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. а Роибова Оиша Нуралиевна а

Место прохождения практики производственная практика в форме ЭО и ДОТ

(медицинская организация, отделение)

с «16» 06. 2020 г. по «29» 06. 2020г.

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 |
| 16. 06  17. 06  18. 06  19. 06  20. 06  22. 06  23. 06  24. 06  25. 06 | **ПП №1**  Заполнение направлений для проведения анализов   |  | | --- | | № отделения 34 № палаты 5  НАПРАВЛЕНИЕ  В биохимическую лабораторию  Кровь из вены на общий белок и белковые фракции, протромбин, фибриноген, билирубин, холестерин, остаточный азот, сулемовую и тимоловую пробы  ФИО\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_ дата\_03.06.20\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | В иммунологическую лабораторию  АНАЛИЗ КРОВИ НА ВИЧ  ФИО \_Иванов Иван Иванович\_\_\_  Год рождения \_\_31.12.2000\_\_\_\_\_  Адрес \_\_\_г. Красноярск \_ул. Вейнбаума 26\_\_\_\_\_\_\_  Место работы \_\_ОАО «КрасМаш» \_\_\_\_\_  Код контингента \_\_\_34552\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отделение \_\_\_Пульмонологическое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО врача \_\_\_\_\_роибова оиша нуралиевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | № отделения 33 № палаты 6  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Мокрота на общий анализ  ФИО \_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_  Дата: \_\_\_\_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | № отделения 42 № палаты 4  В биохимическую лабораторию  Кровь на б\х  ФИО \_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата: \_\_\_\_03,06,20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | № отделения 45 № палаты 2  НАПРАВЛЕНИЕ  В бак. лабораторию  Мокрота на микрофлору и чувствительность к антибиотикам  ФИО \_\_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | № отделения 34 № палаты 8  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Анализ мокроты на микобактерии туберкулеза  ФИО \_\_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_  Дата: \_\_\_\_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | № отделения 34 № палаты 6  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую (цитологическую) лабораторию  Анализ мокроты на атипичные клетки  ФИО \_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_  Дата: \_\_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | Отделение терапевтическое № палаты \_5\_\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Общий анализ мочи  ФИО \_Иванов Иван Иванович \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | Отделение терапевтическое \_ № палаты \_7\_\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Анализ мочи по Ничепоренко  ФИО \_\_\_Иванов Иван Иванович \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отделение терапевтическое \_ № палаты \_\_2\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  анализ мочи на сахар  ФИО \_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_  Суточный диурез \_\_\_6\_\_\_\_\_\_ л  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | Отделение терапевтическое\_\_ № палаты \_\_2\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Анализ мочи на диастазу  ФИО \_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | Отделение терапевтическое № палаты \_\_3\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Суточный диурез  ФИО \_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | Отделение терапевтическое \_ № палаты \_\_\_4\_  Суточный диурез  ФИО \_Иванов Иван Иванович \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  17.03\_\_\_3500\_\_\_\_\_\_м л.  18.03 \_\_\_\_5000\_\_\_\_ мл.  19.03 \_\_\_4500\_\_\_\_\_ мл. |  |  | | --- | | Отделение \_ терапевтическое \_ № палаты \_\_\_3\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Анализ мочи по Зимницкому  ФИО \_\_\_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | Отделение\_\_\_терапевтическое № палаты \_5\_\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В бактериологическую лабораторию  Анализ мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам  ФИО \_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | Отделение\_терапевтическое\_\_\_\_\_\_ № палаты \_2\_\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Анализ мочи на ацетон и кетоновые тела  ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | НАПРАВЛЕНИЕ  В бактериологическую лабораторию городской СЭС  Материал для исследования  Кал на бактериологическое исследование  ФИО \_\_\_Иванов Иван ИВАНОВИЧ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_19 лет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № истории болезни \_5243\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата поступления \_\_01.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата заболевания \_\_\_25.05.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Первичное или повторное исследование  Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата забора \_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Время \_9\_\_\_\_\_ часы \_\_30\_\_\_ минуты  ФИО врача \_\_\_роибова оиша нуралиевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО м\с \_\_\_\_\_\_\_\_роибова оиша нуралиевна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата направления \_\_\_02.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отделение \_терапевтическое № палаты \_5\_\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Кал на простейших  ФИО \_Иванов Иван Иванович \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | --- | | Отделение\_терапевтическое № палаты \_2\_\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Кал на простейших  ФИО \_\_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   Взятие мазка из зева для бактериологического исследования   1. Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования, сроки получения результата и получить согласие. 2. Поставить стеклографом номер на пробирке, соответствующий номеру направления (или штрих-код). Установить пробирку в штатив. 3. Обработать руки гигиеническим способом, надеть маску, перчатки. 4. Извлечь тампон из пробирки, придерживая его за пробку (пробирка остается в штативе). 5. Взять шпатель в другую руку; попросить пациента слегка запрокинуть голову и открыть рот; надавить шпателем на корень языка. 6. Не касаясь тампоном слизистой оболочки полости рта и языка, провести тампоном по правой миндалине, затем – небной дужке, язычку, левой небной дужке, левой миндалине. При ясно локализованных очагах материал берется двумя тампонами в две пробирки: из очага и всех участков. 7. Извлечь тампон из полости рта, положить шпатель в лоток для использованного материала, ввести тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности. 8. Поставить штатив для пробирок, в специальный контейнер для транспортировки. Проверить соответствие номера пробирки с номером направления и Ф.И.О. пациента. 9. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. 10. Снять перчатки, маску и поместить в емкость для дезинфекции. Провести гигиеническую обработку рук 11. Доставить пробу в лабораторию в контейнере в течение 1 часа. 12. Полученные результаты подклеить в историю болезни.   Взятие мазка из носа для бактериологического исследования   1. Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования, сроки получения результата и получить согласие. 2. Поставить стеклографом номер на пробирке, соответствующий номеру направления (или штрих-код). 3. Установить пробирку в штатив. 4. Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть маску, перчатки. 5. Извлечь тампон из пробирки, придерживая его за пробку (пробирка остается в штативе). 6. Свободной рукой приподнять кончик носа пациента, другой рукой ввести тампон в глубь левой, затем правой полости носа. 7. Извлечь тампон из полости носа и ввести тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности. 8. Поставить штатив для пробирок, в специальный контейнер для транспортировки. Проверить соответствие номера пробирки с номером направления и Ф.И.О. пациента. 9. Снять перчатки, маску и поместить емкость для сбора отходов класса «Б» Провести гигиеническую обработку рук. 10. Доставить пробу в лабораторию в контейнере в течение 1 часа. 11. Полученные результаты подклеить в историю болезни.   Обучение пациента технике сбора мочи для различных исследований  Инструктаж для пациента по сбору мочи на исследование по Нечипоренко.  Утром тщательно провести гигиену наружных половых органов кипяченой водой, фурацилином или слабо-розовым раствором марганцовки. Собрать 50,0 мл мочи – "среднюю порцию" в подготовленную емкость с крышкой, спустив небольшое количество мочи в унитаз/судно до и после мочеиспускания. При сборе мочи исключить соприкосновение с краями емкости. Поставить емкость с мочой в специальный ящик в санитарной комнате.  Инструктаж для пациента по сбору мочи на общий анализ.  Накануне необходимо воздержаться от употребления большого количества моркови, свеклы, приема мочегонных средств, сульфаниламидов; нельзя менять питьевой режим за сутки до исследования; перед забором мочи провести туалет наружных половых органов. Утром, после подмывания выделить первую струю мочи в унитаз на счет «один», «два»; задержать мочеиспускание, поднесите банку и собрать в нее 150 - 200 мл мочи. Оставить емкость в ящике для анализов.  Инструктаж для пациента по сбору мочи на сахар.  Утром после сна, до 6.00 опорожнить мочевой пузырь в унитаз и далее с 6.00 до 6.00 утра следующего дня всю мочу собирать в 3-х литровую банку с Вашей фамилией, которая стоит в санитарной комнате.  Инструктаж для пациента по сбору мочи на исследование по Зимницкому.  Перед проведением исследования отменяются мочегонные препараты, ограничиваются пациентом употребление жидкости до 1,5 л в сутки, чтобы не произошло увеличения диуреза и снижения относительной плотности ночи, при сборе мочи учитывается количество выпитой жидкости за сутки. В 6 часов утра пациент должен опорожнить мочевой пузырь в унитаз. Затем собирайте мочу в отдельные пронумерованные банки каждые 3 часа: порция № 1 с 6.00 до 9.00; порция № 2 с 9.00 до 12.00; порция № 3 с 12.00 до 15.00; порция № 4 с 15.00 до 18.00; порция № 5 с 18.00 до 21.00; порция № 6 с 21.00 до 24.00; порция № 7 с 24.00 до 3.00; порция № 8 с 3.00 до 6.00. Внимательно читайте этикетки! Если моча не поместилась в приготовленную банку, то она собирается в дополнительную и на этикетке необходимо отметить - «дополнительная моча к порция №...» - при отсутствии мочи в какой-либо порций на анализ отправляется пустая банка.  Инструктаж для пациента по сбору мочи на бактериологическое исследование.  Утром тщательно подмойтесь кипяченой водой с мылом или слабым раствором марганцовки, фурацилина или другого водного антисептика и соберите четверть емкости из "средней порции" струи мочи. Посуда стерильная, поэтому она должна оставаться открытой как можно меньше. Не прикасайтесь к внутренней поверхности емкости и крышки, положите крышку на чистую салфетку внутренней поверхностью вверх. Собрав мочу, емкость закройте крышкой и отдайте посуду в руки медсестре.  Обучение пациента технике сбора фекалий для исследований  Инструктаж для пациента по сбору кала на копрологическое исследование.  По назначению врача в течение 3 дней необходимо придерживаться специальной диеты (Шмидта или Певзнера); - без специального назначения врача пациент придерживается своей обычной диеты, но запрещаются все продуктовые передачи. Непосредственно после дефекации взять специальной лопаткой из нескольких участков 5-10 гр. кала без примесей воды и мочи и поместить в емкость. Емкость оставить в специальном ящике в санитарной комнате.  Инструктаж для пациента по сбору кала на яйца гельминтов.  Необходимы совершенно свежие испражнения, сохраненные до момента доставки в лабораторию в теплом виде. Помимо того, что для исследования необходимо взять кал из трех разных мест всего объема испражнений, в целях высокой выявляемости глистоносительства и обсемененности простейшими сбор кала на анализ и доставку его в лабораторию следует производить неоднократно (не менее 2-3 раз подряд).  Инструктаж для пациента по сбору кала на скрытую кровь.  За три дня до предполагаемого времени взятия образца кала для анализа исключить из рациона питания мясо, субпродукты, рыбу, томаты, зеленые овощи и фрукты (яблоки, перец, шпинат, фасоль и др.); отказаться от приема и использования слабительных препаратов и средств; за 7-10 дней исключить прием медикаментов, которые влияют на перистальтику кишечника или могут открашивать кал в другой цвет; не проводить рентгенологические обследования за три дня до процедуры; накануне исследования следует воздержаться от чистки зубов, так как мельчайшие частички крови с поврежденных щеткой десен могут попасть в пищеварительный тракт и исказить результаты исследования; нельзя делать клизмы ни накануне, ни во время взятия материала для анализа. Процесс опорожнения кишечника должен осуществляться исключительно естественным путем; сбор кала осуществляется в специальный контейнер с плотной крышкой (можно приобрести в аптеке); для анализа можно использовать одни фрагмент кала объемом не менее одной чайной ложки, но будет лучше, если, Вы соберет в контейнер несколько фрагментов из общего объема кала; следует избегать случайного попадания мочи в образец кала; женщинам следует воздержаться от проведения данного анализа в дни месячных; желательно доставить образец в лабораторию в течение трех часов после дефекации.  Инструктаж для пациента по сбору кала на простейшие.  Необходимо отказаться от приема ряда лекарственных препаратов за несколько суток до проведения пробы. Особенно важно убрать слабительные препараты, в том числе и на основе масел, спазмолитические средства, а также другие лекарства, которые могут сказаться на работе кишечника, в частности, на его перистальтике. Должно быть исключено использование ректальных свечей, а также клизм (слабительных или лечебных), особенно с содержанием масел. Нужно убрать препараты, которые могут повлиять на окрашивание кала, исказив нормальную картину. Это висмут, железо и сернокислый барий. Чтобы анализ кала на простейшие оказался максимально информативным, нужно убрать из своего меню ряд овощей и фруктов, которые могут повлиять на результат пробы, а также уменьшить количество мясных продуктов, отдав предпочтение легкой пище, а также молочным продуктам с низким содержанием жиров. Период воздержания от всех вышеперечисленных средств и продуктов составляет минимум трое суток, если иначе не порекомендует врач.  Обучение пациента технике сбора мокроты для различных исследований  Подготовка пациента к сбору мокроты на общий анализ  Вам необходимо собрать для исследования утреннюю мокроту. В 8 часов натощак почистите зубы и тщательно прополощите рот водой, после этого сделайте несколько глубоких вздохов и откашливайте мокроту в эту банку, всего 3-5 мл (чайную ложку). Банку с мокротой закройте и оставьте в специальном ящике в санитарной комнате". Примечание: если у пациента имеется кровоточивость десен, зубы чистить не следует. Необходимо тщательно прополоскать рот раствором фурацилина, содовым раствором, чистой водой.  Сбор мокроты на бактериологическое исследование  Натощак, в 8 часов утра перед откашливанием почистите зубы и тщательно прополощите рот кипяченой водой или раствором фурацилина, затем отхаркните мокроту в банку – 3-5 мл., стараясь не допускать попадания слюны. Посуда дается стерильной, поэтому не касайтесь ее краев руками или губами, а после откашливания мокроты емкость сразу же закройте крышкой и отдайте медсестре.  Сбор мокроты на микобактерии туберкулеза  Вам необходимо собрать для исследования утреннюю мокроту. В 8 часов натощак почистите зубы и тщательно прополощите рот водой, после этого сделайте несколько глубоких вздохов и откашливайте мокроту в эту банку, 140 всего 3-5 мл (чайная ложка). Банку с мокротой закройте и оставьте в специальном ящике в санитарной комнате.  Сбор мокроты на атипичные клетки  Утром натощак, перед откашливанием, почистить зубы и тщательно прополоскать рот водой, после чего отхаркнуть мокроту в банку, посуду сразу же отдать медсестре.  Суточное количество мокроты  Вашему лечащему врачу необходимо иметь сведения о количестве мокроты, выделяемой, Вами за сутки. Собирайте мокроту в плевательницу с 8 часов утра этого дня до 8.00 утра следующего дня, перед опорожнением плевательницы записывайте количество мокроты. Утром передайте сведения о количестве мокроты медицинской сестре  Обучение пациента подготовке к рентгенологическим методам исследования  Подготовка пациента к рентгенологическому исследованию желудка и двенадцатиперстной кишки  За 2-3 дня до исследования исключают из рациона исследуемого продукты, способствующие газообразованию (черный хлеб, овощи, фрукты, бобовые, молоко и т. д.). Накануне рентгенологического исследования желудка и 12- перстной кишки рекомендуется легкий ужин. За 14 часов до обследования больной прекращает прием пищи. В день исследования больной не должен есть, пить и курить. При наличии в желудке больного большого количества жидкости, слизи, остатков пищи (например, при органическом сужении выходного отдела желудка) следует промыть желудок за 2-3 часа до исследования. При резко выраженном метеоризме и упорных запорах рекомендуется очистительная клизма теплой водой за 1,5-2 часа до исследования.  Подготовка пациента к пероральной холецистографии (рентгенологическое исследование желчного пузыря и желчевыводящих путей)  До полудня накануне исследования может есть обычную пищу, а после полудня -только обезжиренную. Первая стимулирует опорожнение желчного пузыря и создает оптимальные условия для поступления в него желчи, содержащей рентгеноконтрастное вещество. Вторая препятствует сокращению пузыря и способствует накоплению желчи. После ужина пациент должен воздержаться от еды (разрешается пить воду). Через 2-3 ч после ужина пациент принимает 6 таблеток (3 г) иопаноевой кислоты. Существуют и другие рентгеноконтрастные вещества, например натрия иподат. Препарат принимают по схеме: по 1 таблетке каждые 5 мин, запивая 1-2 глотками воды, при этом общее количество жидкости не должно превышать 250 мл. После этого вплоть до окончания исследования пациент не должен пить, курить и жевать резинку. При необходимости утром перед началом исследования пациенту ставят клизму. Пациент должен предупредить врача, если у него есть непереносимость йода, морепродуктов или рентгеноконтрастных веществ. Возможны побочные эффекты от рентгеноконтрастного вещества: диарея (возникает довольно часто), тошнота, рвота, кишечные колики и дизурия. При их появлении немедленно сообщить врачу.  Подготовка пациента к внутривенной холеграфии (рентгенологическое исследование желчного пузыря и желчевыводящих путей)  За 2 - 3 суток до исследования из диеты исключают продукты, способствующие газообразованию: ржаной хлеб, бобовые, фрукты, молоко. Ужин накануне вечером должен быть не позднее 20.00.  Подготовка пациента к ирригоскопии (рентгенологическое исследование толстой кишки)  За 2 - 3 суток до исследования из диеты исключают продукты, способствующие газообразованию: ржаной хлеб, бобовые, фрукты, молоко. Ужин накануне вечером должен быть не позднее 20.00.  Подготовка пациента к внутривенной (экскреторной) пиелографии (рентгенологическое исследование почек и мочевыводящих путей)  За 2 - 3 суток до исследования из диеты исключают продукты, способствующие газообразованию: ржаной хлеб, бобовые, фрукты, молоко. Ужин накануне вечером должен быть не позднее 20.00.  Обучение пациента подготовке к эндоскопическим методам исследования  Подготовка пациента к бронхоскопии  Утром не принимать пищи, воды, лекарств, не курить. Утром явиться в рентгенологический кабинет в назначенное время (в условиях стационара проводить или транспортировать пациента в эндоскопический кабинет с 676 направлением).  Подготовка пациента к фиброгастродуоденоскопии  С 19 часов накануне исследования не есть, не пить, не курить, исследование проводится утром натощак, т.е. чистить зубы, пить и курить нельзя. Для уменьшения болезненных ощущений при введении эндоскопа, Вам, будет проведено орошение слизистой глотки анестетиком лидокаином (уточнить у пациента переносимость лидокаина). Во время исследования, Вы, не сможете говорить, проглатывать слюну. После ФГДС у, Вас, временно будет затруднена речь и глотание, нельзя принимать пищу в течение 2 часов после исследования, чтобы исключить опасность аспирации пищи или жидкости.  Подготовка пациента к ректороманоскопии (эндоскопическое исследование прямой и сигмовидной кишки)  За 2 - 3 суток до исследования из диеты исключают продукты, способствующие газообразованию: ржаной хлеб, бобовые, фрукты, молоко.  Подготовка пациента к колоноскопии (эндоскопическое исследование толстой кишки)  За 3 дня до исследования назначается бесшлаковая диета для профилактики метеоризма. 679 Нельзя: мясо, черный хлеб, свежие фрукты и овощи, зелень, фасоль и горох, грибы, ягоды, семечки, орехи, варенье с косточками, в т.ч. мелкими (смородиновое и малиновое), виноград, киви. Не принимайте активированный уголь! Можно: бульон, отварное мясо, рыба, курица, сыр, белый хлеб, масло, печенье, компоты и кисели. Накануне исследования: разрешена только жидкая пища (бульоны, кисели, соки без мякоти). В течение 2 дней до исследования принимать слабительные средства по назначению врача.  Подготовка пациента к цистоскопии  Исследование проводится натощак. За 2 часа до исследования, Вам, поставят очистительную клизму. Перед исследованием необходимо тщательно подмыться. Непосредственно перед исследованием, при необходимости опорожнить мочевой пузырь.  Обучение пациента подготовке к ультразвуковым методам исследования  Подготовка пациента к УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка) и почек  За 3 дня до исследования назначается бесшлаковая диета для профилактики метеоризма. Нельзя: мясо, черный хлеб, свежие фрукты и овощи, зелень, фасоль и горох, грибы, ягоды, семечки, орехи, варенье с косточками, в т.ч. мелкими (смородиновое и малиновое), виноград, киви. Можно: бульон, отварное мясо, рыба, курица, сыр, белый хлеб, масло, печенье, компоты и кисели, прекратить прием таблетированных слабительных. За 8-12 часов до исследования прекратить прием пищи. Исследование проводится натощак. Не курить перед исследованием. Накануне исследования, по назначению врача, принимать препараты для устранения метеоризма.  Подготовка пациента к УЗИ органов малого таза  Исключить из рациона продукты, вызывающие газообразование и вздутие живота. К таким продуктам относятся: капуста, бобовые, хлеб, яблоки, виноград, молоко и др. В течение 3-4 дней желательно употреблять каши, нежирное мясо, овощи, приготовленные на пару, омлет. Накануне исследования, по назначению врача, принимать препараты для устранения метеоризма. Утром перед процедурой не следует употреблять пищу. Последний прием должен быть только вечером. В целях профилактики необходимо сделать очищающую клизму вечером. При постоянных запорах клизму сделать обязательно вечером и утром перед исследованием. За час до процедуры необходимо выпить 1-1,5 литра чистой воды, чтобы наполнить мочевой пузырь и не мочиться до исследования (при 683 трансабдоминальном методе исследования ). Если проводится трансвагинальное УЗИ, то мочевой пузырь должен быть пустым. Исследование можно проводить в любой день.  **Задача №2**   1. Проблемы пациаента:   Настоящие: сильные боли в эпигастральной области, возникающие через 30-60 минут после еды, отрыжку воздухом, иногда пищей, запоры, вздутие живота, однократная рвота цвета “кофейной гущи”, дефицит знаний по профилактике обострения язвенной болезни желудка.  Приоритетная: сильные боли в эпигастральной области через 30-60 минут после еды  Потенциальные: риск развития осложнений.  Цели:  Краткосрочная: уменьшение боли в эпигастральной области, вздутия живота, запоров, отрыжки воздухом и пищей, рвоты к 7 дню лечения.  Долгосрочная: к моменту выписки осложнения отсутствуют, пациент демонстрирует знания и умения по профилактике обострения язвенной болезни.  2. Подготовка пациента к ФГДС  1.Установить доверительные отношения с пациентом. Проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. Выписать направление.  2.Сообщить пациенту, что несоблюдение требований, предъявляемых к подготовке пациента (ограничения в режиме питания), могут повлиять на результат исследования.  3.Провести психологическую подготовку пациента.  4.Провести инструктаж:  с 19 часов накануне исследования не есть, не пить, не курить, исследование проводится утром натощак, т.е. чистить зубы, пить и курить нельзя.  Для уменьшения болезненных ощущений при введении эндоскопа, Вам, будет проведено орошение слизистой глотки анестетиком лидокаином (уточнить у пациента переносимость лидокаина).  Во время исследования, Вы, не сможете говорить, проглатывать слюну.  После ФГДС у, Вас, временно будет затруднена речь и глотание, нельзя принимать пищу в течение 2 часов после исследования, чтобы исключить опасность аспирации пищи или жидкости.  Предупредить пациента о месте и времени проведения исследования, необходимости снять зубные протезы перед исследованием, иметь при себе полотенце или впитывающую салфетку.  Выполнение процедуры  5.Уложить пациента на стол, на левый бок с согнутыми ногами, грудь укрыть полотенцем.  6.Врач вводит фиброскоп через рот, медицинская сестра ассистирует.  Завершение процедуры  7.В стационаре, после окончания процедуры проводить (транспортировать) пациента в палату, спросить о самочувствии. Предупредить пациента, чтобы он не принимал пищу после исследования в течение 1-2 часов.  Полученные результаты подклеить в историю болезни.  3. Сбор кала на скрытую кровь  1.Установить доверительные отношения с пациентом. Проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. Выписать направление.  2.Обеспечить пациента лабораторной посудой. Обратить внимание на то, что соблюдение рекомендаций обязательно, иначе материал может быть непригодным для исследования.  3.Провести инструктаж:  «За три дня до предполагаемого времени взятия образца кала для анализа исключить из рациона питания мясо, субпродукты, рыбу, томаты, зеленые овощи и фрукты (яблоки, перец, шпинат, фасоль и др.); отказаться от приема и использования слабительных препаратов и средств; за 7-10 дней исключить прием медикаментов, которые влияют на перистальтику кишечника или могут открашивать кал в другой цвет; не проводить рентгенологические обследования за три дня до процедуры; накануне исследования следует воздержаться от чистки зубов, так как мельчайшие частички крови с поврежденных щеткой десен могут попасть в пищеварительный тракт и исказить результаты исследования; нельзя делать клизмы ни накануне, ни во время взятия материала для анализа. Процесс опорожнения кишечника должен осуществляться исключительно естественным путем; сбор кала осуществляется в специальный контейнер с плотной крышкой (можно приобрести в аптеке); для анализа можно использовать одни фрагмент кала объемом не менее одной чайной ложки, но будет лучше, если, Вы соберет в контейнер несколько фрагментов из общего объема кала; следует избегать случайного попадания мочи в образец кала; женщинам следует воздержаться от проведения данного анализа в дни  месячных; желательно доставить образец в лабораторию в течение трех часов после дефекации».  Выполнение процедуры  1.Проконтролировать, чтобы пациент правильно собрал 10–20 г кала из разных темных мест.  Завершение процедуры  2.Своевременно доставить собранный материал в клиническую лабораторию.  3.Полученные на следующий день результаты подклеить в историю болезни.   |  | | --- | | Отделение\_терапевтическое № палаты \_2\_\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Кал на скрытую кровь  ФИО \_\_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   4. Алгоритм постановки масляной клизмы  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие.  2.Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, вазелиновое масло 100-200 мл, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр.  3.Подогреть масло на «водяной бане» до 38 °С, проверить температуру масла термометром.  Прийти в палату к пациенту, провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. В грушевидный баллон набрать масло.  4.Отгородить пациента ширмой, положить адсорбирующую клеенку на постель, попросить пациента лечь на левый бок, правую ногу прижать к животу, оголить ягодицы, при необходимости помочь пациенту.  5.Обработать перчатки антисептическим раствором.  6.Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой.  7.Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами.  8.Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  9.Затем раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.,  10.Выпустить остатки воздуха из баллона. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести масло.  11.Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  Завершение процедуры  12.Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  Марлевой салфеткой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади. Салфетку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  13.Помочь пациенту занять удобное положение в постели. Адсорбирующую пеленку оставить под пациентом. Напомнить пациенту, что эффект от клизмы наступит через 10-12 часов.  14.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  15.Емкость из-под масла сбросить в отходы класса «А».  16.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. Сделать запись о проведенной процедуре.  17.Утром убедиться, что процедура проведена успешно  5. Многоразовое оборудование поместить в емкость для дезинфекции с дезсредством и выдержать экспозицию по инструкции (3% хлорамин на 60 мин)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнение направлений для проведения анализов | 20 | |  | Взятие мазка из зева и носа для бактериологического исследования | 2 | |  | Обучение пациента технике сбора мочи для различных исследований | 5 | |  | Обучение пациента технике сбора фекалий для исследований | 4 | |  | Обучение пациента технике сбора мокроты для различных исследований | 5 | |  | Обучение пациента технике сбора мокроты для различных исследований | 5 | |  | Обучение пациента подготовке к эндоскопическим методам исследования | 5 | |  | Обучение пациента подготовке к ультразвуковым методам исследования | 2 |   **ПП №2**  Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей  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. 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.  Если описанные способы не помогли, необходимо поступить следующим образом. Обеими руками отрывистыми толчками надавить на эпигастралъную 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.  Обучение пациента самоконтролю АД, пульса и ЧДД, температуры тела  Обучение пациента измерению артериального давления   1. Сказать пациенту, что вы обучите его измерять АД 2. Уточнить у пациента, согласен ли он обучаться измерению АД 3. Ознакомить пациента с устройством тонометра и фонендоскопа 4. Предупредить его, что измерять АД можно не ранее, чем через 15 минут после физической нагрузки 5. *Демонстрация техники наложения манжеты.*   Наложить манжету на свое левое обнаженное плечо (натянуть ее, как рукав) на 2,5 см выше локтевого сгиба, предварительно свернув трубочкой по диаметру руки: одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты; между манжетой и плечом должен проходить один палец   1. *Продемонстрировать технику соединения манжеты* и манометра, проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы. 2. *Продемонстрировать технику пальпации* пульса плечевой артерии в области локтевого сгиба. 3. Вставить фонендоскоп в уши и поставить мембрану фонендоскопа на место обнаружения пульса, но так, чтобы головка фонендоскопа оказалась под манжетой.   *9. Продемонстрировать технику пользования грушей*:  - взять в руку, на которой наложена манжета, манометр, в другую – «грушу» так, чтобы 1 и  2-м пальцами можно было открывать и закрывать вентиль;  - закрыть вентиль на «груше», повернув его в право, нагнетать воздух в манжету после исчезновения тонов еще на 30 мм.рт.ст.  - медленно открыть вентиль, повернув его влево, выпустить воздух со скоростью 2-3 мм.рт.ст. в 1с. Одновременно с помощью фонендоскопа выслушивать тоны Короткова на плечевой артерии и следить за показателями по шкале манометра. Акцентировать внимание пациента на том, что:  - появление первых звуков соответствует величине *систолического* давления;  - переход громких звуков в глухие или полное исчезновение соответствует величине *диастолического* давления.  10. Записать результат в виде дроби  11. Убедиться в том, что пациент обучился технике измерения АД, попросив продемонстрировать процедуру. При необходимости дать письменную инструкцию.  12. Обучить ведению дневника наблюдения  13. Предупредить пациента, что он должен измерить АД 2-3 раза с интервалом 2-3 минуты.  14. После обучения протереть мембрану и ушные концы фонендоскопа спиртовой салфеткой.  Обучение пациента самоконтролю пульса   1. Объяснить пациенту, что исследование пульса позволяет контролировать состояние сердечно-сосудистой системы 2. Получить согласие пациента 3. Вымыть и осушить руки. 4. Усадить (кисть и предплечье не должны быть на «весу») или уложил (а) (рука расслаблена) пациента. 5. Прижать 2, 3, 4 пальцами лучевую артерию 6. Произвести подсчет частоты пульса за 30 секунд и умножить на два, если пульс ритмичный. За одну минуту, если пульс не ритмичный. 7. Определить наполнение пульса (если пульсовая волна четкая – пульс полный, слабая – пустой,  пульсовая волна слабо прощупывается – нитевидный). 8. Прижать артерию сильнее, чем прежде к лучевой кости и определил (а) напряжение пульса 9. Обработать руки кожным антисептиком 10. Показать как результаты исследования пульса записать в дневнике самоконтроля. 11. Провести контроль выполнения манипуляции пациентом на другой руке, записи в дневнике самоконтроля   Обучение пациента самостоятельной постановки банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов  Алгоритм Постановка горчичников   1. Представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Уточнить отсутствие аллергии на горчицу. В случае наличия аллергии и отсутствия согласия на процедуру - уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки. 3. Осмотреть кожу пациента на предмет повреждений, гнойничков, сыпи – для определения показаний к проведению процедуры. 4. Проверить пригодность горчичников: горчица не должна осыпаться с бумаги и иметь специфический (резкий) запах. При использовании горчичников, сделанных по другим технологиям (например, пакетированная горчица) проверить срок годности. 5. Подготовить оснащение. Налить в лоток горячую (40° - 45°) воду. 6. Помочь пациенту лечь на живот (при постановке горчичников на спину) и принять удобную позу, голова пациента должна быть повернута на бок 7. Погрузить горчичник в горячую воду, дать ей стечь. 8. Плотно приложить горчичник к коже стороной, покрытой горчицей. 9. Повторить действия, размещая нужное количество горчичников на коже. 10. Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом. Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 3-5 мин. 11. Оставить горчичники на 10-15 мин, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице. 12. При появлении стойкой гиперемии (через 10-15 мин) снять горчичники и положить их в приготовленный лоток для использованных материалов с последующей их утилизацией. Смочить салфетку в теплой воде и снять с кожи остатки горчицы. 13. Пеленкой промокнуть кожу пациента насухо. Помочь ему надеть нижнее белье, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели еще не менее 20-30 мин и в этот день не принимал ванну или душ. 14. Снять перчатки. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 15. Уточнить у пациента его самочувствие.   Алгоритм Постановка банок   1. Представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Убедиться в целости краев банок и разместить их в ящике, на столе у постели пациента. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Отрегулировать высоту кровати. 5. Опустить изголовье кровати, помочь пациенту лечь на живот (при постановке банок на спину), предложить повернуть голову на бок, руками обхватить подушку. Освободить от одежды верхнюю часть туловища. 6. Длинные волосы пациента прикрыть пеленкой. 7. При наличии волос в месте постановки банок, заручившись согласием пациента, сбрить их. 8. Нанести на кожу тонкий слой вазелина. 9. Сделать плотный фитиль из ваты и закрепить на корнцанге. 10. Смочить фитиль в спирте и отжать его. Флакон закрыть крышкой и отставить в сторону. Вытереть руки. 11. Зажечь фитиль 12. Ввести фитиль в банку, предварительно взятую в другую руку. 13. Удержать фитиль в полости банки 2-3 с, извлечь его и быстрым движением приставить банку к коже больного. 14. Повторить этапы 5-6 необходимое, по числу банок, количество раз. 15. Потушить фитиль, погрузив его в воду. 16. Накрыть поверхность банок полотенцем или пеленкой, а сверху накрыть больного одеялом. 17. Через 3-5 мин проконтролировать эффективность постановки по выраженному (1 и более см.) втягиванию кожи в полость банки и убедиться в отсутствии болевых ощущений у пациента. При неэффективной постановке одной или нескольких банок – снять их и установить повторно. 18. Выдержать экспозицию 15-20 мин. 19. По истечении времени процедуры снять банки (одной рукой отклонить банку в сторону, другой надавить на кожу с противоположной стороны у края банки, после чего снять банку). 20. Салфеткой удалить с кожи пациента вазелин. 21. Помочь пациенту одеться. 22. Банки вымыть теплой водой, продензифицировать и уложить в ящик. 23. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 24. Уточнить у пациента его самочувствие.   Алгоритм Применение грелки   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. 2. Провести гигиеническую обработку рук 3. Налить горячую воду (предварительно измерив ее температуру) в грелку 2\3-1\2 объёма 4. Выпустить воздух. Завинтить плотно пробкой. 5. Перевернуть грелку пробкой вниз, чтобы убедиться, что пробка завинчена плотно, затем вернуть в исходное положение и обернуть пеленкой. 6. Если пациент без сознания или лишен чувствительности, то необходимо проверить температуру грелки на себе. 7. Положить грелку на нужную область тела. Узнать через 5 минут об ощущениях пациента. 8. Убрать грелку по истечении назначенного врачом времени (20 минут). 9. Осмотреть кожу пациента. Накрыть пациента одеялом. 10. Провести гигиеническую обработку рук. 11. Надеть перчатки, обработать грелку, после экспозиции промыть ее проточной водой и повесить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». Вымыть руки.   Алгоритм Применение пузыря со льдом   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение. 2. Вымыть руки. 3. Подготовить кусочки льда. 4. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Заполнить пузырь кусочками льда на 1/2 объема и налить один стакан холодной воды 14 – 16 C°. 5. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Завинтить крышку пузыря со льдом. 6. Обернуть пузырь со льдом полотенцем в четыре слоя (толщина прокладки не менее 2 см). 7. Положите пузырь со льдом на нужный участок тела. 8. Оставьте пузырь со льдом на 20–30 минут. Периодически узнавать у пациента о самочувствии. 9. Убрать пузырь со льдом. 10. Провести гигиеническую обработку рук 11. Надеть перчатки, обработать пузырь, после экспозиции безопасности. промыть его проточной водой и положить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». Вымыть руки.   Алгоритм Применение холодного компресса   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Подстелить под голову пациента непромокаемую пелёнку. 4. Сложить оба полотенца в несколько слоев, положить в емкость с холодной водой. 5. Отжать одно полотенце и расправить 6. Положить на нужный участок тела на 2–3 мин. 7. Снять полотенце через 2-3мин. и погрузить его в холодную воду. 8. Отжать второе полотенце, расправить и положить на кожу на 2-3 мин. 9. Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени (от 5 до 60 мин.). Интересоваться самочувствием пациента. 10. Полотенце сбросить в емкость для сбора грязного белья. Воду слить в канализацию и обработать емкость. 11. Провести гигиеническую обработку рук   Алгоритм Применение горячего компресса   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Смочить ткань в горячей воде, хорошо отжать. 4. Приложить смоченную ткань к телу. 5. Поверх ткани плотно наложить клеенку 6. Поверх клеенки положить грелку или теплую шерстяную ткань 7. Менять компресс каждые 10-15 мин 8. Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени. Интересоваться самочувствием пациента. 9. Тканевую салфетку сбросить в емкость для сбора грязного белья. 10. Провести гигиеническую обработку рук.   Алгоритм Постановка согревающего компресса   1. Представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Подготовить салфетку нужного размера 6-8 слоев. Вырезать кусок компрессной клеёнки – на 2см больше салфетки со всех сторон. Приготовить ватную подушечку – на 2см больше компрессной клеёнки, сложить слои – вата, затем компрессная клеёнка, марлевая салфетка 4. Развести спирт и смочить салфетку в полуспиртовом растворе, слегка отжать и положить сверху компрессной клеёнки (правило «Лесенки» - каждый последующий слой должен быть больше предыдущего по периметру на 1,5 – 2см). 5. Все слои компресса положить на нужный участок кожи (салфетка, клеёнка, слой ваты). 6. Зафиксировать компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии, чтобы он плотно прилегал к коже. 7. Напомнить пациенту, что компресс поставлен на 4-6 часов (полуспиртовый). 8. 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. 9. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 10. Снять компресс через положенное время, сбросить в емкость для отходов. 11. Вытереть кожу и наложить сухую повязку. 12. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.   Обучение пациента ингаляции лекарственного средства через рот и нос  Обучение пациента правильно пользоваться карманным ингалятором при введении лекарственного средства через нос   1. Предупредить пациента о проведении обучения. Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Взять один ингалятор, другой дать пациенту (пустые). Попросить пациента повторять действия. 4. Снять с баллончика защитный колпачок. Хорошо встряхнуть баллончик с аэрозолем. 5. Слегка запрокинуть голову. Прижать правое крыло носа к носовой перегородке. Произвести выдох через рот. Ввести наконечник ингалятора в левую половину носа. На вдохе через нос нажать на дно баллончика. Задержать дыхание на несколько секунд и затем медленно выдохнуть через рот. Повторить манипуляцию, введя наконечник в другую половину носа. Попросить пациента проделать тоже самое с полным баллончиком. Проконтролировать правильность выполнения. 6. После ингаляции обработать насадку для носа (личный можно промыть с мылом под проточной водой) надеть на баллончик защитный колпачок. 7. Провести гигиеническую обработку рук. Сделать запись о выполненной процедуре.   Обучение пациента правильно пользоваться карманным ингалятором через рот   1. Предупредить пациента о проведении обучения. Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Взять один ингалятор, другой дать пациенту (пустые). Попросить пациента повторять действия. 4. Снять с баллончика защитный колпачок и повернуть его вверх дном. Хорошо встряхнуть баллончик с аэрозолем. Охватить губами мундштук. Сделать глубокий вдох и на вдохе нажать на дно баллончика. В этот момент выдается доза аэрозоля. Следует задержать дыхание на несколько секунд, затем вынуть мундштук изо рта и сделать медленный выдох. 5. Попросить пациента проделать тоже с полным баллончиком. Проконтролировать правильность выполнения. 6. После ингаляции обработать мундштук (личный можно промыть с мылом под проточной водой) надеть на баллончик защитный колпачок. 7. Провести гигиеническую обработку рук. Сделать запись о выполненной процедуре.   Алгоритм проведения дуоденального зондирования   1. Объяснить пациенту цель и ход исследования, уточнить аллергоанамнез. Получить согласие на проведение процедуры. 2. Промаркировать пробирки и направление для идентификации. 3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, перчатки. Подготовить оснащение: из упаковки пинцетом достать дуоденальный зонд и положить в стерильный лоток. 4. Измерить длину зонда (от мочки уха до резцов, от резцов до пупка и сделать метку №1, прибавить ширину ладони пациента (10-15 см), сделать метку №2). 5. Предложить пациенту сесть, широко открыть рот. В руки пациенту дать полотенце. Смочить зонд стерильной водой и ввести за корень языка, затем постепенно с помощью глотательных движений до метки №1 (зонд в желудке). С помощью шприца с воздухом проверить местонахождение зонда. На свободный конец наложить зажим. 6. Уложить пациента на кушетку (без подушки) на правый бок, под таз подложить валик, под правое подреберье - грелку. 7. Снять зажим, свободный конец зонда опустить в пробирку на штативе на низкой скамейке рядом с кушеткой; выделяется мутное, светлое содержимое желудка. 8. Предложить пациенту медленно заглатывать зонд до метки №2. Продолжительность заглатывания 40-60 мин. Зонд попадает в 12-перстную кишку и начинает выделяться золотисто-желтая жидкость. Это порция «А», дуоденальная желчь - (содержимое из 12-перстной кишки) - 15-40 мл за 20-30 минут. 9. После первой порции ввести раздражитель с помощью шприца через зонд в теплом виде (для лучшего отхождения порции «В») - 30-50 мл 33% раствора сульфата магния или 40% раствора глюкозы. 10. Уложить пациента на спину, наложить зажим на свободный конец зонда на 10 минут. 11. Уложить пациента на правый бок, снять зажим, опустить зонд в пробирки поочередно выделяется темнооливковая желчь. Это порция «В», пузырная желчь - (из желчного пузыря) - 30-60 мл за 20-30 минут. 12. Переложить зонд в следующие пробирки, когда начнет выделяться прозрачная, светло-желтая желчь. Это порция «С», печеночная желчь (из желчных протоков) - 15-20 мл за 20-30 мин. 13. Извлечь зонд при помощи салфетки, дать пациенту прополоскать рот. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. 14. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 15. Отправить все пробирки в лабораторию с направлением.   **Задача №4**   1. Проблемы пациента:   Настоящие: боли в правом подреберье, горечь во рту, нарушение сна, беспокойство, однократная рвота желчью.  Приоритетная: боль в правом подреберье.  Потенциальные: риск развития осложнений.  Цели:  Краткосрочная: пациентка отметит стихание боли к концу 7-го дня нахождения в стационаре.  Долгосрочная: пациентка не предъявляет жалоб на боли в правом подреберье к моменту выписки.  План сестринских вмешательств:   1. Обеспечить соблюдение диеты №5 2. беседа с пациентом о сути её заболевания и своевременных методах его диагностики, лечения и профилактики 3. подготовить пациентку к УЗИ органов брюшной полости 4. наблюдение за состоянием и внешним видом пациентки: контроль АД, ЧДД, пульса, температуры, смена постельного и нательного белья, обеспечение личной гигиены 5. провести беседу с родственниками пациентки об особенностях питания с ограничением жирных, соленых, жареных и копченых блюд 6. Рекомендации по питанию:   · Из меню следует полностью исключить блюда, которые содержат ингредиенты, окисляемые во время жарки, продукты повышающие секрецию желудка.  · Нужно ограничь потребление соли к минимуму  · Нельзя кушать продукты с повышенным содержанием кислоты, пуринов и холестерина  · Норма ккал – 2400-2800  · Вся пища должна быть не холодная и не горячая  · Необходимо питаться небольшими порциями не менее 5 раз в день  · Все блюда необходимо варить или готовить на пару  · Обильное питье  · Вес всей еды за сутки не более-3500   1. Подготовка к УЗИ брюшной полости:   · Установить с пациентом доверительные отношения, получить согласие на проведение процедуры. Выписать направление.  · Сообщить пациенту, что несоблюдение требований, предъявляемых к подготовке, могут повлиять на результат исследования.  · Провести психологическую подготовку пациента  · Провести инструктаж: за 3 дня до исследования назначается бесшлаковая диета для профилактики метеоризма. Нельзя: мясо, черный хлеб, свежие фрукты и овощи, зелень, фасоль и горох, грибы, ягоды, семечки, орехи, варенье с косточками, виноград, киви. Можно: бульон, отварное мясо, рыба, курица, сыр, белый хлеб, масло, печенье, компоты и кисели. Прекратить прием таблетированных слабительных. За 8-12 часов до исследования прекратить прием пищи. Исследование проводится натощак. Не курить перед исследованием. Накануне исследования, по назначению врача, принимать препараты для устранения метеоризма.  · Поставить очистительную клизму вечером накануне исследования.  · Предупредить пациента, чтобы он явился утром, натощак, в кабинет ультразвуковой диагностики в назначенное время. В условия стационара проводить или транспортировать пациента в кабинет УЗИ с направлением.   1. Внутримышечное введение папаверина гидрохлорида 2мл 2% раствора. 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, лежа на животе, 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.), 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. Открыл 4 спиртовые салфетки, не вынимая их из упаковок. 9. · Обработал и вскрыл шейку ампулы\вскрыл металлическую пробку и обработал крышку флакона спиртовой салфеткой, упаковку от салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «А», салфетку в емкость для сбора класса «Б» . 10. · Набрал в шприц нужное количество лекарственного препарата по назначению врача. Пустой флакон/ ампулу поместил в емкость для сбора отходов класса «А». Стекло». 11. · Снял иглу рукой и поместил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий с маркировкой «Отходы. Класс Б», присоединил новую иглу, проверил ее проходимость и удалил остатки воздуха из шприца, вытеснив капельку лекарственного средства, не снимая колпачка с иглы. 12. · Положил шприц, заполненный лекарственным препаратом в упаковку. 13. · Убедился, что пациент занял удобное положение, лежа на животе, 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».Дождался, пока кожа высохнет. 14. · 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». 15. · Ввел иглу в мышцу под углом 90º, оставив 2-3 мм иглы над кожей. Потянул поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не находится в сосуде. 16. · Медленно ввел лекарственный препарат, сохраняя положение шприца. Приложил антисептическую салфетку к месту инъекции и извлек шприц с иглой, придерживая канюлю указательным пальцем и не изменяя направление шприца, не отрывая салфетку, слегка помассировал место введения препарата. 17. · Попросил пациента держать прижатым место инъекции. 18. · Отсек иглу в непрокалываемый контейнер для сбора отходов класса «Б», шприц в неразобранном виде поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». 19. · Убедился в отсутствии наружного кровотечения в области инъекции забрал у пациента салфетку и поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Уточнил у пациента о его самочувствии, при необходимости проводил до палаты. 20. · Одноразовую пеленку поместилв емкость для сбора отходов класса «Б». Обработал поверхность манипуляционного стола, кушетки дезинфицирующими салфетками, согласно инструкции к используемому средству, салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». 21. · Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей | 1 | |  | Обучение пациента самоконтролю АД, пульса и ЧДД, температуры тела | 3 | |  | Обучение пациента самостоятельной постановки банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов | 7 | |  | Обучение пациента ингаляции лекарственного средства через рот и нос | 2 | |  | Дуоденальное зондирование | 1 |   **ПП №3**  Алгоритм Подача увлажненного кислорода через носовой катетер, канюлю   1. Провести идентификацию пациента. Установить доверительные отношения с пациентом, если это возможно для обеспечения слаженности совместной работы. Получить согласие на проведение процедуры. 2. Выявить у пациента признаки и симптомы, связанные с гипоксией и наличием мокроты в дыхательных путях. 3. Вымыть и осушить руки, надеть стерильные перчатки. 4. Подготовить к работе аппарат Боброва: а) налить в чистую стеклянную емкость дистиллированную воду, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната (при ацидозе), или спирт 95%-ный (2/3 объема при сердечной астме), температура 30—40°С (спирт 20%-ный и антифомсилан служат пеногасителями и используются при наличии у пациента отека легких). б) обеспечить герметичность соединений при помощи винта на пробке. 5. Определить длину вводимой части катетера (расстояние от козелка ушной раковины до входа в нос - приблизительно 15 см), поставить метку. 6. Облить стерильным глицерином вводимую часть катетера в целях предупреждения травмы слизистой носа (можно подсоединить носовые канюли). 7. Ввести катетер в нижний носовой ход до метки (катетера виден при осмотре зева шпателем). Осмотреть зев, придавив шпателем корень языка. Убедиться, что кончик катетера виден при осмотре зева. 8. Сбросить шпатель в дезинфицирующий раствор. 9. Зафиксировать наружную часть катетера тесемками бинта и лейкопластырем для обеспечения постоянного положения катетера для удобства пациента, профилактики мацерации кожи лица. 10. Соединить с аппаратом Боброва, заполненным дистиллированной водой или 96% ным спиртом, или другим пеногасителем. 11. Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи кислорода по назначению врача. 12. Осмотреть слизистую носа пациента. 13. Провести итоговую оценку состояния пациента. 14. Удалить катетер (или снять носовую канюлю). Сбросить в емкость для сбора отходов класса Б. Шпатель, лоток, погрузить в соответствующие емкости для дезинфекции, продезинфицировать аппарат Боброва. Снять перчатки, Сбросить в емкость для сбора отходов класса Б. провести гигиеническую обработку рук. 15. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.   Алгоритм Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии   1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений. Получить согласие на проведение манипуляции. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки. 3. Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления. 4. Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы. 5. Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен. 6. Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы. 7. Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции. 8. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 9. Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании). 10. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.   Заполнение документации при приеме пациента  Инструкция по заполнению учетной формы №003/у Медицинская карта стационарного больного является основным медицинским документом стационара, который составляется на каждого поступившего в стационар больного. Ведется всеми больницами, стационарами диспансеров, клиниками вузов и НИИ, а также санаториями. Карта содержит все необходимые сведения, характеризующие состояние больного в течение всего времени пребывания в стационаре, организацию его лечения, данные объективных исследовании н назначения. Данные медицинской карты стационарного больного позволяют контролировать правильность организации лечебного процесса и используются для выдачи справочного материала по запросам ведомственных учреждений (суд, прокуратура, экспертиза и др.). Паспортная часть, диагноз направившего учреждения и диагноз, установленный врачами при поступлении больного в больницу записываются в приемном отделении. Врачом приемного отделения заполняется также специально отведенный лист, в котором указываются краткие данные анамнеза и данные обследования больного в приемном отделении. Остальные записи в карте, включая клинический диагноз, делает лечащий врач. Если больной подвергался хирургическому вмешательству, то на 2-ой странице карты указывается дата (месяц, число, час) операции и ее название. (Подробное описание операции дается в журнале записи оперативных вмешательств в стационаре (ф. № 008/у). В случае смерти больного указывается патологоанатомический диагноз. При выписке или смерти больного указывается число проведенных койко-дней, причем день поступления и день выбытия считаются за один койко-день. Во время пребывания больного в стационаре карта хранится в папке лечащего врача. Врач делает ежедневные записи о состоянии и лечении больного; назначения записываются в дневнике карты; на прилагаемом к карте температурном листе (ф. № 004/у) палатная сестра графически изображает температуру, пульс, дыхание больного и т. д. При выписке (смерти) больного лечащий врач составляет эпикриз, в котором кратко резюмируются данные о состоянии больного при поступлении и выбытии, обосновывается диагноз, указываются лечебные мероприятия и их эффективность, даются рекомендации по дальнейшему лечению и режиму больного (если они необходимы). Медицинская карта стационарного больного подписывается лечащим врачом и заведующим отделением. На основании данных медицинской карты составляется карта выбывшего из стационара (ф. № 066/у), после чего карта сдается в архив учреждения.  Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза  Алгоритм обработки волосистой части головы при выявлении педикулеза   1. Сообщить пациенту о наличии педикулеза и получить согласие на обработку. 2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, дополнительный халат, фартук косынку, тапочки, перчатки. 3. Усадить пациента на кушетку, покрытую одноразовой пеленкой. Укрыть плечи пациента клеенчатой пелериной. 4. 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. 5. Выдержать экспозицию по инструкции препарата 6. Промыть волосы теплой водой, затем с моющим средством (обработать кондиционером для облегчения расчесывания), осушить полотенцем. 7. Перед пациентом на полу разложить листы бумаги (белой). 8. 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). 9. Осмотреть волосы пациента повторно. Убедиться, что вшей нет. 10. Бумагу с пола аккуратно собрать в металлическую емкость и сжечь в вытяжном шкафу. 11. Белье и одежду пациента, спецодежду медсестры убрать в клеенчатый мешок и отправить в дезинфекционную камеру. 12. Гребень, клеенчатую пелерину обработать инсектицидным средством, промыть проточной водой, просушить. 13. Обработать помещение. 14. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 15. Сделать отметку на титульном листе медицинской карты стационарного больного о выявленном педикулезе («Р») или в амбулаторной карте и в журнале осмотра на педикулез. 16. Отправить экстренное извещение об инфекционном заболевании в ЦГСЭН(ф. № 058/у), зарегистрировать факт выявления педикулеза по месту жительства пациента. 17. Повторить осмотр волосистой части головы пациента через семь дней. При необходимости — провести санитарную обработку.   Алгоритм полной санитарной обработки пациента   1. Информировать пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Получить согласие. 2. Определить температуру воздуха в ванной комнате (не менее 25° С). 3. Обработать руки. Надеть маску, фартук, перчатки. 4. Подготовить ванну: продезинфицировать (по инструкции препарата), почистить чистящим средством, промыть проточной водой. 5. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б» 6. Наполнить ванну водой до 1/2 объема. Температура воды должна быть не ниже 36- 37 ° С (использовать для измерения водный термометр). 7. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 8. Помочь пациенту удобно расположиться в ванне, чтобы пациент не соскользнул, поставить подставку для упора ног 9. Вымыть пациента: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность, ополоснуть из душа (в процессе мытья контролировать температуру воды рукой). 10. Помочь пациенту выйти из ванны. 11. Вытереть пациента и одеть при необходимости проводите пациента в палату. 12. Одноразовые рукавицы для мытья погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б». 13. Использованное полотенце и грязную одежду пациента убрать в клеенчатый мешок. 14. Обработать ванну: продезинфицировать (по инструкции препарата), почистить чистящим средством, промыть проточной водой. 15. Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».). 16. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 17. Провести гигиеническую обработку рук   Алгоритм частичной санитарной обработки пациента   1. Информировать пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Получить согласие. 2. Отгородить пациента ширмой. 3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, фартук, перчатки. 4. Используя правила перемещения пациента в постели подложить одноразовые адсорбирующие подкладные пеленки под верхнюю часть туловища пациента. 5. Одноразовой рукавицей смоченной в воде, обтереть пациенту шею, грудь, руки (живот и ноги прикрыты одеялом). (Нанести средство для сухой обработки на тело и обтереть пациенту шею, грудь, руки). 6. Вытереть пациенту шею, грудь, руки полотенцем насухо и прикрыть одеялом. 7. Используя правила перемещения пациента в постели подложить одноразовые адсорбирующие подкладные пеленки под нижнюю часть туловища пациента. 8. Обтереть живот, спину, нижние конечности, 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 и грязную одежду пациента убрать в клеенчатый мешок. 12. Слить воду в канализацию, емкость продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата, помыть чистящим средством, прополоскать проточной водой, поставить на сушку. 13. Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».). 14. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 15. Провести гигиеническую обработку рук.   **Задача №5**   1. Проблемы пациента:   Настоящие: тянущие боли в пояснице, дизурия, повышение температуры, общая слабось, головная боль, отсутствие аппетита, тревога о своем состоянии.  Приоритетная: частое, болезненное мочеиспускание (дизурия)  Потенциальные: риск развития осложнений.  Цели:  Краткосрочная: пациент отметит снижение дизурии к концу недели лечения.  Долгосрочная: исчезновение дизурических явлений к моменту выписки пациента и демонстрация пациентом знаний факторов риска, ведущих к обострению заболевания.  План сестринских вмешательств:  · Обеспечение строгого постельного режима и покоя.  · Обеспечение диетическим питанием с ограничением поваренной соли (исключить из питания острое, соленое, копченое).  · Наблюдение за внешним видом и состоянием пациента (пульс, АД, ЧДД).  · Обеспечение пациента обильным питьем до 2-2,5 л в сутки (минеральная вода, клюквенный морс, настой шиповника)  · Обеспечение личной гигиены пациента (смена белья, подмывание).  · Обеспечение пациента предметами ухода (утка, грелка).  · Проведение беседы с родственниками об обеспечении полноценного и диетического питания с усиленным питьевым режимом.  Для повышения иммунитета и защитных сил организма пациента.  · Подготовка пациента к внутривенной пиелографии  · Провести катетеризацию мочевого пузыря и осуществить уход за катетером.   1. Подготовка к внутривенной пиелографии:   · Установить доверительные отношения с пациентом. Проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. Выписать направление.  · Сообщить пациенту, что несоблюдение требований, предъявляемых к подготовке пациента (ограничения в диете и режиме питания), могут повлиять на результат исследования.  · Провести инструктаж: За 2 - 3 суток до исследования из диеты исключают продукты, способствующие газообразованию: ржаной хлеб, бобовые, фрукты, молоко. Исключить прием пищи за 18-20 часов до исследования.  · При метеоризме пациенту дают лекарственное средство по назначению врача.  · Накануне вечером (22 часа) и утром за 1,5-2 часа до исследования поставьте пациенту очистительную клизму до эффекта «чистой воды».  · Предупредить пациента, чтобы утром, перед исследованием он не принимал пищу, жидкость, лекарства, не курил, не делал инъекции и другие процедуры. Предупредить пациента, чтобы он явился утром в рентгенологический кабинет в назначенное время. В условиях стационара проводить или транспортировать пациента в рентгенологический кабинет с направлением.  · Провести пробу на чувствительность к контрастному веществу за 1-2 часа до исследования - ввести внутривенно 1,0 мл контрастного вещества, подогретого до 37°С.  · Попросить пациента освободить мочевой пузырь непосредственно перед проведением исследования.   1. Рекомендации по питанию:   · необходимо включить в свое ежедневное меню продукты с минимальным содержанием натрия, фосфора, белков и жиров. Предпочтение нужно отдавать витаминизированным продуктам, т.к. ослабленному болезнью организму нужны силы на то, чтобы побороть инфекцию.  · Стол, рекомендуемый для больных пиелонефритом — №7, основная характеристика которого – незначительное уменьшение количества белковой пищи с сохранением углеводов и жиров в норме и повышением потребления продуктов с витаминами.  · Очень полезен сок из клюквы, т.к. он обладает сразу несколькими полезными свойствами: мочегонит, избавляет от микробов, снимает воспаление, насыщает организм витаминами.  · Соленая, маринованная, консервированная пища должна быть под строгим запретом.  · С особой осторожностью включать в рацион продукты, повышающие уровень мочевой кислоты в крови (рыба, мясо, морепродукты, бобовые, грибы, щавель, капуста цветная, сельдерей).  · Исключить из своего меню крепкий чай, кофе, алкогольные напитки.  · Для уменьшения количества глюкозы в организме взять под строгий контроль потребление сладкого, мучного, макаронных изделий.  · Гречневая и овсяные крупы должны стать постоянными составляющими суточного рациона.  · Ягоды, овощи, фрукты можно потреблять в больших количествах для восполнения витаминного запаса, кобальта и железа.  Меню на один день:  · Завтрак: Овсяная каша, творог, отвар из шиповника  · Второй завтрак: Яблоко, сушеные фрукты  · Обед: Гречневый суп без мяса, компот  · Ужин: Плов с добавлением сухофруктов, морковные лепешки, чай   1. Алгоритм Катетеризация мочевого пузыря у мужчин 2. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен). Обеспечить изоляцию пациента. 3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, стерильные перчатки. 4. Попросить пациента лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помочь пациенту. 5. Подложить под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку. 6. Подготовить оснащение: стерильный лоток, лоток для использованного материала, 2 стерильных пинцета, стерильные: марлевая салфетка, тампоны, стерильное вазелиновое масло, раствор водного антисептика. 7. Поставить между ног пациента емкость для сбора мочи. Взять стерильную салфетку, обернуть ею половой член ниже головки, отодвинуть крайнюю плоть. Взять пинцетом марлевый тампон, смочить в растворе водного антисептического раствора и обработать головку полового члена сверху вниз от мочеиспускательного канала к периферии, меняя тампоны, не менее двух раз, тампоны сбросить в лоток для использованного материала. 8. Влить несколько капель стерильного вазелинового масла в открытое наружное отверстие мочеиспускательного канала. 9. Взять стерильным пинцетом, зажатый в правой руке, катетер на расстоянии 5-7 см от клюва (клюв опущен вниз). 10. Обвести конец катетера над кистью и зажать между 4 и 5 пальцами (катетер над кистью в виде дуги). Облить конец катетера стерильным вазелиновым маслом на длину 20 см над лотком. 11. Вводить катетер пинцетом, первые 4-5 см, фиксируя 1-2 пальцами левой руки головку полового члена. 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. 12. Оставшийся конец катетера опустить над емкостью для сбора мочи. 13. Извлечь катетер пинцетом, после прекращения мочевыделения струей, одновременно надавить на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой, для омывания уретры каплями мочи. Катетер поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». 14. Салфетки поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Лотки и пинцеты погрузить в емкости для дезинфекции. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Слить мочу из судна в канализацию, судно погрузить в емкость для дезинфекции. 15. Снять перчатки, маску, поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подача увлажненного кислорода | 1 | |  | Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии | 1 | |  | Заполнение документации при приеме пациента | 1 | |  | Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза | 1 | |  | Полная санитарная обработка пациента | 1 | |  | Частичная санитарная обработка пациента | 1 |   **ПП №4**  Смена нательного и постельного белья  Алгоритм Смена постельного белья продольным способом   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Подготовить комплект чистого белья, чистую простыню свернуть в продольный рулон. 3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки 4. Отгородить пациента ширмой. 5. Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка) Приготовить емкость для сбора грязного белья. 6. Снять с одеяла пациента пододеяльник, укрыть пациента пододеяльником на время смены белья. Сложить одеяло и отложить его в «чистую» зону. 7. Убрать подушку из-под головы, снять с нее грязную наволочку, поместить в емкость для сбора грязного белья, надеть чистую и положить в чистую зону. 8. Повернуть пациента на бок от себя так, чтобы больной оказался спиной к расстиланию простыни, другому специалисту контролировать положение пациента на кровати с целью профилактики падения, либо поднять поручень кровати. 9. Края грязной простыни высвободить из-под матраца, и скрутить валиком продольно в направлении спины пациента. Докрутив до тела лежащего, оставить грязную простыню, подоткнув ее под тело пациента. 10. Чистую простыню разложить на кровати и раскручивать в направлении спины пациента, избегая прямого контакта грязного и чистого постельного белья. 11. Повернуть пациента сначала на спину, а затем на другой бок, другому специалисту контролировать положение пациента на кровати с целью профилактики падения, либо поднять поручень кровати. 12. Скрутить грязную простыню и сбросить ее в емкость для сбора грязного белья 13. Раскрутить чистую простыню, тщательно разгладить, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелить подкладную пелёнку 14. Заправить края чистой простыни под матрац. Под голову 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 больному комфортно. Поднять поручни кровати, при их наличии. 17. Убрать ширму. 18. Емкость для сбора грязного белья увезти в санитарную комнату. Обработать поверхности в палате дезинфицирующим раствором. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   Алгоритм Смена постельного белья поперечным способом, выполняют два человека   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Подготовить комплект чистого белья, чистую простыню свернуть в поперечный рулон. 3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 4. Отгородить пациента ширмой. 5. Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка) Приготовьте емкость для сбора грязного белья. 6. Снять с одеяла пациента пододеяльник, укрыть пациента пододеяльником на время смены белья. Сложить одеяло и отложить его в «чистую» зону. 7. Приподнять голову пациента, убрать подушку из-под головы, голову опустить, снять с подушки грязную наволочку, поместить в емкость для сбора грязного белья, надеть чистую наволочку и положить в чистую зону. 8. Освободить края простыни из-под матрац 9. Одной медицинской сестре \ брату приподнять пациента за голову и плечи, удерживая его, другому медработнику одной рукой скатать грязную простынь до середины кровати другой расстелить чистую. На чистую простыню положить подушку и опустить на нее голову пациента. Согнуть пациенту ноги, попросить его приподнять таз (одна медицинская сестра приподнимет таз), другая медицинская сестра сдвигает грязную простыню к ногам пациента и расправляет чистую. 10. Грязную простыню поместить 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. Надеть чистый пододеяльник на одеяло, убрать грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья. 14. Накрыть пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедиться, что пациенту комфортно. Поднять поручни кровати, при их наличии 15. Убрать ширму 16. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. Обработать поверхности в палате дезинфицирующим раствором. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   Алгоритм Смена нательного белья   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Подготовить комплект чистого белья. 3. Провести гигиеническую обработку рук, маску, перчатки. 4. Отгородить пациента ширмой. 5. Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка). Приготовить емкость для сбора грязного белья. 6. Помочь пациенту сесть на край кровати, (по возможности), либо придать пациенту положение Фаулера. 7. При повреждении конечности рубашку сначала снять со здоровой руки, затем с головы и в последнюю очередь с поврежденной руки, грязную рубашку поместить в емкость для сбора грязного белья. 8. Укрыть пациента простыней. 9. Помочь пациенту надеть чистую рубашку: сначала на поврежденную руку. 10. Помочь пациенту снять оставшееся белье: носки (в положении сидя), брюки, нижнее белье (в положении лежа), грязное белье поместить в емкость для сбора грязного белья. 11. Помочь пациенту надеть чистое белье: нижнее белье и брюки начинают надевать сначала на поврежденную конечность. 12. Придать пациенту удобное положение в кровати. 13. Убрать ширму 14. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. Обработать использованные поверхности в палате дезинфицирующим раствором. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.)  Алгоритм 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 (салфетки для обработки полости рта в упаковке). 4. Помочь пациенту повернуть голову на бок, шею и грудь накрыть клеенкой, под подбородок подставить лоток. 5. Попросить пациента сомкнуть зубы (снять зубные протез, если они есть). 6. Отодвинуть шпателем щёку пациента, и пинцетом с марлевым шариком, смоченным в антисептическом растворе, обработать каждый зуб от десны, начиная от коренных зубов к резцам, с наружной стороны, слева, затем справа, предварительно сменив шарик (салфетку). 7. Попросить пациента открыть рот и сменив марлевый шарик, обработать каждый зуб от десны, начиная от коренных к резцам, с внутренней стороны. 8. Сменить марлевый шарик, и обработать язык. 9. Помочь пациенту прополоскать рот или повести орошение с помощью грушевидного баллончика. Оттянуть шпателем угол рта, поочерёдно промыть левое, затем правое защечное пространство раствором. 10. Вытереть кожу вокруг рта сухой салфеткой, смазать губы вазелином, трещины обработать 1% раствором бриллиантового зеленого. 11. 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.   Алгоритм 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. 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 шариками 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 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.   Алгоритм 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.   Алгоритм 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   Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе  Поворачивание пациента из положения «на спине» в положение «на боку», методом «совместной перекатки бревна» и размещение пациента в положении на боку.   1. Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. 2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 4. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати. 5. Попросить помощника встать радом с вами. Одному медработнику подвести руки под голову и плечи пациента, другому, - под бедра и голени пациента. Поставить одну ногу слегка впереди другой, на счет «три» качнувшись назад, переместить массу своего тела на ногу, отставленную назад и подвинуть пациента к краю кровати. 6. По очереди, перейти на другую сторону кровати. Положить подушку между ногами пациента, а его руки скрестить на груди. Обоим медработникам - положить протекторы на край кровати и поставить каждому одно колено на протектор. 7. Положить одну руку на плечо, другую - на таз пациента, попросить помощника положить руки на бедра и голени пациента. На счет «три» повернуть пациента лицом к себе, удерживая его голову, спину и ноги на одной линии. 8. Затем слегка согнуть верхнюю ногу пациента. Убедиться, что подушка осталась между ногами пациента. Положить упор у подошвы ноги, лежащей снизу. 9. Обязательно подложить подушку под спину, чтобы сохранить это положение пациента. Подложить также подушку под верхнюю руку пациента. Если возможно, подложить маленькую подушку под голову пациента. 10. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни. 11. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.   Поворачивание пациента из положения «на спине» в положение «лежа на животе».   1. Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. 2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 4. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати. 5. Необходимо убедиться, что пациент лежит горизонтально, при необходимости переместить пациента к краю кровати, противоположному той стороне, куда требуется повернуть пациента. 6. Разогнуть руку пациента, прижмите ее к туловищу ладонью вверх. 7. Затем поднять боковые поручни, перейти на другую сторону кровати и опустите там боковые поручни. 8. Подложить свернутое одеяло (полотенце) или небольшую подушку под верхнюю часть живота пациента. 9. Рядом с пациентом положить протектор и поставить на него колено. Положить одну руку на плечо, а другую — на бедро пациента, находящееся дальше от вас и перевернуть пациента на живот в Вашу сторону. Голова пациента располагается на боку. 10. Под голову пациента положить подушку. Также подложить подушки под голени, чтобы пальцы не касались постели 11. Далее согнуть одну руку пациента в локтевом суставе под углом 90°, другую — положить вдоль туловища. Подложить подушки (или поролон в чехле) под локти, предплечья и кисти. Подложить небольшие валики рядом со стопами пациента с наружной стороны. Затем расправить простыню и подкладную пеленку 12. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни. 13. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.   Размещение пациента в постели в положении Фаулера.   1. Перед тем, как начать перемещение, если пациент в состоянии оценить информацию, необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. 2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 4. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати. Необходимо убедиться, что пациент лежит горизонтально, посередине кровати. 5. Затем поднять изголовье кровати под углом 45°-60°-90°, или подложить три подушки. Положить небольшую подушку под голову (в том случае, если поднималось только изголовье). Слегка приподнять вверх подбородок пациента. 6. Расслабленной кисти придать обычное положение: слегка разогнуть ладонь вниз, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половину резинового мячика. Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть лежит ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если вверх - пальцы лежат свободно. 7. Согнуть пациенту колени, подложить под них валик. Обеспечить упор для стоп под углом 90°. Затем расправить простыню и подкладную пеленку. 8. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни 9. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.   Размещение пациента в положение «на спине».   1. Перед тем, как начать перемещение, если пациент в состоянии оценить информацию, необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. 2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 4. Расправить подушку под головой пациента. Убедиться , что пациент лежит горизонтально. 5. Затем придать пациенту правильное положение: 1. расположить руки вдоль туловища ладонями вниз; 2. расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами. 6. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею. Подложите под поясницу небольшой валик или свернутое валиком полотенце. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль бедер, с наружной стороны, от области большого вертела бедренной кости. 7. Подложить небольшую подушку или валик под голень в нижней части. Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90 ° . Подложить под предплечья небольшие подушки. Затем расправить простыню и подкладную пеленку 8. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни 9. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.   Расположение пациента в постели в положении Симса.   1. Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. 2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. Опустить кровать до уровня середины своего бедра 4. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати. Убрать одеяло. 5. Переместить пациента на спину и к краю кровати. Переместить его в положение «лежа на боку» и частично «на животе», используя уже ранее изученные способы перемещения пациента на бок 6. Подложить подушку под голову пациента. Под согнутую, находящуюся сверху, руку поместить подушку на уровне плеча. Другую руку положить на простыню. Расслабленную кисть поместите на 1/2 резинового мячика. 7. Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку, чтобы нога оказалась на уровне бедра. У подошвы ноги положить мешок с песком или другой упор для ног. Затем расправить простыню и подкладную пеленку. 8. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни. 9. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.   Уход за лихорадящим больным  Уход за лихорадящим больным в первом периоде:  Согреть, обеспечить соблюдение постельного режима, подложить грелку к ногам, дать теплый чай, контроль физиологических отправлений, контроль АД, ЧДД, пульса.  Уход за лихорадящим больным во втором периоде:  Охладить, обеспечить соблюдение постельного режима, раскрыть пациента, обеспечить прохладным витаминизированным питьем, холодные компрессы, обтирание, орошать ротовую полость, диета №13, следить за физиологическими отправлениями, контроль АД, ЧДД, пульса.  Уход за лихорадящим больным в третьем периоде:  А) Литическое снижение температуры: покой, смена белья, обработка кожи, перевод на общий стол, расширение режима двигательной активности.  Б) Кризис: вызвать врача, убрать подушку, повернуть голову на бок, поднять ноги, дать крепкий сладкий чай, обрабатывать кожу, смена белья, укутать, контроль АД, ЧДД, пульса.  Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером  Алгоритм Уход за постоянным мочевым катетером   1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Поставить ширму. 3. Опустить изголовье кровати. 4. Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку. 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 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). Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута. 10. Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости. 11. Снять с кровати пеленку (клеенку с пеленкой) и поместить ее в емкость для дезинфекции. 12. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 13. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 14. Уточнить у пациента его самочувствие.   Опорожнение мочевого дренажного мешка   1. Надеть перчатки. 2. Поместить мерную емкость под отводной трубкой дренажного мешка. 3. Освободить отводную трубку из держателя; открыть зажим трубки; слить мочу в мерную емкость 4. Закрыть зажим. Протереть конец отводной трубки тампоном со спиртом. Закрепить отводную трубку в держателе. 5. Снять перчатки и выбросить их в емкость для мусора. 6. Убедиться, что трубки, соединяющие катетер и дренажный мешок, не перегнуты. 7. Доложить врачу и/или сделать запись о количестве мочи, времени ее измерения, цвете, запахе и прозрачности мочи.   Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника  Как пациент, так и его близкие, осуществляя за ним уход, должны знать цель применения катетера и правила ухода за «системой». Обучение должно включать в себя следующие сведения:   * простейшие представления об анатомии и физиологии системы мочевыделения; * устройство катетера и цель его применения в данном случае; * вопросы личной гигиены, в том числе чистота рук; * техника присоединения и отсоединения мочеприемника; * удаление мочи и очистка мочеприемника; * советы по соблюдению диеты, избеганию запоров, потреблению жидкости; * разрешение проблем, возникающих в связи с применением катетера.   Для предупреждения осложнений, связанных с использованием постоянного катетера, следует:   * выполнять все требования, связанные с профилактикой инфекции мочевыводящих путей; * менять катетер не менее, чем через каждые 12 недель; * наблюдать за проходимостью катетера (почти у 50 % пациентов наблюдается закупорка катетера мочевыми камнями): в дневнике фиксировать продолжительность нормального функционирования катетера и начала его закупорки — это позволит вовремя заменить катетер); * при нарушении оттока мочи по катетеру — промыть мочевой пузырь и заменить катетер.   **Задача №6**   1. Проблемы пациента:   Настоящие: тахикардия, слабость, отсутствие аппетита, сухость во рту, жажда, недостаточная масса тела, учащенное мочеиспускание, зуд кожных покровов, беспокойный сон, тревога за свое состояние.  Приоритетная: жажда.  Потенциальные: риск развития осложнений.  Цели:  Краткосрочная: пациент отметит уменьшение жажды после введения инсулина.  Долгосрочная: у пациента исчезнет жажда, полиурия, кожный зуд в результате коррекции дозы инсулина.  План сестринских вмешательств:  · Обеспечить питание согласно диете №9.  · Лечебно-охранительный режим: обеспечить эмоциональную безопасность пациента, обеспечение двигательной активности, соблюдение правил больничного распорядка, смена постельного и нательного белья, контроль АД, ЧДД, пульса  · Сан-эпид.режим: уборка, санация, проветривание  · Провести беседу с пациентом о сути его болезни.  · Обеспечить контроль за уровнем сахара в крови и моче.  · Обеспечить гигиенический уход за кожными покровами.  · Провести обучение больного правилам выполнения инъекций инсулина.  · Провести беседу с пациентом и его родственниками о питании в соответствии с диетой № 9.  · Подготовить пациента к лабораторным методам исследования   |  | | --- | | Отделение терапевтическое \_ № палаты \_\_2\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  анализ мочи на сахар  ФИО \_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_  Суточный диурез \_\_\_6\_\_\_\_\_\_ л  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  1. "Завтра утром после сна, до 6.00 опорожните мочевой пузырь в унитаз и далее с 6.00 до 6.00 утра следующего дня всю мочу собирайте в 3-х литровую банку с Вашей фамилией, которая стоит в санитарной комнате". 2. Рекомендации по питанию:   · пищу готовить на пару, варить, запекать в фольге, тушить;  · дневную норму пищи разделить на 5 — 6 частей, делать полезные перекусы (свежие фрукты, молочные продукты);  · исключить сладости, белый хлеб, выпечку;  · отказаться от жирных, острых блюд, алкоголя;  · использовать сахарозаменители;  · употреблять фрукты, ягоды, корнеплоды и овощи сырыми;  · увеличить количество белков, уменьшить количество углеводов в еде.  · пить много жидкости (2 л в день);  · не солить готовые блюда  · «быстрые» углеводы есть утром, не пропускать завтрак;  Меню:  · завтрак — овсянка на пару с сухофруктами (курага, груша) — 250 гр., кофе с нежирным молоком — 1 ст.;  · 2 завтрак — абрикос — 3 шт.;  · обед — рагу из зелёных овощей с мясом (ягнёнок, кролик, кура) — 250 гр., фруктовое желе с сахарозаменителем — 100 мл;  · полдник — кефир — 220 мл;  · ужин — куриный бигос — 230 гр., морс из кислых ягод (красная смородина, крыжовник) — 230 мл.   1. Инсулин вводится подкожно за 30 минут до еды. Отечественный инсулин выпускается во флаконах по 5 мл. В 1 мл содержится 40 ЕД инсулина. Для введения инсулина пользуются инсулиновым шприцем, имеющим шкалу делений в единицах действия. Часто используют комбинированные шприцы, на которых кроме инсулиновой шкалы есть еще и обычная (в мл) - на 1,5 мл и 2 мл. Расчет инсулина в мл проводим, помня, что в 1 мл содержится 40 ЕД, либо в 1 мл содержится 100 ЕД.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Смена нательного и постельного белья | 3 | |  | Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.) | 4 | |  | Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе | 5 | |  | Уход за лихорадящим больным | 3 | |  | 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 | 2 | |  | Заполнение направлений для проведения анализов | 1 |   **ПП №5**  Работа со стерильным биксом, стерильным материалом  Алгоритм укладки материала в бикс для стерилизации  1. Вымыть руки.  2. Надеть маску, перчатки.  3. Приготовить бикс: внутреннюю поверхность бикса и крышки обработать по инструкции дезинфицирующего (антисептического) средства.  4. Снять перчатки, вымыть руки.  5. Застелить бикс пеленкой.  6. На дно бикса положить индикатор стерильности.  7. Стерилизуемый материал уложить рыхло, послойно, а перевязочный материал – по секторам.  8. В средний слой снова вложить индикатор стерильности.  9. Края пеленки завернуть внутрь.  10. Сверху положить третий индикатор стерильности.  11. Закрыть крышку бикса.  12. Открыть боковые отверстия и заблокировать пояс (при необходимости).  13. Закрепить на ручке бикса промаркированную бирку (см. ниже).  14. Отправить бикс в ЦСО для стерилизации в автоклаве.  Алгоритм разгрузки бикса   * 1. Проверить бикс (герметичность, маркировку, назначение материала, срок годности)   2. вымыть руки, надеть маску.   3. открыть бикс, проверить индикатор стерильности (изменил ли он цвет по эталону), закрыть бикс.   4. отметить на бирке дату, время вскрытия бикса, поставить свою подпись.   5. обработать руки, надеть перчатки   6. достать из бикса стерильным пинцетом необходимый материал и поместить его на стерильный стол или в стерильный лоток.   7. закрыть бикс.   Транспортировка и перекладывание больного  Алгоритм Перемещение пациента к изголовью кровати   1. Перед тем, как начать перемещение (если пациент в состоянии оценить полученную информацию) необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. 2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. 4. Опустить боковые поручни кровати, если они есть, закрепить тормоза кровати. 5. Кровать находится в горизонтальном положении, при возможности необходимо отрегулировать необходимую высоту: когда лежащий пациент находится на уровне середины Вашего бедра, это позволит медсестре затратить меньше силы для выполнения манипуляции. 6. Медработнику освободить края простыни из-под матраца. 7. Убрать подушку в изголовье кровати, (это предотвратит вероятность удара пациента головой о спинку кровати при неудачно выполняемой манипуляции). 8. Опустить (убрать) изголовье кровати, убрать одеяло. Убедиться, что пациент лежит горизонтально. Попросить его согнуть колени и прижать стопы к матрацу (при необходимости помочь ему). 9. Встать у изголовья кровати, расставить ноги на ширину плеч и поставить одну ногу немного впереди. Вперед не наклоняться. 10. Скатать простыню около головы и плеч пациента. Держать двумя руками, ладонями вверх, скатанные края простыни с двух сторон от изголовья, согнуть свои ноги в коленях, спину держать ровно. 11. Предварительно выдохнув, на счет «три», отклонить корпус назад, подтянуть пациента к изголовью кровати. 12. Обеспечить пациенту комфортное положение в постели, заправить простыню под матрац, положить под голову подушку, накрыть пациента одеялом. 13. Затем снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.   Алгоритм Перемещение пациента в кровати с изменяющейся высотой при помощи натянутой простыни   1. Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. 2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. 3. Опустить боковые поручни кровати, если они есть, закрепить тормоза кровати. 4. Кровать находится в горизонтальном положении, при возможности необходимо отрегулировать необходимую высоту: когда лежащий пациент находится на уровне середины Вашего бедра. (Это позволит медсестре затратить меньше силы для выполнения манипуляции). 5. Медработнику освободить края простыни из-под матраца. Убрать подушку в изголовье кровати, (это предотвратит вероятность удара пациента головой о спинку кровати при неудачно выполняемой манипуляции), убрать одеяло. 6. Медработникам встать с обеих сторон кровати: лицом друг к другу близко к кровати; плечи медицинских работников находятся на уровне спины пациента, ноги врозь, нога находящаяся ближе к изголовью, развернута в направлении движения, ноги согнуты в коленях, спина прямая. (если пациент тучный, с каждой стороны кровати становятся по 2 человека). 7. Затем скатать простыню до уровня грудной клетки с одной стороны и под бедрами — с другой. 8. Взять простынь за верхние и нижние углы, Поставив ногу в направлении движения, (на счет «три» — командует лидер)постепенно перевести пациента в вертикальное положение в кровати и переместить в зависимости от цели перемещения. 9. По окончании работы с пациентом обеспечить ему комфортное положение в постели, положить под голову подушку, накрыть пациента одеялом. 10. Затем снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.   Поворачивание пациента из положения «на спине» в положение «на боку», методом «совместной перекатки бревна» и размещение пациента в положении на боку.   1. Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. 2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 4. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати. 5. Попросить помощника встать радом с вами. Одному медработнику подвести руки под голову и плечи пациента, другому, - под бедра и голени пациента. Поставить одну ногу слегка впереди другой, на счет «три» качнувшись назад, переместить массу своего тела на ногу, отставленную назад и подвинуть пациента к краю кровати. 6. По очереди, перейти на другую сторону кровати. Положить подушку между ногами пациента, а его руки скрестить на груди. Обоим медработникам - положить протекторы на край кровати и поставить каждому одно колено на протектор. 7. Положить одну руку на плечо, другую - на таз пациента, попросить помощника положить руки на бедра и голени пациента. На счет «три» повернуть пациента лицом к себе, удерживая его голову, спину и ноги на одной линии. 8. Затем слегка согнуть верхнюю ногу пациента. Убедиться, что подушка осталась между ногами пациента. Положить упор у подошвы ноги, лежащей снизу. 9. Обязательно подложить подушку под спину, чтобы сохранить это положение пациента. Подложить также подушку под верхнюю руку пациента. Если возможно, подложить маленькую подушку под голову пациента. 10. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни. 11. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.   Поворачивание пациента из положения «на спине» в положение «лежа на животе».   1. Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. 2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 4. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати. 5. Необходимо убедиться, что пациент лежит горизонтально, при необходимости переместить пациента к краю кровати, противоположному той стороне, куда требуется повернуть пациента. 6. Разогнуть руку пациента, прижмите ее к туловищу ладонью вверх. 7. Затем поднять боковые поручни, перейти на другую сторону кровати и опустите там боковые поручни. 8. Подложить свернутое одеяло (полотенце) или небольшую подушку под верхнюю часть живота пациента. 9. Рядом с пациентом положить протектор и поставить на него колено. Положить одну руку на плечо, а другую — на бедро пациента, находящееся дальше от вас и перевернуть пациента на живот в Вашу сторону. Голова пациента располагается на боку. 10. Под голову пациента положить подушку. Также подложить подушки под голени, чтобы пальцы не касались постели 11. Далее согнуть одну руку пациента в локтевом суставе под углом 90°, другую — положить вдоль туловища. Подложить подушки (или поролон в чехле) под локти, предплечья и кисти. Подложить небольшие валики рядом со стопами пациента с наружной стороны. Затем расправить простыню и подкладную пеленку 12. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни. 13. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.   Размещение пациента в постели в положении Фаулера.   1. Перед тем, как начать перемещение, если пациент в состоянии оценить информацию, необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. 2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 4. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати. Необходимо убедиться, что пациент лежит горизонтально, посередине кровати. 5. Затем поднять изголовье кровати под углом 45°-60°-90°, или подложить три подушки. Положить небольшую подушку под голову (в том случае, если поднималось только изголовье). Слегка приподнять вверх подбородок пациента. 6. Расслабленной кисти придать обычное положение: слегка разогнуть ладонь вниз, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половину резинового мячика. Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть лежит ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если вверх - пальцы лежат свободно. 7. Согнуть пациенту колени, подложить под них валик. Обеспечить упор для стоп под углом 90°. Затем расправить простыню и подкладную пеленку. 8. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни 9. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.   Расположение пациента в постели в положении Симса.   1. Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. 2. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 3. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. Опустить кровать до уровня середины своего бедра 4. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати. Убрать одеяло. 5. Переместить пациента на спину и к краю кровати. Переместить его в положение «лежа на боку» и частично «на животе», используя уже ранее изученные способы перемещения пациента на бок 6. Подложить подушку под голову пациента. Под согнутую, находящуюся сверху, руку поместить подушку на уровне плеча. Другую руку положить на простыню. Расслабленную кисть поместите на 1/2 резинового мячика. 7. Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку, чтобы нога оказалась на уровне бедра. У подошвы ноги положить мешок с песком или другой упор для ног. Затем расправить простыню и подкладную пеленку. 8. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни. 9. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.   Катетеризация мочевого пузыря  Алгоритм Катетеризация мочевого пузыря у мужчин   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен). Обеспечить изоляцию пациента. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, стерильные перчатки. 3. Попросить пациента лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помочь пациенту. 4. Подложить под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку 5. Подготовить оснащение: стерильный лоток, лоток для использованного материала, 2 стерильных пинцета, стерильные: марлевая салфетка, тампоны, стерильное вазелиновое масло, раствор водного антисептика. 6. Поставить между ног пациента емкость для сбора мочи. Взять стерильную салфетку, обернуть ею половой член ниже головки, отодвинуть крайнюю плоть 7. Взять пинцетом марлевый тампон, смочить в растворе водного антисептического раствора и обработать головку полового члена сверху вниз от мочеиспускательного канала к периферии, меняя тампоны, не менее двух раз, тампоны сбросить в лоток для использованного материала. 8. Влить несколько капель стерильного вазелинового масла в открытое наружное отверстие мочеиспускательного канала. 9. Взять стерильным пинцетом, зажатый в правой руке, катетер на расстоянии 5-7 см от клюва (клюв опущен вниз). 10. Обвести конец катетера над кистью и зажать между 4 и 5 пальцами (катетер над кистью в виде дуги). Облить конец катетера стерильным вазелиновым маслом на длину 20 см над лотком. 11. Вводить катетер пинцетом, первые 4-5 см, фиксируя 1-2 пальцами левой руки головку полового члена. 12. Перехватить пинцетом катетер еще на 3 - 5 см от головки и медленно погружать в мочеиспускательный канал на длину 19-20 см, опуская, одновременно, левой рукой половой член. 13. Оставшийся конец катетера опустить над емкостью для сбора мочи 14. Извлечь катетер пинцетом, после прекращения мочевыделения струей, одновременно надавить на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой, для омывания уретры каплями мочи. Катетер поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». 15. Салфетки поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Лотки и пинцеты погрузить в емкости для дезинфекции. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 16. Слить мочу из судна в канализацию, судно погрузить в емкость для дезинфекции. Снять перчатки, маску, поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.   Алгоритм катетеризации мочевого пузыря у женщин   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен) 2. Обеспечить изоляцию пациентки (поставить ширму). 3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. 4. Попросить пациентку лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помочь пациентке. Подложить под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку, поставить судно. 5. Подготовил оснащение к подмыванию пациентки. 6. Взять в левую руку емкость с раствором для подмывания, в правую - корнцанг с салфетками. Подмыть пациентку движениями сверху вниз, последовательно от лобка к анальному отверстию, меняя салфетки. Осушить кожу в той же последовательности, сменить судно. 7. Салфетки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Корнцанг в емкость для дезинфекции. Снять перчатки. Поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. Надеть стерильные перчатки. 8. Подготовить оснащение для катетеризации: стерильный лоток, 2 стерильных пинцета, стерильные марлевые салфетки, стерильное вазелиновое масло, раствор водного антисептика. 9. Провести туалет половых органов: - раздвинуть левой рукой половые губы, правой рукой с помощью пинцета взять марлевые салфетки, смоченные в растворе антисептика на водной основе, и обработать отверстие мочеиспускательного канала движением сверху вниз между малыми половыми губами, использовать не менее двух салфеток 10. 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. 11. Сменить пинцет. Взять пинцетом клюв мягкого катетера на расстоянии 4-6 см от его конца. Обвести наружный конец катетера над кистью и зажаит между 4 и 5 пальцами правой руки. Облить конец катетера стерильным вазелиновым маслом над лотком. 12. Развести левой рукой половые губы, а правой ввести катетер пинцетом на 4-6 см, до появления мочи. Оставшийся конец катетера опустил в емкость для сбора мочи. Пинцет положить в лоток для использованного материала. 13. После прекращения мочевыделения струей, извлечь катетер, одновременно надавливая на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой. 14. Катетер поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Лотки, и пинцеты погрузить в емкости для дезинфекции. Одноразовую пеленку поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». 15. Снять перчатки, маску, поместить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.   Постановка горчичников  Алгоритм Постановка горчичников   1. Представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Уточнить отсутствие аллергии на горчицу. В случае наличия аллергии и отсутствия согласия на процедуру - уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки. 3. Осмотреть кожу пациента на предмет повреждений, гнойничков, сыпи – для определения показаний к проведению процедуры. 4. Проверить пригодность горчичников: горчица не должна осыпаться с бумаги и иметь специфический (резкий) запах. При использовании горчичников, сделанных по другим технологиям (например, пакетированная горчица) проверить срок годности. 5. Подготовить оснащение. Налить в лоток горячую (40° - 45°) воду. 6. Помочь пациенту лечь на живот (при постановке горчичников на спину) и принять удобную позу, голова пациента должна быть повернута на бок 7. Погрузить горчичник в горячую воду, дать ей стечь. 8. Плотно приложить горчичник к коже стороной, покрытой горчицей. 9. Повторить действия, размещая нужное количество горчичников на коже. 10. Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом. Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 3-5 мин. 11. Оставить горчичники на 10-15 мин, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице. 12. При появлении стойкой гиперемии (через 10-15 мин) снять горчичники и положить их в приготовленный лоток для использованных материалов с последующей их утилизацией. Смочить салфетку в теплой воде и снять с кожи остатки горчицы. 13. Пеленкой промокнуть кожу пациента насухо. Помочь ему надеть нижнее белье, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели еще не менее 20-30 мин и в этот день не принимал ванну или душ. 14. Снять перчатки. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 15. Уточнить у пациента его самочувствие.   Постановка банок  Алгоритм Постановка банок   1. Представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Убедиться в целости краев банок и разместить их в ящике, на столе у постели пациента. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Отрегулировать высоту кровати. 5. Опустить изголовье кровати, помочь пациенту лечь на живот (при постановке банок на спину), предложить повернуть голову на бок, руками обхватить подушку. Освободить от одежды верхнюю часть туловища. 6. Длинные волосы пациента прикрыть пеленкой. 7. При наличии волос в месте постановки банок, заручившись согласием пациента, сбрить их. 8. Нанести на кожу тонкий слой вазелина. 9. Сделать плотный фитиль из ваты и закрепить на корнцанге. 10. Смочить фитиль в спирте и отжать его. Флакон закрыть крышкой и отставить в сторону. Вытереть руки. 11. Зажечь фитиль 12. Ввести фитиль в банку, предварительно взятую в другую руку. 13. Удержать фитиль в полости банки 2-3 с, извлечь его и быстрым движением приставить банку к коже больного. 14. Повторить этапы 5-6 необходимое, по числу банок, количество раз. 15. Потушить фитиль, погрузив его в воду. 16. Накрыть поверхность банок полотенцем или пеленкой, а сверху накрыть больного одеялом. 17. Через 3-5 мин проконтролировать эффективность постановки по выраженному (1 и более см.) втягиванию кожи в полость банки и убедиться в отсутствии болевых ощущений у пациента. При неэффективной постановке одной или нескольких банок – снять их и установить повторно. 18. Выдержать экспозицию 15-20 мин. 19. По истечении времени процедуры снять банки (одной рукой отклонить банку в сторону, другой надавить на кожу с противоположной стороны у края банки, после чего снять банку). 20. Салфеткой удалить с кожи пациента вазелин. 21. Помочь пациенту одеться.   Постановка согревающего компресса  Алгоритм Постановка согревающего компресса   1. Представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Подготовить салфетку нужного размера 6-8 слоев. Вырезать кусок компрессной клеёнки – на 2см больше салфетки со всех сторон. Приготовить ватную подушечку – на 2см больше компрессной клеёнки, сложить слои – вата, затем компрессная клеёнка, марлевая салфетка 4. Развести спирт и смочить салфетку в полуспиртовом растворе, слегка отжать и положить сверху компрессной клеёнки (правило «Лесенки» - каждый последующий слой должен быть больше предыдущего по периметру на 1,5 – 2см). 5. Все слои компресса положить на нужный участок кожи (салфетка, клеёнка, слой ваты). 6. Зафиксировать компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии, чтобы он плотно прилегал к коже. 7. Напомнить пациенту, что компресс поставлен на 4-6 часов (полуспиртовый). 8. 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. 9. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 10. Снять компресс через положенное время, сбросить в емкость для отходов. 11. Вытереть кожу и наложить сухую повязку. 12. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.   **Задача №7**   1. Проблемы пациента:   Настоящие: пациенту трудно дышать из-за нарушения носового дыхания, неправильного положения тела, жары и духоты в палате, пациент испытывает страх в связи с возможным неблагоприятным исходом заболевания.  Приоритетная: пациенту трудно дышать из-за нарушения носового дыхания.  Потенциальные: риск развития осложнений.  Цели:  Краткосрочная: пациент будет свободно дышать носом, через15 минут после удаления корочек из носа.  Долгосрочная: к моменту выписки у пациента не будет жалоб на свое самочувствие.  План сестринских вмешательств:   * 1. Придать пациенту положение Фаулера.   2. Контроль ЧДД, АД, пульса.   3. Проветривание палаты по графику.   4. Регулярно проводить очищение полости носа.  1. Обучение пациента сбору мокроты на атипичные клетки. 2. Поприветствовать пациентка, представиться. 3. Сообщить цель посещения, получить согласие. 4. Провести обучение: 5. Вам понадобится чистый сухой флакон. 6. «Утром натощак, перед откашливанием, необходимо почистить зубы и тщательно прополоскать рот водой, после чего отхаркнуть несколько раз мокроту в банку, без слюны, посуду сразу же отдадите медсестре, т.к. мокрота доставляется в лабораторию сразу же свежевыделенной». 7. Задать контрольные вопросы пациенту, чтобы удостовериться, правильно ли он понял информацию.  |  | | --- | | Отделение\_терапевтическое\_\_\_\_\_\_ № палаты \_2\_\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Анализ мокроты на атипичные клетки  ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  1. Размещение пациента в постели в положении Фаулера. 2. 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. 3. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 4. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 5. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати. Необходимо убедиться, что пациент лежит горизонтально, посередине кровати. 6. Затем поднять изголовье кровати под углом 45°-60°-90°, или подложить три подушки. Положить небольшую подушку под голову (в том случае, если поднималось только изголовье). Слегка приподнять вверх подбородок пациента. 7. Расслабленной кисти придать обычное положение: слегка разогнуть ладонь вниз, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половину резинового мячика. Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть лежит ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если вверх - пальцы лежат свободно. 8. Согнуть пациенту колени, подложить под них валик. Обеспечить упор для стоп под углом 90°. Затем расправить простыню и подкладную пеленку. 9. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни 10. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне. 11. Удаление слизи и корочек из носовой полости   1. Вымойте руки, наденьте перчатки.  2. В положении лежа или сидя (в зависимости от состояния пациента) слегка наклоните  голову пациента.  3. Смочите ватные турунды вазелиновым или растительным маслом, глицерином.  4. Введите вращательным движением турунду в носовой ход и оставьте там на 2-3 минуты.  5. Затем удалите турунду и манипуляцию повторите.  6. Снимите перчатки и вымойте руки.  Протирание глаз.  1.Тщательно вымойте руки, наденьте стерильные перчатки.  2.В стерильный лоток положите 8-10 стерильных шариков и смочите их раствором антисептика (фурацилин 1:5000,2% раствор соды, 0,5% раствор марганцовки) или кипяченой водой.  3. Слегка отожмите тампон и протрите им ресницы по направлению от наружного угла  глаза к внутреннему.  4. Протирание повторите 4-5 раз (разными тампонами!).  5. Остатки раствора промокните сухими тампонами.  6. Снимите перчатки, вымойте руки.  Очищение наружного слухового прохода  1. Вымойте руки, наденьте перчатки.  2. Усадите пациента, если нет противопоказаний, наклоните голову к противоположному плечу или в положении лежа поверните голову набок.  3. Оттянув ушную раковину назад и вверх, закапайте в ухо пациента несколько капель теплого 3% раствора перекиси водорода.  4. Вращательными движениями введите ватную турунду в наружный слуховой проход. Ухо при этом также оттянуто назад и вверх.  5. Сменив турунду повторить несколько раз манипуляцию.  6. Те же действия повторить с другим наружным слуховым проходом, предварительно повернув голову в противоположную сторону.  7. Снимите перчатки, вымойте руки.  Умывание пациента.  1. Вымойте руки, наденьте перчатки.  2. Смочите рукавичку или губку в теплой воде, налитой в таз (можно воспользоваться  концом полотенца).  3.Умойте пациента (последовательно - лицо, шею, руки с помощью губки или рукавички).  4. Аккуратно высушите кожу полотенцем, промокающими движениями.  5. Снимите перчатки, вымойте руки.  5. Создание благоприятного микроклимата в палате.  1. Проветривание по графику.  2. Текущая уборка в палате.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Работа со стерильным биксом, стерильным материалом | 2 | |  | Транспортировка и перекладывание больного | 6 | |  | Постановка согревающего компресса | 1 | |  | Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.) | 4 | |  | Постановка горчичников | 1 | |  | Постановка банок | 1 | |  | Заполнение направлений для проведения анализов | 1 | |  | Катетеризация мочевого пузыря | 2 |   **ПП №6**  Применение грелки, пузыря со льдом  Алгоритм Применение грелки   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. 2. Провести гигиеническую обработку рук 3. Налить горячую воду (предварительно измерив ее температуру) в грелку 2\3-1\2 объёма 4. Выпустить воздух. Завинтить плотно пробкой. 5. Перевернуть грелку пробкой вниз, чтобы убедиться, что пробка завинчена плотно, затем вернуть в исходное положение и обернуть пеленкой. 6. Если пациент без сознания или лишен чувствительности, то необходимо проверить температуру грелки на себе. 7. Положить грелку на нужную область тела. Узнать через 5 минут об ощущениях пациента. 8. Убрать грелку по истечении назначенного врачом времени (20 минут). 9. Осмотреть кожу пациента. Накрыть пациента одеялом. 10. Провести гигиеническую обработку рук. 11. Надеть перчатки, обработать грелку, после экспозиции промыть ее проточной водой и повесить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». Вымыть руки.   Алгоритм Применение пузыря со льдом   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение. 2. Вымыть руки. 3. Подготовить кусочки льда. 4. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Заполнить пузырь кусочками льда на 1/2 объема и налить один стакан холодной воды 14 – 16 C°. 5. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Завинтить крышку пузыря со льдом. 6. Обернуть пузырь со льдом полотенцем в четыре слоя (толщина прокладки не менее 2 см). 7. Положите пузырь со льдом на нужный участок тела. 8. Оставьте пузырь со льдом на 20–30 минут. Периодически узнавать у пациента о самочувствии. 9. Убрать пузырь со льдом. 10. Провести гигиеническую обработку рук 11. Надеть перчатки, обработать пузырь, после экспозиции безопасности. промыть его проточной водой и положить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». Вымыть руки.   Постановка горячего компресса  Алгоритм Применение горячего компресса   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Смочить ткань в горячей воде, хорошо отжать. 4. Приложить смоченную ткань к телу. 5. Поверх ткани плотно наложить клеенку 6. Поверх клеенки положить грелку или теплую шерстяную ткань 7. Менять компресс каждые 10-15 мин 8. Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени. Интересоваться самочувствием пациента. 9. Тканевую салфетку сбросить в емкость для сбора грязного белья. 10. Провести гигиеническую обработку рук.   Постановка холодного компресса  Алгоритм Применение холодного компресса   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Подстелить под голову пациента непромокаемую пелёнку. 4. Сложить оба полотенца в несколько слоев, положить в емкость с холодной водой. 5. Отжать одно полотенце и расправить 6. Положить на нужный участок тела на 2–3 мин. 7. Снять полотенце через 2-3мин. и погрузить его в холодную воду. 8. Отжать второе полотенце, расправить и положить на кожу на 2-3 мин. 9. Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени (от 5 до 60 мин.). Интересоваться самочувствием пациента. 10. Полотенце сбросить в емкость для сбора грязного белья. Воду слить в канализацию и обработать емкость. 11. Провести гигиеническую обработку рук   Разведение антибиотиков  Алгоритм разведения антибиотиков   1. Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом 2. Надеть маску, надеть перчатки. 3. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток. 4. Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить пригодность лекарственного средства (отсутствие посторонних примесей, осадка и пр.). 5. Первым шариком обработать наружную крышку флакона с лекарственным препаратом (порошком). 6. Нестерильным пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона (при необходимости). 7. Обработать резиновую пробку флакона вторым ватным шариком. Обработать ватным шариком ампулу и вскрыть ее. 8. Набрать в шприц из ампулы необходимое количество растворителя по инструкции антибактериального препарата (разведение 1:1, или 1:2), удалить из шприца пузырьки воздуха. 9. Под углом 90 ° ввести иглу во флакон с лекарственным средством (порошком), проколов резиновую пробку. 10. Выпустить растворитель во флакон с порошком антибиотика, придерживая канюлю иглы. 11. Снять иглу вместе с флаконом с подигольного конуса, соблюдая инфекционную безопасность. Шприц положить в стерильный лоток, соблюдая инфекционную безопасность. Аккуратно перемешать лекарственное средство во флаконе до полного его растворения и иглу снова присоединить к подигольному конусу, не вынимая из флакона. 12. Поднять флакон вверх дном и набрать содержимое флакона или его часть (по назначению врача) в шприц. 13. Сменить иглу, вытеснить воздух из шприца, не снимая колпачок с иглы. 14. Готовый шприц положить в стерильный лоток, укрепив его рукояткой за боковую сторону лотка.   Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, внутривенные капельные  Алгоритм выполнения подкожной инъекции   1. Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры. 2. Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом. Надеть маску, надеть перчатки. 3. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 4. Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток. 5. Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности. 6. Ватным шариком – обработать ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц. 7. Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок). 8. Придать пациенту удобное положение. 9. Пропальпировать место инъекции. 10. Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением сверху вниз. 11. Обработать другим ватным шариком место инъекции. 12. Левой рукой (1,2,3 пальцами) собрать участок кожи наружной поверхности плеча в треугольную складку основанием вниз. Держа шприц в правой руке быстрым движением ввести иглу в основание складки срезом вверх на 2/3 длины снизу вверх под углом 45 градусов к поверхности кожи. 13. Отпустить складку, освободившуюся руку перенести на поршень, медленно ввести лекарственное средство. 14. Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу. 15. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. 16. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 17. Сделать запись о выполненной процедуре.   Алгоритм выполнения внутримышечной инъекции   1. Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры. 2. Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом. Надеть маску, надеть перчатки. 3. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 4. Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток. 5. Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности. 6. Ватным шариком – обработать ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц. 7. Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок). 8. Придать пациенту удобное положение (лежа на животе). 9. Пропальпировать место инъекции. 10. Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением сверху вниз. 11. Обработать другим ватным шариком место инъекции. 12. Держа шприц в правой руке (срез иглы направлен вниз) под углом 90 градусов к поверхности кожи, ввести иглу одномоментно в мышцу, глубоко на 2/3 длины иглы. 13. Ввести медленно лекарственное средство. 14. Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу. 15. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. 16. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 17. Сделать запись о выполненной процедуре.   Алгоритм выполнения внутривенной инъекции   1. Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры. 2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, надеть перчатки. 3. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции. 4. Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности. 5. Первым шариком – обработать ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц. Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок). 6. Удобно усадить или уложить пациента. 7. Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту 8. Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 9. Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента. 10. Надеть очки. 11. Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх. 12. Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола). 13. Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см. 14. Провести пунктирование вены 15. Потянуть поршень на себя, в шприце должна появиться кровь. 16. Развязать жгут, еще раз проверить положение иглы. Не меняя положение шприца, медленно ввести лекарственный препарат. 17. Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу, попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут (либо наложить давящую повязку). 18. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. 19. Снять перчатки, маску, одноразовые очки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук 20. Сделать запись о выполненной процедуре.   Алгоритм выполнения внутривенной капельной инъекции   1. Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры. 2. Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом. Надеть маску, надеть перчатки 3. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 4. Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы, убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности. 5. Первым шариком обработать наружную крышку флакона с лекарственным средством, нестерильным пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона (при необходимости) и обработать резиновую пробку флакона вторым ватным шариком. 6. Проверить целостность упаковки и срок стерильности системы для инфузии. Вскрыть пакет с системой, взять ее в руки. 7. Закрыть зажим на системе, снять колпачок с иглы для флакона, ввести иглу до упора во флакон. 8. Перевернуть флакон вверх дном и закрепить на штативе, открыть воздуховод. 9. Заполнить баллон системы до середины при помощи нажатия на него. 10. Снять инъекционную иглу с колпачком стерильным пинцетом, положить в стерильный лоток. 11. Открыть зажим и заполнить капельницу по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком). 12. Закрыть зажим, присоединить инъекционную иглу с колпачком, вытеснить воздух через иглу, не снимая колпачка. 13. Фиксировать систему на штативе 14. Удобно уложить пациента. 15. Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту. 16. Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми 17. Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента, выбрать наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену. 18. Надеть очки 19. Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх. 20. Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола). 21. Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см. 22. Проколоть осторожно стенку вены, пока не появится ощущение пустоты. Убедиться, что игла в вене. Ослабить жгут, открыть зажим капельницы, убедиться, что игла в вене и лекарство не поступает под кожу. Закрепить систему лентой лейкопластыря. Отрегулировать скорость поступления лекарственного средства. 23. В течение инфузии следить за самочувствием пациента. 24. После завершения инфузии закрыть зажим, убрать лейкопластырь, к месту пункции приложить ватный шарик и извлечь иглу. Помочь пациенту согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут (наложить давящую повязку). 25. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. 26. Снять перчатки, очки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 27. Сделать запись о выполненной процедуре.   Забор крови из вены на исследование  Алгоритм забора крови системой вакуумного забора крови Vacuette   1. Накануне исследования провести инструктаж и составить памятку по подготовке пациента к процедуре. 2. Пригласить и проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. Выписать направление. Промаркировать пробирки. 3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, надеть перчатки. 4. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 5. Собрать систему вакуумного забора крови Vacuette. 6. Удобно усадить или уложить пациента. 7. Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту 8. Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 9. Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента. 10. Надеть очки. 11. Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх. Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола). Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см. 12. Провести пунктирование вены. Вставить пробирку в держатель до упора. Ослабить жгут, как только кровь начнет поступать в пробирку. После прекращения тока крови извлечь пробирку из держателя. Вынуть держатель с иглой из вены, предварительно приложив к месту венепункции ватный шарик, или спиртовую салфетку(либо наложить давящую повязку). 13. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции 14. Снять перчатки, очки, маску и поместить в емкость для дезинфекции. Провести гигиеническую обработку рук. 15. Сделать запись о выполненной процедуре. Пробирки доставить в лабораторию в герметичном контейнере.   Алгоритм забора крови из вены при помощи шприца   1. Накануне исследования провести инструктаж и составить памятку по подготовке пациента к процедуре. 2. Пригласить и проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. Выписать направление. Промаркировать пробирки. 3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, надеть перчатки. 4. Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 5. Подготовить шприц. Положить его в стерильный лоток. 6. Удобно усадить или уложить пациента. 7. Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту. 8. Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента. 9. Надеть очки. 10. Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх. 11. Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола). Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см. Провести пунктирование вены. Возникает ощущение «попадания в пустоту». 12. Убедиться, что игла в вене: потянув поршень на себя. 13. Продолжать тянуть поршень на себя, набирая нужное количество крови и не снимая жгута. Развязать жгут, прежде чем извлечь иглу из вены. Прижать место пункции 3-м стерильным ватным шариком (салфеткой), смоченным 70% спиртом, извлечь иглу. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе, удерживая ватный шарик на месте пункции 3-5 минут, затем сбросить в дезинфицирующий раствор (либо наложить давящую повязку). 14. Снять иглу со шприца, сбросить в лоток для использованного материала. 15. Выпустить медленно кровь по стенке пробирки, находящейся в штативе. Следить, чтобы кровь не пенилась при быстром наполнении пробирки. 16. Установить штатив в специальный контейнер для транспортировки. 17. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. Обработать жгут и клеенчатую подушечку. 18. Снять перчатки, очки, маску и поместить в емкость для дезинфекции. Провести гигиеническую обработку рук. 19. Сделать запись о проведенной процедуре. Доставить контейнер с материалом и направлением в клиническую лабораторию.   **Задача №8**   1. Проблемы пациента:   Настоящие: отказывается от приёма пищи, снижение массы тела, истощение из-за дальнейшей потери массы тела, образование пролежней.  Приоритетная: отказывается от приёма пищи.  Потенциальные: риск развития осложнений.  Цель:  Краткосрочная: пациент будет получать с пищей не менее 1500 ккал и жидкости не менее литра (по согласованию с врачом) с первого дня нахождения в стационаре.  Долгосрочная: к моменту выписки пациент регулярно будет принимать пищу и жидкость самостоятельно.  План сестринских вмешательств:   1. Проводить беседы с пациентом о необходимости регулярного питания. 2. Контроль АД, ЧДД, пульса. 3. Каждый час предлагать пациенту жидкость. 4. Обеспечить пациента едой порционно. 5. Следить за состоянием полости рта пациента. 6. Обучить пациента подготовке к   исследованию, провести беседу о цели и ходе  процедуры.  2.Исключить из питания газообразующие  продукты (овощи, фрукты, молочные,  дрожжевые продукты, черный хлеб, фруктовые соки), не принимать таблетированные слабительные за 3 дня до исследования.  3.Поставить очистительную клизму вечером  накануне исследования.  4.Принимать при метеоризме по назначению  врача активированный уголь.  5.Исключить прием пищи за 18-20 часов до  исследования.  6.Натощак, в день исследования прийти в  кабинет УЗИ.  7.Не курить перед исследованием  Бесшлаковая диета № 4  Назначается за 3 дня до предстоящего исследования. Обеспечивает щадящую работу желудочно-кишечного тракта, предотвращает метеоризм.  Исключаются: продукты, содержащие грубую растительную клетчатку и способствующие возбуждению деятельности кишечника: овощи, свежие фрукты, ягоды, кондитерские изделия, пряности, молоко, черный хлеб, газированные напитки.  Разрешаются: пшеничные сухари, слизистые супы, мясо, курица, нежирная рыба, каши на воде, творог, сметана, крепкий чай, кисель и желе из черники, черной смородины, вишни.  Козлов П.П.диета № 15 Кускова С.С. диета № 5  Жданов С.Б.диета № 7 Мирная Ф.Л. диета № 7  Иванов И.И.диета № 5 Семенова В.И диета № 5  Сидоров В.А.диета № 15 Михайлова К.И. диета № 15  Наименование отделения терапевтическое  Порционное требование  На раздаточную на  дата: число, месяц, год  палата №1  палата № 2  палата № 3  палата № 4  палата № 5  всего 8 человек  палатная м\с роибова о.н.  ФИО подпись   1. Телосложение- ниже среднего – 3б 2. Изменение цвета кожи – 2б 3. Ограниченная подвижность – 3б 4. Мужской пол – 1б 5. Возраст 63 года – 2б 6. Плохой аппетит – 1б   Итого: 12б. Есть риск развития пролежней   1. Алгоритм кормление тяжелобольного пациента в постели   из ложки и поильника  Предупредить пациента за 15 минут о приеме пищи, получить его согласие. Проветрить помещение.  – Приготовить прикроватный столик.  – Приподнять головной край кровати (подложить под голову и спину дополнительную подушку).  – Помочь пациенту вымыть руки.  – Прикрыть грудь пациента салфеткой.  – Вымыть руки.  – Принести пациенту пищу (температура горячих блюд - 50°С).  – Кормить медленно: называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту; наполнить на 2/3 ложку мягкой пищей; коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот; прикоснуться ложкой к языку, оставив пищу в полости рта; извлечь пустую ложку; дать время прожевать и проглотить пищу; предложить питье после нескольких ложек мягкой пищи; приложить "носик" поильника к нижней губе; вливать питье небольшими порциями. Вытирать (при необходимости) губы пациента салфеткой.  – Предложить пациенту прополоскать рот водой из поильника после приема пищи.  – Убрать после еды из комнаты пациента посуду и остатки пищи.  – Убрать дополнительную подушку и придать пациенту удобное положение.  Для пациента желательно выделить индивидуальную посуду, которую после кормления очищают от остатков пищи и моют обезжиривающим средством, затем проводят дезинфекцию.  Режим мытья стеклянной посуды:  а) механическая очистка;  б) мытье с применением разрешающих моющих средств и обеззараживание. В 1-е гнездо добавляют моющее и дезинфецирующее средство. Обеззараживания посуды производят методом кипячения в течение 15 минут или погружение в течение 30 минут в 0,5% раствор хлорамина, 0,1% раствор сульфохлорантина, 1% дихлор\_1, 0,005% (по надуксусной кислоте) дезоксон1;  в) ополаскивание посуды во 2-м гнезде ванны горячей проточной водой с температурой не ниже 65°С;  г) просушивание посуды на специальных полках или решетках.  Режим мытья столовых приборов:  а) механическая очистка;  б) мытье с применением разрешенных моющих средств и обеззараживание. В 1-е гнездо ванны добавляют моющее и дезинфецирующее средства. Обеззараживание приборов осуществляют методом кипячения в течение 15 минут, прокаливания в течение 2-3 минут или погружения в течение 30 минут в 0,5% раствор хлорамина, 0,1% раствор сульфохлорантина, 1% дихлор-1, 0,05% дезоксон-1;  в) ополаскивание приборов во 11-м гнезде ванны горячей проточной водой с температурой не ниже 65°С.  г) просушивание приборов.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Применение грелки, пузыря со льдом | 2 | |  | Постановка горячего компресса | 1 | |  | Постановка холодного компресса | 1 | |  | Разведение антибиотиков | 1 | |  | Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, внутривенные капельные | 4 | |  | Забор крови из вены на исследование | 2 | |  | Профилактика пролежней | 1 | |  | Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника | 1 | |  | Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента | 1 | |  | Заполнение порционного требования | 1 |   **ПП №7**  Антропометрия  Алгоритм определения массы тела   1. Предупредить пациента до проведения измерения (Взвешивание взрослых пациентов проводится натощак утром, в одни и те же часы, после предварительного опорожнения мочевого пузыря и кишечника в нательном белье). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Включить весы, уравновесить (весы должны находиться на ровной поверхности). На платформу весов положить одноразовую салфетку 4. Предложить пациенту осторожно встать в центре площадки на салфетку (без тапочек). 5. Произвести взвешивание (зафиксировать результат). 6. Предложить пациенту осторожно сойти с весов. 7. Сообщить результат пациенту. 8. Записать данные взвешивания в температурный лист у.ф. № 004/у. 9. Оценить результат (в норме масса тела по формуле Брокка равна, примерно, рост минус 100). 10. Надеть перчатки, одноразовую салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б». 11. Поверхность весов обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность. 12. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б». 13. Провести гигиеническую обработку рук.   Алгоритм измерения роста пациента, в положении стоя   1. Предупредить пациента до проведения измерения. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Предложить пациенту снять верхнюю одежду и обувь. 4. На основание ростомера положить одноразовую салфетку. 5. Встать сбоку ростомера и поднять горизонтальную планку выше предполагаемого роста пациента. 6. Предложить пациенту встать на основу ростомера так, чтобы пятки, ягодицы, лопатки и затылок касались вертикальной планки, а голова была в таком положении, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии 7. Планшетку ростомера опустить на темя пациента и определить рост на шкале. 8. Сообщить пациенту его рост. 9. Предложить пациенту сойти с основы ростомера, придерживая в это время планку, чтобы не травмировать пациента. 10. Записать данные измерения в температурный лист у.ф. № 004/у. 11. Надеть перчатки, салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б». 12. Поверхность ростомера обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность. 13. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б». 14. Провести гигиеническую обработку рук.   Алгоритм измерения роста пациента, в положении сидя   1. Предупредить пациента до проведения измерения. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Предложить пациенту снять верхнюю одежду и обувь. 4. На основание ростомера положить одноразовую салфетку 5. Установить скамью ростомера и поднять планшетку выше предполагаемой высоты. 6. Помочь пациенту сесть на скамейку ростомера так, чтобы ягодицы, лопатки и затылок касались планки ростомера а голова была в таком положении, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии. 7. Планшетку ростомера опустить на темя пациента. 8. К показателю на планке добавить расстояние от пола до скамейки ростомера. 9. Сообщить пациенту его рост 10. Предложить пациенту встать со скамьи ростомера, при необходимости помочь ему. 11. Записать данные измерения в температурный лист у.ф. № 004/у. 12. Надеть перчатки, одноразовую салфетку утилизировать в отходы класса «Б». 13. Поверхность ростомера обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность. 14. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б» 15. Провести гигиеническую обработку рук.   Измерение пульса  Алгоритм измерение артериального пульса   1. Предупредить пациента за 15 минут до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Попросить пациента принять удобное положение. 4. Предложить расслабить руку, при этом кисти и предплечье не должны быть «на весу». 5. Прижать 2,3,4- м пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента (1 палец находится со стороны тыла кисти), почувствовать пульсацию. 6. Если при одновременном исследовании пульсовых волн появляются различия, то определение других его свойств проводят при исследовании той лучевой артерии, где пульсовые волны выражены лучше. 7. Взять часы или секундомер. 8. 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. 9. С помощью часов или секундомера определить частоту пульса – количество пульсовых волн в 1 минуту. 10. Сообщить пациенту результаты исследования. 11. Провести гигиеническую обработку рук. 12. Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у   Измерение температуры тела  Алгоритм измерения температуры тела   1. Предупредить пациента до проведения измерения. Получить согласие. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Попросить пациента принять удобное положение. 4. Предложить пациенту осушить подмышечную область салфеткой, салфетку сбросить в отходы класса «Б» 5. Проверить, чтобы уровень ртутного столбика находился ниже отметки 35 °С. 6. Поместить медицинский термометр в середину подмышечной впадины ртутным резервуаром на 7-10 минут. Пациент должен прижать руку к груди 7. Извлечь термометр из подмышечной впадины, отметить значение температуры тела, сообщить пациенту. 8. Стряхнуть термометр, до значения ртутного столбика ниже отметки 35 °С. 9. Поместить термометр в емкость для дезинфекции 10. Провести гигиеническую обработку рук. 11. Зарегистрировать значение температуры в температурном листе у.ф. № 004/у.   Измерение артериального давления  Алгоритм измерения артериального давления   1. Предупредить пациента за 15 минут до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие. 2. Убедиться, что мембрана фонендоскопа и трубки целы, стрелка манометра на нуле, вентиль на груше завинчен. 3. Выбрать правильный размер манжеты. 4. Провести гигиеническую обработку рук. 5. Попросить пациента принять удобное положение (лечь или сесть). 6. Уложить руку пациента в разогнутом положении (под локоть можно положить сжатый кулак кисти свободной руки или валик). Освободить руку от одежды. 7. На обнаженное плечо пациента наложить манжету на 2 – 3 см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты). Между плечом и манжетой должен проходить 1 палец. 8. Вставить фонендоскоп в уши и одной рукой поставить мембрану фонендоскопа на область локтевого сгиба (место нахождения плевой артерии). 9. Нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации на лучевой артерии (+ 20-30 мм. рт. ст. т.е. выше предполагаемого АД). 10. Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм. рт. ст. в 1 секунду, постепенно открывая вентиль. 11. Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны на шкале манометра соответствующую систолическому АД. 12. Продолжить выпускать воздух из манжеты отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова. 13. Выпустить весь воздух из манжетки и повторить процедуру через 1 – 2 минуты. 14. Сообщить пациенту результат измерения. 15. Результат АД можно записать в виде дроби на листке бумаги, в числительном – систолическое давление, в знаменателе – диастолическое давление (АД 120/80 мм. рт. ст.). 16. Надеть перчатки. Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной антисептиком, обработать манжету 17. Салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б» 18. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б», Провести гигиеническую обработку рук. 19. Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.   Подсчет частоты дыхательных движений  Алгоритм подсчета дыхательных движений   1. Предупредить пациента до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). Психологически подготовить пациента к манипуляции, преднамеренно предупредив его, что будут определяться свойства пульса; Получить согласие. 2. Провести гигиеническую обработку рук. 3. Попросить пациента принять удобное положение и не разговаривать. 4. Взять часы или секундомер. 5. Положить пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса. 6. Подсчитать частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки у женщин или брюшной стенки у мужчин. Обратить внимание на глубину и ритмичность дыхания 7. Сообщить пациенту результаты исследования «пульса». 8. Провести гигиеническую обработку рук. 9. Зарегистрировать частоту дыханий за минуту в температурном листе у.ф. № 004/у.   **Задача №9**   1. Проблемы пациента:   Настоящие: ограничение самоухода при диарее, нарушение сна из-за диареи, тревога и напряжение в связи с пропусками занятий в университете, стесняется принимать помощь других лиц при интимных процедурах, пациент не знает как правильно питаться при хроническом энтерите.  Приоритетная: дефицит самоухода при диарее.  Потенциальные: риск развития осложнений.  Цель:  Краткосрочная: у пациента не будет признаков обезвоживания и нарушения целостности кожных покровов в перианальной области в течение 1-2 суток при обеспечении оптимального ухода.  Долгосрочная: к моменту выписки диарея у пациента прекратится, кожа в промежности здоровая, пациент будет знать, как правильно питаться при хроническом энтерите.  План сестринских вмешательств:   1. Обеспечить пациента питьем в необходимом количестве 2. Контролировать соблюдение диеты №4 3. Провести беседу с пациентом о самоуходе при диарее 4. Контроль физиологических отправлений 5. Диета №4 рекомендуется при острых заболеваниях и резком обострении хронических заболеваний кишечника с сильными поносами. Обеспечивает питание при нарушении пищеварения, уменьшает воспаление, бродильные и гнилостные процессы в кишечнике, способствует нормализации функций кишечника и других органов пищеварения.   Это диета пониженной калорийности за счет жиров и углеводов при нормальном содержании белка. Резко ограничены механические, химические и термические раздражители желудочно-кишечного тракта.  Исключены продукты и блюда, усиливающие секрецию органов пищеварения, процессы брожения и гниения в кишечнике. Блюда — жидкие, полужидкие, протертые, сваренные в воде (или на пару). Исключены очень горячие и холодные кушанья.  При диете №4 разрешаются:  сухари из 200 г пшеничного хлеба высшего сорта, тонко нарезанные и неподжаристые;  супы на обезжиренном слабом мясном (или рыбном) бульоне с добавлением слизистых отваров круп, манной, риса, вареного и протертого мяса, паровых кнелей и фрикаделек, яичных хлопьев;  нежирные и нежилистые сорта говядины, телятины, кур, индеек, кроликов. (Мясо обезжиривают, удаляют фасции и сухожилия, у птиц — кожу.) Паровые или сваренные на воде котлеты, кнели, фрикадельки. Фарш с вареным рисом вместо хлеба 3-4 раза пропускают через мелкую решетку мясорубки. Суфле из отварного мяса;  нежирные виды свежей рыбы куском и рубленые (кнели, фрикаделью котлеты), сваренные на пару (или в воде);  свежеприготовленный кальцинированный или пресный протертый творог, паровое суфле;  яйца всмятку (до 1-2 в день), паровой омлет и в блюда;  протертые каши на воде или обезжиренном бульоне — рисовая, овсяная и гречневая, из крупяной муки;  овощи (только в виде отваров, добавляемых в супы);  кисели и желе из черники, кизила, черемухи, айвы, груш. Протертые сырые яблоки. Сахар — ограниченно;  обезжиренный бульон и сливочное масло (в блюда);  чай, особенно зеленый, черный кофе и какао на воде. Отвары из шиповника, сушеной черники, черной смородины, черемухи, айвы. При переносимости — разведенные свежие соки из ягод и фруктов (кроме винограда, ели абрикосов);  только очень свежее сливочное масло (по 5 г на порцию готового блюда).  При диете №4 исключаются:  другие хлебобулочные и мучные изделия;  супы с крупой, овощами, макаронными изделиями, молочные, крепкий жирные бульоны;  жирные виды и сорта мяса, мясо куском, колбасы и другие мясные продукты;  жирные виды, соленая рыба, икра, консервы;  цельное молоко и другие молочные продукты;  яйца, сваренные вкрутую, сырые, жареные;  пшено, перловая, ячневая крупа, макаронные изделия, бобовые;  фрукты и ягоды в натуральном виде, сухофрукты, компоты, мед, варенье другие сласти;  кофе и какао с молоком, газированные и холодные напитки.  Меню № 4 на 1 день  Завтрак. Каша рисовая из молотого риса, сваренная на бульоне с маслом или на воде, сухари из белого хлеба. Не очень сладкое какао на воде.  Второй завтрак. Только кисель с сухарями из белого хлеба.  Обед. Суп на обезжиренном мясном бульоне с рисовой мукой, котлеты мясные на пару, в которые добавлен чеснок, чай некрепкий.  Ужин. Протёртый рисовый пудинг, приготовленный на пару, отварная рыба с маслом или мясные фрикадельки, сухари из белого хлеба, настой шиповника.  За полтора часа до сна выпейте стакан кефира.   |  | | --- | | НАПРАВЛЕНИЕ  В бактериологическую лабораторию городской СЭС  Материал для исследования  Кал на бактериологическое исследование  ФИО \_\_\_Иванов Иван ИВАНОВИЧ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_19 лет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № истории болезни \_5243\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата поступления \_\_01.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата заболевания \_\_\_25.05.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Первичное или повторное исследование  Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата забора \_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Время \_9\_\_\_\_\_ часы \_\_30\_\_\_ минуты  ФИО врача \_\_\_\_\_роибова оиша нуралиевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО м\с \_\_\_\_\_\_\_\_роибова оиша нуралиевна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата направления \_\_\_02.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   4.  1. Наденьте перчатки.  2. Отгородите пациента ширмой.  3. Ополосните судно теплой водой, оставив в нем немного воды.  4. Левую руку подведите под крестец сбоку, помогая пациенту приподнять таз. При этом ноги у пациента должны быть согнуты в коленях.  5. Подложите под таз пациента клеенку и пеленку  6. Правой рукой подведите судно под ягодицы пациента, чтобы промежность оказалась над отверстием судна.  7. Прикройте пациента одеялом и оставьте на некоторое время его одного.  8. По окончании дефекации правой рукой извлеките судно, помогая при этом левой рукой пациенту приподнять таз.  9. Осмотрев содержимое судна, вылейте его в унитаз, судно обработайте в соответствии с требованиями санэпидрежима. При наличии патологических примесей (слизи, крови и так далее), оставьте содержимое судна до осмотра врачом.  10. Подмойте пациента, сменив предварительно перчатки и подставив чистое судно.  11. После выполнения манипуляции уберите судно и клеенку.  12. Судно продезинфицируйте.  13. Накройте судно клеенкой и поставьте на скамеечку под кровать пациента или поместите в специально выдвигающееся устройство функциональной кровати.  14.Уберите ширму.  15.Снимите перчатки, вымойте руки.  5.  1. Вымыть руки, высушить.  2. Уточнить у пациента аллергоанамнез. Сверить лекарственное средство с листом врачебного назначения, дать необходимую информацию о манипуляции.  3. Подготовить к работе флакон и ампулы с лекарственным средством - проверить срок годности, поставить дату вскрытия стерильного флакона.  4. Набрать в шприц лекарственное средство и ввести его во флакон через резиновую пробку (по стандарту).  5. Проверить капельную систему (герметичность, срок годности).  6. Вскрыть пакет и извлечь рукой систему из упаковки на стерильный лоток (салфетку).  7. Снять колпачок с иглы воздуховода и ввести её во флакон до упора, зафиксировать трубку воздуховода вдоль флакона так, чтобы её конец был на уровне дна.  8. Снять колпачок с иглы для флакона капельной системы и ввести в пробку до упора.  9. Закрыть зажим системы.  10.Перевернуть флакон вверх дном и закрепить на стойке-штативе, держать иглу для пациента в правой (левой) руке.  11.Снять инъекционную иглу с колпачком, положить в стерильный лоток.  12.Открыть зажим (не полностью) и заполнить капельницу до половины объема, держа её горизонтально.  13.Закрыть зажим. Возвратить капельницу в исходное положение.  14.Открыть зажим и заполнить систему по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком).  15.Закрыть зажим, зафиксировать систему на штативе и присоединить инъекционную иглу с колпачком.  16. На стойке-штативе фиксируют 2-3 полоски лейкопластыря.  17. Надеть стерильную маску, очки.  18.Обработать руки антисептическим раствором, надеть стерильные перчатки, обработать их спиртом.  19. Под локтевой сгиб пациента подложить клеёнчатую подушечку.  20.Выше локтевого сгиба, поверх одежды или салфетки, наложить резиновый жгут с сохранением пульса. Обработайте место пункции вены двумя шариками, смоченными спиртом, движением снизу вверх  21.Правой рукой снять со штатива систему, снять колпачок с иглы, открыть зажим системы (не полностью). Большим пальцем левой руки натяните кожу вниз, ниже места пункции, зафиксируйте вену и проведите пункцию (в системе должна показаться кровь).  22. Снять жгут, попросить пациента разжать кулак.  23. Понаблюдайте за введением, чтобы жидкость не поступала под кожу и установить скорость введения лекарственного средства (по назначению врача, т.е. количество капель в минуту). Фиксируйте канюлю иглы лейкопластырем.  25.В течение вливания следить за самочувствием пациента, несколько раз заходить в палату.  26.После завершения инфузии закрыть зажим, убрать лейкопластырь, к месту пункции слегка прижать ватный спиртовой шарик, и извлечь иглу.  27.Левой рукой помочь согнуть пациенту руку в локтевом сгибе.  28. Через 3-5 минут убрать у пациента окровавленный шарик и замочить в емкости с дезинфицирующим раствором.  29. Провести этап дезинфекции использованного материала, системы (её разрезать ножницами в дезинфицирующем растворе на кусочки по 10 см).  30. Снять перчатки, замочить в дезинфицирующем растворе.  31. Вымыть руки.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Антропометрия | 3 | |  | Измерение пульса | 1 | |  | Измерение температуры тела | 1 | |  | Заполнение температурного листа при регистрации показателей: масса тела, рост; частота пульса, АД, ЧДД, температуры тела | 7 | |  | Измерение артериального давление | 1 | |  | Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, внутривенные капельные | 1 | |  | Подсчет частоты дыхательных движений | 1 |   **ПП №8**  Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков   1. Объяснить, что в 6:00 необходимо помочиться в унитаз 2. Собирать мочу после каждого мочеиспускания в градуированную емкость, измерять диурез. 3. Фиксировать количество поступившей в организм жидкости в листе учета. 4. В 6.00 следующего дня сдать лист учета медицинской сестре. 5. Медицинской сестре определить, какое количество жидкости должно выделиться с мочой (в норме). 6. Сравнить количество выделенной жидкости с количеством рассчитанной жидкости (80% - нормальное количество выведения жидкости). 7. Водный баланс ***отрицательный***, если выделяется меньше жидкости, чем рассчитано в норме. 8. Водный баланс ***положительный***, если выделено больше жидкости, чем рассчитано в норме. 9. Сделать записи в температурном листе учета водного баланса.   Поставка пиявки на тело пациента  Алгоритм Постановка пиявок   1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Помочь пациенту удобно лечь для предстоящей процедуры. Огородить пациента ширмой. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Подготовить необходимое оснащение и оборудование. 5. Осмотреть место постановки пиявок. Подстелить клеёнку при необходимости или пеленку одноразовую под предполагаемую область. 6. Надеть перчатки. 7. Обработать кожу (место, постановки пиявок) вначале 70 %-ным спиртом (большим по площади, чем нужно для процедуры), стерильной салфеткой или ватным шариком, смоченным в горячей кипяченой воде, протереть кожу до покраснения, меняя шарики 2-3 раза. Кожу осушить стерильной салфеткой. 8. Смочить место постановки пиявок стерильным раствором 40 %-ной глюкозы. 9. Поместить пиявку на ватно-марлевый тампон, транспортировать ее в пробирку или банку хвостовым концом вниз. Поднести пробирку или банку к коже или слизистой (в стоматологии), отверстие пробирки или банки плотно приставить к месту присасывания (как только пиявка присосётся, в ее передней части появится волнообразное движение). 10. Положить салфетку под заднюю присоску. 11. Повторить пп. II.3 – II.5 до тех пор, пока не будут поставлены все пиявки. 12. Наблюдать за активностью пиявок: если не движутся, слегка провести по её поверхности пальцем. 13. Снять ватно-марлевым тампоном, смоченным спиртом, через 20-30 мин (по назначению врача) все пиявки. 14. Поместить снятые пиявки в емкость с дезинфицирующим раствором с последующей утилизацией. 15. Поместить пинцет в емкость для дезинфекции. 16. Обработать кожу вокруг ранки антисептиком или 5 %- ного спиртовым раствором йода. 17. Наложить асептическую ватно-марлевую давящую повязку с слоем ваты, менять повязку в течение суток по необходимости. 18. Фиксировать повязку бинтом или лейкопластырем 19. Убрать клеенку в емкость для дезинфекции. 20. Обработать использованные пиявки, убедиться, что число пиявок, поставленных пациенту, и число пиявок, находящихся в емкости для дезинфекции совпадает. 21. Снять перчатки и поместить в ёмкость для дезинфекции. 22. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 23. Уточнить у пациента его самочувствие. 24. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации   Профилактика пролежней.  Предупредить пролежни помогут следующие мероприятия:   * тщательный уход кожей, куда входит не только ее очищение, но и увлажнение; * контроль процессов мочеиспускания и дефекации, с целью недопущения соприкосновения продуктов жизнедеятельности с поверхностью кожи; * сбалансированный рацион питания больного, богатый белковой пищей; * достаточное потребление жидкости – около 1,5 литров в сутки; * время от времени, по возможности, изменение положения тела больного; * регулярный осмотр поверхности кожи на предмет появления покраснений, раздражений и опрелостей; * регулярная смена постельного и нательного белья. * Использование матрасов против пролежней.   Раздача пищи больным  Выдачу пищи из пищеблока проводят строго по установленному для каждого отделения времени. Её начинают только после того, как дежурный врач стационара снимет пробу с пищи. Буфетчица устанавливает бачки с пищей на специальные передвижные столики и доставляет их в буфетную, где хранится столовая посуда и установлены электрическая плита для подогрева пищи (в случае необходимости), титаны для горячей воды (кипятильники для воды большой ёмкости) и моечная. Затем после доставки пищи в отделение в соответствии с порционным требованием на-чинается её раздача буфетчицей, младшей медсестрой и палатной медсестрой. Если до раздачи пищи младшая медсестра осуществляла мероприятия по уходу за больными (помогала совершать утренний туалет, занималась уборкой палат и др.), она должна переодеться в специальную одежду и тщательно обработать руки. Медицинскому персоналу должны быть выделены отдельные хала-ты со специальной маркировкой «Для раздачи пищи».  Больные с общим (свободным) режимом обедают в столовой, где их рассаживают по принципу диетических столов. После еды столы убирают, после ужина – моют горячей водой с мылом. Посуду моют двукратно горячей водой с горчицей или содой, обязательно дезинфицируют 0,2% осветлённым раствором хлорной извести, ополаскивают горячей водой и ставят в сушильные шкафы. Пищевые отбросы помещают в промаркированные закрытые вёдра или бачки.  Больным, находящимся на палатном режиме, пишу доставляют в палату. По палатам пищу развозят на специальных каталках.  Не допускается раздача пищи техническим персоналом, убирающим больничные помещения (санитарками-уборщицами).  Искусственное кормление пациента  Алгоритм Кормление тяжелобольного через назогастральный зонд   1. Предупредить (если пациент адекватен) пациента заранее (10-15 мин.) о предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд. 2. Проветрить помещение. 3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 4. Придать пациенту положение Фаулера, на грудь пациента положить непромокаемую салфетку. 5. Убедиться, что метка на зонде находится около входа в носовой ход, или набрать в шприц Жане воздух 30 - 40 мл и присоединить его к зонду. Ввести воздух через зонд в желудок под контролем фонендоскопа. Выслушиваются характерные звуки, свидетельствующие о нахождении зонда в желудке. 6. Набрать в шприц питательную смесь, предварительно приготовленную, удалить из шприца воздух. 7. Снять зажим/заглушку с зонда, подсоединить к зонду шприц с пищей. 8. Ввести питательную смесь, перекрыть зонд, отсоединить использованный шприц, наложить зажим/заглушку 9. Подсоединить шприц с водой, снять зажим, промыть зонд, перекрыть зонд, отсоединить использованный шприц, наложить зажим/заглушку. Зонд зафиксировать. 10. Использованный шприц Жане положить в емкость из-под пищи. 11. Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья. 12. Пациента на 20-30 минут оставить в положении Фаулера (по возможности), затем придать удобное положение. 13. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 14. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместил в емкость для дезинфекции. Обработал поверхности. 15. Снять перчатки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 16. Сделать запись о проведенной процедуре.   Алгоритм Кормление пациента через гастростому   1. Предупредить (если пациент адекватен) пациента заранее (10-15 мин.) о предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд. 2. Проветрить помещение 3. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. 4. Придать пациенту положение Фаулера, рядом с пациентом положить непромокаемую салфетку. 5. Вскрыть упаковку с зондом (требуется помощь ассистента). 6. Вставить заглушку в дистальный конец зонда. 7. Облить конец зонда стерильным вазелиновым маслом и ввести в гастростому на 10см. 8. Снять заглушку с зонда и подсоединить к воронке. Слегка наклонить воронку и наполнить питательной смесью, температура которой 38-40 °С. Медленно поднять воронку, держать прямо, когда пища опустится до устья воронки, следует опустить ее до уровня желудка и снова заполнить питательной смесью. 9. После кормления, промыть воронку и зонд кипячёной водой, отсоединить. 10. Наложить зажим на зонд (или закрыть заглушкой) и зафиксировать зонд до следующего кормления, придать пациенту удобное положение. 11. Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья. 12. Пациенту рекомендовать не вставать с постели в течение 1,5-2 часов. Затем придать пациенту комфортное положение в постели. 13. Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату. 14. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. Обработать поверхности. 15. Перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 16. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного   1. Выбирайте назначения из медицинской карты ежедневно, после завершения обхода всех пациентов врачами и записей назначений в медицинской карте. 2. Перепишите их в специальную тетрадь или листок назначений, отдельно для каждого пациента. 3. Сведения о назначениях инъекциях передайте в процедурный кабинет, процедурной медсестре. 4. Убедитесь в правильности понимания ваших записей. 5. Перечень назначенных лекарственных средств, написанных по-русски, передайте старшей медсестре отделения. 6. Она суммирует эти сведения и выписывает по определенной форме требование на получение лекарственных средств из аптеки.   Раздача лекарств пациентам   1. Поставить на передвижной столик необходимое оснащение для проведения манипуляции. 2. Обработать руки. 3. Внимательно прочитать в журнале ФИО пациента и назначение. 4. Найти лекарственное средство, проверить его название, срок годности, дозу и способ введения. Соответствие этикетки препарата назначению врача. 5. Дать пациенту лекарственное средство непосредственно у постели. 6. Убедиться в том, что пациент принял лекарство. 7. Разложить лекарственные средства согласно правилам хранения. 8. Мензурки замочить в дез. растворе. 9. Обработать руки. 10. Сделать отметки о выполнении манипуляции.   **Задача №14**   1. Проблемы пациента:   Настоящие: сильная боль в животе, икота, задержка газов и стула, нарушение целостности кожных покровов (послеоперационная рана), обложенный язык, дефицит двигательной активности из-за операции, дефицит самоухода.  Приоритетная: задержка стула и газов у пациента в послеоперационном периоде.  Потенциальные: риск развития осложнений.  Цель:  Краткосрочная: у пациента уменьшится боль в животе, после проведенного сестринского вмешательства начнут отходить газы.  Долгосрочная: к моменту выписки пациента не будет беспокоить боль в животе, стул нормализуется, пациент будет знать особенности питания после резекции желудка.  План сестринских вмешательств:   1. Вызвать врача 2. Придать пациенту положение Фаулера 3. Ввести газоотводную трубку 4. Провести беседу о необходимости соблюдения правильного питания в послеоперационном периоде. 5. Особенность диеты - уменьшение количества пищи (за один прием не более 2-х блюд и не более 1 стакана жидкости). Для уменьшения воспалительных явлений, в первые 1-2 месяцы после операции ограничивают употребление соли.   Пищу следует принимать через каждые 2,5-3 ч, в небольшом количестве, 6-7 раз в день. Через 3-4 месяца диету постепенно расширяют, переходят на не протертую пищу, а через 6-12 месяцев - на общее питание (после разрешения врача). При общем питании больной должен принимать пищу мелкими порциями.  При диете после резекции желудка разрешаются:  1. нежирные сорта мяса (курица, говядина, телятина, индейка), предпочтительно отварное и рубленое, колбасы нежирные, сосиски молочные;  2. нежирные сорта рыбы, сельдь вымоченная. Мясо и рыба (отварные и слегка обжаренные, разрешаются при отсутствии нарушений со стороны печени и желчевыводящих путей, сопутствующих панкреатитов);  3. яйца всмятку, омлеты;  4. масло сливочное и рафинированное растительное (в небольшом количестве, лучше в блюда);  5. творог, творожные блюда, кефир, простокваша, сыр, сметана в качестве приправы;  6. морковь, свекла, кабачки, тыква, помидоры (в отварном или тушеном виде), картофель, белокочанная капуста (лучше квашеная в ограниченном количестве);  7. овощные супы, фруктовые, слизистые (супы на мясном бульоне разрешаются при отсутствии сопутствующих заболеваний печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей);  8. блюда и гарниры из круп (гречневой, овсяной, рисовой), запеканки и каши (лучше вязкие, на молоке пополам с водой или на воде);  9. яблоки мягкие, некислые, абрикосы, сливы некислые, желе из ягод;  10. чай, чай с молоком, отвар шиповника, соки яблочный, мандариновый, томатный.  При диете после резекции желудка ограничиваются:  1. цельное молоко, кофе, какао;  2. сахар, мед, варенье, кисели.  При диете после резекции желудка исключаются:  3. жареные блюда, жирное мясо (баранина, свинина, утка, гусь), жиры (за исключением сливочного и растительного масла), копчености, жирные колбасы, пряности, грибы, все виды готовых консервов;  мороженое, изделия с кремом, алкогольные напитки, сладкие и почти мучные изделия (блины, оладьи, торты, пирожки, сдобное печенье).  Примерное меню  1-й завтрак: отварное мясо с квашеной капустой (отварной), каша рисовая на разведенном молоке без сахара, чай,  2-й завтрак: биточки мясные, яблоко свежее, протертое.  Обед: щи вегетарианские (1/2 тарелки), мясо отварное с вермишелью, желе на ксилите.  Ужин: фрикадельки мясные с тушеной морковью.  Перед сном: 1 стакан кефира, свежий сыр.  На весь день: хлеб - 250г, сахар - 20г, масло сливочное - 25г.   |  | | --- | | Отделение\_терапевтическое\_\_\_\_\_\_ № палаты \_2\_\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Анализ кала на копрологическое исследование  ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   1.Подготовить посуду, оформить направление  2.Проинструктировать пациента о порядке сбора кала. Непосредственно после дефекации взять лучинкой из нескольких участков 5-10 г кала без примесей воды и мочи и поместить во флакон. Флакон оставить на полу в специальном ящике в санитарной комнате.  3.Собранный материал доставить в клиническую лабораторию.  4.Полученные из лаборатории результаты подклеить в историю болезни   1. Размещение пациента в постели в положении Фаулера. 2. 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. 3. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. 4. Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где Вы находитесь, закрепить тормоза кровати. Опустить кровать до уровня середины своего бедра. 5. Убрать подушку из-под головы пациента, прислонить ее к изголовью кровати. Необходимо убедиться, что пациент лежит горизонтально, посередине кровати. 6. Затем поднять изголовье кровати под углом 45°-60°-90°, или подложить три подушки. Положить небольшую подушку под голову (в том случае, если поднималось только изголовье). Слегка приподнять вверх подбородок пациента. 7. Расслабленной кисти придать обычное положение: слегка разогнуть ладонь вниз, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половину резинового мячика. Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть лежит ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если вверх - пальцы лежат свободно. 8. Согнуть пациенту колени, подложить под них валик. Обеспечить упор для стоп под углом 90°. Затем расправить простыню и подкладную пеленку. 9. После того, как процесс перемещения и размещения пациента завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно. Накрыть пациента одеялом. Поднять боковые поручни 10. По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне. 11. Алгоритм введения газоотводной трубки 12. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры и получить его согласие. 13. Приготовить оснащение к процедуре: стерильная газоотводная трубка, стерильное вазелиновое масло, марлевая салфетка или туалетная бумага, средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, адсорбирующая пеленка, судно. 14. Прийти в палату к пациенту, Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. 15. Поставить ширму у кровати пациента, положить адсорбирующую пеленку на постель, попросить пациента лечь ближе к краю кровати на левый бок, ноги прижать к животу, оголить ягодицы, при необходимости помочь пациенту. 16. Поставить на пеленку или на стул рядом с пациентом судно с небольшим количеством воды. Если пациенту противопоказано положение на левом боку, газоотводную трубку можно ставить в положении пациента лежа на спине, тогда судно с водой будет находиться между ногами пациента. 17. Взять закругленный конец газоотводной трубки как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами. Облить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки. 18. Раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20- 30 см., свободный конец газоотводной трубки опустить в судно с водой. О том, что газоотводная трубка введена правильно, свидетельствуют пузырьки на поверхности воды. Газоотводная трубка ставится на 1 час, так как возможно образование пролежней на слизистой оболочке кишки. По назначению врача процедура может быть повторена. 19. Укрыть пациента. Наблюдать в течение часа за эффективностью процесса выведения газов из кишечника. 20. Обеспечить пациенту безопасность, если он лежит на краю кровати (поднять поручень кровати). 21. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 22. По истечении заданного времени обработать руки, надеть перчатки и извлечь газоотводную трубку из анального отверстия. 23. Поместить газоотводную трубку в емкость для сбора отходов класса «Б». Вылить воду из емкости в канализацию, емкость дезинфицировать. 24. Провести туалет анального отверстия 25. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 26. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 27. Сделать запись о проведенной процедуре.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков | 1 | |  | Поставка пиявки на тело пациента | 1 | |  | Профилактика пролежней | 1 | |  | Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного | 1 | |  | Раздача лекарства больным | 1 | |  | Раздача пищи больным | 1 | |  | Постановка газоотводной трубки | 1 | |  | Искусственное кормление пациента | 1 |   **ПП№9**  Закапывание капель в глаза  Алгоритм закапывание капель в глаза   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез. 2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 3. Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики 4. Помочь пациенту занять удобное положение. 5. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку нужное количество капель, взять в левую руку марлевый шарик. 6. Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз. Закапать в конъюнктивальную складку 2-3 капли (не подносить пипетку близко к конъюнктиве). 7. Попросить пациента закрыть глаза. Попросить пациента промокнуть вытекшие капли у внутреннего угла глаза. Повторить те же действия при закапывании в другой глаз (при назначении врача). Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой. 8. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 9. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 10. Сделать запись о выполненной процедуре.   Введение мази за нижнее веко  Алгоритм введения мази за нижнее веко стеклянной палочкой   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез. 2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 3. Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики, стеклянную палочку. 4. Помочь пациенту занять удобное положение. 5. Открыть флакон (тюбик), взять палочкой немного мази. Закрыть флакон. 6. Дать марлевые шарики пациенту в каждую руку (по возможности). Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз. 7. Заложить мазь за нижнее веко в направлении от внутреннего угла глаза к наружному (держать палочку мазью вниз). 8. Вывести глазную палочку из конъюнктивального свода вращательным движением, по направлению к наружной спайке век, одновременно отпустить нижнее веко. 9. Попросить пациента закрыть глаза. Попросить пациента удалить, вытекающую, из-под сомкнутых век мазь, или сделать это за него. При необходимости заложить мазь за нижнее веко другого глаза, повторив те же действия. Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта. 10. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 11. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 12. Сделать запись о выполненной процедуре.   Алгоритм введение мази за нижнее веко из тюбика   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез. 2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 3. Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики. 4. Помочь пациенту занять удобное положение. 5. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз. 6. Выдавить из тюбика мазь, продвигая её от внутреннего угла глаза к наружному так, чтобы мазь вышла за наружную спайку век. Отпустить нижнее веко, пациент должен закрыть глаза. 7. Попросить пациента закрыть глаза. Попросить пациента удалить, вытекающую из-под сомкнутых век мазь или сделать это за него. При необходимости заложить мазь за нижнее веко другого глаза, повторить те же действия. Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта. 8. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 9. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 10. Сделать запись о выполненной процедуре.   Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос  Алгоритм закапывание сосудосуживающих капель в нос   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез. 2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 3. Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики. 4. Помочь пациенту занять удобное положение (сидя). 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, слегка запрокинув голову и склонить её (при закапывании в левую ноздрю - влево, в правую - вправо). 7. Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос). Попросить пациента прижать пальцем крыло носа к перегородке сразу после закапывания капель и сделать лёгкие круговые движения, не отнимая пальца. Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры. Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия. Спросить у пациента об облегчении носового дыхания через 1-2 минуты. 8. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 9. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 10. Сделать запись о выполненной процедуре.   Алгоритм закапывание масляных капель в нос   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез 2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 3. Приготовить 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). Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры. Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия. Спросить у пациента о том, ощутил ли он вкус капель во рту. Попросить пациента полежать несколько минут. 8. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции 9. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 10. Сделать запись о выполненной процедуре.   Введение мази в носовые ходы  Алгоритм введение мази в нос   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез. 2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки 3. Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные ватные турунды, марлевые шарики. 4. Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Выдавить на ватную турунду 0,5-0.7 см мази (если мазь во флаконе, воспользоваться стерильной стеклянной лопаточкой). 5. Ввести ватную турунду вращательными движениями в нижний носовой ход (с одной стороны) на 10-15 минут. Извлечь турунду и положить её в ёмкость для использованного материала. 6. Повторить предыдущие действия при введении мази в другой носовой ход. Марлевым шариком, при необходимости, удалить остатки мази с кожи после процедуры. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой. 7. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 8. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 9. Провести гигиеническую обработку рук. Сделать запись о выполненной процедуре.   Закапывание капель в ухо  Алгоритм закапывание капель в ухо   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции, уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез. 2. Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, подогреть лекарственный препарат до температуры тела на водяной бане (поставить флакон в ёмкость с горячей водой, температуру контролировать водным термометром). 3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 4. Выложить пинцетом в лоток стерильные марлевые шарики. 5. Помочь пациенту занять удобное положение (лежа на боку или сидя, наклонив голову в сторону). 6. Набрать в пипетку 2-3 капли лекарственного средства (в одно ухо – по назначению врача). 7. Оттянуть ушную раковину назад и вверх и закапать 2- 3 капли ухо. 8. Повторить те же действия (при наличии назначения врача) при закапывании в другое ухо через несколько минут (чтобы не вытекло лекарственное средство). 9. Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой. 10. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 11. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 12. Сделать запись о выполненной процедуре.   Заполнение журнала учета лекарственных средств  Для учета лекарственных средств в медучреждениях используют форму журнала учета лекарственных средств. Графы журнала: 1. № п/п 2. Наименование лекарственных средств 3. Единица учета 4. Приход (количество) 5. Расход (количесво) 6. Остаток 7. Примечание Для предметно-количественного учета лекарственных средств в мед. учреждениях ведут журнал предметно-количественного учета лекарственных средств. Возможно вместо журнала учета лекарственных средств ведение журнала учета лекарственных препаратов.  Заполнение накладной - требования на лекарственные средства  Требование-накладная на получение из аптечных организаций лекарственных препаратов должна иметь штамп, круглую печать медицинской организации, подпись ее руководителя или его заместителя по лечебной части. В требовании-накладной указывается номер, дата составления документа, отправитель и получатель лекарственного препарата, наименование лекарственного препарата (с указанием дозировки, формы выпуска (таблетки, ампулы, мази, суппозитории и т.п.), вид упаковки (коробки, флаконы, тубы и т.п.), способ применения (для инъекций, для наружного применения, приема внутрь, глазные капли и т.п.), количество затребованных лекарственных препаратов, количество и стоимость отпущенных лекарственных препаратов. Наименования лекарственных препаратов пишутся на латинском языке. Требования-накладные на лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету, выписываются на отдельных бланках требований-накладных для каждой группы препаратов.  Медицинские организации при составлении заявок на наркотические средства и психотропные вещества списков II и III должны руководствоваться расчетными нормативами, утвержденными в установленном порядке.  При выписывании лекарственного препарата для индивидуального больного дополнительно указывается его фамилия и инициалы, номер истории болезни. Требования на ядовитые лекарственные средства, кроме подписи стоматолога или зубного врача, должны иметь подпись руководителя учреждения (отделения) или его заместителя и круглую печать медицинской организации.  Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения  Лекарственные средства размещаются в соответствии с токсикологическими группами. Ядовитые, наркотические средства – список А. Это группа высокотоксичных лекарственных средств. Их хранение и применение требуют соблюдения особой осторожности. Ядовитые лекарственные средства и средства, вызывающие лекарственную зависимость, хранят в сейфе. Особо ядовитые средства хранят во внутреннем отделении сейфа, запирающемся на замок. Список Б – сильнодействующие лекарственные средства. Медикаменты списка Б и готовые средства, их содержащие, хранят в отдельных шкафах, запираемых на замок, с надписью «Б». Хранение лекарств зависит от способа их применения (внутреннего, наружного), эти средства хранят отдельно. Лекарства хранят в соответствии с 13 агрегатным состоянием: жидкие находятся отдельно от сыпучих, газообразных и т.п. Не рекомендуется держать рядом лекарственные средства, созвучные по названию, средства для внутреннего применения с очень различающимися высшими дозами. Хранить раздельно по группам необходимо изделия из пластмассы, резины, перевязочные средства, изделия медицинской техники.  **Задача №15**   1. Проблемы пациента:   Настоящие: общая слабость, снижение работоспособности, кашель с мокротой, кровохарканье, субфебрильная лихорадка, потливость, беспокойство по поводу исхода заболевания.  Приоритетная: кровохарканье  Потенциальные: риск развития осложнений.  Цели:  Краткосрочная: кровохарканье уменьшится к концу недели.  Долгосрочная: отсутствие крови при отхаркивании к моменту выписки.  План сестринских вмешательств:   1. Вызвать врача 2. Обеспечить пациенту покой 3. Смена нательного и постельного белья 4. Обеспечить пациента карманной плевательницей 5. Обеспечить контроль назначений врача 6. Контроль АД, ЧДД, пульса  |  | | --- | | Отделение терапевтическое № палаты \_5\_\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В бак. лабораторию  Анализ мокроты на микобактерии туберкулеза  ФИО \_Иванов Иван Иванович \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   1. Поприветствовать пациента, (родственника пациента) представиться.  2. Сообщить цель обучения, получить согласие.  3. Провести обучение:  "Вам необходимо собрать для исследования утреннюю мокроту. В 8 часов натощак почистите зубы и тщательно прополощите рот водой, после этого сделайте несколько глубоких вздохов и откашливайте мокроту в эту банку, всего 3-5 мл (чайная ложка). Банку с мокротой закройте и оставьте в специальном ящике на полу в санитарной комнате".  Если Вы выделяете мокроту в малом количестве, мы ее будем накапливать в течение 1-3-х суток, сохраняя на средней полке двери холодильника.  Задать контрольные вопросы пациенту, чтобы удостовериться, правильно ли он понял информацию, попросить выполнить процедуру в присутствии медицинской сестры.   1. Рекомендации по питанию. Меню на 1 день.   Лечебная диета № 11  Продукты и меню, разрешенные на диете номер 11:  § хлеб из пшеничной и ржаной муки  § различная выпечка из сдобного и слоеного теста  § любые первые блюда  § все виды мясных продуктов (за исключением очень жирного мяса) в отварном, жареном, запеченном или тушеном виде  § печень, почки, язык  § колбасы, копчености и мясные консервы  § все виды рыбы, консервы и икра из рыбы  § морепродукты  § молочные продукты  § творог и сыр – обязательно  § яйца в любой обработке  § гречка и овсянка – обязательно  § другие крупы на молоке и на воде  § макароны  § пюре из бобовых  § сырые овощи и фрукты – обязательно  § отварные, жареные или запеченные овощи и фрукты  § сладости, сахар, мед, варенье  § соки из овощей и фруктов, отвар шиповника и настой отрубей – обязательно  § чай, кофе, какао и другие напитки  § сливочное, топленое и растительное масло.  Продукты, запрещенные на диете номер 11:  § очень жирное мясо  § кулинарные жиры  § острые приправы  § жирные соусы  § кондитерские изделия с большим количеством крема.  Меню:  1 вариант:  На 1-й завтрак: овсяная каша с молоком, омлет, салат из капусты с яблоками, чай.  На 2-й завтрак: ломтик сыра, чай.  На обед: борщ с мясом и со сметаной, отварной рис, жареная курица, компот.  На полдник: настой из шиповника.  На ужин: мясные зразы с луком и яйцом, гречневая запеканка с творогом, пюре из моркови, чай.  Перед сном: кефир.  2 вариант:  Для больных туберкулезом легких со сниженной реактивностью и вялым течением болезни.  1-й завтрак: пудинг творожный (130 г), каша гречневая молочная (220 г), чай (200 мл).  2-й завтрак: творог кальцинированный (100 г), мусс из кураги (125 г).  Обед: бульон с пельменями (500 г), бифштекс жареный с овощами (70 г), компот из яблок без сахара (180 г).  Полдник: яйцо всмятку (1 шт.), отвар шиповника (200 мл).  Ужин: отварная рыба, запеченная с картофелем (250 г), морковное пюре (200 г), чай с лимоном без сахара (180 мл).  На ночь: кефир (200 г).  На весь день: хлеб пшеничный (200 г), хлеб отрубный (150 г), сахар (30 г)  4.  1. Вымыть руки, высушить.  2. Уточнить у пациента аллергоанамнез, сверить лекарственное средство с листом врачебного назначения.  3. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, предложить сеть на стул или лечь на кушетку (в зависимости от состояния).  4. Набрать нужную дозу лекарственного средства в шприц (0,1 мл.).  5. Надеть стерильную маску.  6. Обработать руки антисептическим раствором, надеть перчатки, обработать их спиртом.  7. Приготовить два шарика со спиртом на стерильный лоток.  8. Освободить от одежды место для инъекции, осмотреть его.  9. Левой рукой обработать место инъекции ватным шариком со спиртом (средняя треть внутренней поверхности предплечья) в направлении сверху вниз, вначале широко - одним шариком, затем - место инъекции другим шариком.  10. Дождаться пока кожа высохнет.  11. Левой рукой фиксируют кожу легким натяжением, охватив предплечье снизу.  12. Правой рукой вводят иглу под углом 5 ° под роговой слой кожи только срез иглы (указательным пальцем фиксируют канюлю иглы).  13. Слегка приподнимают кверху срез иглы, а левую руку перемещают на поршень и вводят медленно лекарство.  14. Быстрым движением правой руки выводят иглу. На месте инъекции образуется папула в виде «лимонной корочки».  15. Использованный материал, шприцы погрузить в дезинфицирующий раствор.  16. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор, вымыть руки.  17. Объяснить пациенту, что нельзя мочить водой место инъекции в течение 3 дней, наблюдать за размером папулы.  5. Алгоритм обработки рук:  1уровень - социальный. Смывается большинство транзиторных микроорганизмов;  проводится перед приёмом пищи, после посещения туалетов, после осмотра пациентов и т. д.  Подготовка:  § снять все украшения, бумажное полотенце;  § освободить предплечья от рукавов халата;  § проверить наличие повреждений кожи (царапины, трещины), которые после мытья рук необходимо заклеить лейкопластырем;  § включить воду, обильно намылить руки от периферии к центру и путём энергичного механического трения обработать ладони между собой в течение  10 сек., затем смыть под проточной струёй воды в том же направлении, вытереть руки насухо бумажным полотенцем.  2 уровень - Гигиенический.  мытьё рук с использованием антисептических средств:  1) антисептическое мыло (3 мин.);  2) кожный антисептик (2 мин.);  Оснащение: мыло, вода, антисептическое средство, бумажное полотенце;  § более эффективный метод удаления и уничтожения микроорганизмов;  § проводится пред проведением инвазивных процедур, перед уходом за пациентом с ослабленным иммунитетом, перед и после ухода за раной и мочевым катетером, перед и после использования перчаток, после контакта с биологическими жидкостями, и после возможного микробного загрязнения и т. д.  Этапы обработки рук:  1) ладонь о ладонь;  2) ладонь одной руки о тыльную сторону кисти другой руки, поменять руки;  3) ладонь к ладони, пальцы рук переплетены;  4) согнутые пальцы одной руки находятся в ладони другой руки;  5) большой палец одной руки находится в сжатой ладони другой руки;  6) сжатые пальцы одной руки на ладони другой руки;  7) закрыть локтевой кран;  8) осушить руки;  9) обработать руки антисептиком.  Кожные антисептические средства наносят на сухие руки (на сухой коже повышается их антимикробный эффект).  Алгоритм надевания стерильных перчаток  Цель: предупредить распространение микроорганизмов, обеспечить инфекционную безопасность.  Оснащение:  - бикс со стерильными перчатками;  - стерильный пинцет;  - антисептик;  - мыло;  - индивидуальная салфетка (полотенце);  - стерильный лоток.  Последовательность выполнения:  1. Медицинская сестра моет руки, высушивает, обрабатывает кожным анисептиком.  2. Достает пинцетом из бикса упаковку с перчатками, кладет в стерильный лоток или на стол.  3. Раскрывает упаковку руками.  4. Берет перчатку за отворот левой рукой так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности отворота.  5. Сомкнутые пальцы правой руки вводит в перчатку и натягивает ее на пальцы, не нарушая отворота.  6. Заводит под отворот левой перчатки 2-й, 3-й и 4-й пальцы правой руки, одетой в перчатку так, чтобы 1-й палец правой руки был направлен в сторону 1-го пальца на левой перчатке.  7. Держит левую перчатку вертикально пальцами правой руки.  8. Вводит левую руку в перчатку, сомкнувши пальцы, натягивает ее.  9. Расправляет отворот вначале на левой перчатке, натягивая его на рукав.  10. Затем 2-м и 3-м пальцами левой руки подводит под подвернутые края правой перчатки и расправляет отворот на рукав халата.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнение журнала учета лекарственных средств | 1 | |  | Заполнение накладной - требования на лекарственные средства | 1 | |  | Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения | 1 | |  | Закапывание капель в глаза | 1 | |  | Введение мази за нижнее веко | 2 | |  | Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос | 2 | |  | Введение мази в носовые ходы | 1 | |  | Закапывание капель в ухо | 1 |   26.06  **ПП №10**  Нанесение мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента  Алгоритм применения присыпки   1. Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез. Обеспечить конфиденциальность. 2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки 3. На чистую сухую кожу (паховые складки, область под молочными железами и др.) без повреждений равномерно нанести присыпку через насадку с распылителем. 4. Распределить порошок с помощью ватного шарика или специальной кисти по большей поверхности. 5. Использованные материалы (ватные шарики) погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». 6. Снять перчатки, погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». Убрать ширму. Провести гигиеническую обработку рук. 7. Сделать запись о выполненной процедуре.   Алгоритм действий при нанесении мази на кожу   1. Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез. 2. Прочитать название мази. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве. 3. Попросить пациента занять удобное положение, при необходимости помочь. Отгородить пациента ширмой. 4. Осмотреть участок кожи, на котором нужно втирать мазь 5. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. 6. Выдавить из тюбика на стеклянную лопаточку (шпатель) мазь (по назначению врача). 7. Нанести мазь тонким слоем на кожу, пользуясь стеклянной лопаточкой (шпателем). Попросить пациента подержать поверхность кожи с нанесенной мазью 10-15 мин. (по инструкции) открытой. Спросить пациента не испытывает ли он дискомфорта в связи с процедурой. 8. Снять остатки мази с поверхности кожи салфеткой, осмотреть кожные покровы. 9. Использованные салфетки, шпатель погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б» 10. Снять перчатки, погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». убрать ширму. Провести гигиеническую обработку рук. 11. Сделать запись о выполненной процедуре.   Алгоритм действий при втирании линимента (жидкая мазь)   1. Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез. 2. Прочитать название препарата. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве. 3. Попросить пациента занять удобное положение, при необходимости помочь. Отгородить пациента ширмой. 4. Осмотреть участок кожи, на который нужно нанести втирание. 5. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки 6. Нанести нужное для втирания количество жидкой мази на шпатель или перчатку 7. Втирать легкими вращательными движениями в определенную врачом поверхность кожи до тех пор, пока не исчезнут следы лекарственного средства (или по инструкции). 8. Тепло укрыть пациента, если этого требует инструкция. 9. Убедиться в том, что пациент не испытывает дискомфорта после проведенной процедуры. 10. Использованные материалы (шпатель) погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». 11. Снять перчатки, погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». Провести гигиеническую обработку рук. 12. Сделать запись о выполненной процедуре.   Подача судна и мочеприемника (мужчине и женщине)  Алгоритм Подача судна пациенту   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 3. Отгородить пациента ширмой. 4. Ополоснуть судно теплой водой, оставив в нем немного воды. 5. Открыть нижнюю часть тела. 6. Попросить пациента согнуть ноги, и приподнять таз, или повернуть пациента на бок (помочь пациенту). 7. Под таз пациента положить непромокаемую одноразовую пеленку и подвести судно так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна. 8. Прикрыть пациента одеялом и оставить на некоторое время одного. 9. По окончании дефекации попросить пациента приподнять таз, или повернуться на бок (помочь пациенту), правой рукой извлечь судно. 10. Осмотреть содержимое судна, вылить в унитаз, судно обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима. При наличии патологических примесей (слизи, крови и так далее), оставить содержимое судна до осмотра врачом. 11. Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б». Обработать руки, надеть другую пару перчаток. 12. Подвести под пациента чистое судно. 13. Подготовить оборудование для подмывания и подмыть пациента. 14. Убрать ширму 15. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 16. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   Алгоритм Применение мочеприемника   1. По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. 3. Попросить пациентов выйти из палаты (по возможности). Отгородить пациента ширмой. 4. Придать пациенту удобное положение (Фаулера). 5. Ополоснуть мочеприемник теплой водой, оставив в нем немного воды. 6. Открыть нижнюю часть тела. 7. Под таз пациента положить непромокаемую одноразовую пеленку 8. Подать пациенту мочеприемник. Для обеспечения мочеиспускания можно открыть кран с водой. 9. Прикрыть пациента одеялом и оставить на некоторое время одного. 10. По окончании мочеиспускания убрать мочеприемник, отодвинуть ширму. 11. Осмотреть содержимое мочеприемника, вылить в унитаз, мочеприемник продезинфицировать, промыть с моющим средством, прополоскать проточной водой, просушить. 12. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработать руки, надеть другую пару перчаток. 13. Подготовить оборудование для подмывания и подмыть пациента при необходимости. 14. Убрать ширму. 15. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 16. Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   Постановка газоотводной трубки  Алгоритм введения газоотводной трубки   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры и получить его согласие. 2. Приготовить оснащение к процедуре: стерильная газоотводная трубка, стерильное вазелиновое масло, марлевая салфетка или туалетная бумага, средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, адсорбирующая пеленка, судно. 3. Прийти в палату к пациенту, Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. 4. Поставить ширму у кровати пациента, положить адсорбирующую пеленку на постель, попросить пациента лечь ближе к краю кровати на левый бок, ноги прижать к животу, оголить ягодицы, при необходимости помочь пациенту. 5. Поставить на пеленку или на стул рядом с пациентом судно с небольшим количеством воды. Если пациенту противопоказано положение на левом боку, газоотводную трубку можно ставить в положении пациента лежа на спине, тогда судно с водой будет находиться между ногами пациента. 6. Взять закругленный конец газоотводной трубки как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами. Облить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки. 7. Раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20- 30 см., свободный конец газоотводной трубки опустить в судно с водой. О том, что газоотводная трубка введена правильно, свидетельствуют пузырьки на поверхности воды. Газоотводная трубка ставится на 1 час, так как возможно образование пролежней на слизистой оболочке кишки. По назначению врача процедура может быть повторена. 8. Укрыть пациента. Наблюдать в течение часа за эффективностью процесса выведения газов из кишечника. 9. Обеспечить пациенту безопасность, если он лежит на краю кровати (поднять поручень кровати). 10. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 11. По истечении заданного времени обработать руки, надеть перчатки и извлечь газоотводную трубку из анального отверстия. 12. Поместить газоотводную трубку в емкость для сбора отходов класса «Б». Вылить воду из емкости в канализацию, емкость дезинфицировать. 13. Провести туалет анального отверстия. 14. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 15. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 16. Сделать запись о проведенной процедуре.   **Задача №17**   1. Медицинская сестра после случившегося поступила правильно. В данной ситуации не исключается возможность заражения такими инфекциями, как гепатиты В, С, D, ВИЧ-инфекция, сифилис и др. 2. Алгоритм действия при случившейся ситуации   1. при уколах и порезах вымыть руки, не снимая перчаток, проточной водой с мылом, снять перчатки и опустить их в дезраствор, вымыть поврежденное место с мылом, подержать раневую поверхность под струей проточной воды до остановки кровотечения и обработать рану 5 % раствором йода, наложить асептическую повязку или заклеить ее лейкопластырем, надеть напальчник или перчатку.  2. при нарушении целостности перчаток и загрязнении поверхности рук кровью, выделениями необходимо снять перчатки, вымыть руки мылом и водой, тщательно высушить руки полотенцем однократного использования и обработать кожным антисептиком дважды.  3. при загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. следует салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства (или антисептика), убрать видимые загрязнения, снять перчатки, погрузить их в раствор дезинфектанта, затем обработать руки кожным антисептиком.  4. если кровь попала на слизистые глаз, их промывают под проточной водой и закапывают глазные капли следующего состава: 2 % раствор борной кислоты с 0,25 % раствором цинк сульфата. При попадании на слизистую носа - смыть водой и закапать 2 % раствор борной кислоты с 0,25 % раствором цинк сульфата (или 1 % раствор протаргола), на слизистую губ или рта - полоскать 70 % раствором спирта или 0,05 % раствором марганцевокислого калия;  5. при попадании крови или сыворотки на одежду загрязненное место немедленно обработать одним из растворов дезинфектанта по режиму вирусного гепатита в соответствии с инструкцией к препарату, далее одежда снимается и замачивается в дезсредстве, который не разрушает ткань или помещается в пакет и подвергается дезкамерной обработке. Кожа рук и других участков тела под загрязненным местом промываются водой с мылом и протираются спиртом или кожным антисептиком дважды. Загрязненная обувь обрабатывается ветошью, смоченной в растворе дезсредств по режиму вирусного гепатита в соответствии с инструкцией к препарату.  3. аптечка «Анти-ВИЧ/СПИД»  Хранится в доступном месте в коробке, биксе или емкости с крышкой с обязательным приложением перечня и указанием конкретного места нахождения отдельных лекарственных средств, подлежащих хранению в условиях холодильника.  Рекомендуемый состав аптечки:  1. спирт этиловый 70% - 50 мл. (в заводской упаковке - хранение в холодильнике),  2. спиртовой раствор йода 5 % - 5 мл (хранение в промаркированном контейнере с крышкой),  3. глазные капли следующего состава: 2 % раствор борной кислоты  с 0,25 % раствор цинк сульфата в заводской упаковке - 1 шт. (хранение  в холодильнике)  4. перчатки - 2 пары  5. лейкопластырь - 1 катушка  6. бинт - 1 шт. (в стерильной упаковке)  7. ватные шарики или салфетки - 20 шт. (в стерильной упаковке) пипетки - 2 шт. (в стерильной упаковке)  Присутствие в аптечке готовых 0,05 % раствора марганцевокислого калия,  1 % раствора борной кислоты, 1 % раствора протаргола допустимо, но не обязательно.   1. Вакцинация от гриппа, пациентке с ВИЧ инфекцией (подкожно).   1. Ознакомился с листом назначения. Установил контакт с пациентом.  2. Объяснил ход и цель процедуры, уточнил аллергологический анамнез,  получил согласие на предстоящую процедуру.  3. Предложил пациенту занять удобное положение, предварительно положив на  кушетку одноразовую пеленку.  4. Приготовил: 2 шприца емкостью 1.0 -2.0 мл (1 шприц, емкостью 1.0-2.0 мл и  стерильную иглу), асептические спиртовые салфетки (4 шт.) , предварительно  проверив герметичность и срок годности упаковок; пилочку для подпила  ампул, ножницы или пинцет для открытия флакона; средства индивидуальной  защиты: маска, перчатки.  5. Приготовил и сверил с листом назначения наименование приготовленного  флакона/ампулы с лекарственным препаратом. Сверил название и дозу на  ампуле / флаконе с упаковкой, проверил содержимое на признаки  непригодности.  6. Обработал руки мылом и водой, осуши, надел маску. Обработал руки  антисептиком, дождался, пока руки высохнут, надел нестерильные перчатки.  7. Открыл и, при необходимости, собрал шприц внутри упаковки.  8. Открыл 4 спиртовые салфетки, не вынимая их из упаковок.  9. Обработал и вскрыл шейку ампулы\вскрыл металлическую пробку и  обработал крышку флакона спиртовой салфеткой, упаковку от салфетки  поместил в емкость для сбора отходов класса «А», салфетку в емкость для  сбора класса «Б»  10. Набрал в шприц нужное количество лекарственного препарата по  назначению врача. Пустой флакон/ ампулу поместил в емкость для сбора  отходов класса «А». Стекло».  11. Снял иглу рукой и поместил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий с маркировкой «Отходы. Класс Б», присоединил новую иглу, проверил ее проходимость и удалил остатки воздуха из шприца, вытеснив капельку лекарственного средства, не снимая колпачка с иглы.  12. Положил шприц, заполненный лекарственным препаратом в упаковку.  13. Убедился, что пациент занял удобное положение, визуально определил и  пропальпировал место выполнения инъекции. Обработал двукратно место  инъекции антисептическими салфетками, упаковку от салфеток сбросил в  емкость для сбора отходов класса «А», использованные салфетки поместил в  емкость для сбора отходов класса «Б».  14. Дождался, пока кожа высохнет.  15. Приготовил спиртовую салфетку, скинув упаковку от салфетки в емкость для сбора  отходов класса «А». Извлек шприц из упаковки, упаковку поместил в емкость для  сбора отходов класса «А», снял колпачок с иглы, убедившись, что из шприца удалены  остатки воздуха, колпачок скинул в емкость для сбора отходов класса «А».  16. Захватил указательным и большим пальцами руки кожу с подкожной  клетчаткой на участке инъекции. Взял шприц, придерживая канюлю иглы  указательным пальцем. Ввел иглу в основание образованной складки быстрым  движением под углом 30–45° на две трети ее длины. Отпустил складку.  Потянул поршень освободившейся рукой, убедился, что в шприц не поступает  кровь.  17. Медленно ввел лекарственный препарат, сохраняя положение шприца.  Приложил антисептическую салфетку к месту инъекции и извлек шприц с  иглой, придерживая канюлю указательным пальцем (при введении инсулина  салфетка стерильная сухая), не отрывая салфетку, слегка помассировал место  введения препарата.  18. Попросил пациента держать прижатым место инъекции.  19. Отсек иглу в непрокалываемый контейнер для сбора отходов класса «Б»,  шприц в не разобранном виде поместил в емкость для сбора отходов класса  «Б».  20. Убедился в отсутствии наружного кровотечения в области инъекции забрал у  пациента салфетку и поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  21. Уточнил у пациента о его самочувствии, при необходимости проводил до  палаты.  22. Одноразовую пеленку поместилв емкость для сбора отходов класса «Б».  Обработал поверхность манипуляционного стола, кушетки  дезинфицирующими салфетками, согласно инструкции к используемому  средству, салфетки поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  23. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б».  Провел гигиеническую обработку рук.  24. Сделал запись о проведенной процедуре: в листе назначения; в листе назначения в qMS.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, внутривенные капельные | 1 | |  | Нанесение мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента | 3 | |  | Подача судна и мочеприемника (мужчине и женщине) | 2 | |  | Постановка газоотводной трубки | 1 |   **ПП №11**  27.06  Постановка лекарственной клизмы  Алгоритм постановки лекарственной клизмы   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие. Предупредить пациента о том, что после проведения манипуляции нельзя вставать с кровати. Выяснить аллергоанамнез. 2. Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, вазелиновое масло, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр, лекарственное средство по назначению врача. Подогреть лекарственное средство на «водяной бане» до 38 °С, проверить температуру раствора термометром 3. Прийти в палату к пациенту, провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. Убедиться, что лекарственное средство соответствует назначению врача, набрать в грушевидный баллон или шприц Жанэ. 4. Отгородить пациента ширмой, положить адсорбирующую клеенку на постель, попросить пациента лечь на левый бок, правую ногу прижать к животу, оголить ягодицы, при необходимости помочь пациенту. 5. Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой. 6. Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами. 7. Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки. 8. Затем раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см., 9. Выпустить остатки воздуха из баллона. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести лекарственное средство. Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки. 10. Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 11. Марлевой салфеткой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади. Салфетку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 12. Помочь пациенту занять удобное положение в постели. Адсорбирующую пеленку оставить под пациентом. 13. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 14. Емкость из-под лекарственного средства сбросить в отходы класса «А». 15. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. Сделать запись о проведенной процедуре. 16. Убедиться в эффективности действия после введения лекарственного средства.   Постановка очистительной клизмы  Алгоритм постановки очистительной клизмы   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Пригласить пройти в клизменную. Также процедура может проводиться в палате, при невозможности транспортировать пациента, в этом случае перед процедурой пациента отгораживают ширмой. 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть фартук, перчатки. 3. Закрыть вентиль и налить в кружку Эсмарха 1,5 л. воды, предварительно измерив ее температуру при помощи водного термометра. Подвешать кружку на штатив, на уровне одного метра от пола 4. Положить адсорбирующую пеленку на кушетку так, чтобы она свисала в таз, попросить пациента лечь на левый бок, согнуть правую ногу в колене и прижать к животу, оголить ягодицы. При необходимости помочь пациенту. Если пациент не может лежать на животе, процедура выполняется в положении лежа на спине. 5. Вскрыть упаковку с одноразовым клизменным наконечником, и присоединяет его к системе, не нарушая стерильности. 6. Открыть вентиль и слить немного воды через наконечник, вытесняя воздух, закрыть вентиль. 7. Облить наконечник вазелиновым маслом, не касаясь стерильной поверхности наконечника руками, или обработать наконечник вазелином при помощи шпателя. 8. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести наконечник в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см. 9. Открыть вентиль на системе. Ввести необходимое количество жидкости. Когда вода опустится до устья кружки Эсмарха, закрыть вентиль. 10. Осторожно извлечь наконечник из прямой кишки. 11. Попросить пациента в течение 10 минут полежать на спине и удерживать воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно. 12. Отсоединить клизменный наконечник от системы, при этом можно использовать туалетную бумагу, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 13. Обработать кружку Эсмарха по инструкции дезинфицирующего средства, обработать кушетку. Снять фартук и также провести его дезинфекцию, снять перчатки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 14. Провести гигиеническую обработку рук 15. После дефекации пациента, убедиться, что процедура проведена успешно. Сделать запись в медицинской карте о проведении процедуры.   Постановка масляной клизмы  Алгоритм постановки масляной клизмы   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие. Предупредить пациента о том, что после проведения манипуляции нельзя вставать с кровати 2. Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, вазелиновое масло 100-200 мл, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр. Подогреть масло на «водяной бане» до 38 °С, проверить температуру масла термометром. 3. Прийти в палату к пациенту, провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. В грушевидный баллон набрать масло. 4. Отгородить пациента ширмой, положить адсорбирующую клеенку на постель, попросить пациента лечь на левый бок, правую ногу прижать к животу, оголить ягодицы, при необходимости помочь пациенту. 5. Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой. 6. Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами. 7. Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки. 8. Затем раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см., 9. Выпустить остатки воздуха из баллона. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести масло. Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки. 10. Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 11. Марлевой салфеткой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади. Салфетку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 12. Помочь пациенту занять удобное положение в постели. Адсорбирующую пеленку оставить под пациентом. Напомнить пациенту, что эффект от клизмы наступит через 10-12 часов. 13. Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. 14. Емкость из-под масла сбросить в отходы класса «А». Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. Сделать запись о проведенной процедуре. 15. Утром уточнить у пациента, был ли стул.   Постановка сифонной клизмы  Алгоритм постановки сифонной клизмы   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен). 2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, клеенчатый фартук, перчатки. 3. Поставить таз около кушетки. Положить на кушетку адсорбирующую пеленку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод. Попросить пациента лечь на левый бок, при этом его правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу, при необходимости медицинский работник помогает пациенту. 4. Вскрыть упаковку с толстым зондом, и воронкой, внутренняя поверхность упаковки служит стерильной поверхностью, на которой лежит зонд и воронка. 5. Взять в руку зонд, смазать облить слепой конец зонда вазелиновым маслом на протяжении 30-40 см. 6. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см. 7. К другому концу зонда присоединить воронку, держать ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента и наливать в нее 0,5-1 л воды. Следует отметить, что емкость с чистой водой стоит так, чтобы в нее не попали брызги промывных вод. 8. Медленно поднимать воронку выше ягодиц так, чтобы вода ушла в кишечник лишь до устья воронки. 9. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнит воронку полностью. Слить воду из воронки в приготовленную емкость (при необходимости в лабораторную посуду для исследования). 10. Промывание повторять до чистых промывных вод, но с использованием не более 10-12 л воды. 11. 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. После медленно извлечь зонд из кишечника через салфетку или туалетную бумагу и также поместить в емкость для дезинфекции. 12. Помочь пациенту провести туалет анального отверстия. У женщин обязательно кзади для профилактики инфицирования. Сбросить бумагу в емкость для сбора отходов класса «Б». Промывные воды слить в канализацию. Все использованные емкости подвергнуть дезинфекции по инструкции дезинфицирующего средства. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Затем провести дезинфекцию поверхностей: кушетка, пол. Снять фартук, провести его дезинфекцию 13. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 14. Уточнить у пациента его самочувстие, по возможности. Произвести запись о проведенной процедуре.   Постановка гипертонической клизмы  Алгоритм постановки гипертонической клизмы   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие. Пригласить пройти в клизменную. 2. Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, 10 % раствор натрия хлорида – 100 мл или 20-30 % раствор магния сульфата – 50 мл, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр. Подогреть раствор на «водяной бане» до 38 °С, проверить его температуру водным термометром. 3. Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть маску, перчатки. В грушевидный баллон набрать гипертонический раствор. 4. Положить адсорбирующую пеленку на кушетку, попросить пациента лечь на левый бок, правую ногу прижать к животу, оголить ягодицы. 5. Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами. 6. Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки. 7. Раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см., 8. Выпустить остатки воздуха из баллона. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести набранный раствор. 9. Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки. 10. Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 11. Марлевой салфеткой или туалетной бумагой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади, сбросить салфетку в емкость для сбора отходов класса «Б». 12. Напомнить пациенту, что эффект наступит через 20-30 минут. 13. По окончании процедуры использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции 14. Емкость из-под масла утилизировать в отходы класса «А». 15. Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», провести гигиеническую обработку рук. 16. После дефекации пациента, убедиться, что у пациента был стул.   **Задача №19**   1. В данной аварийной ситуации не соблюдены меры защиты при работе с ВИЧ-инфицированными пациентами. Медсестра должна быть одета в хирургический халат, шапочку, фартук; на лице – четырехслойная маска, очки или защитный экран   Последовательность действий в целях профилактики заболевания ВИЧ-инфекцией  а) провести обработку:  глаза – промыть водой и обработать 0,05% раствором марганцевокислого калия;  кожа – не втирая, обработать 70% раствором спирта, вымыть два раза теплой водой с туалетным мылом, затем снова обработать 70% раствором спирта;  б) о произошедшей аварии сообщить заведующему отделением;  в) обратиться к врачу-инфекционисту для консультации и наблюдения в течение 12 месяцев;  г) пройти лабораторное обследование на наличие антител к ВИЧ в установленные сроки;  д) по назначению врача начать прием противовирусных препаратов.  2. Заболевания, относящиеся к СПИД-ассоциированным, – это парентеральные гепатиты и заболевания, передающиеся половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, уреаплазмоз, хламидиоз и др.). Называют их так потому, что они имеют одни и те же пути передачи, что и ВИЧ-инфекция (половой, парентеральный, вертикальный).  3. Для приготовления 10 литров 5% раствора хлорамина необходимо взять 500 г сухоговещества и до 10 л воды. Годность раствора 10 дней, активность хлора должна быть не менее 27%.  4. Помещения, в которых проводились манипуляции, операции и другие инвазивные мероприятия с ВИЧ-инфицированными пациентами, подлежат внеплановой генеральной уборке: заливают 6% раствором перекиси водорода или 5% раствором хлорамина и оставляют на 1 час. Плацентарную кровь, околоплодные воды и другой материал засыпают сухой хлорной известью 1:5 на 1 час, после дезинфекции уничтожают.  Факт уничтожения биологического материала отражают в истории болезни. Медицинский инструментарий обеззараживается согласно ОСТ 42-21-2-85.   1. Закапайте капли сульфацила натрия в глаза новорожденному ребенку   Подготовка к процедуре.  – Подготовить необходимое оснащение.  – Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором.  – Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.  – Расстелить пеленку.  – Уложить ребенка на пеленальный стол.  Выполнение процедуры.  – Положить пинцетом в левую руку ватный тампон.  – Набрать лекарственный раствор в пипетку, удерживая ее вертикально.  – Правую руку с пипеткой расположить в области лба так, чтобы ребро ладони надежно фиксировало голову ребенка.  – Пипетку держать под углом 400.  – Оттянуть тампоном нижнее веко.  – Выпустить из пипетки в глазную щель, ближе к внутреннему углу глаза, одну каплю лекарственного раствора. Через несколько секунд ввести вторую каплю.  – Сбросить тампон в лоток для использованного материала.  – Закапать второй глаз, используя другой тампон, следуя тем же правилам.  – У девочек – раздвинуть большие половые губы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном положении.  – Выпустить из пипетки в половую щель одну каплю лекарственного раствора. Через несколько секунд ввести вторую каплю.  Завершение процедуры.  – Погрузить использованную пипетку в дезраствор.  – Убрать пеленку с пеленального столика и поместить ее в мешок для грязного белья.  – Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезраствором.  – Снять перчатки, вымыть и осушить руки.  – Сделать запись о введении лекарственного средства и реакции пациента.  – Через 2 часа повторить всю процедуру в полном объеме.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка лекарственной клизмы | 1 | |  | Постановка очистительной клизмы | 1 | |  | Постановка масляной клизмы | 1 | |  | Постановка сифонной клизмы | 1 | |  | Постановка гипертонической клизмы | 1 |   **ПП №12**  29.06  Введение лекарственного средства в прямую кишку  Алгоритм введение суппозиториев в прямую кишку   1. Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез. 2. Достать упаковку с суппозиториями из холодильника, прочитать названия суппозитория, уточнить срок годности, сравнить названия с назначением врача. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате. 3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, перчатки. 4. Отгородить пациента ширмой. 5. Положить под ягодицы адсорбирующую пеленку. Попросить пациента принять положение на спине или на левом боку и согнуть ноги в коленях 6. Вскрыть оболочку, в которую упакован суппозиторий, но не извлекать его. 7. Попросить пациента расслабиться. Развести ягодицы одной рукой, а другой ввести выдавленный из упаковки суппозиторий в анальное отверстие (оболочка от упаковки останется у Вас в руках). 8. Предложить пациенту лечь в удобное для него положение (помочь при необходимости). 9. Оболочку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 10. Снять маску, перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 11. Сделать запись о выполненной процедуре.   Оказать помощь пациенту при рвоте  Алгоритм оказание помощи пациенту в сознании при рвоте   1. Объяснить пациенту ход и цели предстоящей процедуры, получить согласие. Успокоить пациента. 2. Обработать руки. Надеть перчатки. Подготовить необходимое оснащение. 3. Надеть фартук на себя и пациента. Усадить пациента, если позволяет его состояние. 4. Поставить таз или ведро к ногам пациента. 5. Придерживать голову пациента, положив ему ладонь на лоб во время рвоты. Дать пациенту стакан с водой для полоскания рта после рвоты. Обтереть вокруг рта полотенцем. 6. Помочь пациенту лечь, сняв с него фартук 7. Проветрить палату. Убрать емкость с рвотными массами из палаты, предварительно показав их врачу. Затем слить в канализацию, обработать емкости. 8. Полотенце убрать в мешок для грязного белья. Снять фартук, обработать фартуки двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства. 9. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 10. Сделать запись о выполненной процедуре.   Алгоритм оказание помощи пациенту в бессознательном положении при рвоте   1. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, перчатки. 2. Надеть фартук. 3. Повернуть пациента в постели на бок и зафиксировать его в этом положении с помощью подушек, либо повернуть на бок голову. 4. Накрыть шею и грудь пациента полотенцем. 5. Поставить емкость для сбора рвотных масс на пол (или почкообразный лоток ко рту пациента). 6. Придерживать пациента, стоя сбоку: одну руку положить на лоб, вторую – на плечо пациента, чтобы пациент не упал. 7. Обработать ротовую полость пациента, предварительно отсосав рвотные массы грушевидным баллоном. Убрать емкость с рвотными массами из палаты, предварительно показав их врачу, затем слить в канализацию, обработать емкости (попросить помощника).. Умыть и обтереть пациента полотенцем. 8. Уложить удобно и укрыть пациента. 9. Проветрить палату. 10. Полотенце убрать в мешок для грязного белья. Снять фартук, обработать двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства. 11. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 12. Сделать запись о выполненной процедуре.   Промывание желудка  Алгоритм Промывание желудка беззондовым способом   1. Объяснить пациенту ход и цели предстоящей процедуры, если пациент в сознании, получить согласие. 2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, фартук, перчатки, Подготовить необходимое оснащение. 3. Правильно усадить или уложить больного набок. Голова должна быть ниже туловища. 4. Одеть непромокаемый фартук или накрыть грудь пациента полотенцем. Установить емкость для сбора промывных вод. 5. Дать пациенту выпить раствор, в объеме до 500 мл за один подход, в общем, понадобится до 5-10 литров 6. После каждого приема жидкости наклонить больного над емкостью для сбора промывных вод, фиксируя его голову. Если рвота не возникает спонтанно, следует надавить на корень языка (пальцем, шпателем, ложкой). При отсутствии эффекта дать пациенту рвотные средства по назначению врача. Проводить процедуру до появления чистых промывных вод. 7. Дать пациенту прополоскать рот, обтереть вокруг рта салфеткой 8. Промывные воды слить в канализацию, емкости продезинфицировать. 9. Обработать фартук двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства 10. Отправить в лабораторию 200 мл промывных вод на исследование. 11. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 12. Сделать запись о выполненной процедуре.   Алгоритм промывания желудка толстым зондом   1. Объяснить пациенту ход и цели предстоящей процедуры, если пациент в сознании, получить согласие. 2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, фартук, перчатки, Подготовить необходимое оснащение. 3. Надеть фартук на пациента. 4. Усадить пациента на стул, голову немного наклонить вперед (или уложить, голова на бок, под головой адсорбирующая пеленка). 5. Приставить таз к ногам пациента – слева от него, справа – ведро с водой (попросить помощника). 6. Измерить зондом расстояние до желудка (от мечевидного отростка до кончика носа и мочки уха), поставить метку. 7. Смочить слепой конец зонда, предложить пациенту открыть рот. 8. Взять зонд в правую руку на расстояние 10 см от закругленного конца, встать справа от пациента, положить конец зонда на корень языка. 9. Предложить пациенту делать глотательные движения, глубоко дышать носом. Зонд ввести до метки медленно и равномерно. 10. Ввести в желудок около 20 мл воздуха с помощью шприца Жанэ, выслушивая при этом в эпигастральной области характерные звуки. 11. Присоединить воронку к зонду. Опустить воронку ниже уровня желудка, слегка наклонив ее, налить воду кружкой. 12. 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). Повторить промывание до получения чистых промывных вод. 13. Отсоединить воронку и извлечь зонд из желудка, обернув его салфеткой. Дать пациенту прополоскать рот, обтереть вокруг рта салфеткой. 14. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. 15. Промывные воды слить в канализацию, емкости продезинфицировать. 16. Обработать фартук двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства. 17. Отправить в лабораторию 200 мл промывных вод на исследование. 18. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. 19. Сделать запись о выполненной процедуре.   Осуществить посмертный уход  Констатация биологической смерти производится врачами отделений стационара (если больной скончался в больнице), поликлиник и скорой медицинской помощи (в тех случаях, когда пациент умер дома), а также судебно-медицинскими экспертами (при осмотре трупа на месте его обнаружения) по совокупности ряда признаков: 1. расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет; 2. отсутствие роговичного рефлекса; 3. помутнение роговицы; 4. прекращение дыхания; 5. отсутствие пульса и сердцебиения; 6. расслабление мускулатуры; 7. исчезновение рефлексов; 8. типичное выражение лица; 9. появление трупных пятен, трупного окоченения; 10. снижение температуры тела.  Если больной умер в стационаре, то: – факт его смерти и точное время ее наступления записывает врач в истории болезни. – Труп раздевают, – укладывают на спину с разогнутыми коленями, – опускают веки, – подвязывают челюсть, – накрывают простыней и оставляют простыней и оставляют в отделении на 2 часа (до появления трупных пятен).  Прежде чем тело будет передано из отделения в морг, медицинская сестра выполняет ряд процедур, являющихся финальным проявлением уважения и заботы по отношению к пациенту. Особенности процедур разные в 767 разных лечебных учреждениях и чаще зависят от культурных и религиозных особенностей скончавшегося и его семьи. Поддержку семье, другим пациентам и персоналу может оказать священник. В некоторых лечебных учреждениях после констатации смерти в отделение приглашаются сотрудники морга, которые проводят подготовку к прощанию с пациентом. Сотруднику, впервые выполняющему данную процедуру или являющемуся родственником покойного, требуется поддержка.  1. Установите ширму.  2. Наденьте перчатки и фартук.  3. Положите тело на спину, уберите подушки.  4. Поместите конечности в нейтральное положение (руки вдоль тела). Уберите любые механические приспособления, например шины. Трупное окоченение появляется через 2-4 часа после смерти.  5. Полностью накройте тело простынёй, если Вы вынуждены отлучиться. 768  6. Аккуратно закройте глаза, обеспечив легкое давление, в течение 30 сек. на опущенные веки.  7. Раны с выделениями должны быть закрыты чистой непромокаемой пеленкой, надежно зафиксированы широкой липкой лентой во избежание протекания.  8. Выясните у родственников, необходимо ли снять обручальное кольцо. Заполните форму и обеспечьте сохранность ценностей. Украшения должны сниматься в соответствии с правилами лечебного учреждения в присутствии второй медсестры. Список украшений должен быть внесён в форму уведомления о смерти.  9. Заполните формы, идентифицирующие пациента, и идентификационные браслеты. 10.Закрепите браслеты на запястье и лодыжке.  11.Извещение о смерти должно заполняться в соответствии с правилами лечебного учреждения, которые могут предписывать закрепление данного документа на одежде пациента или простыне.  12.Накройте тело простынёй.  13.Свяжитесь с санитарами для перевозки тела в морг. Родственники ещё раз могут проститься с умершим в похоронном зале после разрешения персонала морга. 14.Снимите и утилизируйте перчатки и фартук в соответствии с местными правилами и вымойте руки.  15. Все манипуляции должны быть документированы. Делается запись о религиозных обрядах. Фиксируются также данные о способе завертывания тела (простыни, мешок) и наложенных повязках (на раны, на отверстия).  **Задача №23**   1. Проблемы пациента:   Настоящие: изжога, боли в поджелудочной области после еды, понижение аппетита, дефицит знаний о заболевании, нерациональное питание  Приоритетная: изжога  Потенциальные: риск развития осложнений.  Цель:  Краткосрочная: пациент не страдает изжогой к 3 дню лечения, демонстрирует знания и умения по профилактики заболевания  Долгосрочная: пациент правильно питается, отсутствую осложнения и масса тела не снижена к моменту выписки.  План сестринских вмешательств:   1. Лечебно-охранительный режим: выполнение назначений врача, двигательная активность, эмоциональная безопасность, рациональное питание, контроль общего состояния, обеспечение досуга, подготовка к лаб. Исследованиям 2. Сан-эпид режим: проветривание, санация, уборка 3. Обучение правилам профилактики заболевания 4. Объяснить о вреде приема соды в больших количествах 5. Сбор фекалий на скрытую кровь   На 3 дня назначается диета: искл. Железосодержащие продукты( мясо, рыба, помидоры, яйца, все зеленые овощи, печень, икру, гречневую кашу. Одновременно отменяются препараты железа, висмута.  · Подготовить посуду и выписать направление  · Проинструктировать пациента в отношении диеты  · Испражнение собрать в судно или горшок  · Надеть перчатки и лопаткой для сбора кала взять кал из 3х мест и поместить в емкость, закрыть  · Снять перчатки, поместить в емкость для сбора отходов класса Б  · Обработать руки антисептиком  · Доставить материал в клиническую лабораторию  · Подклеить результаты в историю болезни  · Примечание: при кровоточивости десен пациент не чистит зубы, а только полощет рот раствором соды.   |  | | --- | | Отделение\_терапевтическое № палаты \_2\_\_\_  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Кал на скрытую кровь  ФИО \_\_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_03.06.20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  1. СТОЛ№1А   Разрешено: жидкая пища, крупяные и молочные супы вязкой консистенциии, пюре из нежирного мяса, яйца всмятку, некрепкий чай, отвары, кисели, мед.  Запрещено: свежие фрукты и овощи, мясные бульоны, кофе, газировки, кисломолочные напитки, хлебобулочные и кондитерские изделия, сыр. Уменьшить потребление соли, исключить все специи.  Питание маленькими порциями, по 5 и более раз в сутки. Все блюда отвариваются, или готовятся на пару, едят едва теплыми.  Меню на день:  · Завтрак: рисовая протертая каша с кусочком сливочного масла, стакан чая.  · Второй завтрак: творожная запеканка, стакан молока  · Обед: пюре из мяса с рисом, компот из сухофруктов  · Полдник: яйцо всмятку, кисель  · Ужин: пюре их вареной рыбы, отвар шиповника  · Паужин: стакан молока   1. Разрешено: жидкая пища, крупяные и молочные супы вязкой консистенциии, пюре из нежирного мяса, яйца всмятку, некрепкий чай, отвары, кисели, мед.   Запрещено: свежие фрукты и овощи, мясные бульоны, кофе, газировки, кисломолочные напитки, хлебобулочные и кондитерские изделия, сыр. Уменьшить потребление соли, исключить все специи   1. Техника дуоденального зондирования.   1. Объяснить пациенту цель и ход исследования, уточнить аллергоанамнез. Получить согласие на проведение процедуры.  2. Промаркировать пробирки и направление для идентификации.  3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, перчатки. Подготовить оснащение: из упаковки пинцетом достать дуоденальный зонд и положить в стерильный лоток.  4. Обработать перчатки антисептическим раствором.  Выполнение процедуры  5. Измерить длину зонда (от мочки уха до резцов, от резцов до пупка и сделать метку №1, прибавить ширину ладони пациента (10-15 см), сделать метку №2).  6. Предложить пациенту сесть, широко открыть рот. В руки пациенту дать полотенце.  7. Смочить зонд стерильной водой и ввести за корень языка, затем постепенно с помощью глотательных движений до метки №1 (зонд в желудке). С помощью шприца с воздухом проверить местонахождение зонда. На свободный конец наложить зажим.  8. Уложить пациента на кушетку (без подушки) на правый бок, под таз подложить валик, под правое подреберье - грелку.  9. Снять зажим, свободный конец зонда опустить в пробирку на штативе на низкой скамейке рядом с кушеткой; выделяется мутное, светлое содержимое желудка.  10. Предложить пациенту медленно заглатывать зонд до метки №2. Продолжительность заглатывания 40-60 мин.  11. Зонд попадает в 12-перстную кишку и начинает выделяться золотисто-желтая жидкость. Это порция «А», дуоденальная желчь - (содержимое из 12-перстной кишки) - 15-40 мл за 20-30 минут.  12. После первой порции ввести раздражитель с помощью шприца через зонд в теплом виде (для лучшего отхождения порции «В») - 30-50 мл 33% раствора сульфата магния или 40% раствора глюкозы.  13. Уложить пациента на спину, наложить зажим на свободный конец зонда на 10 минут.  14. Уложить пациента на правый бок, снять зажим, опустить зонд в пробирки поочередно выделяется темно-оливковая желчь. Это порция «В», пузырная желчь - (из желчного пузыря) - 30-60 мл за 20-30 минут.  15. Переложить зонд в следующие пробирки, когда начнет выделяться прозрачная, светло-желтая желчь. Это порция «С», печеночная желчь (из желчных протоков) - 15-20 мл за 20-30 мин.  Завершение процедуры  15. Извлечь зонд при помощи салфетки, дать пациенту прополоскать рот.  16. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  17. Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  18. Отправить все пробирки в лабораторию с направлением (для выявления форменных элементов, простейших и т.д.).   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Заполнение направлений для проведения анализов | 1 | |  | Введение лекарственного средства в прямую кишку | 1 | |  | Оказать помощь пациенту при рвоте | 2 | |  | Осуществить посмертный уход | 1 | |  | Промывание желудка | 2 | |  | Дуоденальное зондирование | 1 | |  |  |

**МАНИПУЛЯЦИОННЫЙ ЛИСТ**

Производственной практики по профилю специальности

«Технология оказания медицинских услуг»

ПМ 04. Младшая медицинская сестра по уходу за больными

обучающегося а роибова оиша нуралиевна а

ФИО

Специальность 34.02.01 – Сестринское дело

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Перечень манипуляций** | **дата практики** | | | | | | | | | | | | | **всего манипуляций** |
| **Поликлиника 16.06 17.06 18.06 19.06 20.06 22.06 23.06 24.06 25.06 26.06 27.06 29.06** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Заполнение направлений для проведения анализов | 20 |  |  | 1 | 1 |  |  |  |  |  |  | 1 | | 23 |
| 2 | Взятие мазка из зева и носа для бактериологического исследования | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 2 |
| 3 | Обучение пациента технике сбора мочи для различных исследований | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 5 |
| 4 | Обучение пациента технике сбора фекалий для исследований | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 4 |
| 5 | Обучение пациента технике сбора мокроты для различных исследований | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 5 |
| 6 | Обучение пациента подготовке к рентгенологическим методам исследования | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 5 |
| 7 | Обучение пациента подготовке к эндоскопическим методам исследования | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 5 |
| 8 | Обучение пациента подготовке к ультразвуковым методам исследования | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 2 |
| 9 | Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 1 |
| 10 | Обучение пациента самоконтролю АД, пульса и ЧДД, температуры тела |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 3 |
| 11 | Обучение пациента самостоятельной постановки банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов |  | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 7 |
| 12 | Обучение пациента ингаляции лекарственного средства через рот и нос |  | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 2 |
| 13 | Дуоденальное зондирование |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 | | 2 |
| **Стационар** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Подача увлажненного кислорода |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 1 |
| 15 | Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 1 |
| 16 | Заполнение документации при приеме пациента |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 1 |
| 17 | Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 1 |
| 18 | Полная санитарная обработка пациента |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | 1 | |
| 19 | Частичная санитарная обработка пациента |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | 1 | |
| 20 | Смена нательного и постельного белья |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 3 |
| 21 | Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.) |  |  |  | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  | | 8 |
| 22 | Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе |  |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 5 |
| 23 | Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  | | 1 |
| 24 | Уход за лихорадящим больным |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 3 |
| 25 | Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 1 |
| 26 | Опорожнение мочевого дренажного мешка |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 1 |
| 27 | Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника |  |  |  | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 2 |
| 28 | Уход за лихорадящим больным |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 3 |
| 29 | Работа со стерильным биксом, стерильным материалом |  |  |  |  | 2 |  |  |  |  |  |  |  | | 2 |
| 30 | Транспортировка и перекладывание больного |  |  |  |  | 6 |  |  |  |  |  |  |  | | 6 |
| 31 | Катетеризация мочевого пузыря |  |  |  |  | 2 |  |  |  |  |  |  |  | | 2 |
| 32 | Постановка банок |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  | | 1 |
| 33 | Постановка горчичников |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  | | 1 |
| 34 | Постановка согревающего компресса |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  | | 1 |
| 35 | Применение грелки, пузыря со льдом |  |  |  |  |  | 2 |  |  |  |  |  |  | | 2 |
| 36 | Постановка горячего компресса |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  | | 1 |
| 37 | Постановка холодного компресса |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  | | 1 |
| 38 | Разведение антибиотиков |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  | | 1 |
| 39 | Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, внутривенные капельные |  |  |  |  |  | 4 | 1 |  |  | 1 |  |  | | 6 |
| 40 | Забор крови из вены на исследование |  |  |  |  |  | 2 |  |  |  |  |  |  | | 2 |
| 41 | Антропометрия |  |  |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  | | 3 |
| 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 |  | 2 |  |  |  |  | 7 |  |  |  |  |  | | 9 |
| 45 | Измерение артериального давления |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  | | 1 |
| 46 | Подсчет частоты дыхательных движений |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  | | 1 |
| 47 | Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  | | 1 |
| 48 | Поставка пиявки на тело пациента |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  | | 1 |
| 49 | Профилактика пролежней. |  |  |  |  |  | 1 |  | 1 |  |  |  |  | | 2 |
| 50 | Заполнение порционного требования |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |  |  | | 1 |
| 51 | Раздача пищи больным |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  | | 1 |
| 52  53 | Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника  Искусственное кормление пациента |  |  |  |  |  | 1 |  | 1 |  |  |  |  | | 1  1 |
| 54 | Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  | | 1 |
| 55 | Раздача лекарств пациентам |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  | | 1 |
| 56 | Заполнение журнала учета лекарственных средств |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  | | 1 |
| 57 | Заполнение накладной - требования на лекарственные средства |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  | | 1 |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |  |  |  | | 2 |
| 61 | Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |  |  |  | | 2 |
| 62 | Введение мази в носовые ходы |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  | | 1 |
| 63 | Закапывание капель в ухо |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  | | 1 |
| 64 | Нанесение мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 |  |  | | 3 |
| 65 | Подача судна и мочеприемника (мужчине и женщине) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 |  |  | | 2 |
| 66 | Постановка газоотводной трубки |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  | 1 |  |  | | 2 |
| 67 | Постановка лекарственной клизмы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  | | 1 |
| 68 | Постановка очистительной клизмы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  | | 1 |
| 69 | Постановка масляной клизмы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  | | 1 |
| 70 | Постановка сифонной клизмы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  | | 1 |
| 71 | Постановка гипертонической клизмы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  | | 1 |
| 72 | Введение лекарственного средства в прямую кишку |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 | | 1 |
| 73 | Оказать помощь пациенту при рвоте |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | | 2 |
| 74 | Промывание желудка |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | | 2 |
| 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