, сложить слои – вата, затем компрессная клеёнка, марлевая салфетка.
5. Развести спирт и смочить салфетку в полуспиртовом растворе, слегка отжать и положить сверху компрессной клеёнки (правило «Лесенки» - каждый последующий слой должен быть больше предыдущего по периметру на 1,5 – 2см).
6. Все слои компресса положить на нужный участок кожи (салфетка, клеёнка, слой ваты).
7. Зафиксировать компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии, чтобы он плотно прилегал к коже.
8. Напомнить пациенту, что компресс поставлен на 4-6 часов (полуспиртовый).
9. Проверить качество наложения компресса, для этого через 1,5-2 часа под компресс подсунуть палец и если салфетка сухая, то компресс надо переделать, если нет – подтянуть.
10. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
11. Снять компресс через положенное время, сбросить в емкость для отходов.
12. Вытереть кожу и наложить сухую повязку.
13. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
14. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции пациента в «Медицинской карте стационарного больного».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Определить степень риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента. | 1 |
|  | Разместить пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе | 1 |
|  | Провести катетеризацию мочевого пузыря мягким или одноразовым катетером мужчины | 1 |
|  | Провести катетеризацию мочевого пузыря мягким или одноразовым катетером женщины | 1 |
|  | Поставить согревающий компресс по назначению врача | 1 |
|  |  |  |

**1)Обучение Использование мочеприемника**Оснащение: 1. Чистый мочеприемник. Ход процедуры:1. Обработайте руки. 2. Отделите трубку мочеприемника от катетера (дренажа). 2. Слейте мочу из использованного мочеприемника в унитаз, положите его в целлофановый пакет и отложите в сторону (утилизация в отходы класса «Б», в домашних условиях – в контейнер для мусора). 3. Соедините чистый мочеприемник с дренажом. 4. С помощью мерки проверьте размер стомы. 5. Обработайте руки. Примечание: можно порекомендовать пациенту сшить специальный мешочек для мо¬чеприемника и укрепить его на поясе. Уровень мочеприемника (а, следовательно, и мешочка) дол¬жен быть обязательно ниже уровня цистостомы. Поэтому чаще всего пациенты носят их в брюках. Обязательно предупредить пациента, что в случае признаков воспаления стомы (покраснение, гнойнички и т.д.), а также в случае задержки мочи, появления крови в моче срочно обратить¬ся к врачу. Обучение осуществление ухода за постоянным уретральным катетеромОснащение: средства индивидуальной защиты, адсорбирующая пеленка, ватные или марлевые шарики, марлевые салфетки, емкость для воды, лейкопластырь, полотенце.I. Подготовка к процедуре* 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.
	2. Обеспечить конфиденциальность процедуры.
	3. Опустить изголовье кровати.
	4. Помочь родственнику занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку.
	5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
	6. Надеть перчатки.

II. Выполнение процедуры* 1. Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем.
	2. Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см
	3. Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает.
	4. Осмотреть кожу промежности идентифицируя:

– признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое).* 1. Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута.
	2. Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости.
	3. Убрать адсорбирующую пеленку в отходы класса «Б».

III. Окончание процедуры1. Провести дезинфекцию использованного материала.
2. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

**2)Алгоритм Уход за постоянным мочевым катетером**Цель: профилактика инфицирования мочевого пузыря.Показания: наличие постоянного уретрального катетера.Оснащение: шприц одноразовый на 10 мл, катетер мочевой одноразовый стерильный с дополнительным отведением для промывания мочевого пузыря, стерильный мочеприемник, стерильный раствор борной кислоты, мазь гентамициновая, барьерное средство для защиты кожи, перчатки нестерильные, адсорбирующая пеленка, стерильные ватные или марлевые шарики, стерильные марлевые салфетки, емкость для воды, лейкопластырь.Мероприятия 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
2. Поставить ширму.
3. Опустить изголовье кровати.
4. Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку.
5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
6. Надеть перчатки.
7. Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем.
8. Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см.
9. Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает.
10. Осмотреть кожу промежности идентифицируя признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое).
11. Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута.
12. Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости.
13. Снять с кровати пеленку (клеенку с пеленкой) и поместить ее в емкость для дезинфекции.
14. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.
15. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
16. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
17. Уточнить у пациента его самочувствие.
18. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

**3)Алгоритм действий при втирании мази:**Цель: лечебная.Показания: назначение врача. Противопоказания: воспалительные и гнойничковые заболевания кожи, нарушение целостности кожи, непереносимость препарата.Оснащение: мазь (лекарственное средство), приспособление для нанесения мази (шпатель), ширма, перчатки.Алгоритм действий:I. Подготовка к процедуре1)Прочитать название препарата.2)Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве.3)Помочь пациенту занять удобное положение.4)Спросить, не хочет ли пациент, чтобы его отгородили ширмой (если в палате находятся другие пациенты).5)Осмотреть участок кожи, на котором нужно втирать мазь.6)Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.II. Выполнение процедуры1) Нанести нужное для втирания количество мази на специальное приспособление.2) Втирать мазь легкими вращательными движениями в определенную врачом поверхность кожи до тех пор, пока не исчезнут следы мази (или по инструкции).3) Тепло укрыть пациента, если этого требует инструкция.III. Окончание процедуры1) Убедиться в том, что пациент не испытывает дискомфорта после проведенной процедуры.2) Использованные материалы (шпатель) погрузить в емкость для отходов класса «Б».3) Снять перчатки, погрузить в емкость для отходов класса «Б». Обработать руки на гигиеническом уровне. Примечание: пациент может втирать мазь самостоятельно (подушечками пальцев), если мазь не оказывает сильного раздражающего воздействия. Обучая пациента технике выполнения этой процедуры, следует предупредить его о необходимости мытья рук до и после втирания мази.**4)Нанесение мази на кожу.**Алгоритм действий:Цель: лечебная.Показания: назначение врача.Оснащение: мазь (лекарственное средство), одноразовый шпатель, салфетки.I. Подготовка к процедуре1) Прочитать название мази.2) Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате.3) Помочь пациенту занять удобное для процедуры положение.4) Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.II. Выполнение процедуры1) Выдавить из тюбика на стеклянную лопаточку (шпатель) мазь (по назначению врача).2) Нанести мазь тонким слоем на кожу, пользуясь стеклянной лопаточкой (шпателем).3) Попросить пациента подержать поверхность кожи с нанесенной мазью 10-15 мин. открытой.4) Спросить пациента не испытывает ли он дискомфорта в связи с процедурой.5) Снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне. III. Окончание процедуры1) Осмотрев кожу, убедитесь, что мазь впиталась в поверхность кожи.2) Использованные материалы (шпатель) погрузить в емкость для отходов класса «Б».3) Снять перчатки, погрузить в емкость для отходов класса «Б». Обработать руки на гигиеническом уровне. **5)Правила обращения с трупом**Прежде чем тело будет передано из отделения в морг, медицинская сестра выполняет ряд процедур, являющихся финальным проявлением уважения и заботы по отношению к пациенту. Особенности процедур разные в разных лечебных учреждениях и чаще зависят от культурных и религиозных особенностей скончавшегося и его семьи.Поддержку семье, другим пациентам и персоналу может оказать священник.В некоторых лечебных учреждениях после констатации смерти в отделение приглашаются сотрудники морга, которые проводят подготовку к прощанию с пациентом.Сотруднику, впервые выполняющему данную процедуру или являющемуся родственником покойного, требуется поддержка.Оборудование– форма передачи ценностей и документов– формы извещения о смерти– одноразовый фартук и чистые простыни– одноразовые перчатки– идентификационные браслеты– широкая липкая лента– мыло– лоток– заглушка– конверт– лейкопластырь– одноразовые салфеткиПодготовьте оборудование заранее. По возможности всё должно бытьодноразовым. Заранее ознакомьтесь с правилами лечебного учрежденияв отношении данной процедуры.Уединённость должна обеспечиваться постоянно.Важно, что бы близкие могли выразить свои чувства в тихой, спокойной обстановке.Как правило, смерть констатирует лечащий врач отделения, который и выдает медицинское заключение о смерти.Констатация смерти должна быть внесена в сестринский журнал и в историю болезни.Во избежание контакта с биологическими жидкостями и для предотвращения инфицирования, наденьте перчатки и фартук. Заранее ознакомьтесь с местными правилами инфекционного контроля.Порядок действий1. Установите ширму.2. Наденьте перчатки и фартук. 3. Положите тело на спину, уберите подушки. 4. Поместите конечности в нейтральное положение (руки вдоль тела). Уберите любые механические приспособления, например шины. Трупное окоченение появляется через 2-4 часа после смерти.5. Полностью накройте тело простынёй, если Вы вынуждены отлучиться.6. Аккуратно закройте глаза, обеспечив легкое давление, в течение 30 сек. на опущенные веки.7. Раны с выделениями должны быть закрыты чистой непромокаемой пеленкой, надежно зафиксированы широкой липкой лентой во избежание протекания.8. Выясните у родственников, необходимо ли снять обручальное кольцо. Заполните форму и обеспечьте сохранность ценностей. Украшения должны сниматься в соответствии с правилами лечебного учреждения в присутствии второй медсестры. Список украшений должен быть внесён в форму уведомления о смерти.9. Заполните формы, идентифицирующие пациента, и идентификационные браслеты. 10. Закрепите браслеты на запястье и лодыжке.11. Извещение о смерти должно заполняться в соответствии с правилами лечебного учреждения, которые могут предписывать закрепление данного документа на одежде пациента или простыне.12. Накройте тело простынёй. 13. Свяжитесь с санитарами для перевозки тела в морг. Родственники ещё раз могут проститься с умершим в похоронном зале после разрешения персонала морга.14. Снимите и утилизируйте перчатки и фартук в соответствии с местными правилами и вымойте руки.15. Все манипуляции должны быть документированы. Делается запись о религиозных обрядах. Фиксируются также данные о способе завертывания тела (простыни, мешок) и наложенных повязках (на раны, на отверстия).Опорожнение мочевого дренажного мешкаПредставиться пациену, объяснить ход и цель процедуры, получить согласие;• вымыть руки, надеть перчатки;• поставить емкость для сбора мочи под отводной трубкой дренажного мешка;• освободить отводную трубку от держателя;• открыть зажим трубки, слить мочу в емкость (отводная трубка не должна прикасаться к стенке емкости для сбора мочи);• закрыть зажим;• протереть конец отводной трубки тампоном, смоченным 70-градусным спиртом (двукратно);• закрепить отводную трубку в держателе;• снять перчатки;• убедиться, что трубки, соединяющие катетер и дренажный мешок, не перегнуты Сделать запись

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером | 1 |
|  | Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также пользованию съемным мочеприемником | 1 |
|  | Втирание мази в кожу, нанесение мази на кожу пациента | 1 |
|  | Осуществить посмертный уход. | 1 |
|  | Опорожнить мочевого дренажного мешка | 1 |
|  |  |  |

**1)ВНУТРИКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**1. Ознакомился с листом назначения. Установил контакт с пациентом. Идентифицировал пациента. 2. Объяснил ход и цель процедуры, уточнил аллергологический анамнез, получил согласие на предстоящую процедуру. 3. Предложил пациенту занять удобное положение, предварительно положив на кушетку одноразовую пеленку.4. Приготовил: 2 шприца емкостью 1.0 мл (1 шприц, емкостью 1.0 мл и стерильную иглу), асептические спиртовые салфетки (3 шт.), предварительно проверив герметичность и срок годности упаковок; пилочку для подпила ампул, ножницы или пинцет для открытия флакона; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки.5. Приготовил и сверил с листом назначения наименование приготовленного флакона/ампулы с лекарственным препаратом. Сверил название и дозу на ампуле / флаконе с упаковкой, проверил содержимое на признаки непригодности.6. Обработал руки мылом и водой, осуши, надел маску. Обработал руки антисептиком, дождался, пока руки высохнут, надел нестерильные перчатки.7. Открыл и, при необходимости, собрал шприц внутри упаковки.8. Открыл 3 спиртовые салфетки, не вынимая их из упаковок.9. Обработал и вскрыл шейку ампулы\вскрыл металлическую пробку и обработал крышку флакона спиртовой салфеткой, упаковку от салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «А», салфетку в емкость для сбора класса «Б» .10. Набрал в шприц нужное количество лекарственного препарата по назначению врача. Пустой флакон/ ампулу поместил в емкость для сбора отходов класса «А». Стекло».11. Снял иглу рукой и поместил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий с маркировкой «Отходы. Класс Б», присоединил новую иглу, проверил ее проходимость и удалил остатки воздуха из шприца, вытеснив капельку лекарственного средства, не снимая колпачка с иглы.12. Положил шприц, заполненный лекарственным препаратом в упаковку. 13. Убедился, что пациент занял удобное положение, визуально определил и пропальпировал место выполнения инъекции. Обработал двукратно место инъекции антисептическими салфетками, упаковку от салфеток сбросил в емкость для сбора отходов класса «А», использованные салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».14. Дождался, пока кожа высохнет. 15. Извлек шприц из упаковки, упаковку поместил в емкость для сбора отходов класса «А», снял колпачок с иглы, убедившись, что из шприца удалены остатки воздуха, колпачок скинул в емкость для сбора отходов класса «А». 16. Обхватил предплечье пациента снизу, растянул кожу пациента на внутренней поверхности средней трети предплечья. Ввел в кожу пациента в месте предполагаемой инъекции только конец иглы срезом вверх под углом 10-15°. Ввел лекарственный препарат до появления папулы. 17. Извлек иглу, придерживая канюлю. К месту введения препарата не прижимал салфетку с антисептическим раствором.18. Отсек иглу в непрокалываемый контейнер для сбора отходов класса «Б», шприц в неразобранном виде поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».19. Уточнил у пациента о его самочувствии, при необходимости проводил до палаты.20. Одноразовую пеленку с кушетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработал поверхность манипуляционного стола, кушетки дезинфицирующими салфетками, согласно инструкции к используемому средству, салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».21. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 22. Сделал запись о проведенной процедуре: в листе назначения; в листе назначения в qMS.**2)Алгоритм подкожное введение**1. Ознакомился с листом назначения. Установил контакт с пациентом. Идентифицировал пациента. 2. Объяснил ход и цель процедуры, уточнил аллергологический анамнез, получил согласие на предстоящую процедуру. 3. Предложил пациенту занять удобное положение, предварительно положив на кушетку одноразовую пеленку.4. Приготовил: 2 шприца емкостью 1.0 -2.0 мл (1 шприц, емкостью 1.0-2.0 мл и стерильную иглу), асептические спиртовые салфетки (4 шт.) , предварительно проверив герметичность и срок годности упаковок; пилочку для подпила ампул, ножницы или пинцет для открытия флакона; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки.5. Приготовил и сверил с листом назначения наименование приготовленного флакона/ампулы с лекарственным препаратом. Сверил название и дозу на ампуле / флаконе с упаковкой, проверил содержимое на признаки непригодности.6. Обработал руки мылом и водой, осуши, надел маску. Обработал руки антисептиком, дождался, пока руки высохнут, надел нестерильные перчатки.7. Открыл и, при необходимости, собрал шприц внутри упаковки.8. Открыл 4 спиртовые салфетки, не вынимая их из упаковок.9. Обработал и вскрыл шейку ампулы\вскрыл металлическую пробку и обработал крышку флакона спиртовой салфеткой, упаковку от салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «А», салфетку в емкость для сбора класса «Б» .10. Набрал в шприц нужное количество лекарственного препарата по назначению врача. Пустой флакон/ ампулу поместил в емкость для сбора отходов класса «А». Стекло».11. Снял иглу рукой и поместил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий с маркировкой «Отходы. Класс Б», присоединил новую иглу, проверил ее проходимость и удалил остатки воздуха из шприца, вытеснив капельку лекарственного средства, не снимая колпачка с иглы.12. Положил шприц, заполненный лекарственным препаратом в упаковку.13. Убедился, что пациент занял удобное положение, визуально определил и пропальпировал место выполнения инъекции. Обработал двукратно место инъекции антисептическими салфетками, упаковку от салфеток сбросил в емкость для сбора отходов класса «А», использованные салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».14. Дождался, пока кожа высохнет. 15. Приготовил спиртовую салфетку, скинув упаковку от салфетки в емкость для сбора отходов класса «А». Извлек шприц из упаковки, упаковку поместил в емкость для сбора отходов класса «А», снял колпачок с иглы, убедившись, что из шприца удалены остатки воздуха, колпачок скинул в емкость для сбора отходов класса «А». 16. Захватил указательным и большим пальцами руки кожу с подкожной клетчаткой на участке инъекции. Взял шприц, придерживая канюлю иглы указательным пальцем. Ввел иглу в основание образованной складки быстрым движением под углом 30–45° на две трети ее длины. Отпустил складку. Потянул поршень освободившейся рукой, убедился, что в шприц не поступает кровь.17. Медленно ввел лекарственный препарат, сохраняя положение шприца. Приложил антисептическую салфетку к месту инъекции и извлек шприц с иглой, придерживая канюлю указательным пальцем (при введении инсулина салфетка стерильная сухая), не отрывая салфетку, слегка помассировал место введения препарата.18. Попросил пациента держать прижатым место инъекции. 19. Отсек иглу в непрокалываемый контейнер для сбора отходов класса «Б», шприц в не разобранном виде поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».20. Убедился в отсутствии наружного кровотечения в области инъекции забрал у пациента салфетку и поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». 21. Уточнил у пациента о его самочувствии, при необходимости проводил до палаты.22. Одноразовую пеленку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработал поверхность манипуляционного стола, кушетки дезинфицирующими салфетками, согласно инструкции к используемому средству, салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».23. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.24. Сделал запись о проведенной процедуре: в листе назначения; в листе назначения в qMS.**3)Алгоритм внутривенное введение**1. Ознакомился с листом назначения. Установил контакт с пациентом. Идентифицировал пациента. Объяснил ход и цель процедуры, уточнил аллергологический анамнез, получил согласие на предстоящую процедуру.2. Предложил пациенту занять удобное положение на спине, предварительно положив на кушетку одноразовую пеленку.3. Приготовил: шприц объемом 10,0 или 20,0 мл, стерильную иглу, асептические спиртовые салфетки (5 шт.), проверив герметичность упаковок и срок годности; пилочку для подпила ампул, ножницы или пинцет для открытия флакона; венозный жгут, подушечку из влагостойкого материала, средства индивидуальной защиты: маска, очки, перчатки; одноразовую пеленку.4. Приготовил и сверил с листом назначения наименование приготовленного флакона/ампулы с лекарственным препаратом и растворителем. Сверил название и дозу на ампуле / флаконе с упаковкой, проверил содержимое на признаки непригодности.5. Обработал руки мылом и водой, осуши, надел маску, очки. Обработал руки антисептиком, дождался, пока руки высохнут, надел нестерильные перчатки.6. Открыл и, при необходимости, собрал шприц внутри упаковки. Открыл 5 спиртовых салфеток, не вынимая их из упаковок.7. Обработал и вскрыл шейку ампулы лекарственного средства и растворителя\вскрыл металлическую пробку и обработал крышку флакона спиртовой салфеткой, упаковки от салфеток поместил в емкость для сбора отходов класса «А», салфетки в емкость для сбора класса «Б» .8. Набрал в шприц нужное количество лекарственного препарата по назначению врача и растворителя. Пустые флаконы/ ампулы поместил в емкость для сбора отходов класса «А». Стекло».9. Снял иглу рукой и поместил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий с маркировкой «Отходы. Класс Б», присоединил новую иглу, проверил ее проходимость и удалил остатки воздуха из шприца, вытеснив капельку лекарственного средства, не снимая колпачка с иглы.10. Положил шприц, заполненный лекарственным препаратом в упаковку.11. Убедился, что пациент занял удобное положение, лежа на спине, визуально определил место выполнения инъекции. 12. Предложил пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложил под локоть пациента подушечку из влагостойкого материала. 13. Наложил жгут выше локтевого сгиба (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался, и попросил пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.14. Пропальпировал и осмотрел вены локтевого сгиба, пальцы пациента сжаты в кулак. 15. Обработал двукратно место инъекции антисептическими салфетками, упаковку от салфеток сбросил в емкость для сбора отходов класса «А», использованные салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Дождался, пока кожа высохнет. 16. Приготовил спиртовую салфетку, скинув упаковку от салфетки в емкость для сбора отходов класса «А». Извлек шприц из упаковки, упаковку поместил в емкость для сбора отходов класса «А», снял колпачок с иглы, убедившись, что из шприца удалены остатки воздуха, колпачок скинул в емкость для сбора отходов класса «А». 17. Взял шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху. Другой рукой натянул кожу в области венепункции, фиксируя вену ниже места венепункции. 18. Держа иглу срезом вверх, параллельно коже проколол ее, затем ввел иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену ощутил "попадание в пустоту". Убедиться, что игла в вене - держа шприц одной рукой, другой потянуть поршень на себя. Развязал или ослабил жгут и попросил пациента разжать кулак. Для контроля нахождения иглы в вене еще раз потянуть поршень на себя. 19. Не меняя положения шприца, медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввел лекарственный препарат, контролировал при этом самочувствие пациента, оставил в шприце незначительное количество раствора, для профилактики воздушной эмболии.20. Приложил антисептическую салфетку к месту инъекции, не меняя положение извлек шприц с иглой из вены, придерживая канюлю. 21. Попросил пациента держать прижатым место инъекции 5-7 минут. 22. После введения лекарственного средства в вену, отсек иглу в непрокалываемый контейнер для сбора отходов класса «Б», шприц в неразобранном виде поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». 23. Убедился в отсутствии наружного кровотечения в области инъекции и поместил салфетку в емкость для сбора отходов класса «Б» или забинтовал место инъекции.24. Одноразовую пеленку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработал жгут, способом протирания дезинфицирующими салфетками, очки погрузил в дезинфицирующий раствор или обработал дезинфицирующими салфетками, одноразовые очки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».25. Обработал поверхность манипуляционного стола, кушетки дезинфицирующими салфетками, согласно инструкции к используемому средству, салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». 26. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 27. Уточнил у пациента его самочувствие.28. Сделал запись о проведенной процедуре: в листе назначения; в листе назначения в qMS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Набрать лекарственное средство из ампулы и поставить внутрикожную инъекцию | 1 |
|  | Набрать лекарственное средство из ампулы и поставить подкожную инъекцию | 1 |
|  | Набрать лекарственное средство из ампулы и поставить внутривенную инъекцию | 1 |

**1)Развести антибиотик, и поставить внутримышечную инъекцию.**1. Ознакомился с листом назначения. Установил контакт с пациентом. Идентифицировал пациента. 2. Объяснил ход и цель процедуры, уточнил аллергологический анамнез, получил согласие на предстоящую процедуру. 3. Предложил пациенту занять удобное положение, предварительно положив на кушетку одноразовую пеленку.4. Приготовил: 2 шприца емкостью 5.0 мл (1 шприц, емкостью 5.0 мл и стерильную иглу), асептические спиртовые салфетки (4-5 шт.), стерильный лоток (1 шт.), предварительно проверив герметичность и срок годности упаковок; пилочку для подпила ампул, ножницы или пинцет для открытия флакона; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки.5. Приготовил и сверил с листом назначения наименование приготовленного флакона/ампулы с лекарственным препаратом и растворителем. Сверил название и дозу на ампуле / флаконе с упаковкой, проверил содержимое на признаки непригодности.6. Вымыл руки, надел маску. Провел гигиеническую обработку рук. Надел нестерильные перчатки.7. Извлек шприц из упаковки, положил его в лоток для стерильного материала, упаковку от шприца поместил в емкость для сбора отходов класса «А».8. Обработал и вскрыл шейку ампулы\вскрыл металлическую пробку и обработал крышку флакона спиртовой салфеткой, упаковку от салфеток поместил в емкость для сбора отходов класса «А».9. Набрал в шприц нужное количество растворителя для антибактериального средства по инструкции. Пустой флакон/ ампулу поместил в емкость для сбора отходов класса «А». Стекло».10. Ввел растворитель во флакон с лекарственным средством (порошком), снял иглу вместе с флаконом с подыгольного конуса, шприц без иглы положил в лоток для стерильного материала, перемешал аккуратно лекарственное средство во флаконе до полного его растворения.11. Присоединил шприц к подыгольному конусу и набрал содержимое флакона (по назначению врача) в шприц, сменил иглу, проверил проходимость иглы и вытеснил остатки воздуха из шприца, не снимая колпачок с иглы, готовый шприц положил в лоток для стерильного материала12. Иглу из флакона поместил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий с маркировкой «Отходы. Класс Б», Флакон поместил в емкость для сбора отходов класса «А». Стекло».13. Положил в лоток для стерильного материала: шприц, заполненный лекарственным препаратом, асептические спиртовые салфетки (3 шт.), упаковки от салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «А».14. Визуально определил и пропальпировал место выполнения инъекции. Обработал место инъекции, площадью 15х15 см, антисептической салфеткой, использованную салфетку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработал новой антисептической салфеткой место инъекции (однократно). Использованную салфетку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».15. Ввел иглу в мышцу под углом 90º, оставив 2-3 мм иглы над кожей. Потянул поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не находится в сосуде.16. Медленно ввел лекарственный препарат, сохраняя положение шприца. Приложил антисептическую салфетку к месту инъекции и извлек шприц с иглой, придерживая канюлю указательным пальцем и не изменяя направление шприца, не отрывая салфетку, слегка помассировал место введения препарата17. Попросил пациента держать прижатым место инъекции. 18. Отсек иглу в непрокалываемый контейнер для сбора отходов класса «Б», шприц в неразобранном виде поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».19. Убедился в отсутствии наружного кровотечения в области инъекции забрал у пациента салфетку и поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Уточнил у пациента о его самочувствии, при необходимости проводил до палаты.20. Погрузил использованный лоток в емкость с дезинфицирующим средством «Для дезинфекции МИ».Одноразовую пеленку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработал поверхность манипуляционного стола, кушетки дезинфицирующими салфетками, согласно инструкции к используемому средству, салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». 21. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость «Отходы. Класс Б». Провел гигиеническую обработку рук. 22. Сделал запись о проведенной процедуре: в листе назначения; в листе назначения в qMS.**2)Выполнить внутривенное капельное вливание**1. Ознакомился с листом назначения. Установил контакт с пациентом. Идентифицировал пациента. Объяснил ход и цель процедуры, уточнил аллергологический анамнез, получил согласие на предстоящую процедуру.2. Предложил пациенту опорожнить мочевой и занять комфортное и безопасное положение, на кушетке лежа на спине, предварительно положив на нее одноразовую пеленку.3. Приготовил: систему для инфузии, антисептические салфетки (4 шт.), предварительно проверив герметичность упаковок и срок годности, ножницы или пинцет для открытия флакона, жгут, подушечку из влагостойкого материала, стерильную салфетку, лейкопластырь, средства индивидуальной защиты: маска, очки, перчатки; одноразовую пеленку.4. Приготовил и сверил с листом назначения наименование приготовленного флакона с лекарственным препаратом. Сверил название и дозу на флаконе с упаковкой. Проверил срок годности, наличие посторонних примесей, осадков, целостность флакона, если имеются несоответствия – заменил флакон.5. Обработал руки мылом и водой, осуши, надел маску, очки. Обработал руки антисептиком, дождался, пока руки высохнут, надел нестерильные перчатки.6. Открыл 4 спиртовые салфетки, не вынимая их из упаковок. Нестерильными ножницами или пинцетом вскрыл центральную часть металлической крышки флакона, обработал резиновую пробку флакона спиртовой салфеткой, упаковку от спиртовой салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «А» , использованную салфетку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».7. Вскрыл упаковочный пакет и извлек устройство. Снял колпачок с иглы воздуховода, ввел иглу до упора в пробку флакона. Открыл отверстие воздуховода. Закрыл винтовой зажим, перевернул флакон и закрепил его на штативе.8. Заполнил систему до полного вытеснения воздуха и появления капель из иглы для инъекций. Убедился в отсутствии пузырьков воздуха в трубке устройства. 9. Убедился, что пациент занял удобное положение, лежа на спине. 10. Попросил пациента освободить руку от одежды. Определил место постановки инфузионной системы. 11. Под локоть положил подушечку из влагостойкого материала. Наложил жгут выше локтевого сгиба (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался, и попросил пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее. Пропальпировал и осмотрел вены локтевого сгиба, пальцы пациента сжаты в кулак. 12. Обработал двукратно место инъекции антисептическими салфетками, упаковку от салфеток сбросил в емкость для сбора отходов класса «А», использованные салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Дождался, пока кожа высохнет. Во время обработки одновременно определял наиболее наполненную вену.13. Безопасно зафиксировал вену большим пальцем левой руки, ниже места венепункции.Пунктировал вену иглой с подсоединенной к ней системой, держа иглу срезом вверх параллельно коже, проколол кожу, затем ввел иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену ощутил "попадание в пустоту".14. Убедился, что игла находится в вене: в канюле иглы появилась кровь; попросил пациента разжать кулак, развязал или ослабил жгут. Открыл винтовой зажим капельной системы, убедился, что лекарственное средство поступает в сосуд. Отрегулировал свободной рукой винтовым зажимом скорость капель (согласно назначению врача).15. Приготовил пластырь и стерильную салфетку и закрепил иглу и систему лейкопластырем, прикрыл иглу стерильной салфеткой, закрепил лейкопластырем. Упаковки от пластыря и стерильной салфетки сбросил в емкость для сбора отходов класса «А». Начал введение лекарственного препарата. Уточнил у пациента его самочувствие.16. Снял перчатки, одноразовые очки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.17. Наблюдал за состоянием пациента, его самочувствием на протяжении всей процедуры.18. По завершении процедуры, обработал руки мылом и водой, осуши, надел маску. Обработал руки антисептиком, дождался, пока руки высохнут, надел нестерильные перчатки.19. Закрыл зажим на системе. Извлек иглу из вены, прижав место инъекции антисептической салфеткой.20. Попросил пациента держать прижатым место инъекции 5-7 минут, согнув руку в локте, или наложил давящую повязку. 21. Убедился в отсутствии наружного кровотечения в области инъекции и поместил салфетку в емкость для сбора отходов класса «Б» или забинтовал место инъекции. При необходимости проводил пациента до палаты.22. Отсоединил иглу в непрокалываемый контейнер для отходов класса «Б», использованную систему поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Пустой флакон поместил в емкость для сбора отходов класса «А».23. Одноразовую пеленку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».24. Обработал жгут, и подушечку из влагостойкого материала способом протирания дезинфицирующими салфетками, очки многоразового использования погрузил в дезинфицирующий раствор или обработал дезинфицирующими салфетками по инструкции. Обработал поверхность манипуляционного стола, кушетки дезинфицирующими салфетками, согласно инструкции к используемому средству, салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». 25. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 26. Еще раз уточнил у пациента его самочувствие.27. Сделал запись о проведенной процедуре: в листе назначения; в листе назначения в qMS.**Алгоритм забора крови системой вакуумного забора крови Vacuette** Цель – провести забор крови на исследованиеПоказания: назначение врача.Оснащение: комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, очки или щиток; система вакуумного забора крови; стерильный лоток; стерильный пинцет; лоток для использованного материала; стерильные ватные шарики (спиртовые салфетки); жгут; клеенчатая подушечка; кожный антисептик, разрешенный к применению; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.Мероприятия 1. Пригласить и проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры.
2. Провести гигиеническую обработку рук.
3. Надеть маску, надеть перчатки.
4. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.
5. Собрать систему вакуумного забора крови Vacuette
6. Удобно усадить или уложить пациента.
7. Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.
8. Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба.
9. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.
10. Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента.
11. Надеть очки.
12. Обработать перчатки спиртсодержащим антисептиком.
13. Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх.
14. Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола).
15. Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см.
16. Провести пунктирование вены.
17. Вставить пробирку в держатель до упора.
18. Ослабить жгут, как только кровь начнет поступать в пробирку.
19. После прекращения тока крови извлечь пробирку из держателя.
20. Вынуть держатель с иглой из вены, предварительно приложив к месту венепункции ватный шарик, или спиртовую салфетку.
21. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.
22. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.
23. Сделать запись о выполненной процедуре.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Развести антибиотик, и поставить внутримышечную инъекцию. | 1 |
|  | Выполнить внутривенное капельное вливание | 1 |
|  | Взять кровь из вены для различных видов исследования под руководством медицинского работника или ассистировать медицинскому работнику при проведении процедуры. | 1 |

**1)Алгоритм введения газоотводной трубки** 29.05.2020Цель: выведение газов из кишечника. Показание: метеоризм.Противопоказания: кишечные кровотечения, выпадение прямой кишки.Оснащение: стерильная газоотводная трубка, стерильное вазелиновое масло, марлевая салфетка, лоток, средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, ширма, адсорбирующая пеленка, судно, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.Мероприятия 1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие.
2. Приготовить оснащение к процедуре: стерильная газоотводная трубка, стерильное вазелиновое масло, марлевая салфетка, средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, адсорбирующая пеленка, судно.
3. Прийти в палату к пациенту, Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.
4. Поставить ширму у кровати пациента, положить адсорбирующую пеленку на постель, попросить пациента лечь ближе к краю кровати на левый бок, ноги прижать к животу, оголить ягодицы, при необходимости помочь пациенту.
5. Поставить на пеленку или на стул рядом с пациентом судно с небольшим количеством воды. Если пациенту противопоказано положение на левом боку, газоотводную трубку можно ставить в положении пациента лежа на спине, тогда судно с водой будет находиться между ногами пациента.
6. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.
7. Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой.
8. Взять закругленный конец газоотводной трубки как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами. Облить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.
9. Раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см., свободный конец газоотводной трубки опустить в судно с водой. О том, что газоотводная трубка введена правильно, свидетельствуют пузырьки на поверхности воды.
10. Газоотводная трубка ставится на 1 час, так как возможно образование пролежней на слизистой оболочке кишки. По назначению врача процедура может быть повторена.
11. Укрыть пациента. Наблюдать в течение часа за эффективностью процесса выведения газов из кишечника.
12. Обеспечить пациенту безопасность, если он лежит на краю кровати (поднять поручень кровати).
13. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
14. По истечении заданного времени обработать руки, надеть перчатки и извлечь газоотводную трубку из анального отверстия.
15. Поместить газоотводную трубку в емкость для сбора отходов класса «Б». вылить воду из емкости в канализацию, емкость дезинфицировать.
16. Провести туалет анального отверстия.
17. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
18. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.

**2)Алгоритм постановки очистительной клизмы** Цель: добиться отхождения каловых масс и газов. Показания: подготовка пациента к рентгенологическому исследованию органов пищеварения, мочевыделения и органов малого таза, подготовка пациента к эндоскопическому исследованию толстой кишки, при запорах, перед постановкой лекарственной и питательной клизмы, подготовка к операции, родам.Противопоказания: кровотечения из пищеварительного тракта, острые воспалительные и язвенные процессы в области толстой кишки и заднего процесса, злокачественные новообразования прямой кишки, первые дни после операции на органах пищеварительного тракта, трещины в области заднего прохода, выпадение прямой кишки.Оснащение: средства индивидуальной защиты: перчатки; стерильный лоток, одноразовый клизменный наконечник; кружка Эсмарха; штатив; емкость с водой, (1,5-2 л); водный термометр; вазелиновое масло; шпатель; клеенчатый фартук; адсорбирующая пеленка; туалетная бумага; таз; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.Обязательными условиями является температура воды, вводимой в кишечник. Без особых указаний это вода комнатной температуры – 20-25°С. При атоническом запоре температура воды -12 -20°С. При спастическом запоре температура воды - 40 -42°С. Мероприятия 1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Пригласить пройти в клизменную. Также процедура может проводиться в палате, при невозможности транспортировать пациента, в этом случае перед процедурой пациента отгораживают ширмой.
2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть фартук, перчатки.
3. Закрыть вентиль и налить в кружку Эсмарха 1,5 л. воды, предварительно измерив ее температуру при помощи водного термометра. Подвешать кружку на штатив, на уровне одного метра от пола.
4. Положить адсорбирующую пеленку на кушетку так, чтобы она свисала в таз, попросить пациента лечь на левый бок, согнуть правую ногу в колене и прижать к животу, оголить ягодицы. При необходимости помочь пациенту. Если пациент не может лежать на животе, процедура выполняется в положении лежа на спине.
5. Вскрыть упаковку с одноразовым клизменным наконечником, и присоединяет его к системе, не нарушая стерильности.
6. Открыть вентиль и слить немного воды через наконечник, вытесняя воздух, закрыть вентиль.
7. Облить наконечник вазелиновым маслом, не касаясь стерильной поверхности наконечника руками.
8. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести наконечник в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см.
9. Открыть вентиль на системе.
10. Ввести необходимое количество жидкости. Когда вода опустится до устья кружки Эсмарха, закрыть вентиль.
11. Осторожно извлечь наконечник из прямой кишки.
12. Попросить пациента в течение 10 минут полежать на спине и удерживать воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно.
13. Отсоединить клизменный наконечник от системы, при этом можно использовать туалетную бумагу, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
14. Обработать кружку Эсмарха по инструкции дезинфицирующего средства, обработать кушетку. Снять фартук и также провести его дезинфекцию, снять перчатки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
15. Провести гигиеническую обработку рук.
16. После дефекации пациента, убедиться, что процедура проведена успешно. Сделать запись в медицинской карте о проведении процедуры.
17. Примечание: при жалобе пациента на боль спастического характера прекратить введение раствора пока боль не утихнет. Предложить глубоко дышать.

**3)Алгоритм постановки сифонной клизмы** Цель: добиться отхождения каловых масс, газов из высоких отделов кишечника.Показания: отсутствие эффекта от очистительной клизмы, послабляю¬щих клизм и приема слабительных; необходимость выведения из кишечника ядовитых ве¬ществ, попавших в него через рот или выделившихся в ки¬шечник через его слизистую оболочку; подозрение на кишечную непроходимость. Противопоказания: кровотечение из желудочно-кишечного тракта; острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке; боли в животе неясной этиологии; злокачественные опухоли прямой кишки; массивные отеки. Оснащение: средства индивидуальной защиты: перчатки, маска, стерильная система для сифонной клизмы: одноразовый толстый зонд, стеклянная воронка емкостью 0,5-1 л ; вазелиновое масло; емкость в водой комнатной температуры 10-12 л; ковш емкостью 1 л; емкость для промывных вод; непромокаемый фартук; адсорбирующая пеленка, туалетная бумага, стерильная емкость для взятия промывных вод на исследование, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.Мероприятия 1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен).
2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, клеенчатый фартук, перчатки.
3. Поставить таз около кушетки. Положить на кушетку адсорбирующую пеленку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод. Попросить пациента лечь на левый бок, при этом его правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу, при необходимости медицинский работник помогает пациенту.
4. Вскрыть упаковку с толстым зондом, и воронкой, внутренняя поверхность упаковки служит стерильной поверхностью, на которой лежит зонд и воронка.
5. Обработать перчатки антисептическим раствором.
6. Взять в руку зонд, смазать облить слепой конец зонда вазелиновым маслом на протяжении 30-40 см.
7. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см.
8. К другому концу зонда присоединить воронку, держать ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента и наливать в нее 0,5-1 л воды. Следует отметить, что емкость с чистой водой стоит так, чтобы в нее не попали брызги промывных вод.
9. Медленно поднимать воронку выше ягодиц так, чтобы вода ушла в кишечник лишь до устья воронки.
10. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнит воронку полностью.
11. Слить воду из воронки в приготовленную емкость (при необходимости в лабораторную посуду для исследования).
12. Промывание повторять до чистых промывных вод, но с использованием не более 10-12 л воды.
13. По окончании процедуры отсоединить воронку, но оставить зонд в кишечнике примерно на 10-20 минут для того, чтобы слилась оставшаяся в кишечнике жидкость.
14. После медленно извлечь зонд из кишечника через салфетку или туалетную бумагу.
15. Помочь пациенту провести туалет анального отверстия. У женщин обязательно кзади для профилактики инфицирования. Сбросить бумагу в емкость для сбора отходов класса «Б».
16. Промывные воды слить в канализацию. Все использованные емкости подвергнуть дезинфекции по инструкции дезинфицирующего средства. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Затем провести дезинфекцию поверхностей: кушетка, пол.
17. Снять фартук, провести его дезинфекцию.
18. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.
19. Произвести запись о проведенной процедуре.

**4)Алгоритм введение суппозиториев в прямую кишку** Цель: оказать местное или резорбтивное медикаментозное воздействие через слизистую оболочку прямой кишки. Показания: назначение врача.Оснащение: фантом; спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки, маска; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, суппозитории из холодильника.Мероприятия 1. Предупредить пациента о проведении манипуляции Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.
2. Достать упаковку с суппозиториями из холодильника, прочитать названия суппозитория, уточнить срок годности, сравнить названия с назначением врача. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате.
3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, перчатки.
4. Отгородить пациента ширмой, если есть другие люди в палате.
5. Положить под ягодицы адсорбирующую пеленку. Попросить пациента принять положение на спине или на левом боку и согнуть ноги в коленях.
6. Вскрыть оболочку, в которую упакован суппозиторий, но не извлекать его.
7. Попросить пациента расслабиться.
8. Развести ягодицы одной рукой, а другой ввести выдавленный из упаковки суппозиторий в анальное отверстие (оболочка от упаковки останется у Вас в руках).
9. Предложить пациенту лечь в удобное для него положение (помочь при необходимости).
10. Оболочку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».
11. Снять маску, перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.
12. Сделать запись о выполненной процедуре.

**5)Алгоритм Введение желудочного зонда через рот**Цель: Лечебная, диагностическая (промывание желудка применяют при заболеваниях желудка, главным образом для цитологического исследования промывных вод, а также для идентификации яда при отравлениях и для выделения возбудителя при бронхолегочных воспалениях (в случае заглатывания больным мокроты) и различных инфекционных поражениях желудка).Показания: Острые отравления различными ядами, принятыми внутрь, пищевые отравления, гастриты с обильным образованием слизи, реже - уремия (при значительном выделении азотсодержащих соединений через слизистую оболочку желудка), и др.Необходимость эвакуации желудочного содержимого с целью снижения давления на стенки желудка и уменьшения выраженности тошноты и рвоты, связанных с кишечной непроходимостью или оперативным вмешательством.Противопоказания: крупные дивертикулы, значительное сужение пищевода, отдаленные сроки (более 6-8 ч) после тяжелого отравления крепкими кислотами и щелочами (возможна перфорация стенки пищевода), язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, опухоли желудка, кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма, тяжелые сердечные заболевания.Оснащение: система для промывания желудка: 2 толстых стерильных желудочных зонда, соединенных стеклянной трубкой (слепой конец у одного зонда срезан). Можно использовать и тонкий зонд для этих целей, стеклянная воронка емкостью 0,5-1 л., полотенце, салфетки, стерильная емкость для сбора промывных вод на исследование, емкость с водой комнатной температуры (10 л), кувшин, емкость для слива промывных вод, перчатки, маска, непромокаемый фартук, дистиллированная вода (физиологический раствор).Мероприятия 1. Объяснить пациенту ход и цели предстоящей процедуры, если пациент в сознании, получить согласие.
2. Провести гигиеническую обработку рук.
3. Надеть маску, фартук, перчатки, Подготовить необходимое оснащение.
4. Надеть фартук на пациента.
5. Усадить пациента на стул, голову немного наклонить вперед, или уложить пациента, голова на бок, под головой адсорбирующая пеленка. Больным, находящимся в коматозном состоянии, промывание желудка производят в положении лежа на животе.
6. Приставить таз к ногам пациента (попросить помощника).
7. Измерить зондом расстояние до желудка (от мечевидного отростка до кончика носа и мочки уха), поставить метку. Можно от роста пациента отнять 100 см.
8. Можно измерить у пациента расстояние от резцов до пищеводно-желудочного перехода при эндоскопии. На зонд обязательно наносится метка, до которой он и заводится.
9. Снять у пациента съемные зубные протезы, при их наличии. При отравлении прижигающими ядами (кроме фосфорсодержащих), больному перед промыванием желудка целесообразно предложить выпить 50 мл растительного масла.
10. Смочить слепой конец зонда.
11. Взять зонд в правую руку на расстояние 10 см от закругленного конца, встать справа от пациента, положить конец зонда на корень языка.
12. Предложить пациенту делать глотательные движения, глубоко дышать носом. Зонд ввести до метки медленно и равномерно. Если Вы ощущаете при введении зонда сопротивление, следует остановиться и извлечь зонд. Сопротивление при введении зонда, кашель, изменение голоса, рвота, цианоз и т.д. свидетельствуют об ошибочном попадании зонда в трахею. Тогда зонд надо извлечь и процедуру введения повторить сначала. Если сопротивления нет, то можно продолжать введение зонда до нужной отметки.
13. Ввести в желудок около 20 мл воздуха с помощью шприца Жанэ, выслушивая, при этом в эпигастральной области, характерные звуки.

**Алгоритм промывания желудка толстым зондом** Цель: удалить из желудка его содержимое.Показания: Острые отравления различными ядами, принятыми внутрь, пищевые отравления, гастриты с обильным образованием слизи, реже - уремия (при значительном выделении азотсодержащих соединений через слизистую оболочку желудка), и др.Необходимость эвакуации желудочного содержимого с целью снижения давления на стенки желудка и уменьшения выраженности тошноты и рвоты, связанных с кишечной непроходимостью или оперативным вмешательством.Противопоказания: крупные дивертикулы, значительное сужение пищевода, отдаленные сроки (более 6-8 ч) после тяжелого отравления крепкими кислотами и щелочами (возможна перфорация стенки пищевода), язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, опухоли желудка, кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма, тяжелые сердечные заболевания.Оснащение: фантомы для выполнения манипуляций; комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий ; антисептический раствор для гигиенической обработки рук; система для промывания желудка: одноразовый, толстый, стерильный, желудочный зонд, стеклянная воронка емкостью 0,5-1 л; таз для промывных вод; клеенчатый фартук– 2 шт.; полотенце; салфетки; стерильная емкость для забота промывных вод; вода комнатной температуры – 10 л; кружка, емкостью 1 л; стерильный лоток; стерильный глицерин; шприц Жанэ; фонендоскоп.Мероприятия 1. Объяснить пациенту ход и цели предстоящей процедуры, если пациент в сознании, получить согласие.
2. Провести гигиеническую обработку рук.
3. Надеть маску, фартук, перчатки, Подготовить необходимое оснащение.
4. Надеть фартук на пациента.
5. Усадить пациента на стул, голову немного наклонить вперед (или уложить, голова на бок, под головой адсорбирующая пеленка).
6. Приставить таз к ногам пациента – слева от него, справа – ведро с водой (попросить помощника).
7. Измерить зондом расстояние до желудка (от мечевидного отростка до кончика носа и мочки уха), поставить метку.
8. Смочить слепой конец зонда, предложить пациенту открыть рот.
9. Взять зонд в правую руку на расстояние 10 см от закругленного конца, встать справа от пациента, положить конец зонда на корень языка.
10. Предложить пациенту делать глотательные движения, глубоко дышать носом. Зонд ввести до метки медленно и равномерно.
11. Ввести в желудок около 20 мл воздуха с помощью шприца Жанэ, выслушивая при этом в эпигастральной области характерные звуки.
12. Присоединить воронку к зонду.
13. Опустить воронку ниже уровня желудка, слегка наклонив ее, налить воду кружкой.
14. Медленно поднять воронку вверх на 1 метр от пола или на 30 см выше рта пациента. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее до уровня колен пациента и слить содержимое в таз (или в стерильную емкость на исследование).
15. Повторить промывание до получения чистых промывных вод.
16. Отсоединить воронку и извлечь зонд из желудка, обернув его салфеткой.
17. Дать пациенту прополоскать рот, обтереть вокруг рта салфеткой.
18. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.
19. Промывные воды слить в канализацию, емкости продезинфицировать.
20. Обработать фартук двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства.
21. Отправить в лабораторию 200 мл промывных вод на исследование.
22. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.
23. Сделать запись о выполненной процедуре.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество |
|  | Ввести газоотводную трубку. | 1 |
|  | Поставить очистительную клизму | 1 |
|  | Поставить сифонную клизму. | 1 |
|  | Ввести лекарственное средство в прямую кишку | 1 |
|  | Промыть желудок пациенту, находящемуся в сознании | 1 |
|  |  |  |

 |  |  |

**МАНИПУЛЯЦИОННЫЙ ЛИСТ**

Производственной практики по профилю специальности

«Технология оказания медицинских услуг»

ПМ 04. Младшая медицинская сестра по уходу за больными

обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_Худолей \_\_Оксана\_\_\_Юрьевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО

Специальность 34.02.01 – Сестринское дело

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Перечень манипуляций**  | **дата практики****18\19\20\21\ 22 \ 23 \25 \26 \27 \28 \29** | **всего манипуляций** |
| **Поликлиника**  |
| 1 | Заполнение направлений для проведения анализов | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 2 | Взятие мазка из зева и носа для бактериологического исследования | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 3 | Обучение пациента технике сбора мочи для различных исследований | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 4 | Обучение пациента технике сбора фекалий для исследований | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 5 | Обучение пациента технике сбора мокроты для различных исследований |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Обучение пациента подготовке к рентгенологическим методам исследования |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Обучение пациента подготовке к эндоскопическим методам исследования |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Обучение пациента подготовке к ультразвуковым методам исследования |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Обучение пациента самоконтролю АД, пульса и ЧДД, температуры тела |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Обучение пациента самостоятельной постановки банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Обучение пациента ингаляции лекарственного средства через рот и нос |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Дуоденальное зондирование | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| **Стационар**  |
| 14 | Подача увлажненного кислорода | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 15 | Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
|  16 | Заполнение документации при приеме пациента |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
|  17 | Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 18 | Полная санитарная обработка пациента |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 19 | Частичная санитарная обработка пациента |  | 1 |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  | 2 |
| 20 | Смена нательного и постельного белья |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 21 | Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.) |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 22 | Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  | 1 |
| 23 | Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  | 1 |
| 24 | Уход за лихорадящим больным |  |  |  |  |  | 1 |  | 1 |  |  |  |  | 2 |
| 25 | Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  | 1 |
| 26 | Опорожнение мочевого дренажного мешка |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  | 1 |
| 27 | Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  | 1 |
| 28 | Уход за лихорадящим больным |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 29 | Работа со стерильным биксом, стерильным материалом |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Транспортировка и перекладывание больного |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | Катетеризация мочевого пузыря |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  | 1 |
| 32 | Постановка банок |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | Постановка горчичников |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | Постановка согревающего компресса |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  | 1 |
| 35 | Применение грелки, пузыря со льдом |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 36 | Постановка горячего компресса |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 37 | Постановка холодного компресса |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 38 | Разведение антибиотиков |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  | 1 |
| 39 | Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, внутривенные капельные |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 | 1 |  |  | 2 |
| 40 | Забор крови из вены на исследование |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  | 1 |
| 41 | Антропометрия |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 42 | Измерение пульса | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 43 | Измерение температуры тела |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 44 | Заполнение температурного листа при регистрации показателей: масса тела, рост; частота пульса, АД, ЧДД, температуры тела |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 45 | Измерение артериального давления | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 46 | Подсчет частоты дыхательных движений | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 47 | Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 48 | Поставка пиявки на тело пациента |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 49 | Профилактика пролежней. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 | Заполнение порционного требования |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 51 | Раздача пищи больным |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5253 | Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильникаИскусственное кормление пациента |  |  | 1 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |
| 54 | Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 55 | Раздача лекарств пациентам |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 56 | Заполнение журнала учета лекарственных средств |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 57 | Заполнение накладной - требования на лекарственные средства |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 58 | Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 59 | Закапывание капель в глаза |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 60 | Введение мази за нижнее веко |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 61 | Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 62 | Введение мази в носовые ходы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 63 | Закапывание капель в ухо |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 64 | Нанесение мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  | 1 |
| 65 | Подача судна и мочеприемника (мужчине и женщине) |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 66 | Постановка газоотводной трубки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  | 1 |
| 67 | Постановка лекарственной клизмы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 68 | Постановка очистительной клизмы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  | 1 |
| 69 | Постановка масляной клизмы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 | Постановка сифонной клизмы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  | 1 |
| 71 | Постановка гипертонической клизмы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 72 | Введение лекарственного средства в прямую кишку |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  | 1 |
| 73 | Оказать помощь пациенту при рвоте |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  | 1 |
| 74 | Промывание желудка |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 75 | Осуществить посмертный уход |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  | 1 |

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

 подпись расшифровка подписи

Непосредственный

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

 подпись расшифровка подписи

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

 подпись расшифровка подписи

М.П. организации

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

ФИО обучающегося**\_\_\_\_**Худолей Оксана Юрьевна**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

группы**\_\_\_\_\_208\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** специальности 34.02.01 – Сестринское дело

проходившего (ей) производственную практику

с\_\_\_18\_\_ по \_30\_\_\_\_ 20\_\_20\_\_\_ г

за время прохождения практики мной выполнены следующие виды работ

**1.Цифровой отчет**

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

Текстовый отчет

Умения, которыми хорошо овладел обучающийся: Кормление пациента естественным и искусственным путем; мазок из зева и носа для бактериологического исследования, антропометрия, постановка пиявок, частичная санитарная обработка пациента, дать пациенту жидкую пищу через назогастральный зонд; применение грелки, пузыря со льдом; измерение пульса; подсчет ЧДД; постановка газоотводной рубки, лекарственной, очистительной, сифонной клизмы.

Что проделано самостоятельно: Разведение антибиотиков. Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, капельные. Забор крови из вены на исследование. Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе. закапывание капель в глаза ,нос, ухо; постановка газоотводной рубки, лекарственной, очистительной, сифонной клизмы.

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

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

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

 (подпись)

 МП организации