**Приложение 1**

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**

По профессиональному модулю:

«Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах»

Междисциплинарный курс «Сестринская помощь при различных заболеваниях и состояниях»

студента (ки) 4 курса 409-1 группы

специальности 34.02.01.Сестринское дело

Исаханян Адрине Оганесовна

База производственной практики: Преддипломная практика проходила в форме ЭО и ДОТ с 12.05.2020 по 08.06.2020

Методический руководитель: Филенкова Надежда Леонидовна

**Содержание**

1. Цели и задачи практики
2. Знания. умения, практический опыт, которыми должен овладеть обучающийся после прохождения практики.
3. График прохождения практики.
4. Инструктаж по технике безопасности.
5. Содержание и объем выполненной работы.
6. Манипуляционный лист.
7. Отчет.

**Цели и задачи практики**

**Цель:** проверка профессиональной готовности будущего специалиста к самостоятельной трудовой деятельности и сбор материалов для написания выпускной квалификационной работы

**Задачи:**

1. Углубление студентами первоначального профессионального опыта.
2. Закрепление и совершенствование приобретенных в процессе обучения в колледже профессиональных умений, по уходу за больными различного профиля.
3. Развитие общих и профессиональных компетенций
4. Адаптация обучающихся к конкретным условиям деятельности учреждений здравоохранения.
5. Формирование основ социально-личностной компетенции путем приобретения студентом навыков межличностного общения с медицинским персоналом и пациентами
6. Формирование навыков общения с больным с учетом этики и деонтологии в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов.
7. Освоение современных методов работы в медицинских организациях практического здравоохранения.
8. Наблюдение и сбор практического материала для обобщения и подготовке к выполнению выпускной квалификационной работы.

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

**Практический опыт:**

* Проведения профилактических мероприятий при осуществлении сестринского ухода;
* Осуществления ухода за детьми при различных заболеваниях и состояниях;
* Проведения реабилитационных мероприятий в отношении пациентов с различной патологией;
* Оказания доврачебной помощи при неотложных состояниях

**Умения:**

* Обучать население принципам здорового образа жизни,
* Проводить и осуществлять оздоровительные и профилактические мероприятия;
* Консультировать пациента и его окружение по вопросам иммунопрофилактики;
* Консультировать по вопросам рационального и диетического питания;
* Организовывать мероприятия по проведению диспансеризации;
* Готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
* Осуществлять сестринский уход за детьми при различных заболеваниях и состояниях;
* Консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
* Осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
* Осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
* Проводить комплексы упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
* Проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
* Вести утвержденную медицинскую документацию;
* Проводить мероприятия по восстановлению и поддержанию жизнедеятельности организма при неотложных состояниях самостоятельно и в бригадах
* Оказывать помощь при воздействии на организма токсических и ядовитых веществ самостоятельно и в бригаде

**Знания:**

* Современные представления о здоровье в разные возрастные периоды, возможные факторы, влияющие на здоровье, направления сестринской деятельности по сохранению здоровья;
* Основы иммунопрофилактики различных групп населения;
* Принципы рационального и диетического питания;
* Роль сестринского персонала при проведении диспансеризации населения и работе «школ здоровья»
* Причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента, принципы организации испособы оказания сестринской помощи;
* Принципы применения лекарственных средств;
* Виды, формы и методы реабилитации;
* Правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения;
* Причины, стадии и клинические проявления терминальных состояний;
* Алгоритмы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях.

###### Инструктаж по технике безопасности

1. *Общие требования безопасности:*

* Медсестра палатная обязана:
* Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка;
* Выполнять инструкции по ОТ;
* Владеть приемами оказания первой медицинской помощи при поражении электрическим током;
* Немедленно докладывать непосредственному руководителю о каждом несчастном случае, связанном с работой.
* Персонал отделения должен быть обеспечен санитарно-гигиенической одеждой.
* В отделении должны соблюдаться правила пожарной безопасности.
* Прием пищи и курение на рабочем месте запрещается.
* К самостоятельной работе медсестры допускаются лица с оконченным средним медицинским образованием.

1. *Требования безопасности перед началом работы:*

* Надевать санитарно-гигиеническую одежду, сменную обувь, медицинскую шапочку.
* Подготовить рабочее место: проверить наличие дезинфицирующих растворов и мыла, приготовить инструменты и инвентарь.
* Перед включением электрооборудования провести внешний осмотр. При обнаружении неисправности немедленно о них заведующей.

1. *Требования безопасности во время работы:*

* При проведении манипуляций с больным:
* Провести гигиеническую обработку рук.
* Надеть стерильные перчатки, маску.
* Запрещается оставлять пациента без наблюдения.
* Соблюдать меры предосторожности в работе с колющими инструментами.
* После проведения манипуляции:
* Провести обработку рабочего стола.
* Снять перчатки и средства индивидуальной защиты.
* Обработать руки.

1. *Требования безопасности по окончании работы:*

* Привести в порядок рабочее место, подвергнуть дезинфекции инструментарий.
* Утилизацию отходов производить в специальных мешках.
* Снять санитарно-гигиеническую одежду и убрать ее в отведенное место.

Подпись проводившего инструктаж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Печать ЛПУ

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 12.  05 | **ОБРАБОТКА ПУПОЧНОЙ РАНКИ**  1. Информировал маму о проведении процедуры. Подготовил необходимое оснащение. 2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки.  3. Обработал пеленальный стол, снял перчатки, обработал руки и надел стерильные перчатки.  4. Уложил ребенка на пеленальном столике.  5. Хорошо растянул края пупочной ранки пальцами и капнул в нее раствор 3% перекиси водорода.  6. Удалил образовавшуюся «пену» стерильной ватной палочкой движение изнутри кнаружи.  7. Обработал ранку палочкой, смоченной 70% спиртом, затем кожу вокруг ранки (от центра к периферии).  8. По необходимости обработал ранку (не затрагивая кожу) перманганатом калия с помощью ватной палочки Можно обрабатывать ранку пенкообразующими антисептиками (лифузоль).  9. Запеленал ребенка и передал его маме. отработанный материал поместил в емкость для отходов класса «Б».  10. Обработал пеленальный столик.  11. Снял перчатки, поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ :**  - Получить информированное согласие  - Вечером дать пациенту чистую, сухую баночку  - ОБУЧИТЬ : утром туалет наружных половых органов, в баночку собрать среднюю порцию мочи  **ПРОБА ЗИМНИЦКОГО**  • ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА :  - информированное согласие  - накануне выдать 8 пронумерованных баночек + одна запасная  • ТУАЛЕТ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ- не обязателен  **ПРОБА НЕЧИПОРЕНКО**  ПОДГОТОВКА НАКАНУНЕ :  - информированное согласие  - выдать чистую, сухую банку  - ОБУЧЕНИЕ : утром туалет наружных половых органов, мысленно разделить мочеиспускание на 3 части, не прерывая мочеиспускания : - 1 порцию - в унитаз - 2 порцию - В БАНОЧКУ - 3 порцию - в унитаз  **ПОСЕВ МОЧИ**  ПОДГОТОВКА : забор средней порции мочи в стерильный контейнер после туалета наружных половых органов. Обучить пациента обращению со стерильной посудой  **СНЯТИЕ ШВОВ**  1. Объяснил пациенту цель и ход предстоящей процедуры 2. Одел колпак, маску, стерильные перчатки  3. Кожу вокруг раны обработал антисептиком. 4. Подтянул за усики узла анатомическим пинцетом, извлек часть нити из кожи, пока не появился участок нити белого цвета, который находился в ткани, и в этом месте нить пересек остроконечными ножницами или скальпелем и извлек еѐ, подтягивая в направлении раны, таким образом швы снимаем через один или два подряд, если собираемся вводить в этом месте дренаж  5. После снятия швов кожу обработал антисептиком, наложил стерильную повязку |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 13.  05 | **ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (ВОЗРАСТ ДО 2 ЛЕТ)** 1. Объяснил маме/ родственникам цель исследования. Получил согласие. 2. Подготовил необходимое оснащение. 3. Обработал руки гигиеническим способом. 4. Обработал сантиметровую ленту 70% этиловым спиртом. 5. Наложил сантиметровую ленту на грудную клетку по ориентирам: сзади – нижние углы лопаток; спереди - нижний край около сосковых кружков. 6. Сообщил результат маме. 7. Обработал сантиметровую ленту 70% этиловым спиртом. 8. Снял перчатки, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработал руки гигиеническим способом. 9. Результаты занес в историю развития ребенка  **ЗАБОР КРОВИ СИСТЕМОЙ ВАКУУМНОГО ЗАБОРА КРОВИ**  1. Пригласил и проинформировать пациента, получил согласие на проведение процедуры. 2. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки. 3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 4. Собрал систему вакуумного забора крови Vacuette. 5. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту. 6. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми. 7. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента, надел очки. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком. 8. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции (вкола). 9. Провел пунктирование вены. Вставил пробирку в держатель до упора. Ослабил жгут, как только кровь начала поступать в пробирку. 10. Извлек пробирку после прекращения тока крови из держателя. Вынул держатель с иглой из вены, предварительно приложив к месту венепункции ватный шарик, или спиртовую салфетку. Пробирку поставил в штатив. 11. Вакутейнер сбросил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий, класса «Б», ватные шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б», пинцет и лоток погрузил в емкостидля дезинфекции, обработал очки, жгут. 12. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **ОСТАНОВКА ВЕНОЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПУТЕМ НАЛОЖЕНИЯ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ**  1. Установил источник кровотечения  2. Надел стерильные перчатки  3. Приготовил набор для манипуляции: стерильный лоток, пинцет, стерильные салфетки, 5% спиртовой раствор йода, пакет перевязочный индивидуальный, бинты  4. Обработал кожу вокруг раны 5% спиртовым раствором йода  5. Уложил пациента, бинтуемая область тела неподвижна и доступна  6. Встал лицом к больному  7. Наложил на кровоточащую рану подушечку пакета перевязочного индивидуального, комок ваты в марле или матерчатый пелот  8. Раскатал бинт слева направо, сделал 2-3 закрепляющих тура около раны на неповрежденной области  9. Сделал несколько туров, каждый из которых перекрывал предыдущий тур на ½ - ¾ ширины  10. Завершил бинтование 2-3 турами в проекции первых закрепляющих туров  11. Закрепил конец бинта, узел не должен находиться на поврежденной области  12. Снял и утилизировал перчатки как медицинские отходы «Класс Б» |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 14.  05 | **ПЕЛЕНАНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО**  1. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки. Обработал пеленальный стол, снял перчатки и поместил в емкость для отходов класса «Б»  2. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение  3. Обработал руки, надел стерильные перчатки  4. Уложил на пеленальном столе пеленки послойно (снизу вверх: фланелевая, тонкая и подгузник) приготовил распашонки, тонкую вывернул швами наружу  5. Распеленал ребенка в кроватке (при необходимости подмыли осушил), положил на пеленальный стол  6. Надел на ребенка тонкую распашонку разрезом назад, а фланелевую – разрезом вперед  7. Надел треугольный (одноразовый) подгузник, проведя широкий угол между ножек ребенка, а узкие концы обернул вокруг туловища.  8. Завернул ребенка в тонкую пеленку, проведя один край между ножек, в другим обернул ребенка. Нижний край пеленки подвернул (оставив место для свободного движения ножек) и зафиксировал пеленку, расположив «замочек» спереди  9. Завернул ребенка в теплую пеленку, расположив ее верхний край на уровне козелка ребенка. Зафиксировал нижний край пеленки на уровне середины плеч ребенка, «замочек» расположил спереди  10. Уложил ребенка в кроватку, протер рабочую поверхность стола дез.раствором  11. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **ПОСТАНОВКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ КЛИЗМЫ**  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры, получил согласие, если пациент контактен. \_ + + 2. Приготовил гипертонический раствор, подогрев его на водяной бане, измерил температуру раствора водным термометром, 38°С. \_ + + 3. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки. \_ + + 4. В грушевидный баллон набрал гипертонический раствор 100-150 мл. \_ + + 5. Положил адсорбирующую пеленку на кушетку. Попросил пациента принять правильное положение. \_ + + 6. Обработал перчатки антисептическим раствором. \_ + 7. Извлек газоотводную трубку из упаковки и облил вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки. \_ + + 8. Ввел газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 20-30 см. \_ + 9. Выпустил остатки воздуха из баллона. Присоединил к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввел набранный раствор. \_ х + 10. Отсоединил, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки. \_ х + 11. Марлевой салфеткой провел туалет анального отверстия, у женщин обязательно по направлению кзади. Напомнил пациенту, что эффект наступит через 20-30 минут. \_ + + 12. По окончании процедуры адсорбирующую пеленку газоотводную трубку, марлевые салфетки поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». Флакон из-под гипертонического раствора поместил в емкость для сбора отходов класса «А». \_ + 13. Грушевидный баллон поместил в емкость для дезинфекции. \_ + 14. Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. \_ + + 15. После дефекации пациента, убедился, что процедура проведена успешно.  **НАЛОЖЕНИЕ ШИНЫ КРАМЕРА НА НИЖНЮЮ (ВЕРХНЮЮ) КОНЕЧНОСТЬ**  1. Успокоил пострадавшего, объяснил ему суть предстоящей манипуляции  2. Проверил наличие элементов (пять шин Крамера, укутанных слоем ваты, закрепленных бинтом).  3. Разрезал одежду в предполагаемом месте травмы и осмотрев место травмы, убедился в наличии перелома. При наличии ран, ссадин наложил повязку.  4. Смоделировал шины по здоровой конечности.  5. По задней поверхности конечности наложил шину Крамера от кончиков пальцев стопы до подвздошной кости.  6. Наложил две шины на наружную поверхность конечности, от стопы до подмышечной впадины.  7. Наложил шину на внутреннюю поверхность голени с загибом на стопу  8. Зафиксировал шину циркулярными турами бинта от голеностопного сустава к тазобедренному 9. Оценил надежность иммобилизации (прочно фиксированы шины, плотно прилегают к конечности на всем протяжении) 10. Оценил состояние конечности: температуру, чувствительность и активные движения пальцев |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 15.  05 | **ЗАБОР КАЛА НА БАКПОСЕВ**  1. Объяснил пациенту/маме/родственникам цель исследования, получил согласие.  - 2. Подготовил необходимое оснащение. Поставил стеклографом номер на пробирке, соответствующий номеру направления.  3. Установил пробирку с консервантом в штатив . 4. Провел гигиеническую обработку рук 5. Надел медицинские перчатки. 6. Обеспечил правильное положение пациента. 7. Ввел петлю в анальное отверстие на глубину 4-5 см 8. Извлек петлю и поместил в стерильную пробирку с консервантом.. Плотно закрыл пробирку с консервантом ватномарлевым тампоном. 10. Снял перчатки и погрузил их в контейнер с маркировкой «Отходы. Класс Б». Провел гигиеническую обработку рук  **СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ПОПЕРЕЧНЫМ СПОСОБОМ**  Установил доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получил согласие на проведение (по возможности).  2. Подготовил комплект чистого белья, чистую простыню свернул в поперечный рулон.  3. Провел гигиеническую обработку рук, надел перчатки. Отгородил пациента ширмой.  4. Определил в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка) Приготовил емкость для сбора грязного белья.  5. Снял (выполняет помощник) с одеяла пациента пододеяльник, укрыл пациента пододеяльником на время смены белья. Сложил одеяло и отложил его в «чистую» зону. 6. Убрал подушку из-под головы пациента, снял с нее грязную наволочку, поместил в емкость для сбора грязного белья (выполняет помощник), надел чистую наволочку и положил в чистую зону. Высвободил края грязной простыни из-под матраца (выполняет помощник).  7. Приподнял пациента за голову и плечи, удерживал пациента. (Выполняет помощник) одной рукой скатал грязную простыню до середины кровати.  8. Расстелил чистую. На чистую простыню положил подушку и опустил на нее голову пациента.  9. Согнул пациенту ноги, попросил его приподнять таз, или помог пациенту, сдвинул грязную простыню к ногам пациента (выполняет помощник), расправил чистую  10. Поместил грязную простыню в емкость для сбора грязного белья (выполняет помощник  11. Раскрутил чистую простыню, тщательно разгладил, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелил подкладную пелѐнку. Заправил края чистой простыни под матрац.  12. Надел чистый пододеяльник на одеяло.  13. Убрал грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья (выполняет помощник).  14. Накрыл пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедился, что пациенту комфортно. Поднял поручни кровати, при их наличии.  15. Убрал ширму. Емкость, для сбора грязного белья увез в санитарную комнату. Обработал поверхности в палате дезинфицирующим раствором  16. Снял перчатки, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  17. Сделал запись о проведенной процедуре.  **НАЛОЖЕНИЕ ПОВЯЗКИ «ВАРЕЖКА»**  1. Объяснил пациенту цель и ход предстоящей процедуры 2. Встал лицом к пациенту  3. Обработал кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положил на травмированное место (рану) стерильную салфетку и салфетку между пальцев. 4. Фиксирующий тур наложил в области лучезапястного сустава 5. Далее бинт перегнул и повел по тыльной стороне кисти до кончиков пальцев 6. Затем по ладонной стороне до нижней трети предплечья и вновь перегнул. 7. Несколькими возвращающимися турами полностью закрыл пальцы. 8. Повязку закончил спиральными восходящими оборотами бинта от пальцев на кисть и закрепил на предплечье фиксирующим туром 9. Проверил правильность, эффективность и эстетичность данной повязки. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 16.  05 | **ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ВАННА (ДЛЯ ГРУДНОГО РЕБЕНКА)**  1. Убедился в отсутствии противопоказаний и получил согласие родственников ребенка на процедуру Подготовил необходимое оснащение,  2. Поставил ванночку в устойчивое положение. Надел фартук. Провел гигиеническую обработку рук, одел перчатки  3. Обработал внутреннюю поверхность ванночки дезинфицирующим раствором, вымыл щеткой и сполоснул кипятком.  4. Протер пеленальный столик дезинфицирующим раствором и приготовил на нем пеленки  5. Положил на дно ванночки пеленку, сложенную в несколько слоев (края пеленки не должны заходить на боковые стенки ванночки), водный термометр. Наполнил ванну водой на ½ или 1/3 t воды 36-370С.  6. Набрал из ванны воду в кувшин для ополаскивания ребенка  7. Раздел ребенка при необходимости подмыл проточной водой  8. Взял ребенка на руки, медленно погрузил в воду (сначала ножки и ягодицы), вода доходит до уровня сосков ребенка. Продолжая левой поддерживать голову и верхнюю половину туловища ребенка, освободил руку и надел на на нее рукавичку.  9. Помыл ребенка в следующей последовательности: голова (от лба к затылку) – шея – туловище - конечности (особенно тщательно промыл естественные складки кожи). Последними обмыл половые органы, межъягодичную область  . 10. Снял рукавичку. Перевернул ребенка вниз лицом и приподнял его над водой. Ополоснул малыша водой из кувшина  11. Накинув полотенце, положил ребенка на пеленальный столик. Осушил кожные покровы промокательными движениями  12. Использованные пеленки, «рукавичку» поместил в мешок для грязного белья, слил воду из ванны.  13. Обработал внутреннюю поверхность ванны и рабочую поверхность пеленального стола, дезраствором  14. Снял фартук и поместил в контейнер для дезинфекции, снял перчатки и поместить в контейнер с отходами класса Б. Провел гигиеническую обработку рук.  **ПОДМЫВНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО**  1. Предупредил пациентку о проведении манипуляции. Получил согласие на проведение процедуры.  2. Обеспечил изоляцию пациентки.  3. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки.  4. Попросил пациентку лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помог пациентке. Подложил под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку, поставил судно.  5. Подготовил оснащение к подмыванию пациентки.  6. Взял в левую руку емкость с раствором для подмывания, в правую - корнцанг с салфетками. Подмыл пациентку движениями сверху вниз, последовательно от лобка к анальному отверстию, меняя салфетки.  7. Осушил кожу в той же последовательности.  8. Салфетки сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Корнцанг в емкость для дезинфекции.  9. Снял перчатки. Поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **ОККЛЮЗИОННАЯ ПОВЯЗКА С ПОМОЩЬЮ ЛЕЙКОПЛАСТЫРЯ):** 1. Снять одежду, обнажить рану. 2. Края раны обработать  3. На рану наложить стерильную салфетку. 4. Полоски широкого лейкопластыря наложить черепицеобразно, выводя за края салфетки на 3-4 см |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 18.  05 | **ОБРАБОТКА ЕСТЕСТВЕННЫХ СКЛАДОК НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА**  1. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки Обработал пеленальный стол, снял перчатки и поместил в емкомть для отходов класса «Б»  2. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение  3. Обработал руки, надел стерильные перчатки  4. Уложил на пеленальном столе пеленки  5. Распеленал ребенка в кроватке (при необходимости подмыли осушил), положил на пеленальный стол  6. Обработал естественные складки кожи ватным тампоном, смоченным стерильным растительным маслом в строгой последовательности: заушные, шейные, подмышечные, локтевые, лучезапястные, подколенные, голеностопные, паховые, ягодичные  7. Менял ватные шарики по мере загрязнения  8. Одел ребенка и уложил ребенка в кроватку, протер рабочую поверхность стола дез. раствором  9. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **ПОСТАНОВКА ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ**,  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, фартук, перчатки. - 3. Извлек кружку Эсмарха из упаковки, упаковку поместил в емкость для сбора отходов класса «А».  4. При помощи запорного устройства перекрыл удлинительную трубку, заполнил мешок-емкость 1,5 л. воды, предварительно измерив ее температуру при помощи водного термометра. Подвешал кружку на штативе, на уровне одного метра от пола. Горловину мешка плотно закрыл крышкой.  5. Открыл запорное устройство и удалил воздух из системы, закрыл запорное устройство, закрепил трубку на штативе.  6. Положил адсорбирующую пеленку на кушетку так, чтобы она свисала в таз, попросил пациента принять правильное положение, оголить ягодицы. При необходимости помог пациенту.  7. Снял колпачок с дистального конца трубки, сбросил в отходы класса «А». Облил дистальный конец трубки вазелиновым маслом.  8. Раздвинул ягодицы и осторожно ввел дистальный конец трубки в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см.  9. Открыл запорное устройство на системе и ввел необходимое количество жидкости, оставив на дне мешка немного воды, закрыл кран, регулирующий поступление воды. 10. Извлек дистальный конец трубки из прямой кишки через салфетку или туалетную бумагу.  11. Попросил пациента в течение 10 минут полежать на спине, удерживая воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно. 12. Погрузил систему, адсорбирующую пеленку в емкость для сбора отходов класса «Б». 13. Снял фартук, провел его дезинфекцию, снял перчатки, поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». 14. Провел гигиеническую обработку рук. -15. После дефекации пациента, убедился, что процедура проведена успешно.  **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППЫ КРОВИ**  Внести цоликлоны в отдельные лунки по одной большой капле. Внести капилляром маленькие (0,01 мл) капли крови рядом с каплями цоликлонов, избегая контакта капилляра и крови. Отдельными палочками смешать цоликлоны и кровь., наблюдать агглютинацию 2,5 минуты. Внести пипеткой в лунки, в которых произошла агглютинация по 1й капле физиологического раствора наблюдать агглютинацию. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 19.  05 | **ОБРАБОТКИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ПРИ ГНЕЙСЕ**  1.Объяснить маме цель и ход проведения процедуры. 2.Подготовить оснащение. 3.Обработать руки гигиеническим способом, надеть стерильные резиновые перчатки. 4.Усадить или уложить ребенка на столик . 5.Ватным тампоном, обильно смоченным маслом, обработать волосистую часть головы промокательными движениями в местах локализации гнейса. 6.Положить на обработанную поверхность марлевые салфетки и надеть шапочку (минимум на 2 часа). 7.Передать ребенка маме. Убрать пеленку и поместить ее в мешок для грязного белья, столик обработать. 8.Через 2 часа провести гигиеническую ванную, во время мытья осторожно удалить корочки.  **ВНУТРИВЕННАЯ ИНЪЕКЦИЯ**  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры. 2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску. Надел перчатки. 3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком  4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток.  Подготовил лекарственный препарат: 5. сверил лекарственный препарат с листом врачебных назначений. Проверил срок годности лекарственного средства. Визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности  6. Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц.  7. Сменил иглу для инъекции. Вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок  8. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациента  9. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  10. Пропальпировал вены локтевого сгиба у пациента. Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.  11. Надел очки. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  12. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле движением снизу вверх. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  13. Большим пальцем левой руки зафиксировал вену. Ввел иглу в вену срезом вверх.  14. Потянул поршень на себя, убедился, что игла в вене.  15. Ослабил жгут. Еще раз проверил положение иглы 16. Медленно ввел лекарственный препарат, не меняя положение шприца. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик. Быстрым движением извлек иглу. 17. Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут. 18. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики погрузил в емкость для сбора отходов класса «Б 19. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»). 20. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработал тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором. 21. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции 22. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук  **ВЫПОЛНЕНИЕ ДЕЗИНФЕКЦИИ МЕТОДОМ ПОЛНОГО ПОГРУЖЕНИЯ:**   1. Погрузить полностью предмет ухода, заполняя его полости дезинфицирующим раствором. 2. Снять перчатки. 3. Отметить время начала дезинфекции. 4. Выдержать необходимое время процесса дезинфекции данным средством. 5. Надеть перчатки. 6. Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить. 7. Вылить дезинфицирующий раствор в канализацию 8. Хранить предмет ухода в специально отведённом месте. 9. Снять спецодежду, вымыть и осушить руки. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 20.  05 | **КОНТРОЛЬНОЕ ВЗВЕШИВАНИЕ**  1.. Подготовить весы для взвешивания ребенка(настроить, обработать, постелить пеленку) 2. Взвесить ребенка  3. Записать результат взвешивания. 4. Отдать ребенка матери на кормление 20 минут 5. После кормления повторно взвесить ребенка, в той же одежде и не меняя памперс 6. Записать результат и подсчитать  7.Продезинфецировать весы  **ПОДКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА**  1. Доброжелательно и уважительно представился Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, получил его согласие  2. Вымыл руки на гигиеническом уровне  3. Надел чистые перчатки и обработал кожным антисептиком.  4. Подготовил лотки, пинцеты , ватные шарики и инсулиновый шприц.  5. Упаковки от них поместил в пакет для отходов класса «А» 6. Часть шариков залил спиртом, часть- оставил сухими.  7. Обработал пробку флакона с инсулином шариком со спиртом и сухим шариком.  8. Набрал в шприц воздух на столько делений, сколько предстоит набрать инсулина, ввел воздух во флакон, перевернул шприц и флакон и набрал инсулин.  9. Поменял иглу и выпустил воздух не снимая колпачка с иглы.  10. Положил шприц в стерильный лоток и обработал перчатки кожным антисептиком.  11. Дважды обработал кожу пациента ватными шариками со спиртом и высушил место инъекции сухим ватным шариком. 12. Взял шприц с инсулином, снял колпачок с иглы, сделал одной рукой кожную складку, а другойввел под углом 45\*шприц с инсулином.  13. Отпустил кожную складку и, надавив на поршень, ввел инсулин.  14. Через 3-4 секунды извлек иглу, прикрыв место инъекции сухим ватным шариком.  15. Иглу поместил в иглоотсекатель.  16. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в пакет для отходов класса «Б» Лотки и пинцеты замочил в дезрастворе. УХОД ЗА ПОДКЛЮЧИЧНЫМ КАТЕТЕРОМ **Действия медицинской сестры:**   1. Ежедневно обрабатывать кожу пациента вокруг катетера спиртом и накладывать асептическую повязку в виде «штанишек», фиксировать лейкопластырем. 2. При необходимости внутривенного вливания, резиновую пробку катетера обрабатывать 70% этиловым спиртом и вводить через нее лекарственное средство. 3. После каждого внутривенного вливания заполнять катетер раствором гепарина (0,1-0,2 мл гепарина на 5 мл физиологического раствора). Для этого проколоть пробку тонкой иглой и удалять иглу со шприцом, не снимая пробки!   ***Уход за подключичным катетером медицинская сестра осуществляет в стерильных перчатках и использует стерильный материал.*** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 21.  05 | **ПОДАЧА КИСЛОРОДА ЧЕРЕЗ МАСКУ**   1. Объяснил пациенту/ родственникам смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. 2. Приготовил оснащение 3. Провел гигиеническую обработку рук 4. Заполнил аппарат Боброва дистиллированной водой на 2/3 объема 5. Собрал кислородный контур, присоединив кислородную подушку к трубке аппарата Боброва, опущенной в воду 6. к короткой трубке через переходник присоединить маску 7. Открыл зажим, проверил поток кислорода 8. Надел маску на рот и нос ребенка и поддавил подушку. 9. Контролировал скорость подачи кислорода (1,5 – 2 л/мин – при подаче из системы или баллона) 10. Продолжил ингаляцию 30 -120 мин (по состоянию ребенка) 11. Снял маску и закрыл вентиль 12. Маску поместил в емкость для отходов класса Б.   Провел дезинфекцию подушки двукратно с интервалом 15 мин.  **КАЛ НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ**   1. Подготовить посуду и направление: 2. Попросите пациента опорожнить кишечник в судно; 3. Наденьте перчатки и шпателем возьмите кал из трех разных мест и поместите его во флакон, закройте его пробкой и заклеите полоской лейкопластыря; 4. Снимите перчатки и поместите их и шпатель в емкость с дезраствором: 5. Вымойте руки, обработайте антисептиком:   Отправьте материал вместе с направлением в клиническую лабораторию  КОПРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ  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  **ПРАВИЛА РАБОТЫ С БИКСОМ**   1. Медсестра проверяет бикс:   а) герметичность (поясок должен закрывать решетчатые окна бикса полностью!);  б) маркировку:   * название бикса («перчатки», «шарики» и т.д.); * срок годности бикса (дату стерилизации).  1. Медицинская сестра моет руки, надевает маску. 2. Открывает бикс, проверяет индикатор стерильности (изменил ли он цвет по эталону), закрывает бикс. 3. Отмечает на бирке дату, время вскрытия бикса, ставит свою подпись. 4. Надевает стерильные перчатки. 5. Достает из бикса стерильным пинцетом необходимый материал и помещает его на стерильный стол или в стерильный лоток. 6. Закрывает бикс. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 22.  05 | **АНТРОПОМЕТРИЯ**  1.Вымыть руки. 2.Застелить ростомер пеленкой. 3.Распеленать или раздеть ребенка. 4.Уложить ребенка на ростомер так, чтобы голова ребенка касалась неподвижной планки ростомера. 5.Выпрямить ноги ребенка, нажав на колени. 6.Пододвинуть к подошвам подвижную планку ростомера. 7.Измерить длину ребенка в сантиметрах по шкале. 8.Обработать ростомер 1% раствором хлорамина.  **ПОСТАНОВКА МАСЛЯНОЙ КЛИЗМЫ**  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен. 2. Приготовил масло, подогрев его на водяной бане, измерил температуру раствора водным термометром, 38°С. 3. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки. 4. В грушевидный баллон набрал масло 100-200 мл. 5. Отгородил пациента ширмой, положил адсорбирующую клеенку на постель. Попросил пациента принять правильное положение. 6. Обработал перчатки антисептическим раствором 7. Извлек газоотводную трубку из упаковки и облил вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки. 8. Ввел газоотводную трубку на глубину 20-30 см 9. Выпустил остатки воздуха из баллона. Присоединил к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввел набранный раствор. 10. Отсоединил, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки 11. Марлевой салфеткой провел туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади. Напомнил пациенту, что эффект наступит через 10-12 часов. Адсорбирующую пеленку оставил под пациентом. 12. По окончании процедуры газоотводную трубку, марлевые салфетки поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». Флакон из-под масла поместил в емкость для сбора отходов класса «А». 13. Грушевидный баллон поместил в емкость для дезинфекции. 14. Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук 15. После дефекации убедился, что процедура прошла успешно.  **НАДЕВАНИЕ СТЕРИЛЬНОГО ХАЛАТА**   1. Медицинская сестра обрабатывает руки гигиеническим способом. 2. Используя ножную педаль, открывает крышку бикса. 3. Проверяет вид индикатора на стерильность (цвет согласно эталона) и достает из бикса халат правой рукой и перекладывает в левую руку. 4. Держит левой кистью халат за край ворота на вытянутой руке так, чтобы он не касался окружающих предметов. Разворачивает его по всей длине, соблюдая осторожность и не загрязняя его. 5. Медицинская сестра надевает халат на правую вытянутую руку (левой делает складку у ворота ближе к правому рукаву). 6. Правой рукой берет левый край ворота (правая кисть прикрыта халатом), надевает его на левую руку. 7. Вытягивает руки вперед и вверх. 8. Завязывает тесемки на рукавах, 2-3 раза обернув обшлаг рукава. 9. Помощница завязывает тесемки на халате со стороны спины. 10. Медсестра достает из кармана халата пояс, держит на расстоянии 30-40 см от себя спереди, свободные концы подает помощнице, чтобы она завязала, не касаясь стерильного халата. 11. Медсестра разворачивает упаковку с перчатками и надевает их согласно алгоритма, чтобы они закрывали тесемки рукавов. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 23.  05 | **ПРОВЕДЕНИЕ ИНГАЛЯЦИЙ**  Объяснить ребёнку/родственникам ход и суть выполнения манипуляции, получить согласие Усадить ребёнка в удобном положении перед аппаратом или уложить Соединить небулайзер и компрессор, включить компрессор; Выполнить ингаляцию до полного расходования раствора (20 – 30 мнут, при необходимости с перерывом в 5 –10 минут) Прополоскать ребёнку полость рта тёплой кипячёной водой, обеспечить покой, рекомендовать воздержаться от кашля и не разговаривать 20 – 30 минут Разобрать и обработать небулайзер Вымыть и осушить руки  **АЛГОРИТМ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ** • немедленно прекратить введение лекарственного вещества, при в/в введении-сохранить сосудистый доступ • наложить жгут выше места введения • вызвать врача через помощника • на место введения наложить пузырь со льдом • измерить АД на свободной руке и манжету не снимать для контроля АД в динамике • обколоть место инъекции крестообразно р- ром адреналина 0,1%-0.5 п/к • ввести в/в струйно 90-120 мг преднизолона на 10.0 физ. раствора  **НАКРЫТИЕ СТЕРИЛЬНОГО СТОЛА**   1. Перед накрытием стерильного стола медицинская сестра: моет руки, надевает маску, перчатки, обрабатывает дважды столик дезинфицирующим раствором с интервалом 15 минут, затем смывает остатки дезинфицирующего раствора чистой ветошью. 2. Снимает перчатки, моет руки. 3. Проверяет бикс с одеждой (герметичность, дату стерилизации), ставит дату вскрытия и время на бирке. 4. Проводит гигиеническую обработку рук. 5. Открывает бикс на педальной установке, проверяет изменение цвета индикатора согласно эталону. 6. Достает стерильный пинцет из бикса и им по очереди достает: емкость для пинцета, стерильный халат, маску, перчатку (надевает их согласно алгоритма). 7. Стерильным пинцетом достает простынь и кладет ее в левую руку, пинцет кладет в сухую стерильную емкость (бикс). 8. На вытянутых руках разворачивает простынь, сложенную в 4-е слоя и накрывает процедурный столик движением «от себя» так, чтобы нижние края свисали на 20-30 см. 9. Достает вторую простынь, сложенную в 4-е слоя, разворачивает и кладет поверх первой. 10. Сзади захватывает цапками все 8-м слоев простыней, впереди захватывает 2-мя цапками только 4-е верхних слоя по краям. Стол накрыт. 11. Открывает стерильный стол за передние цапки «от себя», сложив слои гармошкой, не доводя до края 10-15 см, цапки свисают за стол. 12. Выкладывает пинцетом на столик необходимый стерильный инструмент в удобном порядке (или по принятой схеме). 13. Взявшись за передние цапки, поднимает их вверх, расправляет «гармошку» и движение «на себя» закрывает стол, не касаясь стерильной части стола. 14. Прикрепляет к левому верхнему углу простыни бирку (дата стерилизации стерильного стола, время накрытия и подпись медицинской сестры). |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 25.  05 | **ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**  Перед тем как начать измерение давления, посадите ребенка на стул, пусть он отдохнет спокойно минут 5. Наденьте детскую манжету на плечо ребенка (не надевать на одежду). Убедитесь, что манжета плотно облегает руку. Во время измерения не разговаривать и не шевелиться, облокотиться на спинку стула, а руку с манжетой положить на стол.  **ТЕХНИКА ПОДСЧЁТА ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА** 1. Объяснить маме ход манипуляции, получить информированное согласие. 2. Провести санитарную обработку рук. осушить. 3. Раздеть ребёнка до пояса. Выполнение манипуляции: 1. Отвлечь ребёнка. 2. Положить руку исследователя на живот или грудную клетку ребёнка (в зависимости от возраста). 3. Считать количество экскурсий живота или грудной клетки во время вдоха в течение 1 минуты. 4. Оценить частоту дыхания у ребенка. 5. Одеть ребёнка. Завершение манипуляции: 1. Вымыть и осушить руки. 2. Записать результат в температурный лист.  **ТЕХНИКА ПОДСЧЁТА ЧАСТОТЫ ПУЛЬСА У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА** 1. Объяснить маме или ребёнку ход предстоящей манипуляции. 2. Получить согласие мамы или пациента. 3. Провести санитарную обработку рук. |4. Придать положение пациенту «сидя» или «лёжа». Выполнение манипуляции: 1. Положить 11, III, IV пальцы на область лучевой артерии, 1 палец должен находиться со стороны тыла кисти. 2. Прижать слегка артерию и почувствовать пульсацию артерии. 3. Взять часы или секундомер. 4. Подсчитать количество сокращений за 1 минуту в покое. Завершение манипуляции: 1. Вымыть и осушить руки. 2. Записать результат в температурный лист. Примечание: 1. У детей до 1 года пульс определяют на височной, сонной артерии, у детей старше 2-х лет - на лучевой.  **ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**  1. Усадить или уложить пациента в зависимости от его состояния 2. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца 3. Подложить валик или кулак под локоть пациента 4. Наложить манжету тонометра на плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба (между манжеткой и рукой пациента должен свободно проходить палец) 5. Найти пальпаторно на локтевой аптерии пульсацию, приложить фонендоскоп 6. Соединить манжету с тонометром 7. Нагнетать постепенно воздух баллоном до исчезновения пульсации +20-30 мм ртутного столба сверх того 8. С помощью вентиля баллона снижать постепенно движение в манжетке, приоткрыв вентиль большим и указательным пальцами правой руки против часовой стрелки 9. Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона - это систолическое давление 10. Отметить по шкале на тонометре прекращение последнего громкого тона, при постепенном снижении давления - это диастолическое давление. 11. Для получения точных результатов измерить давление 3 раза на разных руках 12. Взять минимальное значение А\Д и записать данные в лист динамического наблюдения |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 26.  05 | **КОРМЛЕНИЕ ЧЕРЕЗ ЗОНД**  1. Убедиться в отсутствии противопоказаний и получить согласия родственников 2. Подготовить необходимое оснащение.  3 Обработать гигиеническим образом руки надеть сериальный перчатки.  4. Наполнить шприц тёплым молоком в назначенном количестве.  5. Уложить ребёнка на бок с приподнятым головным концом, зафиксировать такое положение с помощью пелёнки.  6. Измерить глубину введения зонда от мочка уха через переносицу до мечевидного отростка грудины не касаясь ребёнка.  7. Смочить слепой конец зонда в молоке и ввести зонд по средней линии языка до метки, не прилагая усилий. Во время введения проследить за состоянием ребёнка.  8. После введения зонда в желудок ребёнка, присоединить шприц и подтянуть поршень на себя заполняя желудочным соком.  9. Приподнять шприц поршнем Вверх и очень медленно ввести назначенный объем молока.  10. При необходимости повторить использование зонда зафиксировать его пластырем к коже щеке и ввести небольшое количество физ. Раствора. 11.После окончания процедуры быстро извлечь зонд через салфетку И в отходы класса Б  12. Положить ребёнка в кроватку на бок с приподнятым головным концом.  13. Использованный инструментарий поместил в дез раствор  14. Снять перчатки в отходы класса Б и провести гигиеническую обработку рук.  **ТЕРМОМЕТРИЯ**  1. Получил согласие пациента  2. Вытер салфеткой кожу подмышечной области насухо 3. Извлек термометр из контейнера с маркировкой «чистые термометры», встряхнул, проверил шкалу деления 4. Поместил термометр нижним концом в подмышечную область так, чтобы резервуар ртути со всех сторон соприкасался с кожей 5. Зафиксировал/привел к груди руку 6. Засек время 7. Извлек термометр из подмышечной области 8. Определил показания термометра 9. Термометр встряхнул и поместил в емкость для дезинфекции 10. Снял перчатки и погрузил их в контейнер с маркировкой «Отходы. Класс Б». 11. Провел гигиеническую обработку рук. 12. Записал результат в температурный лист  **ОБРАБОТКА РУК ХИРУРГОВ** Мойте руки в течение одной минуты, используя жидкое моющее  средство. Тщательно высушите руки одноразовым бумажным полотенцем. С помощью локтевого дозатора нанесите на руки кожный антисептик. В течение 3-5 минут втирайте кожный антисептик маленькими порциями, обрабатывая сначала кисти, затем предплечья и локти. Руки должны оставаться влажными в течение всего времени обработки. Вторую порцию антисептика втирайте до полного высыхания. После обработки сушите руки естественным путем, не используя полотенца или электросушилки. Наденьте медицинские перчатки на полностью сухие руки. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 27.  05 | **НАДЕВАНИЕ СТЕРИЛЬНЫХ ПЕРЧАТОК**   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.   **ПРАВИЛА СНЯТИЯ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ПЕРЧАТОК**   1. Медицинская сестра, держа руки в перчатках ниже пояса, 4-мя пальцами правой руки, в перчатке, захватывает ладонную часть перчатки на левой руке, оттягивает «на себя», а затем – энергично «вниз», до кончиков пальцев, выворачивает ее наизнанку. 2. Правой рукой в перчатке забирает в кулак снятую перчатку с левой руки, вводит чистую левую руку за верхний внутренний край правой перчатки так, чтобы ладонная часть левой руки была обращена от правой руки. Слегка оттягивает ее «от руки» и к низу, выворачивает ее наизнанку. 3. Снятые перчатки медицинская сестра погружает в отходы класса Б 4. Медицинская сестра моет руки под теплой проточной водой с двукратным намыливанием, высушивает.   **ИЗМЕРЕНИЕ ВОДНОГО БАЛАНСА**  1.. Объяснить, что в 6.00 необходимо выпустить мочу в унитаз. Исключение из суточного диуреза образовавшейся за ночь мочи. 2. Собирать мочу после каждого мочеиспускания в градуированную емкость, измерять диурез. 3. Фиксировать количество выделенной жидкости в листе учета. 4. Фиксировать количество поступившей жидкости в листе учета. 5. Объяснить, что необходимо указывать время приема или введения жидкости, а также время выделения жидкости в листе учета водного баланса в течение суток, до 6.00 следующего дня. 6. В 6.00 следующего дня сдать лист учета медицинской сестре. 7. Определить медицинской сестре, какое количество жидкости должно выделиться вместе с мочой (в норме). 8. Сравнить количество выделенной жидкости с количеством рассчитанной жидкости (в норме). 9. Считать водный баланс отрицательным, если выделяется меньше жидкости, чем рассчитано (в норме). Примечание: отеки нарастают (или есть). 10.Считать водный баланс положитель ным, если выделено больше жидкости, чем рассчитано. 11. Сделать записи в листе учета водного баланса.  **ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ:**   1. Срочно вызвать врача; 2. Создать больному покой; 3. Уложить больного в положение с приподнятыми на 10-15º ногами; 4. Положить на живот пузырь со льдом; 5. Контролировать общее состояние (сознание, АД, пульс). |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 28.  05 | ПОСТАНОВКА ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ НОВОРОЖДЕННОМУ И ГРУДНОМУ РЕБЕНКУ  1. Объяснить маме цель и ход про­ведения процедуры, получить со­гласие 2. Подготовить необходимое осна­щение  Постелить клеенку, накрыть ее пеленкой • Выложить полотенце для подсу­шивания ребенка после проведе­ния процедуры 3. Вымыть и осушить руки, надеть фартук, перчатки 4. • Взять резиновый баллончик в правую руку и выпустить из него воздух. Набрать в баллончик воду тем­пературой 20-22°С Примечание: необходимое кол-во воды: а) новорожденному - 25-30 мл; б) грудному ребенку - 50-150 мл; в) 1-3 лет- 150-250 мл 5. Смазать наконечник вазелиновым маслом методом полива 6. Уложить ребенка на левый бок, ноги согнуть в коленных и тазобед­ренных суставах и прижать к жи­воту **Примечание:**ребенка до 6 меся­цев можно уложить на спину и при­поднять ноги вверх 7. Раздвинуть ягодицы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафик­сировать ребенка **в**данном поло­жении 8. Расположив резиновый баллон­чик наконечником вверх, нажать на него снизу большим пальцем пра­вой руки 9. Не разжимая баллончик, ввести наконечник осторожно, без усилий в анальное отверстие и продвинуть его в прямую кишку, направляя его сначала к пупку, а затем, преодо­лев сфинктеры, параллельно коп­чику 10. Медленно нажимая на баллончик снизу, ввести воду и, не разжимая его, извлечь наконечник из прямой кишки (баллончик поместить в ло­ток для отработанного материала)   Левой рукой сжать ягодицы ре­бенка на 3-5 минут  •Уложить ребенка на спину, при­крыв промежность пеленкой (до появления стула или позывов на дефекацию)   1. Подмыть ребенка после акта дефикации, подсушить полотенцем промокательными движениями, одеть ребенка 2. Снять фартук, перчатки, поместить в отходы класса Б   Вымыть и осушить руки  **ПРАВИЛА ПОЛЬЗОВАНИЯ КАРМАННЫМ ИНГАЛЯТОРОМ**. 1) снять с баллончика защитный колпачок, повернув баллончик вверх дном; 2) баллончик хорошо встрянуть; 3) сделать глубокий выдох; 4) баллончик с аэрозолем взять в руку и обхватить губами мундштук; 5) сделать глубокий вдох и одновременно сильно нажать на дно баллончика: в этот момент выдается доза аэрозоля; 6) задержать дыхание на несколько секунд, затем вынуть мундштук изо рта и сделать медленный выдох (если глубокий вдох в результате тяжести состояния больного невозможен, то первая доза аэрозоля распыляется в полости рта); 7) после ингаляции надеть на баллончик защитный колпачок. Количество доз аэрозоля определяет врач. После вдыхания глюкокортикоидов больной должен прополоскать рот водой для профилактики развития кандидоза полости рта.  **УКЛАДКА МАТЕРИАЛА В БИКС ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ**   1. Вымыть руки. 2. Надеть маску, перчатки, обработать их спиртом. 3. Приготовить бикс: внутреннюю поверхность бикса и крышки протрите ветошью, смоченной раствором антисептика двукратно, с интервалом 15 минут. 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. 13. Закрепить на ручке бикса промаркированную бирку («ватные шарики» и др.). 14. Отправить бикс в ЦСО для стерилизации в автоклаве. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 29.  05 | **ЗАКАПЫВНИЕ КАПЕЛЬ В УХО**  1. Объяснить маме цель и ход про­ведения процедуры, получить со­гласие   Подготовить необходимое осна­щение. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  2. Согреть капли до температуры тела  3.  Уложить ребёнка на бок, предварительно почистить слуховой аппарат ,оттянуть ушную раковину вниз и назад  4. Закапать необходимое количество капель  5. Аккуратно подергать за мочку уха или нажать на козелок  6. Несколько минут сохранить такое положение, либо вставить ватный шарик ко входу во внешнюю среду.  7. Повторить процедуру со 2 ухом  8. Снять перчатки в отходы класса Б, обработать руки  **ПОСТАНОВКА СИФОННОЙ КЛИЗМЫ**  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, фартук, перчатки.  3. Поставил таз около кушетки. Положил на кушетку адсорбирующую пеленку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод.  4. Попросил пациента принять правильное положение, при необходимости помог пациенту.  5. Вскрыл упаковку с толстым зондом, и воронкой. Обработал перчатки антисептическим раствором.  6. Взял в руку зонд, смазал слепой конец зонда вазелиновым маслом. Ввел закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см.  7. Присоединил воронку к другому концу зонда, держал ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента.  8. Налил в воронку 0,5-1 л воды. Емкость с чистой водой стоит так, чтобы в нее не попали брызги промывных вод. Поднял воронку выше ягодиц так, чтобы вода ушла в кишечник до устья воронки.  9. Опустил воронку ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнила воронку полностью.  10. Слил воду из воронки в приготовленную емкость (при необходимости в лабораторную посуду для исследования). Промывание повторял до чистых промывных вод, с использованием не более 10-12 л воды.  11. Отсоединил воронку, оставил зонд в кишечнике на 10-20 минут. Воронку погрузил в емкость для дезинфекции.  12. Извлек зонд из кишечника через салфетку или туалетную бумагу. Помог пациенту провести туалет анального отверстия. У женщин обязательно кзади. Зонд и салфетку положил  13. Промывные воды слил в канализацию. Адсорбирующую пеленку сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б».  14. Все использованные емкости подверг дезинфекции. Обработал рабочие поверхности и фартук.  15. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук  **Остановка артериального кровотечения пальцевым прижатием артерии к кости**  Оценить общее состояние пациента и область ранения 2 Придать пациенту положение лёжа или сидя. 3. Очень плотно прижать артерию четырьмя пальцами выше места кровотечения к кости на 5-10 мин. 4. Проверить пульсацию ниже места кровотечения. Профилактика турникетного шока. 5.Транспортировать пациента в лечебное учреждение |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 30.  05 | **ОБРАБОТКА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ СТОМАТИТЕ**  1. Объясните маме цель и ход проведения процедуры 2. Подготовьте оснащение 3. Обработайте руки гигиеническим способом, наденьте перчатки 4. На второй палец правой руки обмотайте марлевую салфетку, кончик которого необходимо зафиксировать большим пальцем 5. Большим пальцем левой руки осторожно надавите на подбородок и откройте рот ребенку (при необходимости примените шпатель) 6. Салфетку промокнуть в готовом растворе и промокательными движениями обработайте полость рта.  **ДУОДЕНАЛЬНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ**  1. Подготовил необходимое оснащение в манипуляционном кабинете. Доброжелательно и уважительно представился. Уточнил у пациента аллергологический анамнез, получил его согласие. Напомнил, что процедура проводится натощак  2. Вымыл руки на гигиеническом уровне 3. Надел маску 4. Надел перчатки  5. Открыл упаковку с одноразовым дуоденальным зондом и извлек его.  6. Измерил расстояние от мочки уха до резцов, далее - до мечевидного отростка и сделал первую метку. Прибавил к первой метке расстояние, равное ширине ладони пациента и сделал вторую отметку. 7. Усадил пациента на кушетку и предложил широко открыть рот. 8. Смоченный в стакане с водой кончик зонда положил на корень языка и предложил пациенту делать глотательные движения, медленно заглатывать зонд до первой отметки Уложил пациента на кушетку на правый бок, конец зонда опустил в пробирку ( без маркировки) на штативе .Штатив с пробирками располагается на низкой скамеечке рядом с кушеткой 9. Под правый бок пациента подложить грелку, обернутую салфеткой в четыре слоя. + - 10. В пробирку выделяется светлое мутное содержимое желудка .Предложил медленно, в течение 30-60 минут, заглатывать зонд до второй отметки, до появления золотисто-желтого отделяемого.Переставил зонд в пробирку с маркировкой «А» 11. В течение 20-30 минут собрал порцию желчи «А» в одну- две пробирки до прекращения ее выделения  12. Подогрел на водяной бане сульфат магнезии 33% до температуры 38\*С и ввел через зонд 20-40 мл с помощью шприца Жане, наложил зажим на зонд  13. Предложил пациенту перевернуться на спину на 10 минут.  14. Вновь уложил пациента на правый бок на грелку, переставил зонд в пробирку «В» и снял зажим с зонда. В пробирку выделяется оливкового цвета жидкость 15. Заполнил 2-5 пробирок. После появления жидкости светло-желтого цвета переставил зонд в пробирку с маркировкой «С»  16. Набрал две пробирки желчи порции «С» и закончил зондирование, наложив зажим на зонд. 17. Предложил пациенту перейти в положение сидя. 18. С помощью чистой салфетки извлек зонд и поместил его в емкость с дезинфицирующим раствором. 19. Дал пациенту прополоскать рот чистой водой. 20. Зонд и салфетки поместил в мешок для отходов класса «Б».  21. Пробирки закрыл резиновыми пробками, поместил в контейнер для транспортировки вместе с направлением и доставил в лабораторию. 22. обработал кушетку 23. снял перчатки, маску и поместил их в емкости для отходов класса «Б» 24. Обработал руки на гигиеническом уровне  **ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ СГИБАНИЕМ КОНЕЧНОСТИ:**  Для остановки кровотечения производят усиленное сгибание в суставах, находящихся выше раны (локтевом, коленном, тазобедренном), фиксируя сильно согнутый сустав в данном положении бинтами. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 1.  06 | **ВВЕДЕНИЯ КАПЕЛЬ В ГЛАЗА:**   1. Тщательно вымыть, высушить руки, надеть перчатки; 2. Проверить соответствие названия капель назначению врача; 3. Поочередно набрать по 2- 3 капли для каждого глаза; 4. Запрокинуть голову и посмотреть вверх; 5. Оттянуть нижнее веко, не касаясь ресниц, поднести пипетку к глазу ближе чем на 1 см, закапать капли в конъюнктивальную складку одного, а затем другого глаза; 6. Приложить к глазам стерильные салфетки; 7. Снять перчатки, вымыть руки.   **ВНУТРИВЕННАЯ КАПЕЛЬНАЯ ИНЪЕКЦИЯ**  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом.  4. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком  5. Подготовил лекарственный препарат (проверил срок годности лекарственного средства, целостность флакона) 6. Обработал ватным шариком наружную крышку флакона с лекарственным средством. Нестерильным пинцетом вскрыл центральную часть металлической крышки флакона и обработал резиновую пробку флакона вторым ватным шариком  7. Проверил целостность упаковки и срок стерильности системы для инфузии. Вскрыл пакет с системой, взял ее в руки.  8. Закрыл зажим на системе, снял колпачок с иглы для флакона, ввел иглу до упора во флакон  9. Перевернуть флакон вверх дном и закрепил на штативе, открыл воздуховод. Заполнил баллон системы до середины при помощи нажатия на него.  10. Снял инъекционную иглу с колпачком, положил в стерильный лоток.  11. Открыл зажим и заполнил капельницу по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком).  12. Закрыл зажим, присоединил инъекционную иглу с колпачком, вытеснил воздух через иглу, не снимая колпачка.  13. Зафиксировал систему на штативе  14. Удобно уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  15. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5 -6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми  16. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента. Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.  17. Надел очки. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  18. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  19. Большим пальцем зафиксировал вену, ниже места венепункции. Ввел иглу в вену. Убедился, что игла в вене.  20. Ослабил жгут, открыл зажим капельницы, убедился, что игла в вене и лекарство не поступает под кожу. 21. Закрепил систему лентой лейкопластыря. Отрегулировал скорость поступления лекарственного средства. 22. В течение инфузии следит за самочувствием пациента.  23. После завершения инфузии обработал руки, надел перчатки, закрыл зажим, убрал лейкопластырь, к месту пункции приложил ватный шарик и извлек иглу. 24. Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3 -5 минут.  25. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные системы для инфузии, ватные шарики поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». 26. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»). 27. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработал тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором.  28. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  29. Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б».  30. Провел гигиеническую обработку рук.  **АЛГОРИТМ ОБРАБОТКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ШВОВ:**   1. Держите рану чистой и сухой, чтобы способствовать заживлению раны и избежать раневой инфекции; 2. Наложенную на рану повязку/ пластырь можете сменить или снять через 24; 3. Незамедлительно смените повязку/ пластырь, если она намокла кровью или раневым отделяемым, испачкалась или отвалилась от раны; 4. Подготовьте необходимые для ухода за раной средства; 5. Вымойте руки до и после процедуры перевязки; 6. Осторожно снимите повязку/ пластырь с раны; 7. Очистите рану в соответствии с распоряжением врача; 8. Наложите на рану новую повязку/пластырь. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 2.  06 | **ПОСТАНОВКА СОГРЕВАЮЩЕГО КОМПРЕССА**  1. Доброжелательно и уважительно представился. Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, получил его согласие  2. Вымыл руки на гигиеническом уровне  3. Надел чистые перчатки 4. Достал чистый лоток для подготовки материала на четыре слоя компресса.  5. Отрезал ножницами необходимый ( соответствии с площадью области применения) кусок бинта , сложил бинт в 8 слоев и положил в лоток.  6. Вырезал слой компрессной бумаги на 2 см. больше с каждого края, чем бинт и положил ее в лоток.  7. Подготовил слой ваты, большего размера, чем компрессная бумага, и положил в лоток. 8. Достал чистый лоток и налил в него лекарственное средство для компрессов.  9. Смочил бинт в растворе, отжал его и наложил на область применения. 10. Укрыл бинт слоем компрессной бумаги 11. Обложил компресс слоем ваты и закрепил несколькими турами бинтования 12. Проверил плотность прилегания компресса ( не смещается, не стесняет движений) 13. Поместил лоток в емкость для использованного инструментария 14. Снял перчатки и также поместил их в емкость с дезраствором. Вымыл и обработал руки и сделал записи в соответствующих документа.  **КОРМЛЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО С ПОМОЩЬЮ ПОИЛЬНИКА** 1. Предупредить пациента за 15 минут о том, что предстоит приём пищи и получить его согласие.  2. Протереть прикроватный столик.  3. Вымыть руки.  4. Поставить на прикроватный столик приготовленную пищу.  5. Переместить пациента набок или в положение Фаулера (если позволяет его состояние)  6. Прикрыть шею и грудь пациента салфеткой.  7. Кормить пациента из поильника небольшими порциями (глотками).  8. Дать прополоскать рот водой после кормления.  9. Убрать салфетку, покрывающую грудь и шею пациента,  10. Помочь пациенту занять удобное положение  11.Убрать остатки пищи.  12.Вымыть руки.  **ПРИМЕНЕНИЕ ПУЗЫРЯ СО ЛЬДОМ**   1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры и получить его согласие. 2. Вымыть руки. 3. Заполнить пузырь для льда мелкими кусочками льда, залить их холодной водой (14 - 16° С). 4. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и завернуть крышку. 5. Завернуть пузырь в полотенце. 6. Положить на нужный участок тела на 20 минут. 7. Можно пузырь держать длительное время, но каждые 20 минут делать перерыв на 10 - 15 минут. По мере таяния люда, воду можно сливать, а кусочки льда добавлять. 8. Убрать пузырь со льдом, вылить воду и удалить остатки льда.   9. Пациенту создать покой и удобное положение  10. Вымыть руки и надеть перчатка.  11. Обработать пузырь для льда ветошью, смоченной в дезинфицирующем 1% растворе хлорамина двукратно с интервалом 15 минут.  12. Вымыть водой, высушить и хранить в специально отведенном месте.  13. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор.  14. Вымыть руки. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 3.  06 | ВНУТРИВЕННОЕ СТРУЙНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЕТЯМ  Объяснить ребенку или родственнику (матери, отцу или другим ответственным лицам) цель и порядок выполнения процедуры Получить согласие на выполнение процедуры Выяснить, есть ли у ребенка индивидуальная чувствительность (непереносимость) к данному препарату Подготовить необходимое оснащение Сверить маркировку (описание) препарата на упаковке (ампуле или флаконе) с листом назначений (название, концентрация, количество, срок годности) Определить дозу введения лекарственного препарата в соответствии с назначением врача Провести антисептическую (гигиеническую) обработку рук Одеть маску и медицинские перчатки Раскрыть упаковку одноразового шприца со стороны поршня, предварительно убедившись в целостности упаковки и проверив маркировку срока годности данного изделия Одеть на шприц иглу с колпачком и зафиксировать ее (при этом шприц из упаковки не вынимать) Обработать шейку ампулы ватным шариком, смоченным в дезинфицирующем растворе, затем надломать ее в указанном месте Снять колпачок с иглы и набрать в шприц необходимое количество лекарственного средства Разместить шприц вертикально (иглой вверх), выпустить из него воздух и 1-2 капли лекарственного раствора Надеть на иглу колпачок Положить шприц с препаратом на стерильный лоток Приготовить два ватных шарика, смоченных в дезинфицирующем растворе. Положить их в стерильный лоток Определить место инъекции Основной этап Предплечье пациента разместить на твердую основу внутренней поверхностью вверх, пол локоть подложить резиновую подушку и клейонку Наложить жгут на плечо выше от локтевого сустава на 5-7 см (жгут накладывается на полотенце, салфетку или другую ткань) Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак Выбрать наиболее наполненную вену Попросить пациента сжать кулак Обработать медицинские перчатки дезинфицирующим средством Обработать место инъекции дезинфицирующим средством (на коже не должно быть остатков этого средства) Взять шприц одной рукой таким образом, чтобы указательный палец фиксировал муфту иглы, а другие пальцы охватывали цилиндр шприца Проверить проходимость иглы, а также наличие воздуха в шприце Первым пальцем другой руки оттянуть кожу в месте инъекции вниз по ходу вены и зафиксировать вену Провести венепункцию, удерживая шприц параллельно коже, срез иголки должен смотреть вверх. Когда появляется «провал» иглы, легонько подтянуть поршень шприца на себя (в шприце должна появиться кровь) Под муфту иглы положить стерильную салфетку Снять жгут Попросить пациента разжать кулак Еще раз потянуть поршень шприца на себя Не изменяя положение шприца, большим пальцем другой (свободной) руки надавливать на поршень, медленно вводя лекарство. В шприце нужно оставить 1 мл жидкости. Во время введения нужно следить за состоянием пациента Придавить место инъекции обработанным в дезинфицирующем средстве ватным шариком (стерильной салфеткой) и быстрым, осторожным движением вытянуть иглу на салфетку Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе вместе с ватным шариком и держать конечность в таком положении 3-5 минут, пока не остановится кровотечение Поинтересоваться самочувствием пациента Заключительный этап Продезинфицировать использованные инструменты и материалы в соответствующими с действующими требованиями Снять маску, медицинские перчатки Провести гигиеническую обработку рук Сделать запись в соответствующие документы о выполненной процедуре и реакцию на нее пациента  **ПОДАЧА КИСЛОРОДА:**   1. Объяснил пациенту ход процедуры, получил согласие; 2. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки; 3. Подготовить аппарат Боброва к работе, налить дист. воду в емкость; 4. Подсоединить к стеклянной трубке аппарата переходную трубку и подсоединить ее свободный конец к вентилю на системе для централизованной подачи кислорода; 5. Подсоединить к другой стеклянной трубке аппарата воронку; 6. Открыть кран и отрегулировать скорость подачи кислорода; 7. Поднести воронку ко рту пациента; 8. Попросить пациента дышать правильно: вдох через рот, выдох через нос (если он дышит через воронку); 9. Осуществлять подачу кислорода в течение 40-60 минут.   **АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕМЕДИКАЦИИ:**   1. Больному предлагают справить свои физиологические потребности. 2. В постели больному вводят лекарства, благотворно влияющие на ЦНС: успокаивающие (адонис - брома внутрь); снотворные (фенобарбитал); транквилизаторы малые (раствор реланиума); транквилизаторы большие или нейролептики (раствор аминазина, раствор дроперидола); наркотические анальгетики (раствор морфина, раствор фентанила); десенсибилизирующие (раствор димедрола) |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 4.  06 | **РАЗВЕДЕНИЕ И ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ**  1.Объяснить маме цель и ход проведения процедуры. 2.Подготовить оснащение. 3.Обработать руки гигиеническим способом, надеть стерильные резиновые перчатки. 4.Прочитать надпись на флаконе и растворителе (наименование, доза, срок годности). 5.Определить необходимое количество растворителя для антибиотика. 6.Определить количество готового раствора, необходимое ввести ребенку. 7.Вскрыть упаковку, собрать шприц, надеть иглу и поместить на стерильный столик. 8.Ватным шариком со спиртом обработать алюминиевую крышку флакона с антибиотиком, вскрыть ее и опять обработать. 9.Обработать шейку ампулы с растворителем спиртом, вскрыть ампулу и набрать рассчитанное количество в шприц. Проколоть иглой резиновую пробку флакона и ввести растворитель во флакон с антибиотиком. Встряхнуть флакон. 10.Надеть иглу с флаконом на шприц и подняв флакон вверх дном - набрать в шприц необходимое количество раствора. 11.Снять флакон вместе с иглой с подигольного конуса, надеть и закрепить на шприце иглу для инъекции не снимая с нее колпачок . 12.Подняв шприц иглой вверх, выпустить 1-2 капли раствора в колпачок иглы и положить шприц внутрь стерильного столика. 13.Обработать верхне-наружный квадрат ягодицы 70% этиловым спиртом и держа шпиц под углом 900 в/м ввести антибиотик. 14.Извлечь иглу, обработать место инъекции шариком (оставленным в руке) и сбросить шарик и шприц в контейнер для утилизации. 15.Снять перчатки, сбросить их в контейнер, вымыть и осушить руки.  **ПОДГОТОВКА К ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ И АССИСТИРОВАНИЕ ПРИ ЕЕ ПРОВЕДЕНИИ**  1 .Собрал набор инструментов и медикаментов для Проведения манипуляции  2 Доброжелательно и уважительно представился. Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, уточнил аллергологический анамнез, и получил информированное согласие.  3. Пригласил пациента в манипуляционный кабинет и усадил на стул в «позе наездника» 4. Провел гигиеническую обработку рук. 5. Надел стерильные перчатки  6. Подготовил инструменты и медикаменты для проведения обезболивания и пункции  7. Подготовил ампулы, набрал анестетик в шприц и сменил иглу.  8. Обработал большое, малое инъекционное поле и подал шприц врачу  9. После полного обезболивания обработал операционное поле для проведения пункции троекратно: спиртом, йодом и вновь спиртом.  10. Достал иглу ДЮФО и наложил зажим на трубку иглы, подал иглу с зажимом врачу. 11. Присоединил к канюле шприц Жане и по команде врача снимал и накладывал зажим 12. Плевральную жидкость вылил в стерильный контейнер с соблюдением мер предосторожности  13. Остальную плевральную жидкость вылил в емкость с дезраствором.  14. Одновременно с удалением иглы из плевральной полости наложил на место прокола окклюзионную повязку  15. Плевральную жидкость с направлением отправил в лабораторию. 16. Отходы собрал в пакет для отходов класса «Б» **ОСТАНОВКА АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ МЕТОДОМ МАКСИМАЛЬНОГО СГИБАНИЯ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ**  **При кровотечении из артерий кисти и предплечья:** в локтевой сгиб поместить ватно- марлевый валик, максимально согнуть верхнюю конечность пациента в локтевом суставе и зафиксировать плечо и предплечье на уровне средней трети с помощью жгута, ремня или косынки;**При кровотечении из артерий голени, стопы, подколенной артерии**: в подколенную ямку поместить ватно-марлевый валик, максимально согнуть конечность в коленном суставе и зафиксировать конечность в таком положении с помощью жгута, ремня или косынки; **При кровотечении из бедренной артерии**: в паховую область поместить ватно-марлевый валик, максимально согнуть нижнюю конечность пациента в тазобедренном суставе и зафиксировать бедро к туловищу с помощью жгута, ремня или косынки. 4. Прикрепить записку с указанием времени, фамилии.5. Провести обезболивание. Срочная транспортировка |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 5.  06 | **СБОР МОЧИ НА АНАЛИЗ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**  1) Обработать подкладной круг 1% раствором хлорамина при сборе мочи у девочки. Тарелка должна быть чистой, сухой обезжиренной. 2) Обработать горшок 1% хлорамином и обдать кипятком (для детей постарше). 3) Подмыть ребенка (девочка подмывается спереди назад). Осушить кожу промокательными движениями. 4) Девочку уложить на подкладной круг предварительно обернутый пеленкой, под спину подложить несколько свернутых пеленок, чтобы голова, спина и ягодицы находились на одном уровне, а внутрь круга помещают чистую глубокую тарелку. 5) Прикрыть ребенка пеленкой (или одеялом). 6) Мальчику надеть презерватив, зафиксировать пластырем к коже лона. При отсутствии презерватива, можно использовать пробирку (флакон). Ноги ребенка обворачиваются пеленкой с целью безопасности. М/с или мать не отлучаются от ребенка, пока не получат мочу. Оценка и завершение манипуляции 1) Оценить, достаточно ли собрано мочи. Перелить ее в баночку, написать направление в лабораторию. 2) Ребенка запеленать или одеть. 3) Мочу доставить в клиническую лабораторию в течение 1 часа. 4) Предметы ухода обработать 1% хлорамином дважды через 15 минут. 5) Проконтролировать,чтоб анализ был подклеен к истории.  **СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИСТУПЕ УДУШЬЯ** • Обеспечить доступ свежего воздуха • Горячее питье • Горчичники и горячие ножные ванны( при отсутствии аллергии на горчицу в анамнезе) • Помощь в проведении ингаляции В2- агонистом • Запрещение пользоваться ингалятором, если больной уже сделал ингаляции более 4 раз.  **ТУАЛЕТ ГНОЙНОЙ РАНЫ**  1. Одеваем маску, волосы убираем под чепчик, с рук снимаем все украшения,  2. На рядом стоящий со стерильным столом, рабочий столик, ставим необходимые для работы растворы (Перекиси водорода 3%, фурациллина 1: 5000, новокаина 0,25%, NaCL10% кожный антисептик и нестерильный перевязочный материал (бинты, липкий пластырь и т.д.), упаковки с шовным материалом и т. д.  3.Моем руки (хирургическим способом), одеваем стерильные перчатки.  4. Открываем стерильный стол с инструментами и материалом, рабочим пинцетом берем стерильный лоток и кладем все необходимые для работы инструменты и перевязочный материал или работаем с крафт-пакетом.  5. стерильный стол закрываем.  6. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. П  7. Снимаем пинцетом прежнюю повязку и опускаем в таз с 5%-ным раствором хлорамина.  8. Осматриваем рану, оцениваем отделяемое. Кожу вокруг раны обрабатываем 70% спиртом по направлению к ране, сушим кожу вокруг марлевым шариком.  9. Промываем рану 3%-ным раствором перекиси водорода или фурацилина с помощью шарика или по трубчатому дренажу шприцем. Затем сушим рану салфеткой.  10. Обильно смачиваем салфетку или турунду гипертоническим раствором и рыхло вводим в рану.  11. На рану накладываем стерильную салфетку и клеим клеоловую повязку и бинтуем. По мере промокания повязки меняем её. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 6.  06 | **РАЗДАЧА МЕДИКАМЕНТОВ 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. Примечание. Предоставить пациенту необходимую информацию: название препарата, цель приёма лекарства, как, когда и как долго принимать препарат, имеет ли значение пропуск приёма и как в этом случае поступить, как распознать побочные эффекты, взаимодействие лекарства с другими лекарствами, пищей и алкоголем. 6. Убедиться в том, что пациент принял лекарство. 7. Разложить лекарственные средства согласно правилам хранения. Мензурки замочить в дез. растворе. Обработать руки. Сделать отметки о выполнении манипуляции**.**  **КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ ЗОНД**  1. Объяснить пациенту ход и суть предстоящей процедуры и получить согласие пациента на проведение процедуры. 2. Подготовить оснащение. 3. Помочь пациенту принять высокое положение Фаулера. Прикрыть грудь пациента полотенцем. 4. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки. Выполнение процедуры 5. Извлечь зонд из упаковки. Определить расстояние, на которое следует ввести зонд (расстояние от кончика носа до мочки уха и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы последнее отверстие зонда было ниже мечевидного отростка). 6. Налить в мензурку глицерин, обильно обработать слепой конец зонда глицерином. 7. Ввести зонд через нижний носовой ход на нужную глубину. 8. Убедиться, что пациент может ясно говорить и свободно дышать. 9. Убедиться в правильном местонахождении зонда в желудке: присоединить шприц к зонду и потянуть поршень на себя; в шприц должно поступать содержимое желудка (вода и желудочный сок) или ввести воздух при помощи шприца в желудок под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные звуки). 10. Отсоединить шприц от зонда и наложить зажим. Закрепить зонд пластырем. Свободный конец зонда поместить в лоток. 11. Снять зажим с зонда, подсоединить шприц Жане без поршня и опустить до уровня желудка. Наклонить слегка шприц Жане и налить пищу, подогретую до 37-38 °С. Постепенно поднимать до тех пор, пока пища не дойдет до канюли шприца. 12. Опустить шприц Жане до первоначального уровня и ввести следующую порцию пищи. Введение нужного объема смеси проводить дробно, небольшими порциями по 30-50 мл, с интервалами 1-3 мин. После введения каждой порции пережимать дистальный участок зонда. 13. Промыть зонд кипяченой водой по окончании кормления. Наложить зажим на конец зонда, отсоединить шприц Жане и закрыть заглушкой. 14. В случае необходимости оставить зонд на длительное время закрепить его безопасной булавкой к одежде пациента на груди. 15. Убрать полотенце. Помочь пациенту принять удобное положение. Завершение процедуры 16. Поместить использованное оборудование в дезинфицирующий раствор с последующей утилизацией. 17. Снять перчатки и поместить в отходы класса Б. Вымыть и осушить руки. 18. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента.  **ИЗГОТОВЛЕНИЕ ДРЕНАЖЕЙ**  Марлевые дренажи: Для этой цели можно использовать салфетки, турунды, тампоны.  Резиновые дренажи: из перчаточной резины нарезать полоски.  Комбинированные дренажи: приготовить марлевый дренаж; перевязать полоской перчаточной резины посередине.  Трубчатые дренажи: готовятся из фрагментов резиновых трубок, если нет фабрично изготовленных дренажных трубок. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 7.06 | **РАБОТА С КУВЕЗОМ**  1. Обработать руки гигиеническим способом, осушить их, надеть перчатки. 2. Вынуть ребенка из кувеза и переложить в чистый. 3. Стерильной ветошью, смоченной в растворе дез. средства, дважды обработать внутренние стенки и матрац кувеза. 4. Ветошью смоченной дистиллированной водой дважды обработать внутренние стенки кувеза и матрац. 5. Приоткрыть крышку кувеза и обработать его бактерицидной лампой в течении 30 минут» 6. Закрыть крышку кувеза. Кувез готов к использованию через З часа. 7. Снять перчатки, обработать руки гигиеническим способом, осушить их.  **ВВЕДЕНИЕ ГЕПАРИНА**  Объясните пациенту ход проведения манипуляции, получите от него согласие. 2. Наденьте чистый халат, маску, обработайте руки на гигиеническом уровне, наденьте перчатки. 3. Прочитайте название, дозировка в 1 мл раствора гепарина 5 000 ЕД. 4. Посмотрите дату, срок годности – должен соответствовать. 5. Проверить целостность упаковки. 6. Вскройте упаковку с выбранным шприцом, выложите его в стерильный лоток. 7. Вскройте алюминиевую крышку, обрабатывая её 70 % спиртом двукратно. 8. Произвести расчёт назначенной врачом дозы гепарина. Цена одного малого деления: в 1 мл - 10 делений = 0,1 мл. Если в 1 мл раствора гепарина – 5 000 ЕД, следовательно в 1 малом делении (0,1мл) содержится 500 ЕД. Проколите резиновую крышку флакона, наберите назначенную дозу врачом в шприц. 9. Смените иглу. Выпустите воздух из шприца. 10. Положите шприц на стерильный лоток, приготовьте 2 ватных шарика, смоченных 70% спиртом. 11. Выберите место для инъекции (осмотрите, пропальпируйте). 12. Обработайте кожу сначала 1м ватным шариком большую зону, затем 2м - место укола и зажмите его в левой руке за мизинцем. 13. Соберите кожу в складку треугольной формы левой рукой. 14.Введите иглу в основание складки под углом 45 ° на глубину 1-2 см (на 2/3 иглы), держа шприц в правой руке. 15. Введите гепарин, надавливая на поршень большим пальцем левой руки. 16. Прижмите место укола ватным шариком и извлеките иглу, придерживая ее за канюлю (сильно надавливать и массировать нельзя). 17.Сбросьте одноразовый шприц и иглу в ёмкости c 3% хлорамином на 60 мин. 18.Снимите перчатки, поместите в ёмкость с дезинфицирующим раствором. 19.Вымойте и осушите руки.    **ПРИГОТОВЛЕНИЕ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА (САЛФЕТОК, ШАРИКОВ).** 1. Заложить края раскроенного куска марли внутрь на глубину 5-6 см Профилактика попадания нитей в рану 2. Края полученной полоски заложить на встречу друг другу до соприкосновения 3. Готовую салфетку сложить пополам 4. Следить за тем, чтобы в приготовленных салфетках не было ниток из марли, для предотвращения попадания их в рану Раскроить марлю для шариков — сложить приготовленный кусок марли по длине с двух сторон к середине — сложить марлю пополам, обернуть вокруг указательного пальца (образуется кулек) — заправить в полученный треугольник свободные концы — сложить марлевые шарики в подготовленный марлевый мешок |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 8.06 | **УТИЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ**  СанПиН 2.1.7.2790-10 определяет санитарные требования к обращению с медицинскими отходами. Они подразделяются на классы: класс А – эпидемиологически безопасные (не имевшие контакта с инфекциями и биологическим материалом); класс Б – опасные (инфицированные, например, кровью и др.); класс В – чрезвычайно опасные (зараженные опасными инфекциями); класс Г- токсикологически опасные (некоторые лекарственные препараты, ртутьсодержащие предметы и др.); класс Д – радиоактивные.  **Постановка периферического венозного катетера**  1. Проверить целостность упаковки катетера, дату изготовления. 2. Обеспечить хорошее освещение при выполнении манипуляции. 3. Помочь пациенту лечь на спину, принять удобное положение. 4. Успокоить, объяснить ход предстоящейманипуляции. 5. Приготовить контейнер для утилизации острых предметов. 6. Вымыть руки и осушить их, . 7. Выбрать место предполагаемой катетеризации вены: наложить жгут на 10-15 см выше предполагаемой зоны катетеризации; попросить пациента поработать кистью; выбрать вену путем пальпации. 8. Обработать место катетеризации 700 спиртом двукратно, дать высохнуть. 9. Взять катетер и снять защитный чехол (если на чехле расположена дополнительная заглушка, чехол не выбрасывать, а держать его между пальцами свободной руки). 10. Зафиксировать вену, прижав ее пальцами ниже предполагаемого места введения катетера. 11. Ввести иглу катетера под углом 150 к коже, наблюдая за появлением крови в индикаторной камере. 12. Зафиксировать иглу-стилет, канюлю медленно до конца сдвинуть с иглы в вену (игла-стилет полностью из катетера пока не удаляется). 13. Снять жгут. Примечание. Не допускать введения иглы-етилета в катетер после смещения его в вену. 14. Пережать вену пальцем выше места введения катетера для снижения кровотечения. 15. Окончательно удалить иглу из катетера; утилизировать иглу. 16. Снять заглушку и присоединить инфузионную систему. 17. Убрать палец с вены. 18. Зафиксировать катетер с помощью фиксирующей повязки (лейкопластыря).  **ОБРАБОТКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ШВОВ**  1. Помочь пациентке снять одежду и лечь на перевязочный стол.  2. Накрыть пациентку до пояса чистой простыней.  3. Налить в стерильные банки антисептические средства.  4. Снять старую повязку пинцетом вдоль раны, придерживая пинцетом с сухим шариком кожу, не давая ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% растворе перекиси водорода. Осмотреть рану и окружающую ее область. На 1-2-е сутки после операции края зашитой раны могут быть слегка отечны, но по цвету не должны отличаться от остальной кожи. Мелкие складки, свойственные данной области, также должны сохранять свой рисунок. Швы не должны врезаться в кожу. Места вколов и выколов иглы должны быть сухими, без каких-либо выделений.  5. Проводить туалет кожи в окружности раны стерильными шариками, смоченными 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата. Протирать кожу от краев раны к периферии. Обработать края раны промокательными движениями стерильным шариком, смоченным 1% раствором йодоната, затем шариком, смоченным 70% спиртом.  6. Сменить пинцет. 7. Наложить стерильные салфетки на раневую поверхность.  8. Зафиксировать стерильные салфетки клеевой или бинтовой повязкой, в зависимости от области поражения. |  |  |

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в педиатрии**

Ф.И.О. обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

группы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проходившего (ей) преддипломную практику с \_\_\_\_\_по \_\_\_\_\_20\_\_\_г

в детской поликлинике № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

За время прохождения практики мною выполнены следующие объемы работ:

**1. Цифровой отчет**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | Виды работ | **Количество** |
| 1. | Сбор сведений о больном ребёнке. |  |
| 2. | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | ознакомлена |
| 3. | Оценка тяжести состояния ребенка, выявление проблем пациента |  |
| 4. | Составление плана сестринского ухода за больным |  |
| 5 | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | ознакомлена |
| 6 | Выписка направлений на консультации специалистов |  |
| 7 | Кормление новорожденных из рожка и через зонд | ознакомлена |
| 8 | Введение капель в глаза, нос, уши, | ознакомлена |
| 9 | Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка. | ознакомлена |
| 10 | Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку | ознакомлена |
| 11 | Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария | ознакомлена |
| 12 | Подготовка материала к стерилизации | ознакомлена |
| 13 | Работа с кувезом, линеоматом, аппаратом контроля витальных функций | ознакомлена |
| 14 | Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима |  |
| 15 | Антропометрия | ознакомлена |
| 16 | Проведение контрольного взвешивания | ознакомлена |
| 17 | Составление планов обучения семьи уходу за больным ребенком, подготовке к дополнительным исследованиям, сбору биологического материала для исследований. |  |
| 18 | Пеленание | ознакомлена |
| 19 | Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку | ознакомлена |
| 20 | Мытье рук, надевание и снятие перчаток | ознакомлена |
| 21 | Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей. | ознакомлена |
| 22 | Заполнение медицинской документации |  |
| 23 | Проведение проветривания и кварцевания |  |
| 24 | Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований | ознакомлена |
| 25 | Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь | ознакомлена |
| 26 | Проведение ингаляций | ознакомлена |
| 27 | Проведение очистительной и лекарственной клизмы, введение газоотводной трубки | ознакомлена |
| 28 | Применение мази, присыпки, постановка компресса. | ознакомлена |
| 29 | Разведение и введение антибиотиков | ознакомлена |
| 30 | Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов. | ознакомлена |
| 31 | Забор крови для биохимического и гормонального исследования | ознакомлена |
| 32 | Подача кислорода через маску и носовой катетер | ознакомлена |
| 33 | Обработка слизистой полости рта при стоматите | ознакомлена |

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид манипуляции** | **Выполнено** |
| Сбор мочи для анализов: общий, по Нечипоренко, по Зимницкому, на бак. посев | ознакомлена |
| Сбор кала на анализы: на яйца паразитов, на копрологическое исследование, на скрытую кровь. | ознакомлена |
| Утренний туалет тяжелобольного пациента: умывание, подмывание, уход за глазами, ушами, полостью рта, кожей. | ознакомлена |
| Смена постельного белья | ознакомлена |
| Кормление тяжелобольного в постели | ознакомлена |
| Измерение температуры тела с графической регистрацией Подсчет пульса. Подсчет частоты дыхания. Измерение артериального давления. | ознакомлена |
| Раздача медикаментов пациентам | ознакомлена |
| Обучение пациентов правилам проведения ингаляций, в том числе, небулаизериых | ознакомлена |
| Подача кислорода пациенту | ознакомлена |
| Измерение водного баланса у пациента | ознакомлена |
| Подготовка пациента и ассистирование врачу при  плевральной пункции. | ознакомлена |
| Подготовка пациента и проведение дуоденального  зондирования | ознакомлена |
| Постановка очистительной клизмы | ознакомлена |
| Постановка гипертонической клизмы | ознакомлена |
| Постановка масляной клизмы | ознакомлена |
| Постановка сифонной клизмы | ознакомлена |
| Постановка периферического венозного катетера | ознакомлена |
| Оказание сестринской помощи при неотложных состояниях(желудочное кровотечение, приступ удушья при бронхиальной астме, приступ загрудинных болей при стенокардии) | ознакомлена |
| Выполнение различных видов инъекций:  -подкожные,  -внутримышечные,  -внутривенные струйные | ознакомлена |
| Выполнение внутривенного капельного введения лекарств | ознакомлена |
| Разведение и введение антибиотиков | ознакомлена |
| Введение инсулина. | ознакомлена |
| Введение гепарина. | ознакомлена |
| Проведение забора крови из вены на биохимическое исследование с помощью вакутейнера | ознакомлена |
| Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке и при других острых аллергических реакциях | ознакомлена |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Виды работ** | **Количество** |
| 1. | Сбор сведений о больном. |  |
| 2. | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | ознакомлена |
| 3. | Оценка тяжести состояния , выявление проблем пациента |  |
| 4. | Составление плана сестринского ухода за больным |  |
| 5 | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | ознакомлена |
| 6 | Выписка направлений на консультации специалистов |  |
| 7 | Кормление пациента через зонд | ознакомлена |
| 8 | Уход за кожей (профилактика пролежней), слизистыми (глаз, полостью рта) и т. д. Уход за подключичным катетером. | ознакомлена |
| 9 | Обработка послеоперационных швов. | ознакомлена |
| 11 | Приготовление перевязочного материала (салфеток, шариков). | ознакомлена |
| 12 | Предстерилизационная очистка инструментов |  |
| 13 | Изготовление дренажей (резиновых, марлевых, комбинированных) | ознакомлена |
| 14 | Укладывание в биксы операционного белья, одежды, перевязочного материала, перчаток. | ознакомлена |
| 15 | Обработка рук хирургическим, современным методом | ознакомлена |
| 16 | Надевание стерильного халата и перчаток на себя | ознакомлена |
| 17 | Пользование стерильным биксом | ознакомлена |
| 18 | Накрытие стерильного стола | ознакомлена |
| 19 | Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных. | ознакомлена |
| 20 | Остановка артериального кровотечения пальцевым прижатием артерии к кости | ознакомлена |
| 21 | Остановка артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности в суставе | ознакомлена |
| 22 | Наложение давящей повязки при венозном кровотечении. | ознакомлена |
| 23 | Применение холода для остановки |  |
| 24 | Наложение мягких повязок «на различные участки тела» | ознакомлена |
| 25 | Наложение окклюзионной повязки или пластырной повязки | ознакомлена |
| 26 | Снятие повязок с послеоперационной раны |  |
| 27 | Приготовление и наложения транспортных шин | ознакомлена |
| 28 | Определение группы крови, пробы на индивидуальную, резус совместимость, биологическую пробу | ознакомлена |
| 29 | Проведение премедикации | ознакомлена |
| 30 | Приготовление столика медсестры анестезиологического кабинета |  |
| 31 | Сбор инструментов для операции |  |
| 32 | Уход за стомами |  |
| 33 | Туалет гнойной раны | ознакомлена |
| 34 | Уход за мочевым катетером |  |
| 35 | Снятие швов с послеоперационной раны | ознакомлена |
| 36 | Подготовка пациента к диагностическим исследованиям (рентгенологическим, эндоскопическим, ультразвуковым и т.д.). |  |
| 37 | Подготовка пациента к операции. Обучение пациента и его родственников уходу в до и послеоперационном периоде |  |
| 38 | Раздача и контроль приема лекарственных средств больными  Проведение оксигенотерапии |  |
| 39 | Оформление сестринской документации (истории болезни, журнала движения больных, порционного требования, выборка назначений врача и т.д.). |  |
| 40 | Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке и при других острых аллергических реакциях | ознакомлена |

**2. Текстовой отчет**

При прохождении производственной практики мною самостоятельно были проведены: памятка на тему: Артериальная гипертензия.

Я хорошо овладел(ла) умениями проведение гигиенической ванны грудному ребенку , внутримышечная инъекция, накрытие стерильного стола.

Особенно понравилось при прохождении практики выполнение инъекций, обработка пупочной ранки.

Недостаточно освоены использование -

Замечания и предложения по прохождению практики -

Студент **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

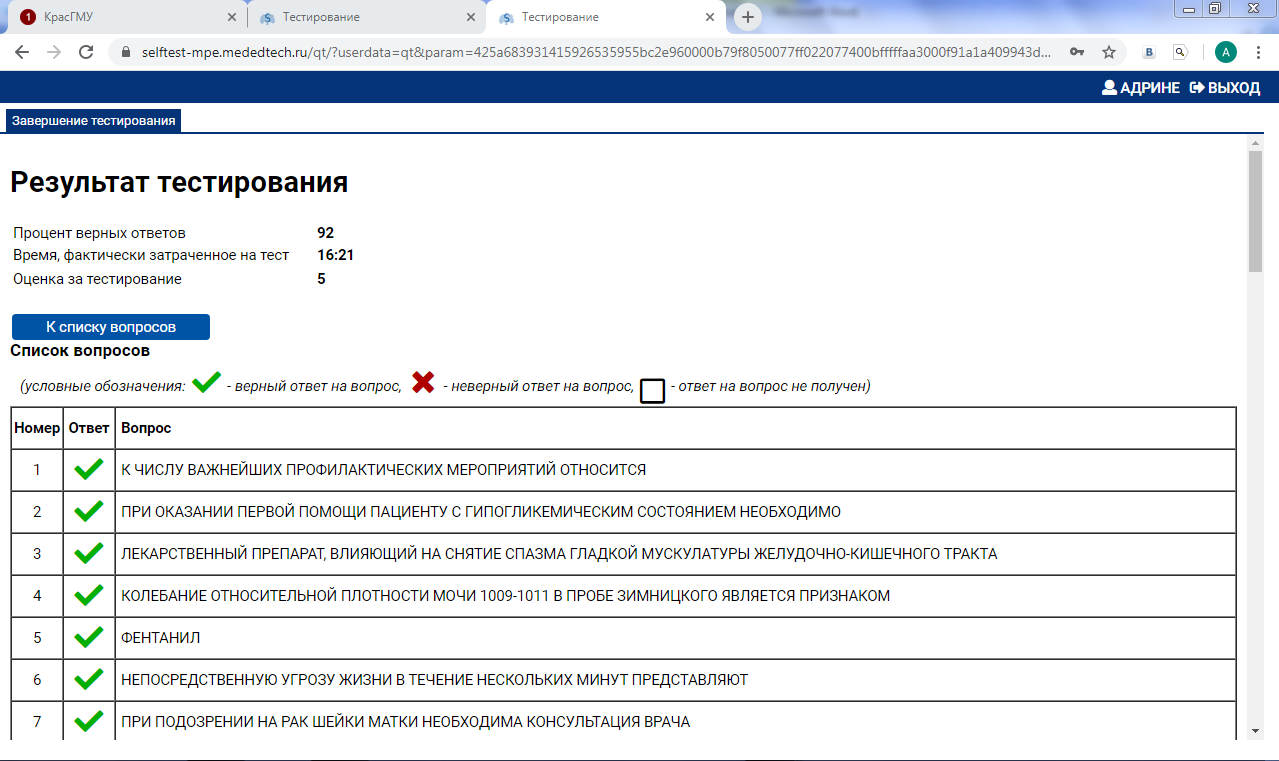
подпись (расшифровка)

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

подпись

(расшифровка)

М.П.организации



**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5 К ДИФФ,ЗАЧЕТУ ПО ПЕДИАТРИИ.**

Ребенок 9 мес. Поступил в стационар с диагнозом железодефицитная анемия, среднетяжелая форма. Жалобы на бледность кожных покров, снижение аппетита, нарушение сна. С 2-х месячного возраста на искусственном вскармливании смесью «Малыш», с 4-х месяцев получает манную кашу 3-4 раза в день. Овощное пюре введено с 5 месяцев, но ест его неохотно, поэтому получает его не регулярно. Соки пьет эпизодически. Мясной бульон, куриный фарш, творог получает ежедневно. В анализе крови: эритроциты 3,6\*10/12/л гемоглобин – 80г/л, ц.п.- 0.7.

ЗАДАНИЕ:

1.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.

2.Обучите мать правилам рационального питания ребенка при анемии.

3.Расскажите о правилах проведения утреннего туалета грудному ребенку.

1. Нарушено удовлетворение потребностей: есть, спать, отдыхать, общаться, играть, быть здоровым

Настоящие: нерациональное вскармливание из-за дефицита знаний матери о рациональном вскармливании ребенка, нарушение сна, снижение аппетита, бледность кожных покровов

Приоритетная проблема - нерациональное вскармливание из-за дефицита знаний матери о вскармливании ребенка.

Потенциальные: ухудшение состояния ребенка, связанное с развитием осложнений

Краткосрочная цель: мать будет свободно ориентироваться в вопросах рационального вскармливания малыша.

Долгосрочная цель: мать организует ребенку правильное питание

СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. Медицинская сестра будет проводить с матерью беседы о правильном питании ребенка, о содержании железа и продуктах его содержащих; | 1. Для ликвидации дефицита знаний матери о питании ребенка. |
| 2. В питании ребенка медицинская сестра порекомендует использовать продукты, богатые железом; | 2. Для ликвидации дефицита железа. |
| 3. Медицинская сестра будет кормить ребенка чаще, малыми порциями; | 3. Для лучшего усвоения железа из пищи. |
| 4. Медицинская сестра организует прогулки не менее 4-х часов сутки, а также сон на свежем воздухе; | 4. Для улучшения дыхания и повышения защитных сил организма. |
| 5. Медицинская сестра будет проветривать палату в течение 15 минут каждые - 2-3 час.; | 5. Для обогащения воздуха кислородом. |
| 6. Медицинская сестра обучит мать простейшим элементам массажа, комплексам гимнастических упражнений, составит индивидуальную схему закаливающих мероприятий ; | 6. Для улучшения кровообращения и повышения защитных сил организма. |
| 7. Медицинская сестра будет выполнять назначения врача. |  |

Оценка: мать будет свободно ориентироваться в вопросах рационального питания ребенка, продемонстрирует знания о значении железа в лечении анемии. Цель будет достигнута.

2. В зависимости от содержания железа пищевые продукты делят на "богатые" железом (в 100 г продуктов – более 5 мг железа): печень, желток; "умеренно богатые" (в 100 г продуктов – от 1 до 4-5 мг железа) – куриное мясо, говядина, крупы овсяная, пшеничная, гречневая, яблоки; "бедные" (в 100 г продуктов – менее 1 мг железа) – морковь, молоко. Лучше всего железо усваивается из куриного мяса, рыбы, соков. Из соков предпочтение отдаётся вишнёвому, лимонному, свекольному, яблочному (из кислых сортов яблок). Печень может вызвать аллергию, необходимо быть внимательным.

3. Утренний туалет

1. Представиться маме, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, получить информированное согласие на ее проведение.
2. Надеть фартук, обработать руки гигиеническим способом, осушить их, надеть перчатки.
3. Обработайте пеленальный стол, фартук дезраствором, положите на него пеленку.
4. Распеленайте ребенка и положите на пеленку.
5. Протрите лицо ватным шариком, смоченным кипяченой водой ( переносица-лоб- вичоная кость- щека- подбородок, так же с другой стороны) Используются 2 ватных шарика
6. Промойте глаза от наружного угла глаза к внутреннему. Каждый глаз обрабатывается отдельным ватным шариком.
7. При наличии корочек в носовых ходах, удалите их с помощью ватных жгутиков, смоченных стерильным растительным маслом. Каждый носовой ход обрабатывается отдельным ватным шариком.
8. При необходимости очистите слуховой проход и ушную раковину сухими ватными жгутиками, более толстыми и скрученными более плотно (для каждого слухового прохода – отдельный ватный жгутик).
9. кожные складки, обработайте шариками со стерильным маслом в следующем порядке: заушные, шейные, подмышечные, локтевые, лучезапястные, подколенные, голеностопные, паховые, промежностную.
10. Открыть рот ребенка, нажав на подбородок; осмотреть слизистую полости рта.
11. Запеленайте ребенка положить в кроватку, либо отдать маме
12. Пеленку с пеленального столика уб­рать в грязный мешок, обработать пеленальный столик, снять перчатки, сбросить их в контейнер и вымыть руки.

**Задача**

В стационар поступил пациент Л. 25 лет с диагнозом язвенная болезнь 12-перстной кишки.

Жалобы на острые боли в эпигастральной области, возникающие через 3-4 часа после еды, нередко ночью, отрыжку кислым, изжогу, запоры, похудание. Аппетит сохранен. Больным себя считает около года, однако к врачам не обращался. Работа связана с нервным перенапряжением, много курит. Пациент обеспокоен состоянием своего здоровья, снижением трудоспособности.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии живота выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

Пациенту назначено исследование ФГДС.

***Задания***

1.    Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

2.    Объясните пациенту характер предстоящей процедуры и подготовьте его к ней.

3.    Продемонстрируйте технику постановки очистительной клизмы.

1. Нарушенные потребности: есть, пить, спать, работать, общаться, отдыхать.

Проблемы пациента:

Настоящие **-** боли в эпигастральной области, возникающие через 3-4 часа после еды, ночные боли, изжога, запоры, похудание

Приоритетная **-** боли в эпигастральной области

Потенциальные **-** кровотечения, пенетрация, перфорация.

Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение болей к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб к моменту выписки.

Сестринские вмешательства

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. Рассказать про Диету №1а, 1б, 1, необходимо исключить соленое, острое, жареное, частое дробное питание малыми порциями. | Для исключения продуктов, вызывающих раздражение слизистой оболочки 12-ти перстной кишки. |
| 2. Контролировать постельный режим. | Для уменьшения болей, профилактики кровотечения. |
| 3. Обеспечить удобное положение в постели. | Для облегчения состояния больного |
| 4. Провести беседу с родственниками об обеспечении рационального питания пациента. | Для эффективного лечения |
| 5. Выполнять назначения врача(прием препаратов) | Для снятия болей, быстрейшего рубцевания язвы. |

Оценка: пациент отмечает значительное улучшение самочувствия, демонстрирует знания о мерах профилактики этого заболевания.

Цель достигнута.

Перед прохождением ФГДС больному необходимо подготовиться к ее проведению.

За несколько дней отказываются от приема лекарственных препаратов или следует согласовать их употребление с [врачом](https://health.yandex.ru/consultation?utm_source=portal&utm_medium=diseases&utm_campaign=yamd-crosslinks&utm_content=link-to-general-vrach).

За 12 часов до ФГДС следует отказаться от пищи. Последний прием еды должен быть не позднее 18.00 (процедура делается обычно утром).

Курящие должны прекратить курить за несколько часов до ФГДС, так как курение усиливает секрецию желудочного сока.

**ПОСТАНОВКА ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ**,

1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен.

2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, фартук, перчатки.

3. Извлек кружку Эсмарха из упаковки, упаковку поместил в емкость для сбора отходов класса «А».

4. При помощи запорного устройства перекрыл удлинительную трубку, заполнил мешок-емкость 1,5 л. воды, предварительно измерив ее температуру при помощи водного термометра. Подвешал кружку на штативе, на уровне одного метра от пола. Горловину мешка плотно закрыл крышкой.

5. Открыл запорное устройство и удалил воздух из системы, закрыл запорное устройство, закрепил трубку на штативе.

6. Положил адсорбирующую пеленку на кушетку так, чтобы она свисала в таз, попросил пациента принять правильное положение, оголить ягодицы. При необходимости помог пациенту.

7. Снял колпачок с дистального конца трубки, сбросил в отходы класса «А». Облил дистальный конец трубки вазелиновым маслом.

8. Раздвинул ягодицы и осторожно ввел дистальный конец трубки в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см.

9. Открыл запорное устройство на системе и ввел необходимое количество жидкости, оставив на дне мешка немного воды, закрыл кран, регулирующий поступление воды. 10. Извлек дистальный конец трубки из прямой кишки через салфетку или туалетную бумагу.

11. Попросил пациента в течение 10 минут полежать на спине, удерживая воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно.

12. Погрузил систему, адсорбирующую пеленку в емкость для сбора отходов класса «Б».

13. Снял фартук, провел его дезинфекцию, снял перчатки, поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б».

14. Провел гигиеническую обработку рук.

15. После дефекации пациента, убедился, что процедура проведена успешно.

**Задача № 2.**Пациент находится в хирургическом отделении по поводу аппендэктомии. Оперирован 3 дня назад. Послеоперационное течение без особенностей. Однако к вечеру 3-его дня поднялась температура до 37,8° С, появилось недомогание, озноб, пульсирующие боли в области послеоперационной раны. При осмотре послеоперационного шва отмечается отек, покраснение, 3 шва прорезались.  
**Задания.**

1.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели сестринского вмешательства

2.Составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

3. Объясните пациенту характер осложнения, его возможные причины.

4. Проведите с пациентом беседу о необходимости в\м введения пенициллина, показаниях и противопоказаниях.

**5. Проведите туалет гнойной раны.**

**1.Проблемы пациента**

Настоящие проблемы:

* Пульсирующая боль в области послеоперационной раны;
* Повышение температуры;
* Покраснение и отек краев раны;
* Нарушение целостности кожных покровов (послеоперационная рана).

Приоритетная проблема:

* Пульсирующая боль в области послеоперационной раны вследствие нагноения.

Потенциальная проблема:

* Риск развития кровотечения, перитонита.

Краткосрочная цель:

* У пациента уменьшится боль, признаки воспаления в послеоперационной ране.  
   Долгосрочная цель:
* У пациента нормализовалась температура, болей и озноба нет отечность и покраснение раны исчезли, заживление раны первичным натяжением.

**2.План** **сестринских вмешательств.**

|  |  |
| --- | --- |
| **План** | **Мотивация** |
| 1.М/с. обеспечит физический и  психический покой, информирует пациента о цели и методе лечения (оперативное – консервативное).   и сути предстоящих манипуляций | Для обеспечения психоэмоционального воздействия на пациентаи снятие тревоги.  Для осознанного сотрудничества больного в лечебном процессе |
| 2.М/с. вызовет врача для осмотра. | Для получения назначений |
| 3. М/с обработает, по назначению врача, кожу вокруг раны | Для предотвращения распространения воспаления |
| 4.М/с, по назначению врача, обработает края раны спиртсодержащими антисептиками, снимет швы, наложит повязку с гипертоническим раствором. | Для обеспечения оттока гноя из раны |
| 5. М/с  По назначению врача, обеспечит курс противовоспалительной терапии. | Для снятия признаков воспаления и дезинтоксикации. |
| 6.М/с обеспечит беседу с пациентом о показаниях и противопоказаниях антибактериальных препаратов. | Для предотвращения побочных эффектов во время лечения. |
| 7.М/с обеспечит контроль за температурой тела, пульсом, АД, общим состоянием пациента. | Для объективной оценки результатов лечения или возможных осложнений |

**3.Студент объясняет пациенту характер осложнения, его возможные причины.**

С раневыми осложнениями приходится сталкиваться ежедневно, поскольку частота их (среди всех других) наиболее высокая. Риск их возникновения возрастает при наличии осложненных обстоятельств: гиповолемия, обменные нарушения, высокая оперативная травматичность, гнойно-воспалительные процессы, некачественный шовный материал.

Нагноение **послеоперационной раны** наблюдается чаще при операциях по поводу гнойно-воспалительных процессов, перитонитов, а также погрешностях с нарушением правил асептики и антисептики во время операции и при ведении послеоперационного периода, при снижении резистентности организма к инфекции.

Инфицирование ран может быть за счет экзогенных и эндогенных источников микроорганизмов (материалы, персонал, контактное инфицирование из брюшной полости) или гематогенным путем.  
Очаг нагноения чаще локализуется в подкожной клетчатке с распространением процесса на часть или всю область послеоперационных швов. Реже гной может скапливаться в межклеточных или подапоневротической областях.

**4.** **Проведите с пациентом беседу о необходимости в\м введения пенициллина, показаниях и противопоказаниях.**

В современной медицине антибиотики группы пенициллина широко используются при стандартных формах воспалительных заболеваний.

Бензилпенициллин оказывает бактерицидное действие в отношении микроорганизмов, чувствительных к пенициллину; активен в отношении грамположительных микроорганизмов (стафилококки, стрептококки, пневмококки, анаэробные спорообразующие палочки, сибиреязвенные палочки),

 Применение пенициллина показано при сепсисе (особенно при нагноении п/о ран), во всех сульфаниламидорезистентных случаях соответствующих при обширных и глубоко локализованных инфекционных процессах (остеомиелиты, тяжёлые флегмоны, газовая гангрена), после ранений с вовлечением в процесс и инфицированием больших костно-мышечных массивов, в послеоперационном периоде для профилактики гнойных осложнений, при инфицированных ожогах третьей и четвертой степени, при ранениях мягких тканей, ранениях грудной клетки, гнойном менингите, абсцессах мозга, рожистом воспалении.

Применение пенициллина противопоказано при наличии повышенной чувствительности к пенициллину, бронхиальной астме, крапивнице, сенной лихорадке и других аллергических заболеваниях, при повышенной чувствительности больных к антибиотикам, сульфаниламидам и другим лекарственным препаратам.

**5. ПРОВЕДЕНИЕ «ТУАЛЕТА ГНОЙНОЙ РАНЫ»**

Цель:создать условия для быстрейшего заживления раны.

Показания:наличие гнойной раны.

Противопоказания:нет

Осложнения: нет.

Оснащение:стерильные инструменты (пинцеты, зажимы, зонды, ножницы, шпатель для наложения мази, шприцы, дренажи), стерильный перевязочный материал ( марлевые шарики и салфетки), стерильные растворы ( 3%-ная перекись водорода, 10%-ный раствор хлористого натрия, 0,02%-ный раствор фурацилина), 96%-ный спирт, клеол,1%-ный нашатырный спирт, мази синтомициновая, актовегиновая), 5%-ный раствор марганцовокислого калия или 1-10%-ный раствор ляписа, бинты, вата, турунда.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | **Последовательность выполнения (этапы)** | **Обоснование** |
| 1. | Одеваем маску, волосы убираем под чепчик, с рук снимаем все украшения, | Соблюдение принципов асептики. |
| 2. | На рядом стоящий со стерильным столом, рабочий столик, ставим необходимые для работы растворы (Перекиси водорода 3%, фурациллина 1: 5000, новокаина 0,25%, NaCL10%), кожный антисептик и нестерильный перевязочный материал (бинты, липкий пластырь и т.д.), упаковки с шовным материалом и т. д. | Для качественного выполнения манипуляции. |
| 3. | Моем руки (хирургическим способом), одеваем стерильные перчатки. | Инфекционная безопасность |
| 4. | Открываем стерильный стол с инструментами и материалом, рабочим пинцетом берем стерильный лоток и кладем все необходимые для работы инструменты и перевязочный материал или работаем с крафт-пакетом. | Качественность выполнения манипуляции. |
| 5. | стерильный стол закрываем. | Соблюдение принципов асептики. |
| 6. | Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. | Психологическая подготовка, воздействие. |
| 7. | Снимаем пинцетом прежнюю повязку и опускаем в таз с 5%-ным раствором хлорамина. |  |
| 8. | Осматриваем рану, оцениваем отделяемое. Кожу вокруг раны обрабатываем 70% спиртом по направлению к ране, сушим кожу вокруг марлевым шариком. | Соблюдение принципов асептики. |
| 9. | Промываем рану 3%-ным раствором перекиси водорода или фурацилина с помощью шарика или по трубчатому дренажу шприцем. Затем сушим рану салфеткой. | Создание условий для быстрейшего заживления раны. |
| 10. | Обильно смачиваем салфетку или турунду гипертоническим раствором и рыхло вводим в рану. | Условия для быстрейшей эвакуации содержимого раны. |
| 11. | На рану накладываем стерильную салфетку и клеим клеоловую повязку и бинтуем. По мере промокания повязки меняем её. | Соблюдение принципов асептики |