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. Пальчук Мария Ивановна

Место прохождения практики производственная практика в форме ЭО и ДОТ

(медицинская организация, отделение)

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

Руководители практики:

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

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

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

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

Методический руководитель - Ф.И.О. (должность) преподаватель Битковская В.Г.

Красноярск

2020

Содержание

1. Цели и задачи практики

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

3. Тематический план

4. График прохождения практики

5. Инструктаж по технике безопасности

6. Содержание и объем проведенной работы

7. Манипуляционный лист

8. Отчет (цифровой, текстовой)

**Цели и задачи прохождения производственной практики**

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

**Задачи**:

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

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

**Практический опыт:**

ПО 1. выявления нарушенных потребностей пациента;

ПО 2. оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий;

ПО3. планирования и осуществления сестринского ухода;

ПО 4. ведения медицинской документации;

**Умения:**

У 1.собирать информацию о состоянии здоровья пациента;

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

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

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

У 5.осуществлять посмертный уход;

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

У 10. заполнять документацию по инструкции;

**Знания:**

З 1.способы реализации сестринского ухода;

З 2.технологии выполнения медицинских услуг;

З 3. последовательность посмертного ухода;

З 4. перечень основной учетно-отчетной документации.

**Тематический план**

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

**График прохождения практики**

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

###### Инструктаж по технике безопасности

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

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

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

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

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

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

Место печати МО

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 18  мая 2020 | НАПРАВЛЕНИЕ  В бактериологическую лабораторию городской СЭС  Материал для исследования  Кал на бактериологическое исследование  ФИО *Иванов Иван Иванович*  Возраст *36 лет*  № истории болезни *387*  Дата поступления *18.05.20*  Дата заболевания *18.05.20*  Первичное или повторное исследование  Диагноз *кишечное отравление*  Дата забора *19.05.20*  Время *8* часы *5* минуты  ФИО врача *Сидоров Д.В.*  ФИО м\с *Пальчук М.И.*  Дата направления *18.05.20*  № отделения терапевтическое отделение № палаты 43  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Анализ мокроты на микобактерии туберкулеза  ФИО \_\_\_Демидов З.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата: \_\_\_18.05.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № отделения т.о. № палаты 7  НАПРАВЛЕНИЕ  В биохимическую лабораторию  Кровь из вены на общий белок и белковые фракции, протромбин, фибриноген, билирубин, холестерин, остаточный азот, сулемовую и тимоловую пробы  \_\_\_*Иванов И.И*.\_\_\_\_\_\_ дата *18.05.20*  ФИО    Подпись м\с  Отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № палаты \_\_\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  анализ мочи на сахар  ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Суточный диурез \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ л  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № отделения № палаты  НАПРАВЛЕНИЕ  В биохимическую лабораторию  Кровь из вены на общий белок и белковые фракции, протромбин, фибриноген, билирубин, холестерин, остаточный азот, сулемовую и тимоловую пробы  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата  Подпись м\с  Отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № палаты \_\_\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  анализ мочи на сахар  ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Суточный диурез \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ л  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отделение \_\_\_т.о.\_\_\_\_\_ № палаты \_\_34\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  анализ мочи на сахар  ФИО \_\_\_\_\_\_\_Сидоров А.П.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Суточный диурез \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1,8\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ л  Дата \_\_\_\_\_\_18.05.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с   1. **Общий анализ мочи (ОАМ)**   ***Посуда:***чистая сухая емкость с крышкой.  ***Инструктаж:*** Через 3 дня Вам нужно будет собрать мочу на общий анализ. До сбора необходимо исключить из рациона окрашивающие мочу продукты питания (морковь, свекла) и медикаменты по согласованию с врачом. Утром, в день исследования, необходимо провести гигиену наружных половых органов, после чего, собрать 100,0-150,0 мл мочи в подготовленную емкость с крышкой, предварительно спустив небольшое количество мочи в унитаз/судно. При сборе мочи исключить соприкосновение гениталий с краями емкости. Поставить емкость с мочой в условленное место.  ***2.* Подготовка к исследованию на дисбактериоз**   * Биоматериал (кал) на кишечный дисбактериоз собирается до начала лечения препаратами. * Если это невозможно, то не ранее чем через 12 ч. после отмены препаратов. * Для исследования собирают только свежевыделенный кал.   **Инструктаж:**за 3-4 дня до исследования нужно отменить прием слабительных препаратов, касторового и вазелинового масла и прекратить введение ректальных свечей. Кал, полученный после клизмы, а так же после приема бария (при рентгеновском обследовании), для исследования непригоден. Специальную стерильную емкость для сбора кала нужно получить заранее в любом процедурном кабинете лаборатории. Предварительно написать на этикетке емкости для кала данные: ФИО, дату рождения, дату и время сбора материала. Запись должна быть сделана разборчивым почерком. При взятии материала необходимо соблюдать стерильность. До сбора анализа помочиться в унитаз, далее путем естественной дефекации в подкладное судно собрать испражнения (нужно проследить, чтобы не попала моча). Подкладное судно предварительно обрабатывается любым дезинфицирующим средством, тщательно промывается проточной водой несколько раз и ополаскивается кипятком. Кал забирается в стерильный одноразовый контейнер (с завинчивающейся крышкой) ложечкой в количестве не более 1/3 объема контейнера. Материал доставляется в любой процедурный кабинет лаборатории в течение 3 часов с момента сбора анализа. Желательно в течение указанного времени материал хранить в холоде (для этого можно использовать хладопакет или обложить контейнер кубиками льда, приготовленными заранее), но не замораживать.   1. **Оказание самопомощи при обструкции дыхательных путей инородным телом** 2. *Инородное тело небольших размеров может выйти с кашлем.*   Для повышения эффективности кашля пострадавший перед кашлевым толчком должен глубоко вдохнуть. В этом случае выдох начинается (независимо от человека) при закрытой голосовой щели. Давление в голосовых путях резко повышается, затем голосовая щель открывается и струя воздуха, идущая из легких, выталкивает инородное тело.   1. *Если инородное тело расположено в области голосовой щели, глубокий вдох перед кашлем невозможен.*   При этом кашлевые толчки нужно производить за счет воздуха, всегда остающегося в легких после обычного вдоха. При этом нельзя разговаривать, пытаться сделать глубокий вдох.   1. *Если описанные способы не помогли, необходимо поступить следующим образом.*   Обеими руками отрывистыми толчками надавить на эпигастральную область или резко наклониться вперед, упираясь животом в спинку стула и перевешиваясь через нее. Повышенное давление, созданное в брюшной полости при выполнении этих приемов, передается через диафрагму на грудную полость, что способствует выталкиванию инородного тела из дыхательных путей (**прием Геймлиха**).  **4. Использование карманного ингалятора.**  1. Здравствуйте, я ваша медицинская сестра, сейчас я покажу, как правильно пользоваться карманным ингалятором? Вы согласны?  2. Для начала нужно 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. Также сущест­вуют специальные насадки для ингаляции через нос, если есть вопросы задавайте.  **5. Измерить АД, пульса и ЧДД, температуры тела.**  **Измерение артериального давления**   1. -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра, мне необходимо измерить у вас артериальное давление, для этого Вам нужно за 15 минут до проведения измерения спокойно посидеть или полежать.   Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования.  -Вы согласны? (пациент согласен).   1. Убедиться, что мембрана фонендоскопа и трубки целы, стрелка манометра на нуле, вентиль на груше завинчен. 2. Выбрать правильный размер манжеты. 3. Провести гигиеническую обработку рук. 4. Попросить пациента принять удобное положение (лечь или сесть). 5. Уложить руку пациента в разогнутом положении (под локоть можно положить сжатый кулак кисти свободной руки или валик).   -Освободите, пожалуйста, руку от одежды.   1. На обнаженное плечо пациента наложить манжету на 2 – 3 см выше локтевого сгиба. Между плечом и манжетой должен проходить 1 палец. 2. Вставить фонендоскоп в уши и одной рукой поставить мембрану фонендоскопа на область локтевого сгиба (место нахождения плевой артерии). 3. -Вы знаете Ваше нормальное давление?   Нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации на лучевой артерии (+ 20-30 мм. рт. ст. т.е. выше предполагаемого АД).   1. Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм. рт. ст. в 1 секунду, постепенно открывая вентиль. 2. Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны на шкале манометра соответствующую систолическому АД. 3. Продолжить выпускать воздух из манжеты отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова. 4. Выпустить весь воздух из манжетки и повторить процедуру через 1 – 2 минуты. 5. –Ваш результат 120 на 80. Это нормальное давление. 6. Результат АД можно записать в виде дроби на листке бумаги, в числительном – систолическое давление, в знаменателе – диастолическое давление (АД 120/80 мм. рт. ст.). 7. Надеть перчатки. Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной антисептиком, обработать манжету. 8. Салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б». 9. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б», Провести гигиеническую обработку рук. 10. Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.   **Подсчет дыхательных движений**   1. -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра, мне необходимо измерить у Вас пульс. Вам необходимо до проведения измерения 15 минут спокойно посидеть или полежать (психологически готовим к измерению пульса). 2. –Вы согласны? (пациент согласен). 3. Провести гигиеническую обработку рук. 4. -Во время измерения Вам нельзя разговаривать и двигаться, так как это может отразиться на результатах измерения. 5. Взять часы или секундомер. 6. Положить пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса. 7. Подсчитать частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки у женщин или брюшной стенки у мужчин. 8. Обратить внимание на глубину и ритмичность дыхания. 9. Ваш результат 75 ударов в минуту, это нормальный показатель. 10. Провести гигиеническую обработку рук. 11. Зарегистрировать частоту дыханий за минуту в температурном листе у.ф. № 004/у.   **Измерение артериального пульса**   1. -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра, мне необходимо измерить у Вас артериальный пульс, для этого Вам нужно за 15 минут до проведения измерения спокойно посидеть или полежать. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования.   -Вы согласны? (пациент согласен).   1. Провести гигиеническую обработку рук. 2. Присядьте и займите удобное положение. 3. -Расслабьте руку, чтобы кисти и предплечье не должны быть «на весу». 4. Прижать 2,3,4- м пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента (1 палец находится со стороны тыла кисти), почувствовать пульсацию. 5. Если при одновременном исследовании пульсовых волн появляются различия, то определение других его свойств проводят при исследовании той лучевой артерии, где пульсовые волны выражены лучше. 6. Взять часы или секундомер. 7. 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. 8. С помощью часов или секундомера определить частоту пульса – количество пульсовых волн в 1 минуту. Нормальные показатели частоты пульса 60-80 уд/мин. 9. Ваш результат 75 ударов в минуту, это нормальный показатель. 10. Провести гигиеническую обработку рук. 11. Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.   **Измерения температуры тела**   1. -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра, мне необходимо измерить температуру тела ртутным термометром. Вы согласны? (пациент согласен). 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Попросить пациента принять удобное положение. 4. Предлагаю Вам осушить подмышечную область салфеткой (салфетку сбросить в отходы класса «Б»). 5. Проверить, чтобы уровень ртутного столбика находился ниже отметки 35 °С. 6. Поместить медицинский термометр в середину подмышечной впадины ртутным резервуаром на 7-10 минут.   -Прижмите руку к груди.   1. Извлечь термометр из подмышечной впадины, отметить значение температуры тела.   -Ваша температура 36,6 градусов, это нормальный показатель.   1. Стряхнуть термометр, до значения ртутного столбика ниже отметки 35 °С. 2. Поместить термометр в емкость для дезинфекции. 3. Провести гигиеническую обработку рук. 4. Зарегистрировать значение температуры в температурном листе у.ф. № 004/у.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнение направления | 4 | |  | Обучение пациента технике сбора мочи для ОАМ | 1 | |  | Обучение пациента технике сбора фекалий для исследования на дизбактериоз. | 1 | |  | Обучение окружающий приемам самопомощи при обстурукции дыхательных путей. | 1 | |  | Измерение АД, пульса и ЧДД, температуры тела. | 1 | |  | Обучение пациента использованию карманного ингалятора. | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 19 мая 2020 | 1. **Заполнить документацию при приеме пациента.**   https://sun9-29.userapi.com/c858020/v858020002/20396b/Us1Anm69hjM.jpg  https://sun9-22.userapi.com/c850608/v850608002/175602/eV20ikD8xsY.jpg  https://sun9-10.userapi.com/c206628/v206628002/12b051/-ttzpQycUi0.jpghttps://sun9-23.userapi.com/c858132/v858132002/1f4373/flI7G-KEsK4.jpg   1. **Провести осмотр и осуществить мероприятия при выявлении педикулеза.** 2. Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, мне необходимо https://sun9-59.userapi.com/c857636/v857636002/1fa08c/QRGILklCx1w.jpgосмотреть Вашу голову на наличие педикулеза (на наличие вшей и гнид), Вы согласны? (пациент согласен). (осмотрела) У Вас педикулез, нужно провести мероприятия, чтобы устранить паразитов, Вы согласны? (пациент согласен). 3. Провести гигиеническую обработку рук. 4. Надеть маску, дополнительный халат, фартук косынку, тапочки, перчатки. 5. -Садитесь на кушетку (предварительно покрытую одноразовой пеленкой). 6. Укрыть плечи пациента клеенчатой пелериной. 7. 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. 8. Выдержать экспозицию по инструкции препарата 9. Промыть волосы теплой водой, затем с моющим средством (обработать   кондиционером для облегчения расчесывания), осушить полотенцем.   1. Перед пациентом на полу разложить листы бумаги (белой). 2. Вычесать волосы частым гребнем, наклонив голову над белой бумагой, последовательно разделяя волосы на пряди и вычесывая каждую прядь (короткие волосы расчесывать от корней к кончикам, длинные от кончиков к корням). 3. Осмотреть волосы пациента повторно. Убедиться, что вшей нет.   -Вшей нет, но нужно через 7 дней провести повторный осмотр.   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. 10. **Выполнить полную санитарную обработку пациента (принятие гигиенического душа)** 11. Здравствуйте, я ваша медицинская сестра, Мария Ивановна, мне нужно провести полную санитарную обработку, путем принятия гигиенического душа, Вы согласны? (пациент согласен). 12. Определить температуру воздуха в ванной комнате (не менее 25° С). 13. Обработать руки. Надеть маску, фартук , перчатки. 14. Подготовить ванну: продезинфицировать (по инструкции препарата), почистить чистящим средством, промыть проточной водой. 15. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 16. Провести гигиеническую обработку рук, надеть другие перчатки. 17. Поставить в ванну скамейку и усадить на нее пациента. 18. Настроить воду (не ниже 36- 37 ° С). 19. Вымыть (помочь) пациента: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность (в процессе мытья контролировать температуру воды рукой). 20. Помочь пациенту выйти из ванны. 21. Вытереть пациента и одеть при необходимости проводите пациента в палату. 22. Одноразовые рукавицы для мытья погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б». 23. Использованное полотенце и грязную одежду пациента убрать в клеенчатый мешок. 24. Обработать ванну: продезинфицировать (по инструкции препарата), почистить чистящим средством, промыть проточной водой. 25. Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».). 26. Снять перчатки, маску сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 27. Провести гигиеническую обработку рук. 28. Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.   Примечание: если принятие ванны, то ванну наполнить до ½ объема, проверить температуру водным термометром (36-37), помочь пациенту удобно расположиться в ванне, чтобы пациент не соскользнул, поставить подставку для упора ног.   1. **Заполнить температурный лист при регистрации показателей.**   https://sun9-47.userapi.com/c857120/v857120420/1a903d/b6uDA0m3VxE.jpg   1. **Транспортировка пациента в лечебное отделение** 2. Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, мне необходимо транспортировать Вас в лечебное отделение. Вы согласны? (пациент согласен). 3. Подготовить каталку к транспортировке, проверить ее исправность. 4. Обработать руки. 5. Застелить каталку. 6. Поставить каталку (кресло-каталку) удобно в данной ситуации. 7. Переместить пациента на каталку (кресло-каталку) одним из известных способов. 8. Укрыть пациента. 9. Транспортировка на каталке: встать: один медработник спереди каталки спиной к пациенту, другой - сзади каталки, лицом к пациенту. 10. На кресло-каталке транспортировать пациента так, чтобы его руки не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки. 11. Транспортировать пациента в отделение с историей болезни. 12. Поставить каталку (кресло-каталку) к кровати, в зависимости от площади палаты. 13. Убрать одеяло с кровати. 14. Переложить пациента на кровать, одним из известных способов. 15. Убедиться, что пациенту комфортно. 16. Надеть перчатки. Продезинфицировать каталку (кресло-каталку) в соответствии с инструкцией к дезинфицирующему средству. 17. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | | Выполненные манипуляции | Количество | |  | | Заполнение документации при приеме пациента. | 1 | |  | | Осмотр и мероприятия при выявлении педикулеза. | 1 | |  | | Выполнение полной санитарной обработки пациента. | 1 | |  | | Заполнение температурного листа. | 1 | |  | | Транспортировка пациента в отделение, передача документации постовой медицинской сестре. | 1 | |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 20 мая 2020 | 1. **Заполнить порционное требование.**   Наименование отделения *терапевтическое*  **Порционное требование**  На раздаточную на *20.05.2020*  дата: число, месяц, год  **палата №1 палата № 2**  *Иванов И.И. диета №5 Семенова В.И. диета №5*  *Сидоров В.А. диета №15 Михайлова К.И. диета №15*  *Петров В.В. диета №5 Крошкина В.И. диета №5*  *Пенкин В.В. диета №15 Бунько Р.В. диета №15*  **палата № 3** **палата № 4**  *Козлов П.П. диета №15 Кускова С.С. диета №5*  *Жданов С.Б диета №7 Мирная Ф.Л. диета №7*  *Кубеков Ф.Г. диета №15 Шарова С.Ю. диета №15*  *Перекрут Ю.А. диета №10 Семенченко В.Ю. диета №15*  **палата № 5 палата №6**  *Васечкин Р.О. диета №7 Кубикова Ю.А. диета №7*  *Колегов К.Н. диета №15 Самсоненко Р.М. диета №10*  *Фокус Н.Б. диета №7 Рогова А.Ф. диета №10*  *Пацук В.И. диета №7*  всего *23* человек  палатная м\с *Пальчук М.И.*  ФИО подпись  **ПОРЦИОННИК ф. № 1-84**  На питание больных «20» мая 2020 г.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Наименование отделения | Количество больных | Стандартные диеты | | | | | Стол 5 | Стол 7 | Стол 10 | Стол 15 | | Терапевтическое | 23 | 5 | 6 | 3 | 9 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | Итого: | 23 | 5 | 6 | 3 | 9 |   Зав. отделением *Ивановна И.В. Иванова*  ФИО подпись  Ст. мед. сестра отделения *Денисова Т.А. Денисова*  ФИО подпись  мед. сестра диетического отделения *Зайцева Д.Ж.* Зайцева  ФИО подпись   1. **Закапать сосудосуживающие, масляные капли в нос.**   **Закапывание сосудосуживающих капель**   * 1. Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, сейчас будет произведена процедура – закапывание сосудосуживающих капель в нос. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры.   -Вы согласны? (пациент согласен).   1. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 2. Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики. 3. Помочь пациенту занять удобное положение (сидя). 4. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача. 5. Попросить пациента сесть, слегка запрокинув голову и склонить её (при закапывании в левую ноздрю - влево, в правую - вправо).   -Сядьте и слегла запрокиньте голову, склонив влево (закапываю в левую ноздрю).   1. Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос). 2. Сразу после закапывания капель:   -Прижмите пальцем крыло носа к перегородке и сделать лёгкие круговые движения, не отнимая пальца.  Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры.   1. Закапать капли во вторую ноздрю(при наличии назначения врача), повторив те же действия. 2. Через 1-2 минуты: - облегчилось ли у Вас после процедуры носовое дыхание? 3. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 4. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 5. Сделать запись о выполненной процедуре.   Примечание: при необходимости перед процедурой очистить носовые ходы. При закапывании сосудосуживающих капель, они не должны попасть в глотку.  **Закапывание масляных капель в нос**   1. Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, сейчас будет произведена процедура закапывание масляных капель в нос. Вы согласны? (пациент согласен). Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры. 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). 5. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача. 6. Попросить пациента сесть или лечь, запрокинув голову. 7. Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос). 8. Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры. 9. Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия. 10. Спросить у пациента о том, ощутил ли он вкус капель во рту. Попросить пациента полежать несколько минут. 11. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 12. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 13. Сделать запись о выполненной процедуре.   Примечание: при необходимости перед процедурой очистить носовые ходы. При закапывании масляных капель, пациент должен почувствовать их вкус.   1. **Ввести мазь за нижнее веко по назначению врача.** 2. -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, сейчас Вам будет проведена процедура введение мази за нижнее веко по назначению врача, Вы согласны? (пациент согласен). После процедуры у Вас возможно временное ухудшение зрения, в этом случает лучше некоторое время полежать в постели. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры. 3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 4. Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики. 5. Помочь пациенту занять удобное положение. 6. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему ватным шариком нижнее веко вниз. 7. Выдавить из тюбика мазь, продвигая её от внутреннего угла глаза к наружному так, чтобы мазь вышла за наружную спайку век. Отпустить нижнее веко, пациент должен закрыть глаза. 8. –Закройте пожалуйста глаза. 9. Можете удалить, вытекающую мазь (или сделать это за него). 10. При необходимости заложить мазь за нижнее веко другого глаза, повторить те же действия. 11. Помочь пациенту занять удобное положение.   -Нет никакого дискомфорта из-за проведенной процедуры?   1. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 2. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 3. Сделать запись о выполненной процедуре.  Примечание: предупредить пациента, что после процедуры возможно временное ухудшение зрения, и о необходимости после процедуры некоторое время не вставать с постели. Тюбик с лекарственным средством должен быть индивидуальным.  1. **Закапать капли в глаза.** 2. -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, сейчас Вам будет проведена процедура закапывание капель в глаза. Вы согласны?   Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры.   1. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 2. Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики 3. Помочь пациенту занять удобное положение. 4. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку нужное количество капель, взять в левую руку марлевый шарик. 5. -Запрокиньте голову, смотрите вверх.   Оттянуть марлевым шариком нижнее веко вниз.   1. Закапать в коньюктивальную складку 2-3 капли (не подносить пипетку близко к коньюктиве). 2. –Закройте глаза и можете промокнуть вытекшие капли у внутреннего угла глаза. 3. Повторить те же действия при закапывании в другой глаз (при назначении врача). 4. Помочь пациенту занять удобное положение.   -Нет никакого дискомфорта из-за проведенной процедуры?   1. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 2. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 3. Сделать запись о выполненной процедуре.   Примечание: при наличии гнойных выделений, глаз вначале промыть, а затем закапать лекарственное средство.   1. **Заполнить журнал учета лекарственных средств**      |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнено порционное требование. | 1 | |  | Закапывание масляных и сосудосуживающих капель пациенту в нос. | 1 | |  | Введение мази за нижнее веко. | 1 | |  | Закапывание капель в глаз. | 1 | |  | Заполнение журнала учета лекарственных средств. | 1 | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 21 мая 2020 | 1. **Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.)**   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, мне необходимо провести Вам утренний туалет, Вы согласны?  **Уход за полостью рта**   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. –сомкните, пожалуйста, зубы (снять зубные протез, если они есть). 6. Отодвинуть шпателем щёку пациента, и 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.   **Обработка носовых ходов**   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.   **Обработка наружного слухового прохода**   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.   **Обработка глаз**   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. 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.  **Умывание лица**   1. По возможности информировать пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Получить согласие. 2. Отгородить пациента ширмой. 3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, фартук, перчатки. 4. Приготовить моющий раствор. 5. Подложить одноразовую подкладную пеленку под плечи и грудь пациента. 6. Одноразовой рукавицей смоченной в воде, обтереть по массажным линиям лицо пациента**: веки, лоб, щеки, нос, уши, область вокруг рта, подбородок.** Осушить полотенцем. 7. Убрать ширму. 8. Одноразовые рукавицы для мытья, одноразовые подкладные пеленки погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б». 9. Использованное полотенце убрать в клеенчатый мешок. 10. Слить воду в канализацию, емкость продезинфицировать по инструкции препарата, помыть чистящим средством, прополоскать проточной водой, поставить на сушку. 11. Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».). 12. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 13. Провести гигиеническую обработку рук. 14. Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.   Примечание:при использовании средства для сухой обработки, средство наносить в той же последовательности.   1. **Мытье головы.**   Противопоказания: травма головы, заболевания кожи головы   * 1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, мне необходимо провести мытье головы. Вы согласны?   1. Провести гигиеническую обработку рук, надеть фартук, перчатки. 2. Осмотреть голову пациента на предмет расчесов, распустить волосы (женщине). 3. 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. 4. Смочить волосы водой, нанести шампунь и вспенить массирующими движениями. 5. Смыть водой, при необходимости нанести шампунь повторно и снова тщательно смыть. 6. Приподнять верхнюю часть тела пациента при невозможности, повернуть пациента на бок, на голову накинуть полотенце, убрать из-под плеч ванночку и пеленку. 7. Осушить полотенцем лицо, уши и волосы пациента. 8. Расчесать волосы (короткие от корней, длинные от кончиков к корням). Возможно, высушить волосы феном. 9. 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. 10. Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».). Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 11. Провести гигиеническую обработку рук. 12. Сделать запись о проведенной процедуре. 13. **Санитарная обработка тяжелобольного в постели.** 14. По возможности информировать пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Получить согласие.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, мне необходимо провести, санитарную обработку в постели. Вы согласны?   1. Отгородить пациента ширмой. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, фартук, перчатки. 3. Приготовить моющий раствор. 4. Подложить одноразовую подкладную пеленку под плечи и грудь пациента. 5. Одноразовой рукавицей смоченной в воде, обтереть по массажным линиям лицо пациента: веки, лоб, щеки, нос, уши, область вокруг рта, подбородок. Осушить полотенцем. 6. Одноразовой рукавицей смоченной в воде, обтереть пациенту шею, грудь, руки (живот и ноги прикрыты одеялом). 7. Вытереть пациенту шею, грудь, руки полотенцем насухо и прикрыть одеялом. 8. Обтереть живот, спину, нижние конечности (от коленей - вверх, от коленей - вниз), осушить и закрыть одеялом. 9. Убрать ширму. 10. Одноразовые рукавицы для мытья, одноразовые подкладные пеленки погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б». 11. Использованное полотенце убрать в клеенчатый мешок. 12. Слить воду в канализацию, емкость продезинфицировать протиранием по инструкции препарата, помыть чистящим средством, прополоскать проточной водой, поставить на сушку. 13. Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».). 14. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 15. Провести гигиеническую обработку рук. 16. Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.   **Примечание:** при использовании средства для сухой обработки, средство наносить в той же последовательности.   1. **Мытье рук и ног пациента, стрижка ногтей на руках и ногах пациента.**   Противопоказания: наличие ран, кожных заболеваний.   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, мне необходимо провести Вам мытье и стрижку ногтей рук и ног.   1. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 2. Открыть руки пациента. 3. Подстелить одноразовую пеленку, поставить на нее таз с тёплой водой. 4. Помочь пациенту поставить руки в таз с водой. 5. Вымыть в тазу руки пациента, используя индивидуальную губку и мыло (предварительно дать коже немного размякнуть в теплой воде). 6. Вытереть руки полотенцем, особенно тщательно - межпальцевые промежутки. 7. При необходимости подстричь ногти, на руках – закругленно. 8. Сменить таз с водой. 9. Открыть ноги пациента. 10. Попросить пациента согнуть ноги в коленях, при необходимости помочь пациенту. 11. Подстелить одноразовую пеленку, поставить на нее таз с тёплой водой. 12. Помочь пациенту поставить ноги в таз с водой. 13. Вымыть в тазу ноги пациента от коленей до стоп, используя индивидуальную губку и мыло (предварительно дать коже немного размякнуть в теплой воде). 14. Вытереть ноги полотенцем, особенно тщательно - межпальцевые промежутки. 15. При необходимости подстричь ногти – под прямым углом. 16. Полотенце поместить в емкость для сбора грязного белья. Использованную непромокаемую одноразовую пеленку и губку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Ножницы поместить в емкость для дезинфекции. Воду из таза слить в канализацию, таз продезинфицировать, промыть с моющим средством, прополоскать проточной водой, просушить. 17. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 18. Провести гигиеническую обработку рук. 19. Сделать запись о проведенной процедуре. 20. **Бритье пациента.** 21. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, мне необходимо провести бритье, Вы согласны?   1. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 2. Подготовить необходимое оборудование: емкость для воды, салфетка для компресса, полотенце, безопасная бритва; крем для бритья, кисточка для бритья, одноразовая непромокаемая пеленка; салфетки; лосьон, средства индивидуальной защиты, емкость для сбора грязного белья, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий. 3. Отгородить пациента ширмой. 4. Помочь пациенту занять положение Фаулера. 5. На грудь пациента положить одноразовую непромокаемую пеленку. 6. В емкость налить воду (температура 40-45°С) 7. Намочить большую салфетку в воде, отжать положить ее на лицо пациента (щеки и подбородок) на 5-10 минут (женщинам не надо). 8. Нанести крем для бритья равномерно на кожу лица по щекам и подбородку (женщине смочите лицо теплой водой в местах роста волос, не используя крем). 9. Побрить пациента, оттягивая кожу в направлении, противоположном движению станка в следующей последовательности**: щеки, над верхней губой, под нижней губой, область шеи, под подбородком.** 10. Протереть лицо после бритья влажной салфеткой, затем осушить сухой промокательными движениями. 11. Протереть лицо пациента салфеткой, смоченной лосьоном (женщине после лосьона нанести на кожу лица питательный крем). 12. Придать пациенту удобное положение в кровати. 13. Убрать ширму. 14. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 15. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое - поместить в емкость для дезинфекции. 16. Обработать использованные поверхности в палате дезинфицирующим раствором. 17. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 18. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Проведен утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица). | 1 | |  | Мытье головы пациента. | 1 | |  | Санитарная обработка тяжелобольного в постели. | 1 | |  | Мытье рук и ног пациента, стрижка ногтей на руках и ногах пациента. | 1 | |  | Бритье пациента. | 1 | |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 22 мая 2020 | 1. **Провести катетеризацию мочевого пузыря мягким или одноразовым катетером мужчины.**   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  Противопоказания: травма мочевого пузыря.   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен).   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, мне необходимо провести катетеризацию мочевого пузыря, для своевременного выведения мочи из мочевого пузыря, Вы согласны? (пациент согласен).   1. Вымыть руки. Поставить ширму. Положить на кушетку адсорбирующую пеленку.   Вам нужно лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны (при необходимости помочь пациенту).   1. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. 2. Подготовить оснащение: достать из упаковки стерильный лоток, корнцанг и 2 пинцета. Вскрыть упаковку и пинцетом переложить в лоток стерильные марлевые салфетки. 3. Между ног пациента поставить емкость для сбора мочи. 4. Обработать перчатки антисептическим раствором. 5. Провести туалет половых органов: встать справа от пациента, в левую руку взять стерильную салфетку, обернуть ею половой член ниже головки. 6. 1 и 2 пальцами слегка отодвинуть крайнюю плоть. 7. Взять корнцангом марлевый тампон, смочить в растворе фурацилина или другого водного антисептика и обработать головку полового члена сверху вниз от мочеиспускательного канала к периферии, меняя тампоны. 8. Сбросить тампоны и корнцанг в лоток для использованного материала. 9. Влить несколько капель стерильного вазелинового масла в открытое наружное отверстие мочеиспускательного канала. 10. Взять стерильными пинцетами, катетер (катетер можно при подготовке оснащения стерильным пинцетом переложить в стерильный лоток, а можно воспользоваться помощью коллеги, который вскроет упаковку с катетером, а Вам останется извлечь его из упаковки одним из стерильных пинцетов) так, чтобы первый пинцет располагался на расстоянии 5 - 7 см от его клюва (клюв катетера опущен вниз), а второй пинцет находился на дистальном конце катетера. Обвести дистальный конец катетера над кистью и зажать между 4 и 5 пальцами (катетер располагается над кистью в виде дуги). 11. Облить катетер стерильным вазелиновым маслом на длину 20 см над лотком. 12. Вводить катетер пинцетом, первые 4-5 см, фиксируя 1-2 пальцами левой руки головку полового члена. 13. 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. 14. Оставшийся конец катетера должен находиться над емкостью для сбора мочи. 15. Извлечь осторожно катетер пинцетом, вложенным в правую руку (в обратной последовательности) после прекращения мочевыделения струей. Надавить на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой (омыть мочеиспускательный канал остатками мочи для профилактики ВБИ). 16. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 17. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 18. Сделать запись о проведенной процедуре. 19. **Провести катетеризацию мочевого пузыря мягким или одноразовым катетером женщины.** 20. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен).   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, мне необходимо провести катетеризацию мочевого пузыря, для своевременного выведения мочи из мочевого пузыря, Вы согласны? (пациент согласен).   1. Вымыть руки. Поставить ширму. Положить на кушетку адсорбирующую пеленку. Попросить пациента лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помочь пациенту. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. 3. Подготовить оснащение: достать из упаковки стерильный лоток, корнцанг и 2 пинцета. Вскрыть упаковку и пинцетом переложить в лоток стерильные марлевые салфетки. 4. Между ног пациента поставить емкость для сбора мочи. 5. Обработать перчатки антисептическим раствором. 6. Провести туалет половых органов: раздвинуть левой рукой при помощи салфетки половые губы, правой рукой с помощью корнцанга взять марлевые салфетки, смочить в растворе антисептика на водной основе и обработать отверстие мочеиспускательного канала движением сверху вниз между малыми половыми губами. 7. 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. 8. Взять стерильными пинцетами, катетер (катетер можно при подготовке оснащения стерильным пинцетом переложить в стерильный лоток, а можно воспользоваться помощью коллеги, который вскроет упаковку с катетером, а Вам останется извлечь его из упаковки одним из стерильных пинцетов) так, чтобы первый пинцет располагался на расстоянии 4 - 6 см от его клюва (клюв катетера опущен вниз), а второй пинцет находился на дистальном конце катетера. Обвести дистальный конец катетера над кистью и зажать между 4 и 5 пальцами (катетер располагается над кистью в виде дуги). 9. Облить катетер стерильным вазелиновым маслом. 10. Вводить катетер пинцетом - 3-5 см, фиксируя 1-2 пальцами левой руки половые губы. 11. Оставшийся конец катетера должен находиться над емкостью для сбора мочи. 12. Извлечь осторожно катетер пинцетом, вложенным в правую руку (в обратной последовательности) после прекращения мочевыделения струей. Надавить на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой (омыть мочеиспускательный канал остатками мочи для профилактики ВБИ). 13. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 14. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 15. Сделать запись о проведенной процедуре. 16. **Подать судно и мочеприемник (мужчине и женщине).**   **Подача судна**   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, сейчас я вам подам судно для дефекации. Вы согласны? (пациент согласен)   1. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 2. Отгородить пациента ширмой. 3. Ополоснуть судно теплой водой, оставив в нем немного воды. 4. Открыть нижнюю часть тела. 5. Можете сгнуть ноги, и приподнять таз? (или поверните пациента на бок помочь пациенту) 6. Под таз пациента положить непромокаемую одноразовую пеленку и подвести судно так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна. 7. Прикрыть пациента одеялом.   - я покину Вас некоторое время, после окончания, можете меня позвать.   1. По окончании дефекации попросить пациента приподнять таз, или повернуться на бок (помочь пациенту), правой рукой извлечь судно. 2. 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. 3. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б». Обработать руки, надеть другую пару перчаток. 4. Чистое судно поставить на скамеечку под кровать пациента или поместите в специально выдвигающееся уст­ройство функциональной кровати. 5. Подготовить оборудование для подмывания и подмыть пациента. 6. Убрать ширму. 7. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 8. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **Применение мочеприемника**   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, сейчас я подам мочеприемник для опорожнения мочевого пузыря, Вы согласны? (пациент согласен).   1. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 2. Попросить пациентов выйти из палаты (по возможности). Отгородить пациента ширмой. 3. Придать пациенту удобное положение (Фаулера). 4. Ополоснуть мочеприемник теплой водой, оставив в нем немного воды. 5. Открыть нижнюю часть тела. 6. Под таз пациента положить непромокаемую одноразовую пеленку 7. Подать пациенту мочеприемник. Для обеспечения мочеиспускания можно открыть кран с во­дой. Звук льющейся воды рефлекторно вызывает мочеиспускание. 8. Прикрыть пациента одеялом и оставить на некоторое время одного. 9. По окончании мочеиспускания убрать мочеприемник, отодвинуть ширму. 10. Осмотреть содержимое мочеприемника, вылить в унитаз, мочеприемник продезинфицировать, промыть с моющим средством, прополоскать проточной водой, просушить. 11. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработать руки, надеть другую пару перчаток. 12. Чистый мочеприемник поставить на скамеечку под кровать пациента или поместите в специально выдвигающееся уст­ройство функциональной кровати. 13. Подготовить оборудование для подмывания и подмыть пациента. 14. Убрать ширму. 15. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 16. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре. 17. **Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также пользованию съемным мочеприемником.**   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, сейчас я Вам обучу уходу за катетером и мочеприемником, а также научу пользованию съемным мочеприемником.  **Использование мочеприемника**   1. Обработайте руки. 2. Отделите трубку мочеприемника от катетера (дренажа). 3. Слейте мочу из использованного мочеприемника в унитаз, положите его в целлофановый пакет и отложите в сторону (утилизация в отходы класса «Б», в домашних условиях – в контейнер для мусора). 4. Соедините чистый мочеприемник с дренажом. 5. С помощью мерки проверьте размер стомы. 6. Обработайте руки.   Рекомендую Вам сшить пациенту специальный мешочек для мо­чеприемника и укрепить его на поясе.  Уровень мочеприемника (а, следовательно, и мешочка) дол­жен быть обязательно ниже уровня цистостомы. Поэтому чаще всего пациенты носят их в брюках.  !В случае признаков воспаления стомы (покраснение, гнойнички и т.д.), а также в случае задержки мочи, появления крови в моче срочно обратить­ся к врачу.  **Осуществление ухода за постоянным уретральным катетером**  Нам понадобиться: средства индивидуальной защиты, адсорбирующая пеленка, ватные или марлевые шарики, марлевые салфетки, емкость для воды, лейкопластырь, полотенце.   1. Обеспечьте конфиденциальность процедуры. 2. Опустить изголовье кровати. 3. Помочь занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы адсорбирующую пеленку. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Надеть перчатки. 6. Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем. 7. Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см 8. Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает. 9. Осмотреть кожу промежности идентифицируя: признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое). 10. Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута. 11. Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости. 12. Убрать адсорбирующую пеленку в отходы класса «Б». 13. Провести дезинфекцию использованного материала. 14. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 15. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 16. **Уход за наружными половыми органами мужчины и женщины.**   Цель: соблюдение личной гигиены  Показания: после акта дефекации и мочеиспускания у тяжелобольных пациентов  Оснащение: непромокаемая одноразовая пеленка, мочеприемник, судно, фартук, стерильные: лоток, корнцанг, марлевые салфетки; кувшин, лоток, водный термометр, антисептическое средство на водной основе или вода 30-35° С, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, средства индивидуальной защиты.   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, сейчас вам будет произведен уход за наружными половыми органами. Вы согласны? (пациент согласен).   1. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, фартук, перчатки. 2. Подготовить оборудование. 3. Отгородить пациента ширмой. 4. Придать пациенту удобное положение (Фаулера). Открыть нижнюю часть тела. 5. –Согните ноги, и приподнять таз (или повернуть пациента на бок, помочь пациенту). 6. Под таз пациента положить непромокаемую одноразовую пеленку, и поставить судно. 7. Обработать перчатки антисептическим раствором. 8. Зажать салфетку корнцангом так, чтобы металлические части инструмента не касались кожи пациента. 9. Поливайте раствором на половые органы, а салфеткой (зажатой корнцангом) производите движения сверху вниз (от половых органов к заднему проходу), меняя по мере загрязнения салфетки. 10. Последовательность выполнения при обработке у женщин: лобок, большие половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия (салфетки менять по мере загрязнения). 11. Последовательность выполнения при обработке у мужчин: головка полового члена, тело, мошонка, паховые складки, область анального отверстия. 12. Осушить область обработки в той же последовательности. 13. Убрать судно и непромокаемую пеленку с кровати, придать пациенту удобное положение. 14. Убрать ширму. 15. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 16. Перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 17. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Катетеризация мочевого пузыря у мужчин одноразовым катетером. | 1 | |  | Катетеризация мочевого пузыря у женщин одноразовым катетером. | 1 | |  | Подача судна. | 1 | |  | Подача мочеприемника. | 1 | |  | Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также пользованию съемным мочеприемником | 1 | |  | Уход за наружными половыми органами мужчины и женщины. | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 23 мая 2020 | 1. Разместить пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе.   ***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.   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.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, сейчас мне будет необходимо поменять Вам положение на полусидя, полулежа. Вы согласны? (пациент согласен). Если можете помогайте мне.   1. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 2. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. 3. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. 4. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 5. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати. 6. Необходимо убедиться, что пациент лежит горизонтально, посередине кровати. Затем поднять изголовье кровати под углом 45°-60°-90°, или подложить три подушки. 7. Положить небольшую подушку под голову (в том случае, если поднималось только изголовье). 8. Подложить подушку под предплечья и кисти (если пациент не может самостоятельно двигать руками). 9. Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз. 10. Подложить пациенту подушку под поясницу. 11. Подложите небольшую подушку или валик под колени. 12. Подложите небольшую подушку под пятки. 13. Обеспечить упор для поддержания стоп под углом 90° (если необходимо). 14. Затем расправить простыню и подкладную пеленку. 15. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. 16. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни. 17. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.   ***Расположение пациента в постели в положении Симса.***  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.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, сейчас мне будет необходимо поменять Вам положение на промежуточное между положением лежа на животе. Вы согласны? (пациент согласен). Если можете, помогайте мне.   1. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 2. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. 3. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. 4. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 5. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати. 6. Убрать одеяло. 7. Переместить пациента на спину и к краю кровати. 8. Переместить его в положение «лежа на боку» и частично «на животе», используя уже ранее изученные способы перемещения пациента на бок. 9. Подложить подушку под голову пациента. 10. Под согнутую, находящуюся сверху, руку поместить подушку на уровне плеча. 11. Другую руку положить на простыню. 12. Расслабленную кисть поместите на 1/2 резинового мячика. 13. Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку, чтобы нога оказалась на уровне бедра. 14. У подошвы ноги положить мешок с песком или другой упор для ног. 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 в положение «на спине».***  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.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, сейчас мне будет необходимо поменять Вам положение «на спине». Вы согласны? (пациент согласен). Если можете, помогайте мне.   1. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 2. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. 3. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. 4. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 5. Расправить подушку под головой пациента. 6. Убедиться, что пациент лежит горизонтально. 7. Затем придать пациенту правильное положение: расположить руки вдоль туловища ладонями вниз; расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами. 8. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею. 9. Подложите под поясницу небольшой валик или свернутое валиком полотенце. 10. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль бедер, с наружной стороны, от области большого вертела бедренной кости. 11. Подложить небольшую подушку или валик под голень в нижней части. 12. Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90 ° . 13. Подложить под предплечья небольшие подушки. 14. Затем расправить простыню и подкладную пеленку. 15. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. 16. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни. 17. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне   ***Поворачивание пациента из положения «на спине» в положение «на боку», размещение пациента в положении на боку.***  *Перемещение выполняет один специалист, пациент может помочь.*  Цель перемещения: придать пациенту комфортное положение при вынужденном или пассивном положении, риске развития пролежней, смене положения.  Оснащение: дополнительная подушка, упор для ног.   1. Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, сейчас мне будет необходимо поменять Вам положение на боку. Вы согласны? (пациент согласен). Если можете, помогайте мне.   1. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 2. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. 3. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. 4. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 5. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати. 6. Необходимо убедиться, что пациент лежит горизонтально, при необходимости переместить пациента к краю кровати, противоположному той стороне, куда требуется повернуть пациента. 7. Попросить пациента скрестить руки на груди при необходимости помочь пациенту. 8. При повороте на правый бок: Левую ногу пациента положить на правую 9. Встать близко с той стороны кровати, куда переворачиваете пациента, положить рядом с пациентом протектор. 10. Поставить колено на протектор, вторая нога служит опорой. 11. Положить одну руку на плечо пациента, другую - на соответствующее бедро, т. е. если пациент переворачивается на правый бок, положить левую руку на его левое плечо, а правую — на его левое бедро. 12. Поверните пациента на бок, перенеся свой вес на ногу, стоящую на полу. 13. Подложить подушку под голову пациента. Пациент должен лежать на своей руке. 14. Руки пациента слегка согнуть. 15. Рука, находящаяся сверху, лежит на подушке. 16. Подложить подушку под спину пациента. 17. Положить подушку (от паховой области до стопы) под полусогнутую ногу пациента, лежащую сверху. 18. Положите упор для ног у подошвы ноги, которая лежит снизу. 19. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. 20. Накрыть пациента одеялом. 21. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.   ***Поворачивание пациента из положения «на спине» в положение «лежа на животе»,***  *Перемещение выполняет один специалист, пациент может помочь.*  Цель перемещения: придать пациенту комфортное положение при вынужденном или пассивном положении, риске развития пролежней, смене положения.  Оснащение: свернутое одеяло или банное полотенце, небольшая подушка, валики.   1. Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, сейчас мне будет необходимо поменять Вам положение лежа на животе. Вы согласны? (пациент согласен). Если можете, помогайте мне.   1. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 2. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. 3. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. 4. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 5. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати. 6. Необходимо убедиться, что пациент лежит горизонтально, при необходимости переместить пациента к краю кровати, противоположному той стороне, куда требуется повернуть пациента. 7. Разогнуть руку пациента, прижмите ее к туловищу ладонью вверх. 8. Затем поднять боковые поручни, перейти на другую сторону кровати и опустите там боковые поручни. 9. Подложить свернутое одеяло (полотенце) или небольшую подушку под верхнюю часть живота пациента. 10. Рядом с пациентом положить протектор и поставить на него колено. 11. Положить одну руку на плечо, а другую — на бедро пациента, находящееся дальше от вас и перевернуть пациента на живот в Вашу сторону. 12. Голова пациента располагается на боку. 13. Под голову пациента положить подушку. 14. Также подложить подушки под голени, чтобы пальцы не касались постели. 15. Далее согнуть одну руку пациента в локтевом суставе под углом 90°, другую — положить вдоль туловища. 16. Подложить подушки (или поролон в чехле) под локти, предплечья и кисти. 17. Подложить небольшие валики рядом со стопами пациента с наружной стороны. 18. Затем расправить простыню и подкладную пеленку. 19. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. 20. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни. 21. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне. 22. **Уход за лихорадящим больным.**   Принципы ухода за лихорадящими больными в зависимости от стадии (периода) лихорадки можно кратко сформулировать следующим образом:  ⎯ в первый период лихорадки необходимо «согреть» больного,  ⎯ во второй период лихорадки следует «охладить» больного,  ⎯ в третий период необходимо предупредить падение АД и сердечно-сосудистые осложнения.  ***Помощь в первом периоде лихорадки***   1. обеспечить постельный режим; 2. тепло укрыть пациента; 3. к ногам положить грелку; 4. обеспечить обильное горячее питьё (чай, настой шиповника и др.); 5. контролировать физиологические отправления; 6. обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.   ***Помощь во втором периоде лихорадки***   1. следить за строгим соблюдением пациентом постельного режима; 2. обеспечить постоянное наблюдение за лихорадящим пациентом (контроль АД, пульса, температуры тела, за общим состоянием); 3. заменить теплое одеяло на легкую простыню; 4. давать пациенту (как можно чаще!) витаминизированное прохладное питье (морс, настой шиповника); 5. на лоб пациента положить пузырь со льдом или холодный компресс, смоченный в растворе уксуса (2 столовых ложки на 0,5 литра воды) - при выраженной головной боли и для предупреждения нарушения сознания; 6. при гиперпиретической лихорадке следует сделать прохладное обтирание, можно использовать примочки (сложенное вчетверо полотенце или холщовую салфетку, смоченные в растворе уксуса пополам с водой и отжатые, нужно прикладывать на 5-10 мин., регулярно их меняя); 7. периодически протирать слабым раствором соды ротовую полость, a губы смазывать вазелиновым маслом; 8. питание осуществлять по диете № 13; 9. следить за физиологическими отправлениями, подкладывать судно, мочеприёмник; 10. проводить профилактику пролежней.   ***Помощь в третьем периоде лихорадки***  ***При критическом снижении температуры тела пациента***   1. вызвать врача; 2. приподнять ножной конец кровати и убрать подушку из-под головы; 3. контролировать АД, пульс; 4. приготовить для п/к введения 10% раствор кофеин-бензоат натрия, кордиамин, 0,1% раствор адреналина, 1% раствор мезатона; 5. дать крепкий сладкий чай; 6. укрыть пациента одеялами, к рукам и ногам пациента приложить грелки; 7. следить за состоянием его нательного и постельного белья (по мере необходимости бельё нужно менять, иногда часто).   ***При литическом снижении температуры тела пациента***   1. создать пациенту покой; 2. контроль t°, АД, ЧДД, РS; 3. производить смену нательного и постельного белья; 4. осуществлять уход за кожей; 5. перевод на диету № 15; 6. постепенное расширение режима двигательной активности. 7. **Смена нательного и постельного белья.**   **Смена постельного белья продольным способом**  Цель: смена постельного белья тяжелобольным пациентам.  Показания: постельный режим пациента   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Подготовить комплект чистого белья, чистую простыню свернуть в продольный рулон.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, сейчас мне будет необходимо поменять Вам постельное белье продольным способом. Вы согласны? (пациент согласен).   1. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 2. Отгородить пациента ширмой. 3. Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка) Приготовить емкость для сбора грязного белья. 4. Снять с одеяла пациента пододеяльник, укрыть пациента пододеяльником на время смены белья. Сложить одеяло и отложить его в «чистую» зону. 5. Убрать подушку из-под головы, снять с нее грязную наволочку, поместить в емкость для сбора грязного белья, надеть чистую и положить в чистую зону. 6. 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. 7. 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. 8. Чистую простыню разложить на кровати и раскручивать в направлении спины пациента, избегая прямого контакта грязного и чистого постельного белья. 9. 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. 10. Скрутить грязную простыню и сбросить ее в емкость для сбора грязного белья 11. Раскрутить чистую простыню, тщательно разгладить, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелить подкладную пелёнку. 12. Заправить края чистой простыни под матрац. 13. Под голову положить подушку. 14. Надеть чистый пододеяльник на одеяло, убрать грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья. 15. Накрыть пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедиться, что больному комфортно. Поднять поручни кровати, при их наличии. 16. Убрать ширму. 17. Емкость для сбора грязного белья увезти в санитарную комнату. 18. Обработать поверхности в палате дезинфицирующим раствором. 19. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 20. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **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.  **Смена постельного белья поперечным способом, выполняют два человека**  Цель: смена постельного белья тяжелобольным пациентам.  Показания: постельный режим пациента  Противопоказания: укладывание на бок.   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, сейчас мне будет необходимо поменять Вам постельное белье продольным способом. Вы согласны? (пациент согласен).   1. Подготовить комплект чистого белья, чистую простыню свернуть в поперечный рулон. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 3. Отгородить пациента ширмой. 4. Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка) Приготовьте емкость для сбора грязного белья. 5. Снять с одеяла пациента пододеяльник, укрыть пациента пододеяльником на время смены белья. Сложить одеяло и отложить его в «чистую» зону. 6. 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. 7. Освободить края простыни из-под матраца 8. 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. 9. На чистую простыню положить подушку и опустить на нее голову пациента. 10. Согнуть пациенту ноги, попросить его приподнять таз (одна медицинская сестра приподнимет таз), другая медицинская сестра сдвигает грязную простыню к ногам пациента и расправляет чистую. 11. Грязную простыню поместить в емкость для сбора грязного белья 12. Раскрутить чистую простыню, тщательно разгладить, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелить подкладную пелёнку. 13. Заправить края чистой простыни под матрац. 14. Под голову пациента положить подушку. 15. Надеть чистый пододеяльник на одеяло, убрать грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья. 16. Накрыть пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедиться, что пациенту комфортно. Поднять поручни кровати, при их наличии. 17. Убрать ширму. 18. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 19. Обработать поверхности в палате дезинфицирующим раствором. 20. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 21. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **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.  **Смена нательного белья**  Цель: соблюдение личной гигиены, профилактика опрелостей, пролежней.  Показания: постельный режим пациента.   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, сейчас мне будет необходимо поменять Вам нательное белье. Вы согласны? (пациент согласен).   1. Подготовить комплект чистого белья. 2. Провести гигиеническую обработку рук, маску, перчатки. 3. Отгородить пациента ширмой. 4. Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка). Приготовить емкость для сбора грязного белья. 5. Помочь пациенту сесть на край кровати, (по возможности), либо придать пациенту положение Фаулера. 6. 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. 7. Укрыть пациента простыней. 8. Помочь пациенту надеть чистую рубашку: сначала на поврежденную руку. 9. Помочь пациенту снять оставшееся белье: носки (в положении сидя), брюки, нижнее белье (в положении лежа), грязное белье поместить в емкость для сбора грязного белья. 10. Помочь пациенту надеть чистое белье: нижнее белье и брюки начинают надевать сначала на поврежденную конечность. 11. Придать пациенту удобное положение в кровати. 12. Убрать ширму. 13. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 14. Обработать использованные поверхности в палате дезинфицирующим раствором. 15. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 16. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **Примечание:** при проведении смены белья необходимо интересоваться самочувствием пациента.   1. **Дать пациенту жидкую пищу через гастростому, назогастральный зонд.**   **Кормление тяжелобольного через назогастральный зонд**  Цель: накормить пациента.  Показания: расстройство глотательной функции, бессознательное состояние, хирургические вмешательства на желудке, аномалии развития при сохранной проходимости пищевода.  **Оснащение:**  назогастральный зонд, шприц Жане, непромокаемую салфетку, полотенце, зажим (заглушку), 3 - 4 стакана пищи (питательной смеси) с температурой 38 – 400 С, кипяченую воду до 100 мл., средства индивидуальной защиты, емкость для сбора грязного белья, емкости для дезинфекции предметов ухода за пациентом, емкости для сбора отходов класса «Б».   1. Предупредить (если пациент адекватен) пациента заранее (10-15 мин.) о предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, через минут 10-15 будет проводиться прием пищи через назогастральный зонд, Вы согласны?   1. Проветрить помещение 2. Провести гигиеническую обработку рук, перчатки. 3. Придать пациенту положение Фаулера, на грудь пациента положить непромокаемую салфетку. 4. Обработать перчатки антисептическим раствором. 5. Убедиться, что зонд находится в желудке (метка на зонде или при помощи фонендоскопа и шприца Жане). 6. Набрать в шприц питательную смесь, предварительно приготовленную, удалить из шприца воздух. 7. Снять зажим/заглушку с зонда,   подсоединить к зонду шприц с пищей. 8. Ввести питательную смесь, перекрыть зонд, отсоединить использованный шприц, наложить зажим/заглушку. 9. Подсоединить шприц с водой, снять зажим, промыть зонд, перекрыть зонд, отсоединить использованный шприц, наложить зажим/заглушку. 10. Использованный шприц Жане положить в емкость из-под пищи. 11. Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья. 12. Пациента на 20-30 минут оставить в положении Фаулера (по возможности), затем придать удобное положение. 13. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 14. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое – обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима. Обработать поверхности. 15. Снять перчатки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 16. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **Кормление пациента через гастростому**  Цель: накормить пациента.  Показания: непроходимость пищевода в связи с ожогами, ранениями, опухолями.  Оснащение : стерильный желудочный зонд, стерильное вазелиновое масло, шприц Жане или воронка, непромокаемая салфетка или полотенце, зажим, ёмкость с пищей температуры 38 – 400 С, кипяченая вода до 100 мл., средства индивидуальной защиты, клеенчатый мешок для использованного белья, емкости для дезинфекции предметов ухода за пациентом, емкости для сбора отходов класса «Б».   1. Предупредить (если пациент адекватен) пациента заранее (10-15 мин.) о предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, сейчас мне будет необходимо поменять Вам постельное белье продольным способом. Вы согласны? (пациент согласен).  -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, через минут 10-15 будет проводиться прием пищи через гастростому, Вы согласны?   1. Проветрить помещение 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. 3. Придать пациенту положение Фаулера, рядом с пациентом положить непромокаемую салфетку. 4. Вскрыть упаковку с зондом. 5. Обработать перчатки антисептическим раствором. 6. Вставить заглушку в дистальный конец зонда. 7. Облить конец зонда стерильным вазелиновым маслом и ввести в гастростому. 8. Снять заглушку с зонда и подсоединить к воронке. Слегка наклонить воронку и наполнить питательной смесью, температура которой 38-40 °С. Медленно поднять воронку, держать прямо, когда пища опустится до устья воронки, следует опустить ее до уровня желудка и снова заполнить питательной смесью. 9. После кормления, промыть воронку кипячёной водой, отсоединить. 10. Наложить зажим на зонд (или закрыть заглушкой) и зафиксировать зонд до следующего кормления, придать пациенту удобное положение. 11. Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья. 12. Пациенту рекомендовать не вставать с постели в течение 1,5-2 часов. 13. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 14. Использованную посуду, воронку поверхность прикроватной тумбочки обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима. 15. Перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 16. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре. 17. **Определить степень риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента.**     Пример:  Масса выше среднего – 1 балл  Цвет кожных покровов изменен – 2 баллов  Женский – 2 балла,  45 лет – 1 балл,  Сердечная недостаточность 5 баллов  Полный контроль удержания мочи и кала – 0 баллов  Подвижность - ограниченная подвижность балла  Аппетит – плохой 1 балл  Неврологические расстройства – инсульт 1 балл  Итого: 13 баллов в зоне риска.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе. | 1 | | Уход за лихорадящим больным в разные периоды. | 1 | |  | Смена нательного (продольным и поперечным способом) и постельного белья. | 1 | |  | Кормление пациента жидкой пищей через гастростому, назогастральный зонд. | 1 | |  | Определить степень риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента. | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 25 мая 2020 | 1. **Применить грелку по назначению врача.**   **Цель**: для снятия болей, отёков, ускорение рассасывания старых воспалительных процессов, для согревания тела.  **Показания**:   * хронические вялотекущие воспалительные процессы в стадии рассасывания; * для согревания тела при лихорадке (1-ый период); * после инъекций; * коллаптоидные состояния; * спазм моче- и желчевыводящих путей и др. * дуоденальное зондирование; * постинъекционные инфильтраты; * гипертония (к ногам для отвлечения крови от мозга)   ***Противопоказания:***   * острые воспалительные процессы в брюшной полости (аппендицит, перитонит и др.); * гнойные воспалительные процессы; * кровотечения; * туберкулез; * новообразования; * различные кровоизлияния, гематомы; * при ошибочном введении лекарственных веществ; * все боли не ясной этиологии; * свежие ушибы, травмы; * кожные заболевания, повреждения кожи.   ***Проблемы***: ожоги, аллергические реакции (на резину), обострение хронических заболеваний.  **Оснащение**: грелка; пеленка; горячая вода (60˚-70˚).   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, по назначению врача Вам назначена грелка, Вы согласны?   1. Вымыть руки. 2. Налить горячую воду в грелку 2\3-1\2 объёма 3. Вытеснить воздух. 4. Завинтить плотно пробкой. 5. Перевернуть грелку пробкой вниз, чтобы убедиться, что пробка завинчена плотно, затем вернуть в исходное положение и обернуть пеленкой. 6. Если пациент без сознания или лишен чувствительности, то необходимо проверить температуру грелки на себе. 7. Положить грелку на нужную область тела.   -Как чувствуйте себя? Не горячо?   1. Убрать грелку по истечении назначенного врачом времени. 2. Осмотреть кожу пациента. 3. Вымыть руки. 4. Сделать отметку в «Медицинской карте». 5. **Применить пузырь со льдом.**   Цель: остановить и предотвратить кровотечение, кровоподтёки, снизить температуру, замедлить развитие острых воспалительных процессов.  ***Показания:***   * кровотечения, кровоподтеки, кровохарканье; * черепно-мозговые травмы, сотрясение головного мозга; * свежие ушибы, травмы без повреждений кожи; * гнойные воспалительные процессы; * после родов, абортов, после операций; * ошибочное введение лекарственных средств.   ***Противопоказания:***   * коллаптоидные состояния, шок; * хронические воспалительные заболевания; * повреждения кожных покровов; * общее истощение; * туберкулез.   ***Проблемы:***   * обострение хронических воспалительных процессов; * обратный эффект * отморожение верхних слоев кожи; * переохлаждение   ***Оснащение:*** кубики льда; пузырь для льда; пеленка или салфетка, холодная вода.   1. Установить контакт с пациентом: Поздороваться, представиться, обозначить свою роль.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, по назначению врача Вам назначен пузырь со льдом, Вы согласны?   1. Попросить пациента представиться. 2. Сверить ФИО пациента с медицинской документацией. 3. Сообщить пациенту о назначении врача. 4. Объяснить ход и цель процедуры. 5. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение лежа на спине на кровате, и освободить от одежды нужный участок тела. 6. Обработать руки гигиеническим способом. 7. Надеть нестерильные медицинские перчатки. 8. Положить пузырь на горизонтальную поверхность манипуляционного стола. 9. Проверить температуру воды в емкости (+14- 16ºС) при помощи водного термометра выполнить. 10. Наполнить пузырь кусочками льда (имитация) из контейнера, добавить воды температурой +14-16°С. 11. Слегка надавливая, вытеснить воздух, закрутить крышку пузыря. 12. Проверить герметичность пузыря со льдом, перевернув над лотком. 13. Осушить пузырь со льдом одноразовой нестерильной салфеткой. 14. Поместить использованную салфетку в емкость для отходов класса А. 15. Обернуть пузырь со льдом одноразовой пеленкой и положить на нужный участок тела на 20 мин.   -Как чувствуете себя? Нехолодно?   1. Пузырь со льдом можно держать длительное время, но через каждые 20 минут необходимо делать перерывы по 15-20 минут. 2. По мере таяния льда воду сливать и добавлять кусочки льда. 3. Контролировать состояние пациента, степень влажности пеленки. 4. Снять пузырь со льдом с тела пациента. 5. Поместить одноразовую пеленку в емкость для медицинских отходов класса «Б». 6. Салфеткой осушить кожу пациента. 7. Поместить салфетку в емкость для медицинских отходов класса «Б». 8. Вылить воду из пузыря в раковину. 9. Обработать пузырь методом двукратного протирания салфеткой с дезинфицирующим раствором по инструкции. 10. Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б». 11. Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками по инструкции. 12. Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б». 13. Снять перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б». 14. Обработать руки гигиеническим способом. 15. Узнать у пациента его самочувствии.   -Как себя чувствуете?   1. Сделать запись о выполненной процедуре в листе назначений. 2. **Поставить холодный компресс по назначению врача.**   Цель: остановить кровотечение, уменьшить кровоподтёки, снизить температуру.  Показания: носовые кровотечения, высокая температура, свежие ушибы и др.  Противопоказания: старые ушибы, кожные заболевания и повреждения кожи.  Проблемы пациента: обострение хронических заболеваний, обратный эффект, переохлаждение.  Оборудование: емкость с водой – не выше 12˚, желательно с холодильника; 2 полотенца; салфетки.   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. 2. Вымыть руки. 3. Подстелить под голову пациента непромокаемую пелёнку. 4. Сложить оба полотенца в несколько слоев, положить в емкость с холодной водой. 5. Отжать одно полотенце и расправить. 6. Положить на нужный участок тела на 2–3 мин. 7. Снять полотенце через 2-3мин. и погрузить его в холодную воду. 8. Отжать второе полотенце, расправить и положить на кожу на 2-3 мин. 9. Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени (от 5 до 60 мин.).   *Важно!* При выполнении этой процедуры вы не должны отлучаться от пациента.   1. **Втирание мази в кожу, нанесение мази на кожу пациента.**   **Применение втирания**  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.   * 1. Подготовка к процедуре   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, по назначению врача Вам назначен втирание мази, Вы согласны?  1)Прочитать название препарата.  2)Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве.  3)Помочь пациенту занять удобное положение.  4)Спросить, не хочет ли пациент, чтобы его отгородили ширмой (если в палате находятся другие пациенты).  5)Осмотреть участок кожи, на котором нужно втирать мазь.  6)Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  II. Выполнение процедуры  1) Нанести нужное для втирания количество мази на специальное приспособление.  2) Втирать мазь легкими вращательными движениями в определенную врачом поверхность кожи до тех пор, пока не исчезнут следы мази (или по инструкции).  3) Тепло укрыть пациента, если этого требует инструкция.  III. Окончание процедуры  1) Убедиться в том, что пациент не испытывает дискомфорта после проведенной процедуры.  -Как себя чувствуете? Нет никакого дискомфорта?  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.**  **Нанесение мази на кожу.**  Цель: лечебная.  Показания: назначение врача.  Оснащение: мазь (лекарственное средство), одноразовый шпатель, салфетки.  I. Подготовка к процедуре  1) Прочитать название мази.  2) Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате.  3) Помочь пациенту занять удобное для процедуры положение.  4) Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  II. Выполнение процедуры  1) Выдавить из тюбика на стеклянную лопаточку (шпатель) мазь (по назначению врача).  2) Нанести мазь тонким слоем на кожу, пользуясь стеклянной лопаточкой (шпателем).  3) Попросить пациента подержать поверхность кожи с нанесенной мазью 10-15 мин. открытой.  4) Спросить пациента не испытывает ли он дискомфорта в связи с процедурой.  -Как себя чувствуете? Нет никакого дискомфорта?  5) Снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  III. Окончание процедуры  1) Осмотрев кожу, убедитесь, что мазь впиталась в поверхность кожи.  2) Использованные материалы (шпатель) погрузить в емкость для отходов класса «Б».  3) Снять перчатки, погрузить в емкость для отходов класса «Б». Обработать руки на гигиеническом уровне.   1. **Поставить согревающий компресс по назначению врача.**   ***Важно!*** лекарственные средства, применяемые для компресса, могут вызывать раздражения, поэтому кожу перед применением компрессов **необходимо смазать детским кремом или вазелиновым маслом.**  Цель: снятие болей, ускорение рассасывания старых воспалительных процессов  Показания: местные воспалительные процессы кожи и подкожно-жировой клетчатки, воспалительные процессы суставов, воспаление среднего уха, а также старые ушибы (через сутки после травмы).  Противопоказания***:*** отеки, гнойные процессы, свежие ушибы, кровоподтеки, повреждения кожи, кожные заболевания, острые воспалительные процессы, высокая лихорадка, аллергические реакции.  Проблемы***:*** аллергические реакции, раздражения кожи, обострения хронических воспалительных заболеваний, химические ожоги.  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.   * + 1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.   -Здравствуйте, я ваша медицинская сестра – Мария Ивановна, по назначению врача Вам согревающая компресс, Вы согласны?   * + 1. Вымыть руки.     2. Подготовить салфетку нужного размера.     3. Вырезать кусок компрессной клеёнки – на 2см больше салфетки со всех сторон.     4. Приготовить ватную подушечку – на 2см больше компрессной клеёнки, сложить слои – вата, затем компрессная клеёнка.     5. Смочить салфетку в 45˚ спирте (или в теплой воде), 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 6-8 часов (полуспиртовый) и на 8 - 12 часов (водный).     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. Вымыть руки.     11. Снять компресс через положенное время.     12. Вытереть кожу и наложить сухую повязку.     13. Вымыть руки.     14. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции пациента в «Медицинской карте стационарного больного».  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Применение грелки по назначению врача. | 1 | |  | Применение пузырь со льдом. | 1 | |  | Постановка холодного компресса по назначению врача. | 1 | |  | Втирание мази в кожу, нанесение мази на кожу пациента. | 1 | |  | Поставить согревающий компресс по назначению врача. | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 26 мая 2020 | 1. **Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером.**   Оснащение: средства индивидуальной защиты, адсорбирующая пеленка, ватные или марлевые шарики, марлевые салфетки, емкость для воды, лейкопластырь, полотенце.   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 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. Убрать адсорбирующую пеленку в отходы класса «Б». 14. Провести дезинфекцию использованного материала. 15. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 16. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 17. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации. 18. **Опорожнить мочевого дренажного мешка.**   ***Инструкция по опорожнению ножного мочеприемника:***   1. Тщательно вымойте руки 2. Опустите мочеприемник ниже бедра или мочевого пузыря, так как Вы будете его опорожнять 3. Держите мочеприемник над унитазом или над специальным контейнером, который дал Вам Ваш врач. 4. Откройте сливное отверстие внизу мочеприемника и опорожните его в унитаз или в контейнер 5. Не позволяйте мочеприемнику касаться ободка унитаза или горловины контейнера 6. Промойте сливное отверстие мочеприемника спиртом при помощи марлевого или ватного тампона. 7. Тщательно закройте сливное отверстие мочеприемника. 8. Не кладите мочеприемник на пол. Снова прикрепите мочеприемник к ноге 9. Обработайте руки.   ***Замена ножного мочеприемника***  Меняйте мочеприемник не реже одного раза в месяц. Если из мочеприемника появился неприятный запах или он выглядит грязным, то замените его раньше.   1. Тщательно вымойте руки 2. Перед отсоединением мочеприемника перекройте конец катетера. Не касайтесь концом трубки катетера и мочеприемником никаких поверхностей, включая Ваши руки. 3. Продезинфицируйте конец катетера при помощи смоченного спиртом ватного или марлевого тампона. 4. Продезинфицируйте соединительное отверстие ножного мочеприемника тампоном, смоченном в спирте, если это не новый мочеприемник. 5. Прикрепите катетер к мочеприемнику. Проследите, что соединение было плотным и не было утечки мочи. 6. Прикрепите ножной мочеприемник к ноге. 7. Обработайте руки. 8. **Сменить подгузник.**   Цель: обеспечение гигиенического ухода при недержании мочи.  Показания: недержание мочи.   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. 3. Отгородить пациента ширмой. Открыть нижнюю часть тела. 4. Снять использованный подгузник, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 5. Подмыть пациента по алгоритму «Уход за наружными половыми органамии промежностью у женщин, мужчин». 6. Дать коже просохнуть. 7. Повернуть пациента на бок, под ягодицы положить расправленный подгузник строго по середине. 8. Повернуть пациента на спину, развести ноги. 9. Подтянуть на живот переднюю часть подгузника, заднюю часть подгузника расправить вокруг бедер. 10. Закрепить подгузник при помощи липучек спереди симметрично. Расправить подгузник, чтобы не было складок. 11. Придать пациенту удобное положение. 12. Убрать ширму. 13. Перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 14. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   **Примечание**: подгузник не должен очень плотно прилегать к телу, и сдавливать его.   1. **Осуществить посмертный уход.**   ***Цель***: подготовить труп к отправке в патологоанатомическое отделение (ПАО).  ***Показание***: смерть пациента.  ***Оснащение:***мыло, индивидуальное полотенце, перчатки, бинт, простыню, ручку, бланки направления ПАО.  ***Алгоритм действии:***   1. Факт смерти пациента (прекращение дыхания и сердцебиения, максимальное расширение зрачков и отсутствие реакции на свет) констатирует врач: делает запись в «Медицинской карте стационарного больного», указав дату и время ее наступления. 2. Проведите деконтаминацию рук на гигиеническом уровне, наденьте перчатки. 3. Разденьте труп, уложите на каталку на спину с разогнутыми конечностями, руки вдоль туловища. 4. Подвяжите бинтом нижнюю челюсть и опустите веки. 5. Снимите ценности с умершего в присутствии врача, составьте их перечень и передайте на хранение старшей медсестре или родственникам под расписку. 6. Зарегистрируйте ценности, если невозможно снять их с умершего в «Медицинской карте стационарного больного». 7. Накройте труп простыней и оставьте в таком положении на 2 часа вне палаты в лечебном отделении. 8. Определите достоверные признаки биологической смерти: *прекращение дыхания, сердцебиения, помутнение и высыхание роговицы глаза, размягчение глазных яблок, симптом «кошачьего глаза», снижение температуры тела ниже 20°С, трупные пятна, трупное (мышечное)окоченение*. 9. Напишите чернилами на бедре и бирке Ф.И.О. умершего, номер «Медицинской карты стационарного больного». 10. Труп с сопроводительным документом, заполненным врачом: Ф.И.О. умершего, номер «Медицинской карты стационарного больного», клинический диагноз, дата и время смерти перевезите на каталке в патологанатомическое отделение для последующего вскрытия. 11. Сообщите о смерти пациента в приемное отделение стационара, родственникам умершего, а при" отсутствии родственников - в отделение полиции. 12. Постельные принадлежности с кровати умершего помещают в мешок и подвергают дезинфекции. 13. Кровать, прикроватную тумбочку протирают дезсредством, прикроватное судно замачивают в растворе дезинфектанта в соответствии с требованиями санитарно-противоэпидемического режима. 14. Проводят заключительную дезинфекцию в палате.   ***Примечание***: труп доставляют через 2 часа в патологоанатомическое отделение; смерть, наступившую на дому, констатирует участковый врач, он же выдает справку с указанием клинического диагноза и причины смерти; при внезапной смерти, во время или после операции дренажи, трубки, катетеры оставляют в теле пациента в том положении, в котором они находились на момент смерти; осуществление посмертного ухода зависит от принадлежности умершего к той или иной религии.  ***Труп с сопроводительным документом, заполненным врачом, перевозят на специальной каталке в патологоанатомическое отделение для последующего вскрытия.***  Вещи умершего, бывшие при нем в отделении, собирают, описывают и передают родственникам.  Ценности с умершего медицинская сестра снимает в лечебном отделении в присутствии дежурного врача, оформляя это актом, и также передает родственникам.   1. **Распределить лекарственные средства, в соответствии с правилами их хранения.**  * Ответственность за хранение и расход лекарств, а также за порядок на местах хранения, соблюдение правил выдачи и назначение лекарств несет заведующий отделением (кабинетом). * Непосредственным исполнителем организации хранения и расхода медикаментов является старшая медицинская сестра. * Хранение медикаментов в отделениях (кабинетах) должно быть организовано в запирающихся шкафах. * Обязательно деление на группы "Наружные", "Внутренние", "Инъекционные", "Глазные капли". * Кроме того, в каждом отделении шкафа, например, "Внутренние", должно быть деление на порошки, микстуры, ампулы, которые размещаются раздельно, причем порошки хранятся, как правило, на верхней полке, а растворы на нижней. * Пахучие и красящие вещества должны быть выделены в отдельный шкаф. * Хранение лекарств в операционной, перевязочной, процедурной организуется в инструментальных остекленных шкафах или на хирургических столиках. Каждый флакон, банка, штанглаз, содержащие лекарства, должны иметь соответствующую этикетку. * Наркотические лекарственные средства должны храниться в сейфах или в железных шкафах. * В аптечных и медицинских организациях на внутренних сторонах дверец сейфов или металлических шкафов, в которых осуществляется хранение наркотических и психотропных лекарственных средств, должны вывешиваться списки хранящихся наркотических и психотропных лекарственных средств с указанием их высших разовых и высших суточных доз. * Дополнительно в медицинских организациях в местах хранения наркотических и психотропных лекарственных средств должны размещаться таблицы противоядий при отравлениях указанными средствами. * По истечении рабочего дня наркотические и психотропные лекарственные средства должны быть возвращены на место основного хранения наркотических и психотропных лекарственных средств. * Места хранения наркотических и психотропных лекарственных средств, требующих защиты от повышенной температуры (холодильная камера, холодильник, термоконтейнер), необходимо оборудовать приборами для регистрации температуры. * Недоброкачественные наркотические и психотропные лекарственные средства, выявленные в аптечной, медицинской организации или организации оптовой торговли лекарственными средствами, а также наркотические или психотропные лекарственные средства, сданные родственниками умерших больных в медицинскую организацию, до их списания и уничтожения подлежат идентификации и хранению на отдельной полке или в отдельном отделении сейфа или металлического шкафа. * В местах хранения медицинских препаратов должен соблюдаться температурный и световой режим. * Настои, отвары, эмульсии, пенициллин, сыворотки, вакцины, органопрепараты, растворы, содержащие глюкозу, и т.п. должны храниться только в холодильниках (температура 2 - 10 град. С).   ***Запрещается:***   * Дезинфицирующие средства, растворы для технических целей (обработки рук, инструментов, мебели, белья и т.д.) хранить вместе с медицинскими препаратами, предназначенными для лечения больных. * В отделениях и на постах расфасовывать, развешивать, переливать, перекладывать лекарства из одной упаковки в другую, заменять этикетки. * Выдавать лекарства без назначения врача, заменять одни средства другими. * Выдача больным лекарств, содержащих ядовитые и наркотические средства, должна производиться только отдельно от прочих медикаментов. * Во избежание ошибки перед вскрытием ампулы, упаковки следует вслух прочесть название препарата, дозировку, сверить с назначением и после этого отпустить больному.   ***Правила хранения и распределения лекарственных средств в отделении: на сестринском посту, в процедурном кабинете***   * Лекарства заводского, фабричного производства имеют цифровое обозначение серий, где две последние цифры обозначают год, а две предшествующие им - месяц выпуска. * Для лекарств, изготовленных в аптеке, установлены следующие сроки хранения: * Для водных растворов, содержащих бензилпенициллин, глюкозу - 1 сутки. * Для инъекционных растворов - 2 суток, * Для растворов натрия хлорида 0,9%, новокаина 0,25%, 0,5% во флаконах, укупоренных без обкатки, - 7 дней. После вскрытия используются немедленно. * Для глазных капель - 2 суток. * Для настоев, отваров, слизей - 2 суток. * Для эмульсий, суспензий - 3 суток. * Для остальных лекарств - 10 суток. * Перед использованием необходимо проверить лекарственные средства на признаки непригодности  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером | 1 | |  | Опорожнение мочевого дренажного мешка. | 1 | |  | Смена подгузника. | 1 | |  | Осуществление посмертного ухода. | 1 | |  | Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения. | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 27 мая 2020 | 1. **Набрать лекарственное средство из ампулы и поставить внутрикожную инъекцию.** 2. Ознакомился с листом назначения. Установил контакт с пациентом. Идентифицировал пациента. 3. Объяснил ход и цель процедуры, уточнил аллергологический анамнез, получил согласие на предстоящую процедуру. 4. Предложил пациенту занять удобное положение, предварительно положив на кушетку одноразовую пеленку. 5. 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. 6. 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. 7. Обработал руки мылом и водой, осуши, надел маску. Обработал руки антисептиком, дождался, пока руки высохнут, надел нестерильные перчатки. 8. Открыл и, при необходимости, собрал шприц внутри упаковки. 9. Открыл 3 спиртовые салфетки, не вынимая их из упаковок. 10. 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» . 11. Набрал в шприц нужное количество лекарственного препарата по назначению врача. Пустой флакон/ ампулу поместил в емкость для сбора отходов класса «А». Стекло». 12. 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. 13. Положил шприц, заполненный лекарственным препаратом в упаковку. 14. 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». 15. Дождался, пока кожа высохнет. 16. 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. 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. 18. Извлек иглу, придерживая канюлю. К месту введения препарата не прижимал салфетку с антисептическим раствором. 19. Отсек иглу в непрокалываемый контейнер для сбора отходов класса «Б», шприц в неразобранном виде поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». 20. Уточнил у пациента о его самочувствии, при необходимости проводил до палаты. 21. 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». 22. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 23. Сделал запись о проведенной процедуре: в листе назначения; в листе назначения в qMS. 24. **Набрать лекарственное средство из ампулы и поставить подкожную инъекцию.** 25. Ознакомился с листом назначения. Установил контакт с пациентом. Идентифицировал пациента. 26. Объяснил ход и цель процедуры, уточнил аллергологический анамнез, получил согласие на предстоящую процедуру. 27. Предложил пациенту занять удобное положение, предварительно положив на кушетку одноразовую пеленку. 28. 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. 29. 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. 30. Обработал руки мылом и водой, осуши, надел маску. Обработал руки антисептиком, дождался, пока руки высохнут, надел нестерильные перчатки. 31. Открыл и, при необходимости, собрал шприц внутри упаковки. 32. Открыл 4 спиртовые салфетки, не вынимая их из упаковок. 33. 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» . 34. Набрал в шприц нужное количество лекарственного препарата по назначению врача. Пустой флакон/ ампулу поместил в емкость для сбора отходов класса «А». Стекло». 35. 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. 36. Положил шприц, заполненный лекарственным препаратом в упаковку. 37. 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». 38. Дождался, пока кожа высохнет. 39. 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». 40. 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. 41. 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. 42. Попросил пациента держать прижатым место инъекции. 43. Отсек иглу в непрокалываемый контейнер для сбора отходов класса «Б», шприц в не разобранном виде поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». 44. Убедился в отсутствии наружного кровотечения в области инъекции забрал у пациента салфетку и поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». 45. Уточнил у пациента о его самочувствии, при необходимости проводил до палаты. 46. 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». 47. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 48. Сделал запись о проведенной процедуре: в листе назначения; в листе назначения в qMS.   **3. Набрать лекарственное средство из ампулы и поставить внутривенную инъекцию.**   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 | |  | Набор лекарственного средства из ампулы и поставка внутрикожной инъекции. | 1 | |  | Набор лекарственного средства из ампулы и поставка подкожной инъекции. | 1 | |  | Набор лекарственного средства из ампулы и поставка внутривенной инъекции. | 1 | |  | |  | |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 28 мая 2020 | 1. **Развести антибиотик, и поставить внутримышечную инъекцию.** 2. Ознакомился с листом назначения. Установил контакт с пациентом. Идентифицировал пациента. 3. Объяснил ход и цель процедуры, уточнил аллергологический анамнез, получил согласие на предстоящую процедуру. 4. Предложил пациенту занять удобное положение, предварительно положив на кушетку одноразовую пеленку. 5. 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. 6. 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. 7. Вымыл руки, надел маску. Провел гигиеническую обработку рук. Надел нестерильные перчатки. 8. Извлек шприц из упаковки, положил его в лоток для стерильного материала, упаковку от шприца поместил в емкость для сбора отходов класса «А». 9. 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». 10. Набрал в шприц нужное количество растворителя для антибактериального средства по инструкции. Пустой флакон/ ампулу поместил в емкость для сбора отходов класса «А». Стекло». 11. 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. 12. Присоединил шприц к подыгольному конусу и набрал содержимое флакона (по назначению врача) в шприц, сменил иглу, проверил проходимость иглы и вытеснил остатки воздуха из шприца, не снимая колпачок с иглы, готовый шприц положил в лоток для стерильного материала 13. 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». 14. 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». 15. 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». 16. 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. 17. Медленно ввел лекарственный препарат, сохраняя положение шприца. Приложил антисептическую салфетку к месту инъекции и извлек шприц с иглой, придерживая канюлю указательным пальцем и не изменяя направление шприца, не отрывая салфетку, слегка помассировал место введения препарата 18. Попросил пациента держать прижатым место инъекции. 19. Отсек иглу в непрокалываемый контейнер для сбора отходов класса «Б», шприц в неразобранном 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. Погрузил использованный лоток в емкость с дезинфицирующим средством «Для дезинфекции МИ». 23. 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». 24. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость «Отходы. Класс Б». Провел гигиеническую обработку рук. 25. Сделал запись о проведенной процедуре: в листе назначения; в листе назначения в qMS. 26. **Выполнить внутривенное капельное вливание.** 27. Ознакомился с листом назначения. Установил контакт с пациентом. Идентифицировал пациента. Объяснил ход и цель процедуры, уточнил аллергологический анамнез, получил согласие на предстоящую процедуру. 28. Предложил пациенту опорожнить мочевой и занять комфортное и безопасное положение, на кушетке лежа на спине, предварительно положив на нее одноразовую пеленку. 29. 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. 30. 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. 31. Обработал руки мылом и водой, осуши, надел маску, очки. Обработал руки антисептиком, дождался, пока руки высохнут, надел нестерильные перчатки. 32. 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». 33. 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. 34. Заполнил систему до полного вытеснения воздуха и появления капель из иглы для инъекций. Убедился в отсутствии пузырьков воздуха в трубке устройства. 35. Убедился, что пациент занял удобное положение, лежа на спине. 36. Попросил пациента освободить руку от одежды. Определил место постановки инфузионной системы. 37. 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. 38. 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. 39. 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". 40. 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). 41. 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. 42. Снял перчатки, одноразовые очки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 43. Наблюдал за состоянием пациента, его самочувствием на протяжении всей процедуры. 44. По завершении процедуры, обработал руки мылом и водой, осуши, надел маску. Обработал руки антисептиком, дождался, пока руки высохнут, надел нестерильные перчатки. 45. Закрыл зажим на системе. Извлек иглу из вены, прижав место инъекции антисептической салфеткой. 46. Попросил пациента держать прижатым место инъекции 5-7 минут, согнув руку в локте, или наложил давящую повязку. 47. 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. 48. 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». 49. Одноразовую пеленку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». 50. 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». 51. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 52. Еще раз уточнил у пациента его самочувствие. 53. Сделал запись о проведенной процедуре: в листе назначения; в листе назначения в qMS. 54. **Взять кровь из вены для различных видов исследования под руководством медицинского работника или ассистировать медицинскому работнику при проведении процедуры.**   ***Алгоритм забора крови системой вакуумного забора крови Vacuette***  ***Цель***– проведение забора крови на исследование.  ***Показания:***назначение врача.  ***Оснащение:***комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, очки или щиток; система вакуумного забора крови; вакуумная пробирка Vacuette с крышкой; стерильный лоток; стерильный пинцет; лоток для использованного материала; стерильные ватные шарики; жгут; клеенчатая подушечка; кожный антисептик, разрешенный к применению. Емкости для дезинфекции, емкости для сбора медицинских отходов.  ***Подготовка к процедуре***   1. Пригласить и проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. 2. Выписать направление. 3. Промаркировать пробирки. 4. Провести гигиеническую обработку рук. 5. Надеть маску, надеть перчатки. 6. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. 7. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 8. Собрать систему вакуумного забора крови Vacuette.   ***Выполнение процедуры***   1. Удобно усадить или уложить пациента. 2. Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту. 3. Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. 4. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 5. Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента. 6. Надеть очки. 7. Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх. 8. Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола). 9. Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см. 10. Провести пунктирование вены. 11. Вставить пробирку в держатель до упора. 12. Ослабить жгут, как только кровь начнет поступать в пробирку. 13. После прекращения тока крови извлечь пробирку из держателя. 14. Вынуть держатель с иглой из вены, предварительно приложив к месту венепункции ватный шарик, или спиртовую салфетку на 3-7 минут, после чего галожить давящую повязку.   ***Завершение процедуры***   1. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбрасывать в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. 2. Снять перчатки, очки, маску и поместить в емкость для дезинфекции. 3. Провести гигиеническую обработку рук. 4. Сделать запись о выполненной процедуре.   **Алгоритм забора крови из вены при помощи шприца**  ***Цель:*** определение некоторых биохимических показателей крови.  ***Оснащение:***комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, очки или щиток; стерильные пробирки в штативе; шприц для однократного применения 10 мл с иглой (0840, 1040); стерильные ватные шарики; жгут; клеенчатая подушечка; кожный антисептик, разрешенный к применению. Емкости для дезинфекции, емкости для сбора медицинских отходов.  ***Подготовка к процедуре***   1. Накануне исследования провести инструктаж и составить памятку по подготовке пациента к процедуре. 2. Пригласить и проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. 3. Выписать направление. 4. Промаркировать пробирки. 5. Провести гигиеническую обработку рук. 6. Надеть маску, надеть перчатки. 7. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. 8. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 9. Подготовить шприц. Положить его в стерильный лоток.   ***Выполнение процедуры***   1. Удобно усадить или уложить пациента. 2. Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту. 3. Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. 4. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 5. Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента. 6. Надеть очки. 7. Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх. 8. Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола). 9. Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см. 10. Провести пунктирование вены. Возникает ощущение «попадания в пустоту». 11. Убедиться, что игла в вене: потянув поршень на себя. 12. Продолжать тянуть поршень на себя, набирая нужное количество крови и не снимая жгута. 13. Развязать жгут, прежде чем извлечь иглу из вены. 14. Прижать место пункции 3-м стерильным ватным шариком (салфеткой), смоченным 70% спиртом, извлечь иглу. 15. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе, удерживая ватный шарик на месте пункции 3-5 минут, затем наложить давящую повязку, ватный шарик сбросить в дезинфицирующий раствор. 16. Снять иглу со шприца, сбросить в лоток для использованного материала. 17. Выпустить медленно кровь по стенке пробирки, находящейся в штативе. 18. Следить, чтобы кровь не пенилась при быстром наполнении пробирки. 19. Установить штатив в специальный контейнер для транспортировки.   ***Завершение процедуры***   1. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. 2. Обработать жгут и клеенчатую подушечку. 3. Снять перчатки, очки, маску и поместить в емкость для дезинфекции. 4. Провести гигиеническую обработку рук. 5. Доставить контейнер с материалом и направлением в клиническую лабораторию.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Разведение антибиотика, и поставка внутримышечной инъекции. | 1 | |  | Выполнение внутривенного капельного вливания. | 1 | |  | Взятие крови из вены для различных видов исследования под руководством медицинского работника или ассистирование медицинскому работнику при проведении процедуры. | 1 | |  | |  | |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 29 мая 2020 | 1. **Введение газоотводной трубки.**   Цель: выведение газов из кишечника.  Показание: метеоризм.  Противопоказания: кишечные кровотечения, выпадение прямой кишки.  Оснащение: стерильная газоотводная трубка, стерильное вазелиновое масло, марлевая салфетка, лоток, средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, фартук; ширма, адсорбирующая пеленка, судно, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.   1. Установить контакт с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль). 2. Идентифицировать пациента (попросить пациента представиться, чтобы сверить с историей болезни). 3. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. 4. Объяснить ход и цель процедуры. 5. Обработать руки гигиеническим способом. 6. Надеть нестерильные перчатки. 7. Помочь пациенту лечь на левый бок, слегка привести ноги к животу. 8. Подложить под пациента одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую). 9. Поставить рядом с пациентом (на постель возле ягодиц) судно с небольшим количеством воды. 10. Взять упаковку со стерильной газоотводной трубкой, оценить срок годности, убедиться в целостности упаковки. 11. Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой. 12. Поместить упаковку в емкость для медицинских отходов класса «А». 13. Закруглённый конец трубки смазать лубрикантом (имитация вазелина) на протяжении 30 см методом полива над лотком и оставить трубку над лотком. 14. Приподнять одной рукой ягодицу, и другой рукой осторожно ввести газоотводную трубку на 3-4 см по направлению к пупку, далее на 15-20 см по ходу кишечника параллельно позвоночнику. 15. Уточнить у пациента его самочувствие. 16. Опустить свободный конец трубки в судно с водой. Оставить трубку в кишечнике не более одного часа до полного отхождения газов. 17. Накрыть пациента простынёй или одеялом. При выполнении процедуры необходимо контролировать отхождение газов и самочувствие пациента каждые 15 минут. 18. Уточнить у пациента его самочувствие. 19. После полного отхождения газов извлекаем газоотводную трубку через сухую нестерильную салфетку. 20. Поместить использованную газоотводную трубку в емкость для медицинских отходов класса «Б». 21. Обработать прианальное пространство гигиенической влажной салфеткой. 22. Поместить использованную салфетку в емкость для медицинских отходов класса «Б». 23. Поместить судно на подставку. 24. Убрать пеленку методом скручивания и поместить ее в емкость для медицинских отходов класса «Б».Снять перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б». 25. Обработать руки гигиеническим способом. 26. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинскую документацию. 27. **Поставить очистительную клизму.**   ***Цель:*** добиться отхождения каловых масс и газов.  ***Показания:*** подготовка пациента к рентгенологическому исследованию органов пищеварения, мочевыделения и органов малого таза, подготовка пациента к эндоскопическому исследованию толстой кишки, при запорах, перед постановкой лекарственной и питательной клизмы, подготовка к операции, родам.  ***Противопоказания:*** кровотечения из пищеварительного тракта, острые воспалительные и язвенные процессы в области толстой кишки и заднего процесса, злокачественные новообразования прямой кишки, первые дни после операции на органах пищеварительного тракта, трещины в области заднего прохода, выпадение прямой кишки.  ***Оснащение:*** средства индивидуальной защиты: перчатки; стерильный лоток, одноразовый клизменный наконечник; кружка Эсмарха; штатив; емкость с водой, (1,5-2 л); водный термометр; вазелиновое масло; шпатель; клеенчатый фартук; адсорбирующая пеленка; туалетная бумага; таз; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий. Обязательными условиями является температура воды, вводимой в кишечник. Без особых указаний это вода комнатной температуры – 20-25°С. При атоническом запоре температура воды -12 -20°С. При спастическом запоре температура воды - 40 -42°С.   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. 2. Пригласить пройти в клизменную. Также процедура может проводиться в палате, при невозможности транспортировать пациента, в этом случае перед процедурой пациента отгораживают ширмой. 3. Получить добровольное информированное согласие на выполнение манипуляции. Обеспечение конфиденциальности при выполнении манипуляции. 4. Провести гигиеническую обработку рук, надеть фартук, перчатки. Обеспечение инфекционной безопасности. 5. Закрыть вентиль и налить в кружку Эсмарха 1,5 л. воды, предварительно измерив ее температуру при помощи водного термометра. 6. Подвешать кружку на штатив, на уровне одного метра от пола. Качественное проведение манипуляции. Профилактика осложнений. 7. 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. Обеспечение инфекционной безопасности. Придание правильного положения для пациента во время проведения манипуляции. 8. Вскрыть упаковку с одноразовым клизменным наконечником, и присоединяет его к системе, не нарушая стерильности. Обеспечение инфекционной безопасности. 9. Открыть вентиль и слить немного воды через наконечник, вытесняя воздух, закрыть вентиль. Недопущение попадания воздуха в кишечник. 10. Облить наконечник вазелиновым маслом, не касаясь стерильной поверхности наконечника руками, или обработать наконечник вазелином при помощи шпателя. Обеспечение скольжения наконечника при введении. Профилактика травмирования.   ***Выполнение процедуры***   1. 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. Соблюдение техники безопасности, профилактика травмирования слизистой кишки. 2. Открыть вентиль на системе. Ввести необходимое количество жидкости. Когда вода опустится до устья кружки Эсмарха, закрыть вентиль. Недопущение попадания воздуха в кишечник. 3. Осторожно извлечь наконечник из прямой кишки. Профилактика травмирования слизистой кишки. 4. Попросить пациента в течение 10 минут полежать на спине и удерживать воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно. Обеспечение разжижения каловых масс и их эффективная эвакуация.   ***Завершение процедуры***   1. Отсоединить клизменный наконечник от системы, при этом можно использовать туалетную бумагу, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 2. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Обеспечение инфекционной безопасности. 3. Обработать кружку Эсмарха по инструкции дезинфицирующего средства, обработать кушетку. 4. Снять фартук и также провести его дезинфекцию, снять перчатки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 5. Провести гигиеническую обработку рук. 6. После дефекации пациента, убедиться, что процедура проведена успешно. 7. Сделать запись в медицинской карте о проведении процедуры. Убедиться что процедура проведена успешно. Документирование ведения манипуляции.   ***Примечание:*** при жалобе пациента на боль спастического характера прекратить введение раствора пока боль не утихнет. Предложить глубоко дышать.   1. **Поставить сифонную клизму.**   ***Цель:*** добиться отхождения каловых масс, газов из высоких отделов кишечника.  ***Показания:*** отсутствие эффекта от очистительной клизмы, послабляющих клизм и приема слабительных; необходимость выведения из кишечника ядовитых веществ, попавших в него через рот или выделившихся в кишечник через его слизистую оболочку; подозрение на кишечную непроходимость.  ***Противопоказания:*** кровотечение из желудочно-кишечного тракта; острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке; боли в животе неясной этиологии; злокачественные опухоли прямой кишки; массивные отеки.  ***Оснащение***: средства индивидуальной защиты: перчатки, маска, стерильная система для сифонной клизмы: одноразовый толстый зонд, стеклянная воронка емкостью 0,5-1 л ; вазелиновое масло; емкость в водой комнатной температуры 10-12 л; ковш емкостью 1 л; емкость для промывных вод; непромокаемый фартук; адсорбирующая пеленка, туалетная бумага, стерильная емкость для взятия промывных вод на исследование, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий.  ***Подготовка к процедуре***   * + 1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен).     2. Получить добровольное информированное согласие на выполнение манипуляции.     3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, клеенчатый фартук, перчатки. Обеспечение инфекционной безопасности.     4. Поставить таз около кушетки.     5. Положить на кушетку адсорбирующую пеленку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод.     6. 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. Обеспечение инфекционной безопасности. Качественное проведение манипуляции. Профилактика осложнений.     7. Вскрыть упаковку с толстым зондом, и воронкой, внутренняя поверхность упаковки служит стерильной поверхностью, на которой лежит зонд и воронка.     8. Обработать перчатки антисептическим раствором. Обеспечение инфекционной безопасности.   ***Выполнение процедуры***   * + 1. Взять в руку зонд, смазать облить слепой конец зонда вазелиновым маслом на протяжении 30-40 см. Обеспечение скольжения зонда при введении. Профилактика травмирования.     2. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см.     3. 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. Недопущение попадания воздуха в кишечник. Обеспечение инфекционной безопасности.     4. Медленно поднимать воронку выше ягодиц так, чтобы вода ушла в кишечник лишь до устья воронки. Недопущение попадания воздуха в кишечник.     5. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнит воронку полностью.     6. Слить воду из воронки в приготовленную емкость (при необходимости в лабораторную посуду для исследования). Обеспечение работы механизма по принципу сообщающихся сосудов. Проведение исследования промывных вод.     7. Промывание повторять до чистых промывных вод, но с использованием не более 10-12 л воды. Качественное проведение манипуляции. Профилактика осложнений.   ***Завершение процедуры***   * + 1. По окончании процедуры отсоединить воронку и убрать в емкость для дезинфекции, зонд оставить в кишечнике примерно на 10-20 минут для того, чтобы слилась оставшаяся в кишечнике жидкость.     2. После медленно извлечь зонд из кишечника через салфетку или туалетную бумагу и также поместить в емкость для дезинфекции. Обеспечение инфекционной безопасности.     3. Помочь пациенту провести туалет анального отверстия. У женщин обязательно кзади для профилактики инфицирования. Сбросить бумагу в емкость для сбора отходов класса «Б».     4. Промывные воды слить в канализацию.     5. Все использованные емкости подвергнуть дезинфекции по инструкции дезинфицирующего средства.     6. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».     7. Затем провести дезинфекцию поверхностей: кушетка, пол.     8. Снять фартук, провести его дезинфекцию.     9. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».     10. Провести гигиеническую обработку рук.     11. Уточнить у пациента его самочувстие, по возможности.     12. Произвести запись о проведенной процедуре. Документирование проведения манипуляции.  1. **Ввести лекарственное средство в прямую кишку.**   Цель: оказать местное или резорбтивное медикаментозное воздействие через слизистую оболочку прямой кишки.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом; спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки, маска; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, суппозитории из холодильника.   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. 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. 13. **Промыть желудок пациенту, находящемуся в сознании.**   **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.  ***Подготовка к процедуре***   1. Объяснить пациенту ход и цели предстоящей процедуры, если пациент в сознании, получить согласие. 2. Получить добровольное информированное согласие на выполнение манипуляции. 3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, фартук, перчатки, 4. Подготовить необходимое оснащение. Обеспечение инфекционной безопасности. Качественное проведение манипуляции. 5. Надеть фартук на пациента. Обеспечение защиты от рвотных масс и разбрызгивания промывных вод. 6. Усадить пациента на стул, голову немного наклонить вперед (или уложить, голова на бок, под головой адсорбирующая пеленка). Обеспечение правильного выполнения манипуляции. 7. Приставить таз к ногам пациента – слева от него, справа – ведро с водой. Осуществление сбора промывных вод. Обеспечение инфекционной безопасности. 8. Обработать перчатки антисептическим раствором. Измерить зондом расстояние до желудка (от мечевидного отростка до кончика носа и мочки уха), поставить метку. Обеспечение попадания зонда в желудок.   ***Выполнение процедуры***   1. Смочить слепой конец зонда, предложить пациенту открыть рот. Облегчение введение зонда. 2. Взять зонд в правую руку на расстояние 10 см от закругленного конца, встать справа от пациента, положить конец зонда на корень языка. Обеспечение попадания зонда в желудок. Убедиться в правильном местонахождении зонда в желудке. 3. Предложить пациенту делать глотательные движения, глубоко дышать носом. Зонд ввести до метки медленно и равномерно. 4. Ввести в желудок около 20 мл воздуха с помощью шприца Жанэ, выслушивая при этом в эпигастральной области характерные звуки. 5. Присоединить воронку к зонду. 6. Опустить воронку ниже уровня желудка, слегка наклонив ее, налить воду кружкой. Осуществление промывание желудка, используя принцип сообщающихся сосудов. 7. 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). 8. Повторить промывание до получения чистых промывных вод.   ***Завершение процедуры***   1. Отсоединить воронку и извлечь зонд из желудка, обернув его салфеткой. Дать пациенту прополоскать рот, обтереть вокруг рта салфеткой. Обеспечение инфекционной безопасности. Создание комфорта для пациента после проведения манипуляции. 2. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. Обеспечение инфекционной безопасности. 3. Промывные воды слить в канализацию, емкости продезинфицировать. 4. Обработать фартук двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства. 5. Отправить в лабораторию 200 мл промывных вод на исследование. Проведение исследования промывных вод. 6. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 7. Провести гигиеническую обработку рук. Обеспечение инфекционной безопасности. 8. Сделать запись о выполненной процедуре. Документирование проведения манипуляции.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Введение газоотводной трубки. | 1 | |  | Поставка очистительной клизмы. | 1 | |  | Поставка сифонной клизмы . | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пальчук Мария Ивановна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО

Специальность 34.02.01 – Сестринское дело

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Перечень манипуляций** | | **дата практики** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **всего манипуляций** |
| **1** | **2** | | | | **3** | | | | **4** | | | **5** | | | **6** | | | **7** | | | **8** | | | **9** | | | | **10** | | | | **11** | | | | **12** | |
| **Поликлиника** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Заполнение направлений для проведения анализов | 4 | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 4 |
| 2 | Взятие мазка из зева и носа для бактериологического исследования |  | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
| 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 | 1 | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
| 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 | 1 | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
| 13 | Дуоденальное зондирование |  | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
| **Стационар** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Подача увлажненного кислорода | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  |
| 15 | Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  |
| 16 | Заполнение документации при приеме пациента | |  | | 1 | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | 1 |
| 17 | Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза | |  | | 1 | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | 1 |
| 18 | Полная санитарная обработка пациента | |  | | 1 | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | 1 |
| 19 | Частичная санитарная обработка пациента | |  | |  | |  | | | 1 | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| 20 | Смена нательного и постельного белья | |  | |  | |  | | |  | | | | |  | 1 | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 1 | | |
| 21 | Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.) | |  | |  | |  | | | 1 | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 1 | | |
|  | Мытье рук и ног пациента, стрижка ногтей на руках и ногах пациента. | |  | |  | |  | | | 1 | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 1 | | |
|  | Мытье головы | |  | |  | |  | | | 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 | | |
| 25 | Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | | 1 | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 1 | | |
|  | Уход за наружными половыми органами мужчины и женщины | |  | |  | |  | | |  | | | | | 1 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 1 | | |
|  | Смена подгузника | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | | 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 | Бритье пациента | |  | |  | |  | | | 1 | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 1 | | |
| 29 | Работа со стерильным биксом, стерильным материалом | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 30 | Транспортировка и перекладывание больного | |  | | 1 | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 1 | | |
| 31 | Катетеризация мочевого пузыря | |  | |  | |  | | |  | | | | | 2 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 2 | | |
| 32 | Постановка банок | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 33 | Постановка горчичников | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 34 | Постановка согревающего компресса | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | | 1 | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 1 | | |
| 35 | Применение грелки, пузыря со льдом | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | | 1,1 | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 2 | | |
| 36 | Постановка горячего компресса | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 37 | Постановка холодного компресса | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | | 1 | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 38 | Разведение антибиотиков | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 39 | Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, внутривенные капельные | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | | 3 | | | 2 | | | |  | | | | |  | | | 5 | | |
| 40 | Забор крови из вены на исследование | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | | 1 | | | |  | | | | |  | | | 1 | | |
| 41 | Антропометрия | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 42 | Измерение пульса | | 1 | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 1 | | |
| 43 | Измерение температуры тела | | 1 | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 1 | | |
| 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 | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 49 | Профилактика пролежней. | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 50 | Заполнение порционного требования | |  | |  | | 1 | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 1 | | |
| 51 | Раздача пищи больным | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 52 | Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 53 | Искусственное кормление пациента | |  | |  | |  | | |  | | | | |  | 2 | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 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 | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | | 1 | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 1 | | |
| 59 | Закапывание капель в глаза | |  | |  | | 1 | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 1 | | |
| 60 | Введение мази за нижнее веко | |  | |  | | 1 | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 1 | | |
| 61 | Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос | |  | |  | | 1,1 | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 2 | | |
| 62 | Введение мази в носовые ходы | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 63 | Закапывание капель в ухо | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 64 | Нанесение мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | | 1 | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 1 | | |
| 65 | Подача судна и мочеприемника (мужчине и женщине) | |  | |  | |  | | |  | | | | | 1,1 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 2 | | |
| 66 | Постановка газоотводной трубки | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | 1 | | | | |  | | | 1 | | |
| 67 | Постановка лекарственной клизмы | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 68 | Постановка очистительной клизмы | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | 1 | | | | |  | | | 1 | | |
| 69 | Постановка масляной клизмы | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 70 | Постановка сифонной клизмы | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | 1 | | | | |  | | | 1 | | |
| 71 | Постановка гипертонической клизмы | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 72 | Введение лекарственного средства в прямую кишку | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | 1 | | | | |  | | | 1 | | |
| 73 | Оказать помощь пациенту при рвоте | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 74 | Промывание желудка | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | 1 | | | | |  | | | 1 | | |
| 75 | Осуществить посмертный уход | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | | |  | | | 1 | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | 1 | | |

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

подпись расшифровка подписи

Непосредственный

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

подпись расшифровка подписи

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

подпись расшифровка подписи

М.П. организации

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

ФИО обучающегося**\_\_\_\_\_\_\_Пальчук Мария Ивановна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

проходившего (ей) производственную практику

с 18.05 по 30.05 2020 г

за время прохождения практики мной выполнены следующие виды работ

**1.Цифровой отчет**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Виды работ** | **Количество** |
|  | Заполнение направлений для проведения анализов | 4 |
|  | Взятие мазка из зева и носа для бактериологического исследования |  |
|  | 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 | 1 |
|  | 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 | 1 |
|  | Дуоденальное зондирование |  |
|  | Подача увлажненного кислорода |  |
|  | Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии |  |
|  | Заполнение документации при приеме пациента | 1 |
|  | Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза | 1 |
|  | Полная санитарная обработка пациента | 1 |
|  | Частичная санитарная обработка пациента | 1 |
|  | Смена нательного и постельного белья | 1 |
|  | Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.) | 1 |
|  | Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе | 1 |
|  | Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента | 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 |
|  | Бритье пациента | 1 |
|  | Работа со стерильным биксом |  |
|  | Транспортировка и перекладывание больного | 1 |
|  | Катетеризация мочевого пузыря | 2 |
|  | Постановка банок |  |
|  | Постановка горчичников |  |
|  | Постановка согревающего компресса | 1 |
|  | Применение грелки, пузыря со льдом | 2 |
|  | Постановка горячего компресса |  |
|  | Постановка холодного компресса | 1 |
|  | Разведение антибиотиков | 1 |
|  | Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, капельные. | 5 |
|  | Забор крови из вены на исследование | 1 |
|  | Антропометрия |  |
|  | 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 |  |
|  | Искусственное кормление пациента | 2 |
|  | 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 | 1 |
|  | 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 |  |
|  | Втирание мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента | 1 |
|  | Подача судна и мочеприемника мужчине и женщине | 2 |
|  | Постановка газоотводной трубки | 1 |
|  | Постановка лекарственной клизмы |  |
|  | Постановка очистительной клизмы | 1 |
|  | Постановка масляной клизмы |  |
|  | Постановка сифонной клизмы | 1 |
|  | Постановка гипертонической клизмы |  |
|  | Введение лекарственного средства в прямую кишку | 1 |
|  | Оказать помощь пациенту при рвоте |  |
|  | Промывание желудка | 1 |
|  | Осуществить посмертный уход | 1 |
|  | Мытье рук и ног пациента, стрижка ногтей на руках и ногах пациента. | 1 |
|  | Мытье головы | 1 |
|  | Уход за наружными половыми органами мужчины и женщины | 1 |
|  | Смена подгузника | 1 |

Текстовый отчет

**Умения, которыми хорошо овладел обучающийся:** измерение АД, пульса и ЧДД, температуры тела; закапывание сосудосуживающие, масляные капли в нос; закапывание капель в ухо; закапывание капель в глаза; втирание мази в кожу, нанесение мази на кожу пациента; кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильник; подача судна и мочеприемника (мужчине и женщине), мытье рук и ног пациента, стрижка ногтей на руках и ногах пациента; мытье головы; утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица; санитарная обработка тяжелобольного в постели, смена нательного белья, определение степень риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента; уход за лихорадящим больным, полная или частичная санитарная обработка пациента; введение газоотводной трубки; введение лекарственного средства в прямую кишку; применение грелки по назначению врача; применение пузыря со льдом; постановка согревающего компресса по назначению врача; поставка горячего компресса по назначению врача; постановка холодного компресса по назначению врача; осуществление посмертного ухода; заполнение температурного листа при регистрации показателей, заполнить документацию при приеме пациента. Обучение пациента технике сбора мочи для различных исследований. Постановка внутримышечной и подкожной инъекции.

**Что проделано самостоятельно:**

* Заполнение направления для проведения анализов.
* Обучение пациента технике сбора мочи для различных исследований.
* Обучение пациента технике сбора фекалий для исследований.
* Оформление направлений на рентгенологические и эндоскопические методы исследования.
* Измерение АД, пульса и ЧДД, температуры тела.
* Заполнение документации при приеме пациента.
* Заполнение температурного листа при регистрации показателей.
* Заполнение журнала учета лекарственных средств.
* Заполнение порционного требования.
* Смена нательного и постельного белья.
* Поставка внутримышечной инъекции.
* Оказание помощи пациенту при рвоте.
* Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.)
* Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника.

Какая помощь оказана обучающемуся со стороны методического непосредственного руководителей практики:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

замечания и предложения по практике:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мария Ивановна Пальчук

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

(подпись)

МП организации