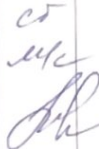


Дата	Содержание работы	Оценка	Подпись
26.06	<p style="text-align: center;">План 7 рабочего дня</p> <p>I. Взятие желудочного содержимого:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Накануне предупредить пациента о предстоящей процедуре. 2. Утром натощак усадить пациента на стул, прислонить его к спинке стула, голову слегка наклонить вперед. 3. Грудь пациента прикрыть полотенцем, зубные протезы снять, если они есть, в руки дать лоток и салфетку. 4. Надеть перчатки. 5. Взять в правую руку стерильный влажный зонд (теплый), измерить зондом расстояние от резцов до пупка и сделать на зонде отметку. 6. Намочить слепой конец зонда кипяченой водой. 7. Попросить пациента открыть рот, сказать «А», положить слепой конец зонда на корень языка, попросить пациента делать глотательные движения, глубоко дышать через нос: проводить зонд в пищевод до отметки. 8. Если пациент закашлялся и у него изменился цвет лица (посинел или покраснел), немедленно извлечь зонд. 9. Присоединить к свободному концу зонда шприц и отсосать содержимое желудка натощак — 1-я порция, вылить в пробирку № 1. 10. Шприцем в течение часа извлекать желудочное содержимое через каждые 15 мин последовательно заполняя пробирки (2, 3, 4, 5-я порции). 11. Ввести через зонд раздражитель (пробный завтрак). 12. Через 10 мин извлечь 10 мл желудочного содержимого (6-я порция). 13. Еще через 15 мин извлечь желудочное содержимое (7-я порция). 14. В течение 1 ч через каждые 15 мин извлекайте желудочное содержимое (8, 9, 10, 11-я порции). 15. Извлечь зонд, используя салфетку, и поместить его в емкость с дезинфицирующим раствором. 16. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки. 17. Написать направление, пробирки (все 11 порций) отправить в клиническую лабораторию. <p>II. Уход за лихорадящим больным:</p> <p><i>1 Период:</i> Пациента уложить – постельный режим, укрыть дополнительным одеялом, обложить грелками, напоить чаем. Решить вопрос о необходимой медикаментозной терапии. При умеренно повышенной температуре тела (менее 38,5 гр.С.) во время инфекционного заболевания не следует стремиться ее снизить с помощью лекарств. Повышение температуры тела представляет собой нормальную защитную реакцию организма на проникновение инфекции. При более высокой температуре (больше 38,5 гр.С) надо использовать жаропонижающие препараты. Аспирин следует использовать только для взрослых по одной таблетке (0,25 гр) 3-4 раза в день. Когда температура тела опустится ниже 38,5 гр.С., прием жаропонижающих препаратов прекращают. Эти же лекарства при лихорадке в тех же дозах можно использовать как обезболивающие средства при головной боли и болях в мышцах и суставах. Если в аптечке нет жаропонижающих препаратов, для уменьшения жара можно применить обтирание водой тела и бедер. Следует использовать воду комнатной температуры. Вода, испаряясь, увеличивает отдачу тепла. После</p>	Богд	

растирания пациента накрывают тонким одеялом или простыней, на ноги надевают теплые сухие носки. Пациента с температурой выше 39 гр.С. можно обернуть влажной простыней. Внимание: не используйте для растирания уксус или водку!. Это предрассудок. Данная процедура не дает ничего, кроме неприятного запаха. Внимательно следить за состоянием различных органов и систем пациента.

2 Период: Для улучшения теплоотдачи не следует тепло укрывать пациента. Давая пациенту (как можно чаще!) витаминизированное питье (ягодные и фруктовые соки, морсы, настой шиповника, негорячий чай, минеральные воды), можно уменьшить сухость во рту и жажду. Функция пищеварительных желез в этот период снижается, поэтому кормить пациента надо 6-7 раз в сутки небольшими порциями жидкой и полужидкой легкоусвояемой пищи (диета № 13). Если пациент отказывается от приема пищи, не следует настаивать. Можно ограничиться приемом достаточного количества жидкости. При выраженной сухости слизистых оболочек полости рта и образовании трещин на губах ротовую полость обязательно протирают или орошают водой. Трещины необходимо смазывать вазелиновым маслом, 20% раствором буры в глицерине. При чрезмерной (гиперпиретической) лихорадке, когда температура тела выше 41 гр.С, у пациента могут появиться бред и галлюцинации, он может травмировать себя и окружающих. К такому пациенту нужно быть особенно внимательным, следует, находиться около него постоянно, не отлучаясь. Об ухудшении состояния пациента (учащение дыхания, пульса, снижение АД) немедленно сообщите врачу. В этот период лихорадки надо тщательно проводить туалет кожи пациента (обтирание, обмывание), так как обильное потоотделение снижает выделительную функцию кожи, чаще менять нательное и постельное белье. Проветривая палату, нельзя устраивать сквозняков (пациента на время проветривания нужно тепло укрыть, а голову прикрыть полотенцем). При нарушении сознания, а также выраженной головной боли на лоб пациенту кладут пузырь со льдом (через полотенце) или холодный компресс. В течение всего периода высокой температуры пациент должен соблюдать строгий постельный режим, так как в любую минуту может начаться резкое снижение температуры тела.

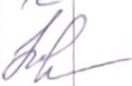
3 Период: Медленное снижение температуры (лизис). В период снижения температуры теплоотдача резко усиливается, превышая теплопродукцию. Снижение температуры тела может резким, в течение часа. Такое снижение называется критическим (кризис). При этом происходит значительное расширение кожных сосудов, приводящее иногда к резкому падению артериального давления, пульс становится нитевидным (слабого наполнения и напряжения, частый). Критическое снижение температуры тела пациенты переносят тяжело: возникает значительная слабость, наблюдается обильное потоотделение, кожа бледнеет, покрывается липким холодным потом, конечности холодеют. В этом случае пациенту необходима экстренная помощь. При резком снижении АД в момент критического падения температуры тела необходимо:

- 1) приподнять ножной конец кровати на 30-40 см, убрать подушку из-под головы;
- 2) вызвать врача
- 3) обложить пациента грелками, укрыть его, дать крепкий сладкий чай;
- 4) при улучшении состояния протереть кожу пациента насухо, сменить нательное и постельное белье.

Если температура тела снижается в течение нескольких дней, то говорят о литическом снижении (лизис). Такое снижение сопровождается, как правило, постепенным улучшением общего состояния пациента. Ему назначают диету №

15, продолжают тщательный туалет кожи, расширяют режим двигательной активности.

Итого дня:	Выполненные манипуляции	Количество
	Обучить пациента технике сбора мокроты для различных исследований	4
	Взятие желудочного содержимого	1
	Уход за лихорадящим больным	1
	Закапывание капель в ухо	1
	Раздача лекарств пациентам	10
	Раздача пищи больным	18

Дата	Содержание работы	Оценка	Подпись
27.06	<p style="text-align: center;">План 8 рабочего дня</p> <p>I. Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Представиться пациенту, идентифицировать его. Предупредить пациента за 15 минут о том, что предстоит приём пищи, и получить его согласие. 2. Проветрить помещение, освободить место на тумбочке или придвинуть прикроватный столик. Протереть поверхность столика (тумбочки) ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором. 3. Придать пациенту высокое положение Фаулера. Помочь пациенту вымыть руки и прикрыть его грудь салфеткой. 4. Вымыть и осушить руки (лучше, если пациент будет видеть это). 5. Принести пищу и жидкость, предназначенные для еды и питья (согласно диете): горячие блюда должны быть соответствующей температуры 60 о С, холодные – 20 о С. 5. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу. Проверить температуру горячей пищи, капнув несколько капель себе на тыльную поверхность кисти. 6. Предложить выпить (лучше через соломинку) несколько глотков жидкости, что уменьшает сухость во рту, облегчается пережевывание твёрдой пищи. 8. Кормить медленно: называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту; <ul style="list-style-type: none"> - наполнить ложку на 2/3 твёрдой (мягкой) пищей; коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот, прикоснуться ложкой к языку и извлечь пустую ложку; - дать время пациенту прожевать и проглотить пищу; предлагать питьё после нескольких ложек твёрдой (мягкой) пищи. 9. Предложить пациенту после еды прополоскать полость рта водой. 10. Убрать после еды посуду и остатки пищи. Протереть столик (тумбочку) ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором, двукратно с интервалом 15 минут. 3. Вымыть и осушить руки. <p>II. Втирание мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента:</p> <p style="text-align: center;">Присыпка</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции. 2. Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента. 3. Отгородить пациента ширмой. Помочь пациенту занять удобное положение. 4. Обработать руки, надеть перчатки. 5. Обработать и осушить промокательными движениями кожу салфетками. 6. Равномерно встряхивающими движениями нанести на кожу присыпку («припудрить»). 7. Снять перчатки и сбросить в лоток для отработанного материала. <p style="text-align: center;">Втирание мази</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечить пациенту комфортные условия. 2. Надеть перчатки, провести дезинфекцию отработанного материала. После снять перчатки, обработать руки. 	5 07A	сг мч 

3. Сделать отметку о выполнении назначения
4. Внимательно изучить инструкцию по применению мази. 5. Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции.
6. Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента.
7. Отгородить пациента ширмой. Помочь пациенту занять удобное положение.
8. Обработать руки, надеть перчатки.
9. Осмотреть участок кожи для применения мази.
10. Обработать и высушить кожу салфеткой или полотенцем.
11. Нанести мазь из тюбика на аппликатор; при его отсутствии втирать мазь только в перчатках.

Введение мази за нижнее веко

1. Уточнить у пациента информированность о лекарственном средстве, цели и ходе процедуры и получить согласие пациента.
2. Помочь пациенту удобно сесть или лечь.
3. Вымыть руки, надеть стерильные перчатки.
4. Прочитать название мази.
5. Попросить пациента слегка запрокинуть голову назад.
6. Оттянуть марлевым шариком нижнее веко и попросить пациента смотреть вверх.
7. Выдавить из тюбика мазь, продвигая её от внутреннего угла глаза к наружному так, чтобы мазь вышла за наружную спайку век. Отпустить нижнее веко: пациент должен закрыть глаза.
8. Удалить вытекающую из-под сомкнутых век мазь.
9. При необходимости заложить мазь за нижнее веко другого глаза, повторив те же действия.
10. Помочь пациенту занять удобное положение.
11. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.
12. Отработанный материал продезинфицировать.
13. Вымыть руки, снять перчатки.

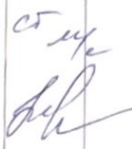
III. Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос:

1. Наденьте маску
 2. Возьмите лекарственное средство, прочитайте его название и проверьте срок годности.
 3. Приготовьте пипетки
 4. Объясните пациенту или маме ход процедуры
 5. Вымойте руки
 6. Усадите пациента
 7. Очистите носовые ходы: для туалета носа маленьким детям - возьмите правой рукой 2 сухих ватных жгутика, левой рукой зафиксируйте головку так, чтобы первый палец находился на лбу, а ладонь и 2,3,4,5 пальцы на теменных и затылочных областях головы ребенка; правой рукой осторожно введите вращательными движениями ватные жгутики в носовый ход и продвиньте его внутрь на 1- 1.5 см. Старшим детям высморкаться в носовой платок.
- Выполнение процедуры
1. Поверните голову пациента в ту сторону, в которую вводите лекарство, левой рукой зафиксируйте голову, большим пальцем этой же руки приподнимите кончик носа
 2. Закапайте 3-4 капли на слизистую крыла носа
 3. Внимание! Не вводите пипетку глубоко в нос, старайтесь не касаться пипеткой носа
 4. Прижмите крыла носа к перегородке и сделайте легкие вращательные

движения

5. Через 1-2 мин закапайте капли во 2 ноздрю, соблюдайте те же правила.

Итог дня:	Выполненные манипуляции	Количество
	Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника	2
	Втирание мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента	1
	Подача судна и мочеприемника	4
	Введение мази за нижнее веко	1
	Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос	1
	Заполнение порционного требования	1

Дата	Содержание работы	Оценка	Подпись
28.06	<p style="text-align: center;">План 9 рабочего дня</p> <p>I. Определение массы тела пациента:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверить исправность и точность медицинских весов в соответствии с инструкцией по их применению. 2. Постелить салфетку на площадку весов. 3. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика). 4. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры. <p>Выполнение процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Установить равновесие весов (для механических конструкций). 6. Предложить и помочь пациенту разуться и осторожно встать (без обуви) на середину площадки весов. 7. Провести определение массы тела пациента. <p>Окончание процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Сообщить пациенту результат исследования массы тела. 9. Помочь пациенту сойти с площадки весов. 10. Убрать салфетку с площадки весов и выбросить ее в емкость для отходов. 11. Вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или антисептика для обработки рук). 12. Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию. <p>II. Определение роста пациента:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Попросите пациента встать на середину площадки ростомера так, чтобы он касался вертикальной планки ростомера пятками, ягодицами, межлопаточной областью и затылком 2. Установить голову пациента так, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии 3. Опустить планку ростомера на голову пациента 4. Определить на шкале рост пациента по нижнему краю планки 5. Попросить пациента сойти с площадки ростомера (при необходимости помочь сойти). <p>III. Забор крови из вены на исследование:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Надеть маску, тщательно вымыть руки проточной водой с мылом (гигиенический уровень), обработать кожным антисептиком, надеть перчатки, обработать антисептиком для перчаток или спиртом. 2. Усадить пациента на стул или уложить на кушетку. 3. Освободить руку от одежды до середины плеча. 4. Попросить пациента максимально разогнуть руку в локтевом суставе, под локоть положить клеёную подушечку. 5. Проверить упаковку шприца на целостность, срок годности. 6. Наложить жгут на среднюю треть плеча. 7. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак (поработать кулачком). 8. Прощупать вену и встать по ходу вены. 9. Дважды обработать кожу спиртовыми шариками движениями снизу вверх вначале 10x10см и вторым шариком 5x5см по ходу вены. 10. Вскрыть упаковку со стерильной иглой. 11. Попросить пациента сжать кулак и зафиксировать вену большим пальцем левой руки, оттягивая кожу вниз. 	5 002	

12. Придерживая иглу срезом вверх параллельно вене, под острым углом к коже проколоть кожу. Под иглу, чтобы не испачкать руку пациента кровью, следует подложить стерильную салфетку.
13. Продолжая фиксировать вену, слегка изменить направление иглы к вене и осторожно проколоть вену. Возникает ощущение попадания в пустоту (провала).
14. Подставить к канюле иглы чистую сухую пробирку, набрать нужное количество крови (5 – 10мл)
15. Снять жгут. Пациент при этом разжимает кулак.
16. На место прокола приложить спиртовой шарик и извлечь иглу, придерживая кожу.

IV. Внутримышечная инъекция:

1. Тщательно вымыть руки с мылом проточной теплой водой; не вытирая полотенцем, чтобы не нарушить относительную стерильность, протереть их спиртом; надеть стерильные перчатки;
2. Вскрыть упаковку одноразового шприца, пинцетом в правой руке взять иглу за муфту, насадить ее на шприц;
3. Проверить проходимость иглы, пропуская через нее воздух или стерильный раствор, придерживая муфту указательным пальцем, положить подготовленный шприц в стерильный лоток;
4. Перед вскрытием ампулы или флакона внимательно прочитать название лекарства, чтобы убедиться в его соответствии назначению врача, уточнить дозировку и срок годности;
5. Слегка постучать пальцем по шейке ампулы, чтобы весь раствор оказался в широкой части ампулы;
6. Надпилить пилочкой ампулу в области ее шейки и обработать ее ватным шариком, смоченным в 70% растворе спирта; при наборе раствора из флакона удалить с него нестерильным пинцетом алюминиевую крышку и протереть стерильным ватным шариком, смоченным 70% раствором спирта резиновую пробку;
7. Ватным шариком, которым протирали ампулу, отломить верхний (узкий) конец ампулы;
8. Взять ампулу в левую руку, зажав ее большим, указательным и средним пальцами, а в правую руку – шприц;
9. Осторожно ввести в ампулу иглу, надетую на шприц, и, оттягивая поршень, постепенно набрать в шприц нужное количество содержимого ампулы, по необходимости наклоняя ее;
10. При наборе раствора из флакона проколоть иглой резиновую пробку, надеть иглу с флаконом на конус шприца, поднять флакон вверх дном и набрать в шприц нужное количество лекарственного вещества;
11. Снять шприц с иглы для набора препарата и надеть на него иглу для инъекций;
12. Удалить пузырьки воздуха, имеющиеся в шприце, для этого шприц повернуть иглой вверх и, держа его вертикально на уровне глаз, надавливая на поршень выпустить воздух и первую каплю лекарственного вещества, придерживая указательным пальцем левой руки иглу за муфту;
13. Обработать место инъекции последовательно двумя ватными шариками со спиртом: вначале большую зону, затем - непосредственно место инъекции;
14. Перпендикулярно к поверхности кожи энергичным движением под углом 90° ввести иглу на глубину 3/4 ее длины (вводить иглу необходимо так, чтобы между муфтой иглы и кожей пациента осталось 2-3 мм);
15. Затем, медленно надавливая на поршень шприца, равномерно ввести лекарственное вещество;

16. Вынимать иглу из тела пациента следует резким движением, под тем же углом, не производя лишних движений иглы в тканях:


17. Место инъекции обработать чистым ватным тампоном, смоченном в 70% этиловом спирте.

V. Набор в шприц инсулина, гепарина:

1. Перед набором инсулина необходимо определить «цену» деления инсулиновой шкалы (см. определение «цены» деления).

2. Набрать в шприц немного больше назначенной дозы инсулина, предварительно обработав пробку флакона, избыток инсулина будет удален при вытеснении воздуха из шприца и проверке проходности иглы.

Итог дня:	Выполненные манипуляции	Количество
	Определение массы тела пациента	10
	Определение роста пациента	10
	Забор крови из вены на исследование	3
	Выполнение инъекций	4
	Набор в шприц инсулина	2
	Постановка холодного компресса	1

Дата	Содержание работы	Оценка	Подпись
29.06	<p align="center">План 10 рабочего дня</p> <p>I. Постановка гипертонической клизмы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Информация пациенту о предстоящей манипуляции. 2. Вымыть руки. Надеть халат, перчатки, фартук. 3. Постелить на кушетку клеенку. 4. Уложить пациента на левый бок с согнутыми в коленях ногами и слегка приведенными к животу. При необходимости отгородить ширмой. 5. Набрать в резиновый грушевидный баллончик 100мл теплого, профильтрованного гипертонического раствора. 6. Смазать слепой конец газоотводной трубки вазелином на протяжении 10-12см и ввести в прямую кишку 3-4см по направлению к пупку и затем 10см параллельно позвоночнику. 7. Выпустите воздух из резинового баллончика и присоедините его к газоотводной трубке. 8. Медленно введите раствор. 9. Извлеките одновременно, не разжимая баллончика, газоотводную трубку с баллончиком. 10. Попросите пациента задержать раствор в кишечнике в течение 20-30 минут. (Это легче сделать, если пациент будет оставаться лежать на левом боку.) 11. Проводите пациента в туалетную комнату или подайте судно в постель. 12. Обработайте газоотводную трубку, баллончик, перчатки, клеенку, фартук. <p>II. Введение лекарственного средства в прямую кишку:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Медсестра должна проверить по записям и уточнить у пациента наличие у него в прошлом аноректальных хирургических вмешательств или заболеваний, объяснить суть предстоящей процедуры, ожидаемый от нее эффект и получить согласие на нее пациента. 2. Проверьте лист назначений, подготовьте необходимое оборудование, отгородите ширмой кровать для обеспечения пациенту уединения. В случае применения суппозитория, стимулирующего выведение содержимого из кишечника, оцените способность пациента дойти до туалета. 3. Вымойте руки, наденьте резиновые перчатки. Возьмите упаковку суппозитория из холодильника, прочитайте название, сравните с назначением, отрежьте от ленты одну свечу. Отгородите пациента ширмой (если в палате есть другие пациенты). Уложите пациента на левый бок с ногами, согнутыми в коленях, пеленку подложите под бедро. Вскройте упаковку суппозитория, последний из оболочки не вынимать! Необходимо попросить пациента расслабиться. Одной рукой разведите ягодицы пациента, а другой введите суппозиторий в анальное отверстие за наружный сфинктер прямой кишки. Оболочка упаковки должна остаться в руке медсестры. 4. Суппозиторий вводят в анальный канал тупым концом вперед, что позволяет нижнему краю анального сфинктера плотно сомкнуться, помогает пациенту удерживать суппозиторий и чувствовать себя комфортно. (схема 	5 от	сг лече 

нахождения суппоз.)

5. Протрите перианальную область, обеспечьте пациенту комфорт и попросите его удерживать суппозиторий. Положение лежа - наиболее удобное для пациента, обеспечьте ему доступ к кнопке вызова персонала. Если пациент не может сам дойти до туалета, убедитесь в том, что необходимые условия обеспечены.

6. Уберите использованное оборудование. Снимите перчатки и замочите их в дезинфицирующем растворе, вымойте руки. Использованные перчатки необходимо утилизировать.

7. Запишите выполнение процедуры. Наблюдайте за состоянием пациента и регистрируйте результаты действия суппозитория.

III. Постановка очистительной клизмы:

1. Получите информированное согласие пациента на выполнение предстоящей манипуляции.

2. Наденьте перчатки, халат, фартук.

3. Налейте в кружку Эсмарха 1,5 – 2,0 литра воды комнатной температуры.

4. Заполните систему водой.

5. Подвесьте кружку Эсмарха на штатив на высоту 75 – 100 см. 6. Уложите

пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз.

7. Попросите пациента согнуть ноги в коленях и подтянуть к животу.

8. Смажьте наконечник вазелином.

9. Встаньте слева от пациента.

10. Разведите левой рукой ягодицы пациента.

11. Введите правой рукой легкими вращательными движениями наконечник в прямую кишку, первые 3 – 4 см наконечника по направлению к пупку, а затем на 5 – 8 см параллельно позвоночнику.

12. Откройте вентиль (или зажим) и отрегулируйте поступление жидкости в кишечник (изменяя высоту кружки Эсмарха).

13. Попросите пациента в этот момент расслабиться и медленно подышать животом.

14. Закройте вентиль или наложите зажим на резиновую трубку, оставив на дне кружки Эсмарха небольшое количество воды.

15. Извлеките наконечник.

16. Попросите пациента удерживать воду в кишечнике в течение 5 – 10 минут.

17. Сопроводите пациента в туалетную комнату или подайте судно.

18. Разберите систему и погрузите ее в дезинфицирующий раствор.

19. Снимите перчатки, фартук и халат.

20. Обработайте разобранную систему, перчатки, фартук и наконечник в соответствии с требованиями санэпидрежима.

21. Вымойте руки.

IV. Постановка сифонной клизмы:

1. Получите информированное согласие на выполнение предстоящей манипуляции.

2. Наденьте перчатки, халат, фартук.

3. Соберите систему.

4. Заполните систему водой и пережмите систему

5. Смажьте вазелином слепой конец трубки.

6. Уложите пациента на левый бок с согнутыми в коленях ногами, приведенными к животу. При необходимости отгородите ширмой.

7. Разведите ягодицы пациента и вращательными-поступательными движениями введите слепой конец трубки в кишечник в начале по направлению к пупку на

- глубину 4 см, а затем на глубину до 20 – 40 см.
8. Поднимите медленно воронку вверх на 1 м выше тела пациента.
 9. Как только уровень убывающей воды достигнет сужения воронки, опустите воронку ниже тела пациента.
 10. Опустите воронку ниже уровня тела пациента.
 11. Наклоните ее и медленно наполните водой.
 12. Слейте содержимое воронки в таз.
 13. Наполните вновь воронку водой.
 14. Повторите процедуру несколько раз до появления чистых промывных вод.
 15. Отсоедините воронку, и конец трубки опустите на 20 минут в таз для дальнейшего отхождения газов и воды.
 16. Обработайте систему в разобранном виде, перчатки, фартук в соответствии с требованиями санэпидрежима.

V. Постановка масляной клизмы:

1. Объяснить пациенту ход процедуры, действия вводимых средств.
2. Вымыть руки, надеть перчатки.
3. Отгородить пациента ширмой, если процедура выполняется в палате.
4. Постелить под пациента клеенку, пеленку.
5. Уложить пациента на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами
6. Набрать в грушевидный баллон масляное средство.
7. Используя шпатель и салфетку, смазать газоотводную трубку вазелином на 2/3 ее длины.
8. Большим и указательным пальцем левой руки раздвинуть ягодицы пациента, а правой рукой осторожно, вращательными движениями ввести газоотводную трубку на 15 – 20 см в прямую кишку.
9. Подсоединить к трубке грушевидный баллон и медленно ввести набранный раствор.
10. Отсоединить грушевидный баллон от газоотводной трубки, придерживая и сжимая ее наружный конец, чтобы предотвратить обратное поступление жидкости.
11. Отсоединить шприц и поместить в лоток для отработанного материала.
12. Извлечь газоотводную трубку с помощью салфетки и поместить в лоток для отработанного материала.
13. Обработайте газоотводную трубку, баллончик, клеенку, фартук в соответствии с требованиями санэпидрежима
14. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.
15. Провести дезинфекцию предметов ухода.
16. Вымойте руки.

VI. Постановка лекарственной клизмы:

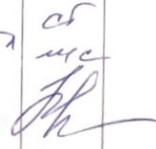
1. Объяснить пациенту ход процедуры: предупредить пациента, что он не должен вставать после лекарственной клизмы в течение 1 ч.
2. Перед лекарственной клизмой за 30-40 мин поставить очистительную клизму или попросить пациента самостоятельно опорожнить кишечник.
3. Отгородить пациента ширмой, если процедура проводится в палате.
4. Вымыть руки, надеть перчатки.
5. Уложить пациента на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами.

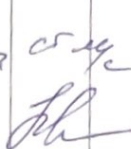
6. Набрать в грушевидный баллон лекарственный раствор.
7. Смазать газоотводную трубку вазелином, используя шпатель и салфетку.
8. Раздвинуть левой рукой ягодицы пациента, а правой легкими вращательными движениями ввести газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 15 – 20 см.
9. Соединить свободный конец газоотводной трубки со шприцем или резиновым баллончиком, содержащим лекарственный раствор, и медленно ввести его.
10. Осторожно отсоединить грушевидный баллон, придерживая и сжимая наружный конец газоотводной трубки, чтобы предотвратить обратное поступление жидкости.
11. Отсоединить грушевидный баллон (не разжимая его) от газоотводной трубки и поместить в лоток для отработанного материала.
12. Извлечь газоотводную трубку с помощью салфетки и поместить их в лоток для отработанного материала.
13. Попросить пациента в течение часа не вставать с постели. 14. Провести дезинфекцию использованных предметов ухода.
15. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

VII. Постановка газоотводной трубки:

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Отгородите пациента ширмой.
3. Вымойте руки.
4. Наденьте перчатки.
5. Смажьте узкий конец трубки вазелином.
6. Подстелите клеенку.
7. Уложите пациента на левый бок с приведенными к животу ногами.
8. Разведите левой рукой ягодицы пациента и осторожно вращательно-поступательными движениями введите газоотводную трубку на глубину 20 – 30 см. Первые 3 – 4 см по направлению к пупку, а остальные параллельно позвоночнику. 9. Опустите наружный конец газоотводной трубки в подкладное судно или мочеприемник, заполненные на $\frac{1}{3}$ водой, что обеспечит наблюдение за выделениями из кишечника.
10. Накройте пациента простыней или одеялом.
11. Извлеките газоотводную трубку по достижении эффекта.
12. Оботрите заднепроходное отверстие салфеткой.
13. Обработайте газоотводную трубку, перчатки, лоток, судно, клеенку в соответствии с требованиями санэпидрежима
14. Вымойте руки.

Итог дня:	Выполненные манипуляции	Количество
	Постановка гипертонической клизмы	1
	Введение лекарственного средства в прямую кишку	1
	Постановка очистительной клизмы	3
	Постановка сифонной клизмы	1
	Постановка масляной клизмы	1
	Постановка лекарственной клизмы	1
	Постановка газоотводной трубки	1
	Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного	1

Дата	Содержание работы	Оценка	Подпись																								
30.06	<p align="center">План 11 рабочего дня</p> <p>I. Заполнение системы для капельного введения.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверьте герметичность упаковочного пакета, срок годности. 2. Прочитайте надпись лекарственного средства на флаконе, срок годности, дозировку. 3. Вымойте руки и наденьте перчатки 4. Вскройте упаковочный пакет, достаньте систему (работать на рабочем столе), положите на крышку стерилизатора, на стерильную салфетку, стерильный лоток. 5. Алюминиевую крышку флакона обработайте ватным шариком со спиртом, пинцетом вскройте алюминиевую крышку флакона и обработайте резиновую пробку флакона ватным шариком со спиртом. 6. Обработайте руки шариками со спиртом. 7. Снимите колпачок с иглы воздуховода (короткая трубка с фильтром) и введите ее до упора в резиновую пробку флакона, свободный конец воздуховода закрепите на флаконе пластырем или аптечной резинкой на уровне дна флакона. 8. Закройте винтовой зажим, снимите колпачок с иглы на коротком конце системы и введите эту иглу в пробку флакона. 9. Переверните флакон и закрепите его на штативе. 10. Поверните капельницу в горизонтальное положение, снимите иглу с колпачком на конце длинной трубки системы и откройте зажим, медленно заполните капельницу до половины объема. 11. Закройте зажим и возвратите капельницу в исходное положение. Фильтр должен быть полностью погружен в жидкость для переливания. 12. Откройте зажим, медленно заполните систему до полного вытеснения воздуха и появления капель из соединительной канюли в резиновой трубке. 13. Проверьте отсутствие пузырьков воздуха в системе - система заполнена. 14. Иглу с колпачком поместите в стерильную салфетку. 15. Положите в стерильный лоток пять ватных шариков, Приготовьте две полоски лейкопластыря, жгут, подушечку, перчатки. <table border="1" data-bbox="308 1417 1234 1774"> <thead> <tr> <th data-bbox="316 1417 454 1501">Итог дня:</th> <th data-bbox="454 1417 1063 1501">Выполненные манипуляции</th> <th data-bbox="1063 1417 1226 1501">Количество</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Постановка банок</td> <td align="center">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Постановка горчичников</td> <td align="center">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Постановка согревающего компресса</td> <td align="center">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Применение грелки, пузыря со льдом</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Постановка горячего компресса</td> <td align="center">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Заполнение системы для капельного введения</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Итог дня:	Выполненные манипуляции	Количество		Постановка банок	1		Постановка горчичников	1		Постановка согревающего компресса	1		Применение грелки, пузыря со льдом	2		Постановка горячего компресса	1		Заполнение системы для капельного введения	2				50%	
Итог дня:	Выполненные манипуляции	Количество																									
	Постановка банок	1																									
	Постановка горчичников	1																									
	Постановка согревающего компресса	1																									
	Применение грелки, пузыря со льдом	2																									
	Постановка горячего компресса	1																									
	Заполнение системы для капельного введения	2																									

Дата	Содержание работы	Оценка	Подпись
1.07	<p style="text-align: center;">План 12 рабочего дня</p> <p>I. Оказать помощь пациенту при рвоте:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Успокоить пациента. 2. Надеть перчатки. 3. Усадить пациента (если состояние позволяет), надеть на него клеенчатый фартук. 4. Вызвать врача через кого-либо. 5. Поставить к ногам тазик или ведро. 6. Поддерживать голову пациента, положив ладонь на лоб. 7. После окончания рвоты дать пациенту воды или 2% раствор натрия гидрокарбоната и попросить его прополоскать ротовую полость. 8. Предложить пациенту полотенце для просушивания лица. 9. Оставить рвотные массы в тазике до прихода врача. <p>II. Промыть желудок пациенту, взять промывные воды из желудка на исследование:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Идентифицировать пациента 2. Снять зубные протезы у пациента (если они есть). 3. Медицинскому работнику надеть перчатки, фартук. 4. Поставить таз к головному концу кушетки. 5. Измерить шелковой нитью расстояние от резцов до пупка плюс ширина ладони пациента. 6. Перенести метку на зонд, начиная от закругленного конца. 7. Взять зонд в правую руку как «писчее перо» на расстоянии 10 см от закругленного конца. 8. Встать сбоку от пациента 9. Уложить пациента на левый бок, подстелив клеенку. 10. Раскрыть рот и зафиксировать его роторасширителем. 11. Захватить и зафиксировать язык языкодержателем. 12. Ввести пациенту зонд, проталкивая его по задней стенке глотки в пищевод и желудок. 13. Убедиться, что зонд не попал в дыхательные пути: к наружному концу зонда поднести несколько волокон ваты или тонкое перышко. Их колебание означает, что зонд находится в дыхательных путях. 14. Присоединить к зонду воронку, заполнить ее водой, держа на уровне кровати. 15. Поднять воронку выше головы пациента. 16. Как только вода достигнет устья воронки, быстро опустить воронку ниже уровня желудка, чтобы содержимое желудка наполнило воронку полностью. 17. Осторожно вылить содержимое воронки в таз для промывных вод. 18. Повторить промывание несколько раз до чистых промывных вод. 19. Воронку снять, конец зонда опустить в таз на 15-20 минут 20. Зонд извлечь через салфетку, смоченную дезинфицирующим средством, предварительно пережав его непосредственно перед ртом пациента. 21. Поместить зонд, воронку в контейнер с дезинфицирующим средством, салфетку в контейнер с отходами класса Б. 22. Обработать полость рта пациента, обернуть полотенцем вокруг 	Ботт	

23. Пациента тепло укрывать, наблюдать за состоянием.
24. Снять перчатки, положить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.
25. Вымыть руки, обработать антисептиком или мылом.
26. Написать направление и отправить емкости с промывными водами в лабораторию.
27. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента.

III. Техника получения промывных вод желудка:

1. При помощи шприца Жанэ ввести в желудок 0,5 л воды.
2. Потянуть поршень шприца на себя, аспирируя введенную воду.
3. Вновь ввести эту же порцию жидкости в желудок.
4. Вновь потянуть поршень шприца на себя, аспирируя введенную воду.
5. Вылить промывные воды в количестве 20 – 50 мл в стерильную емкость для промывных вод.
6. Повторить забор промывных вод в конце процедуры промывания желудка.
7. Маркируют ёмкости.
8. Обе стерильные ёмкости отправляют в лабораторию с соответствующим направлением.

IV. Введение мази в носовые ходы:

1. Объяснить пациенту ход проведения манипуляции, получить от него согласие.
2. Усадить пациента на стул лицом к свету со слегка запрокинутой головой или уложить на спину без подушки.
3. Вымыть руки на гигиеническом уровне и надеть стерильные перчатки.
4. Осмотреть носовые ходы, при необходимости предварительно провести туалет носа.
5. Из ватного шарика сделать турунду.
6. Из туба на турунду выдавить полоску мази.
7. Большим пальцем левой руки приподнимите кончик носа.
8. Введите турунду с мазью, вращательным движением, в нижний носовой ход на глубину 1—1,5 см, на 2-3 мин.
9. Удалите турунду.
10. Таким же образом заложить мазь на турунде в другой носовой ход пациента.
11. Поместить отработанный перевязочный материал и пипетки в ёмкости с дез. раствором.
12. Снять перчатки, поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.
13. Вымыть руки, осушить.

V. Закапывание капель в глаза:

1. Объяснить порядок проведения процедуры пациенту, получить согласие
2. Обработать руки
3. Проверить соответствие названия капель назначению врача
4. Встряхните, а затем откройте бутылочку с капельками
5. Отклоните слегка голову назад. Указательным пальцем одной руки оттяните немного нижнее веко вниз так, чтобы образовалось пространство между глазом и веком, так называемый «кармашек»
6. 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
7. Если Вы уверены, что капли попали в нужное место, то можно больше не капать, т.к. больше двух капель в этот «кармашек» не помещается

8. Закройте глаза и прижмите указательный палец к внутреннему уголку глаза (к тому, что находится у носа) на 1-2 минуты. Таким образом лекарство попадет в ткани глаза, а не утечет в носовые пазухи
9. Плотнo закрутите крышку флакончика
10. Поместить отработанные предметы в емкость с дезраствором
11. Обработать руки
12. Сделать отметку о выполнении назначения.

VI. Дать пациенту жидкую пищу через гастростому, назогастральный зонд:

Гастростома

1. Объяснить ход предстоящей процедуры и получить согласие на ее выполнение.
2. Надеть чистый халат, вымыть руки на гигиеническом уровне, надеть стерильные перчатки.
3. Подогреть пищу до температуры - 38⁰С.
4. Ввести пуговичный зонд или резиновую трубку в отверстие в желудке через переднюю брюшную стенку (если нет постоянной трубки).
5. Медленно вливать пищу через воронку (держатъ воронку необходимо наклонно, чтобы в желудок не попал воздух).
6. После введения пищи влить небольшое количество кипяченой воды для промывания зонда.
7. Снять воронку, наложить зажим на зонд.
8. Снять перчатки, произвести дезинфекцию использованных предметов, согласно приказам.

Назогастральный зонд

1. Объяснить ход предстоящей процедуры и получить согласие на ее выполнение.
2. Надеть чистый халат, вымыть руки на гигиеническом уровне, надеть стерильные перчатки.
3. Придать голове больного удобное, возвышенное положение.
4. Укрыть пелёнкой грудь пациента.
5. Осмотреть носовые ходы, убедиться в их проходимости, при необходимости выполнить туалет носа.
6. Смочить слепой конец зонда водой на 5-7 см.
7. Ввести зонд через нижний носовой ход на длину, рассчитав по формуле «рост-100 см» (или другим способом).
8. Проверить расположение зонда: присоединить на свободный конец зонда шприц и потянуть на себя поршень. Если в шприце появляется жидкость, то зонд в желудке, а если легко поступает воздух - то в трахее.
9. Если зонд в желудке, то снять шприц с зонда, извлечь из шприца поршень, цилиндр соединить с зондом и влить через цилиндр шприца, как через воронку, тёплую питательную смесь.
10. После введения пищи промыть зонд кипяченой водой.
11. Отсоединить воронку.
12. Зонд не извлекают в течение всего периода искусственного кормления (2-3 недели) при этом необходимо зафиксировать зонд с помощью полоски лейкопластыря на щеке.
13. После извлечения зонда его следует обработать

VII. Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков:

1. Объяснить, что в 600 необходимо выпустить мочу в унитаз.
2. Собирать мочу после каждого мочеиспускания в градуированную емкость.

- измерять диурез.
3. Фиксировать количество выделяемой жидкости в листе учета.
 4. Фиксировать количество поступившей в организм 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 600 следующего дня.
 6. В 600 следующего дня сдать лист учета медицинской сестре.
 7. Определить какое количество жидкости должно выделиться с мочой. Расчет водного баланса определяется по формуле: количество принятой жидкости \times на 0,8 (80%) = количеству мочи, которое должно выделиться 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).
 10. Считать водный баланс положительным, если выделено больше жидкости, чем рассчитано (это может быть результатом действия диуретических лекарственных средств, употребление мочегонных продуктов питания, влияние холодного времени года).

Итог дня:	Выполненные манипуляции	Количество
	Оказать помощь пациенту при рвоте	1
	Промыть желудок пациенту, взять промывные воды из желудка на исследование	1
	Введение мази в носовые ходы	1
	Заполнение журнала учета лекарственных средств	1
	Заполнение накладной - требования на лекарственные средства	1
	Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения	2
	Закапывание капель в глаза	1
	Дать пациенту жидкую пищу через гастростому, назогастральный зонд	1
	Провести утилизацию использованных пиявок	1
	Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков	3
	Поставить пиявку на тело пациента	1