Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный

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

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

# Д Н Е В Н И К

**ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

Наименование практики «Технология оказания медицинских услуг»

Ф.И.О. \_Санчат Аяна Шавар-ооловна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(медицинская организация, отделение)

с «19» июня 2020 г. по «02» июля 2020 г.

Руководители практики:

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

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

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

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

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

Черемисина Алена Александровна преподаватель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Красноярск

2020

Содержание

1. Цели и задачи практики

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

3. Тематический план

4. График прохождения практики

5. Инструктаж по технике безопасности

6. Содержание и объем проведенной работы

7. Манипуляционный лист

8. Отчет (цифровой, текстовой)

**Цели и задачи прохождения производственной практики**

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

**Задачи**:

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

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

**Практический опыт:**

ПО 1. выявления нарушенных потребностей пациента;

ПО 2. оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий;

ПО3. планирования и осуществления сестринского ухода;

ПО 4. ведения медицинской документации;

**Умения:**

У 1.собирать информацию о состоянии здоровья пациента;

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

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

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

У 5.осуществлять посмертный уход;

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

У 10. заполнять документацию по инструкции;

**Знания:**

З 1.способы реализации сестринского ухода;

З 2.технологии выполнения медицинских услуг;

З 3. последовательность посмертного ухода;

З 4. перечень основной учетно-отчетной документации.

**Тематический план**

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

**График прохождения практики**

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

###### **Инструктаж по технике безопасности**

1. Общие требования безопасности.

К самостоятельной работе участковой медсестры допускаются только лица с законченным средним медицинским образованием, имеющие удостоверения о прохождении специализации по педиатрии, обученные безопасности труда в соответствии с ГОСТ 12. 0. 004-79, прошедшие

вводный инструктаж и получившие первичный инструктаж на рабочем месте.

1.2 Персонал кабинета должен проходить обязательный медицинский осмотр при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры не реже одного раза в год. К работе допускаются лица, не имеющие медицинских противопоказаний, согласно Приказу Минздрава МЗМП РФ от 14.03.96 № 90 «О порядке проведения предварительных и

медицинских осмотров и медицинских регламентах допуска к

профессии",

1.3 Персонал обязан:

- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка поликлиники;

- выполнять инструкции по ОТ;

- владеть приемами оказания первой медицинской помощи при поражении электрическим током, отравлении или поражении кожи веществами;

- немедленно докладывать непосредственному руководителю о каждом несчастном случае, связанным, с производством или работой.

1.4. Персонал отделения должен быть обеспечен:

- санитарно-гигиенической одеждой и обувью: халат х/б (4 на 2 года), колпак х/б (4 на 2 года) в соответствии с действующими нормами, утвержденными Приказом М3 СССР от 20.01.88 г. № 65.

- мылом, чистыми полотенцами для мытья рук в умывальных комнатах.

1.5. В отделении должны соблюдаться правила пожарной безопасности. Загромождение проходов, захламление помещения ке допускается.

Прием пищи и курение на рабочих местах запрещается.

1.7. Полы в отделении, кабинетах должны быть гладкими, нескользкими,

гигиенические и эксплуатационным требованиям данного помещения.

1.8. Лица, допустившие невыполнение инструкций по ОТ, подвергаются

дисциплинарному взысканию в соответствии с действующими правилами внутреннего трудового распорядка и при необходимости внеочередной знаний вопросов ОТ и внеплановому инструктажу.

2. Требования безопасности перед началом работы

2.1. Перед началом работы необходимо:

- надеть санитарно-гигиеническую одежду, обувь, спецодежду и спецобувь, предусмотренную нормами, утвержденными МЗ РФ;

- проверить рабочее место.

3. Требования безопасности во время работы

- работать только с исправными электроприборами;

-следить за санитарным состоянием кабинета;

- соблюдать правила охраны труда и ТБ

4. Требования безопасности в ситуациях.

4.1. персонал обязан:

- отключить аппарат от электросети;

- при коротком замыкании или обрыве в системах электроснабжения отключить главный сетевой рубильник в помещении;

- поставить в известность заведующего отделением.

4.2. При поражении человека электрическим током и прочих травмах действовать согласно "Инструкции по оказанию первой помощи пострадавшим от электрического шока и других несчастных случаев."

4.3. При возникновении пожара эвакуировать больных, вызвать пожарную охрану, до её прибытия необходимо принять возможные меры к тушению пожара при помощи первичных средств пожаротушения.

4.4. При прочих аварийных ситуациях (поломка систем водоснабжения, канализации, отопления, вентиляции и т. д.), препятствующих выполнению технологических операций, прекратить работу и сообщить об этом администрации.

5. Требования безопасности по окончании работы

Персонал обязан:

- привести порядок рабочее место;

- аппараты привести в исходное положение, отключить их или переключить режим, оговоренный инструкцией по эксплуатации;

- убрать инструмент;

- проверить выключение электросети и водоснабжения.

Место печати МО

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание и объем проведенной работы | Оценка | Подпись |
| 19. 06. 2020 | **План 1 рабочего дня**  1. Выписать направления на анализы: моча, кал.  2. Обучить пациента технике сбора мочи для различных исследований.  3. Обучить пациента технике сбора фекалий для исследований.  4. Обучить пациента технике сбора мокроты различных исследований.  5. Обучить пациента ингаляции лекарственного средства через рот и нос.  6. Обучить пациента подготовке к ультразвуковым методам исследования.  7. Взятие мазка из зева и носа для бактериологического исследования.  **Инструктаж по подготовке к забору мочи по Нечипоренко.**  Здравствуйте, меня зовут Аяна Шавар-ооловна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо с Вами провести инструктаж по подготовке к забору мочи по Нечипоренко.  1. Утром тщательно провести гигиену наружных половых органов.  2. Собрать 50.0 мл мочи - "среднюю порцию" в подготовленную емкость с крышкой, спустив небольшое количество мочи в унитаз/судно до и после мочеиспускания.  3. При сборе мочи исключить соприкосновение с краями емкости.  4 Поставить емкость с мочой в условленное место (ящик для анализов).  Все ли вам понятно? Если у вас есть какие-либо вопросы, вы можете мне и х задать. Теперь мне необходимо задать вам несколько вопросов чтобы понять усвоение вами данного обучения. Спасибо за внимание. Всего доброго.  **Инструктаж по подготовке к забору фекалий (кала) на копрологическое исследование.**  Здравствуйте. меня зовут Аяна Шавар-ооловна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо с Вами провести инструктаж по подготовке к забору кала на копрологию.  По назначению врача в течение 3 дней необходимо придерживаться специальной диеты (Шмидта или Певзнера)  Без специального назначения врача пациент придерживается своей обычной диеты, но запрещаются все продуктовые передачи.  Непосредственно после дефекации взять специальной лопаткой из нескольких участков 5-10 г кала без примесей воды и мочи и поместить во флакон.  Флакон оставить в специальном ящике в санитарной комнате.  Все ли вам понятно? Если у вас есть какие-либо вопросы, вы можете мне и х задать. Теперь мне необходимо задать вам несколько вопросов чтобы понять усвоение вами данного обучения. Спасибо за внимание. Всего доброго.  **Инструктаж по подготовке к сбору мокроты на исследование**  1.Натощак, в 8 часов утра перед откашливанием почистите зубы и тщательно прополощите рот кипяченой водой или раствором фура­цилина, затем отхаркните мокроту в банку – 3-5 мл., стараясь не до­пускать попадания слюны.  2.Посуда дается стерильной, поэтому не касайтесь ее краев руками или губами, а после откашливания мокроты емкость сразу же закройте крышкой и отдайте медсестре.  Все ли вам понятно? Если у вас есть какие-либо вопросы, вы можете мне и х задать. Теперь мне необходимо задать вам несколько вопросов чтобы понять усвоение вами данного обучения. Спасибо за внимание. Всего доброго.  **Обучение пациента правильно пользоваться карманным ингалятором**  Подготовка к обучению:  1. Поздороваться с пациентом, предупредить его о проведении обучения. Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  2. Провести гигиеническую обработку рук.  3. Взять один ингалятор, другой дать пациенту (пустые). Попросить пациента повторять действия.  Выполнение обучения:  4.Снять с баллончика защитный колпачок и повернуть его вверх дном.  5.Хорошо встряхнуть баллончик с аэрозолем. Охватить губами мундштук.  6. Сделать глубокий вдох и на вдохе нажать на дно баллончика. В этот момент выдается доза аэрозоля.  7.Следует задержать дыхание на несколько секунд, затем выгнуть мундштук изо рта и сделать медленный выдох.  8.Попросить пациента проделать тоже с полным баллончиком. Проконтролировать правильность выполнения.  Завершение обучения:  9. После ингаляции обработать мундштук (личный можно промыть с мылом под проточной водой) надеть на баллончик защитный колпачок.  10. Провести гигиеническую обработку рук.  11. Сделать запись о выполненной процедуре.  **Обучение пациента правильно пользоваться карманным ингалятором при введении лекарственного средства через нос**  Подготовка к обучению:  1. Поздороваться с пациентом, предупредить его о проведении обучения. Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  2. Провести гигиеническую обработку рук.  3. Взять один ингалятор, другой дать пациенту (пустые). Попросить пациента повторять действия.  Проведение обучения:  4. Снять с баллончика защитный колпачок. Хорошо встряхнуть баллончик с аэрозолем.  5. Слегка запрокинуть голову.  6. Прижать правое крыло носа к носовой перегородке. Произвести выдох через рот.  7. Ввести наконечник ингалятора в левую половину носа.  8. На вдохе через нос нажать на дно баллончика. Задержать дыхание на несколько секунд и затем медленно выдохнуть через рот.  9. Повторить манипуляцию, введя наконечник в другую половину носа.  10. Попросить пациента проделать тоже самое с полным баллончиком. Проконтролировать правильность выполнения.  Завершение обучения:  11. После ингаляции обработать насадку для носа (личный можно промыть с мылом под проточной водой) надеть на баллончик защитный колпачок.  12. Провести гигиеническую обработку рук.  13. Сделать запись о выполненной процедуре.  **Инструктаж по подготовке пациента к ультразвуковым методам исследования**  Здравствуйте, меня зовут Аяна Шавар-ооловна. Мне нужно провести Вам инструктаж по подготовке УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка) и почек.  1. За 3 дня до исследования назначается бесшлаковая диета для профилактики метеоризма.  2. Нельзя: мясо, черный хлеб, свежие фрукты и овощи, зелень, фасоль и горох, грибы, ягоды, семечки, орехи, варенье с косточками, в т.ч. мелкими (смородиновое и малиновое), виноград, киви.  3. Можно: бульон, отварное мясо, рыба, курица, сыр, белый хлеб, масло, печенье, компоты и кисели, прекратить прием таблетированных слабительных. За 8-12 часов до исследования прекратить прием пищи.  4. Исследование проводится натощак.  5. Не курить перед исследованием.  6. Накануне исследования, по назначению врача, принимать препараты для устранения метеоризма.  7. Поставить очистительную клизму вечером накануне исследования.  8. Предупредить пациента, чтобы он явился утром, натощак, в кабинет ультразвуковой диагностики в назначенное время (при амбулаторном проведении исследования, взять с собой полотенце).  9. В условиях стационара проводить или транспортировать пациента в кабинет ультразвуковой диагностики с направлением.  Все ли вам понятно? Если у вас есть какие-либо вопросы, вы можете мне и х задать. Теперь мне необходимо задать вам несколько вопросов чтобы понять усвоение вами данного обучения. Спасибо за внимание. Всего доброго.  Отделение терапевтическое № палаты 5  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Анализ мочи по Ничепоренко  ФИО \_\_\_Першина Е. С. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_19.06.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_Санчат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отделение терапевтическое № палаты 5  НАПРАВЛЕНИЕ  В клиническую лабораторию  Кал на копрологию  ФИО \_\_\_\_ Першина Е. С. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_19.06.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись м\с \_\_\_\_\_Санчат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Алгоритм взятия содержимого зева для лабораторного исследования**    МАЗОК НА БИ (из зева, носа)  Взять натощак (через 2 часа после еды)  Ф.И.О. Першина Елена Станиславовна  Год рождения 1995  Адрес \_пер. Молодежный, д. 233, кв - 54\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место работы \_\_Торговая фирма «Проторг»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования, сроки получения результата и получить согласие.  Поставить стеклографом номер на пробирке,  соответствующий номеру направления (или штрих-код).  Установить пробирку в штатив.  Обработать руки гигиеническим способом, надеть маску,  перчатки.  Сесть напротив пациента.  Извлечь тампон из пробирки, придерживая его за пробку (пробирка остается в штативе).  Взять шпатель в другую руку; попросить пациента слегка запрокинуть голову и открыть рот; надавить шпателем на корень языка.  Не касаясь тампоном слизистой оболочки полости рта и языка, провести тампоном по правой миндалине, затем – небной дужке, язычку, левой небной дужке, левой миндалине. При ясно локализованных очагах материал берется двумя тампонами в две пробирки: из очага и всех участков.  Извлечь тампон из полости рта, положить шпатель в лоток для использованного материала, ввести тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности.  Поставить штатив для пробирок, в специальный контейнер для транспортировки. Проверить соответствие номера пробирки с номером направления и Ф.И.О. пациента.  Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  Снять перчатки, маску и поместить в емкость для дезинфекции. Провести гигиеническую обработку рук.  Доставить пробу в лабораторию в контейнере в течение 1 часа.  Полученные результаты подклеить в историю болезни.    **Алгоритм взятия содержимого носа для лабораторного исследования**  Мероприятия  Объяснить пациенту смысл и необходимость предстоящего исследования, сроки получения результата и получить согласие.  Поставить стеклографом номер на пробирке, соответствующий номеру направления (или штрих-код).  Установить пробирку в штатив.  Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть маску, перчатки.  Сесть напротив пациента.  Извлечь тампон из пробирки, придерживая его за пробку (пробирка остается в штативе).  Свободной рукой приподнять кончик носа пациента, другой рукой ввести тампон в глубь левой, затем правой полости носа.  Извлечь тампон из полости носа и ввести тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности.  Поставить штатив для пробирок, в специальный контейнер для транспортировки. Проверить соответствие номера пробирки с номером направления и Ф.И.О. пациента.  Снять перчатки, маску и поместить емкость для сбора отходов класса «Б» Провести гигиеническую обработку рук.  Доставить пробу в лабораторию в контейнере в течение 1 часа.  Полученные результаты подклеить в историю болезни.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Выписать направления на анализы: моча, кал. | 2 | |  | 2. Обучить пациента технике сбора мочи для различных исследований. | 1 | |  | 3. Обучить пациента технике сбора фекалий для исследований. | 1 | |  | 4. Обучить пациента технике сбора мокроты различных исследований. | 1 | |  | 5. Обучить пациента ингаляции лекарственного средства через рот и нос. | 1 | |  | 6. Обучить пациента подготовке к ультразвуковым методам исследования | 1 | |  | 7. Взять мазок из зева и носа для бактериологического исследования | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | *Содержание и объем проведенной работы* | Оценка | Подпись |
| 20. 06. 2020 | **План 2 рабочего дня**  1. Обучение пациента подготовке к рентгенологическим методам исследования  2. Обучение пациента подготовке к эндоскопическим методам исследования  3. Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей  4. Обучение пациента самоконтролю АД, пульса и ЧДД, температуры тела  5. Обучение пациента самостоятельной постановки банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов  6. Дуоденальное зондирование  **Обучение пациента подготовке к рентгенологическим методам исследования**  **Подготовка пациента к рентгенологическому исследованию желудка и двенадцатиперстной кишки**  1.Установить доверительные отношения с пациентом. Проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. Выписать направление.  2.Сообщить к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медицинской сестры. Предупредить о последствиях после проведенного исследования (выведение сульфата бария из ЖКТ).  3. Провести инструктаж:  -За 2-3 дня до исследования исключают из рациона исследуемого продукты, способствующие газообразованию (черный хлеб, овощи, фрукты, бобовые, молоко и т. д.). Накануне рентгенологического исследования желудка и 12- перстной кишки рекомендуется легкий ужин.  -За 14 часов до обследования больной прекращает прием пищи.  -В день исследования больной не должен есть, пить и курить. При наличии в желудке больного большого количества жидкости, слизи, остатков пищи (например, при органическом сужении выходного отдела желудка) следует промыть желудок за 2-3 часа до исследования.  -При резко выраженном метеоризме и упорных запорах рекомендуется очистительная клизма теплой водой за 1,5-2 часа до исследования.  4.Предупредить пациента, чтобы он явился утром в рентгенологический кабинет в назначенное время.  5. В условиях стационара проводить или транспортировать пациента в рентгенологический кабинет с направлением.  6. В рентгенологическом кабинете пациент принимает внутрь взвесь сульфата бария, которую готовят из расчета 100 г порошка на 80 мл воды. Врач делает снимки.  7.После окончания процедуры проводить (транспортировать) пациента в палату, спросить о самочувствии.  Полученные результаты подклеить в историю болезни.  **Обучение пациента подготовке к эндоскопическим методам исследования**  **Подготовка пациента к бронхоскопии**  Мероприятия  1.Установить доверительные отношения с пациентом. 2.Проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. Выписать направление.  3.Сообщить пациенту, что несоблюдение требований, предъявляемых к подготовке пациента (ограничения в режиме питания), могут повлиять на результат исследования.  4.Провести психологическую подготовку пациента.  5.Провести инструктаж:  -утром не принимать пищи, воды, лекарств, не курить.  -Утром явиться в рентгенологический кабинет в назначенное время (в условиях стационара проводить или транспортировать пациента в эндоскопический кабинет с  направлением).  -Провести премедикацию транквилизаторами по назначению врача вечером накануне исследования и утром за 1-1,5 часа до начала анестезии.  -Проведите премедикацию по назначенное врача за 15-45 минут до осмотра.  -Предупредить пациента, чтобы он явился утром в эндоскопический кабинет в назначенное время.  -В условиях стационара проводить или транспортировать пациента в рентгенологический кабинет с направлением.  -Проследить, чтобы пациент перед исследованием снял съемные зубные протезы.  -Попросить пациента освободить мочевой пузырь непосредственно перед проведением исследования.  -После окончания процедуры проводить (транспортировать) пациента в палату, спросить о самочувствии.  -Предупредить пациента о необходимости не принимать пищу и не курить в течение двух часов после проведенного исследования.  -Полученные результаты подклеить в историю болезни.    **Подготовка пациента к фиброгастродуоденоскопии**    Мероприятия  1.Установить доверительные отношения с пациентом. 2.Проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. Выписать направление.  3.Сообщить пациенту, что несоблюдение требований, предъявляемых к подготовке пациента (ограничения в режиме питания), могут повлиять на результат исследования.  4.Провести психологическую подготовку пациента.  5.Провести инструктаж:  -с 19 часов накануне исследования не есть, не пить, не курить, исследование проводится утром натощак, т.е. чистить зубы, пить и курить нельзя.  -Для уменьшения болезненных ощущений при введении эндоскопа, Вам, будет проведено орошение слизистой глотки анестетиком лидокаином (уточнить у пациента переносимость лидокаина).  -Во время исследования, Вы, не сможете говорить, проглатывать слюну.  -После ФГДС у, Вас, временно будет затруднена речь и глотание, нельзя принимать пищу в течение 2 часов после исследования, чтобы исключить опасность аспирации пищи или жидкости.  -Предупредить пациента о месте и времени проведения исследования, необходимости снять зубные протезы перед исследованием, иметь при себе полотенце или впитывающую салфетку.  -Уложить пациента на стол, на левый бок с согнутыми ногами, грудь укрыть полотенцем.  -Врач вводит фиброскоп через рот, медицинская сестра ассистирует.  В стационаре, после окончания процедуры проводить (транспортировать) пациента в палату, спросить о самочувствии. -Предупредить пациента, чтобы он не принимал пищу после исследования в течение 1-2 часов.  -Полученные результаты подклеить в историю болезни.  **Подготовка пациента к ректороманоскопии (эндоскопическое исследование прямой и сигмовидной кишки)**  Мероприятия  Установить доверительные отношения с пациентом. Проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. Выписать направление.  Сообщить пациенту, что несоблюдение требований, предъявляемых к подготовке пациента (ограничения в режиме питания), могут повлиять на результат исследования.  Провести психологическую подготовку пациента.  Провести инструктаж:  За 2 - 3 суток до исследования из диеты исключают продукты, способствующие газообразованию: ржаной хлеб, бобовые, фрукты, молоко.  Поставить очистительную клизму вечером и утром за 1,5-2 часа до исследования.  Предупредить пациента, чтобы он явился утром в эндоскопический кабинет в назначенное время.  В условиях стационара проводить или транспортировать пациента в эндоскопический кабинет с направлением. Опорожнить мочевой пузырь непосредственно перед исследованием.  Выполнение процедуры Врач введет гибкий ректоскоп в прямую кишку на 25-30 Проведение исследования. см в положение пациента на спине с приподнятыми и раздвинутыми нижними конечностями. Извлечь ректоскоп после осмотра.  Завершение процедуры  В стационаре, после окончания процедуры, проводить  Обеспечение комфорта (транспортировать) пациента в палату, спросить у пациента о самочувствии после исследования.  Профилактика осложнений.  Полученные результаты подклеить в историю болезни. Документирование проведения исследования. Примечание: если пациенту во время осмотра проведена биопсия, то в течение суток необходимо вести наблюдение за его состоянием и самочувствием, так как есть опасность кишечного кровотечения.    **Подготовка пациента к колоноскопии (эндоскопическое исследование толстой кишки)**  Мероприятия  1.Установить доверительные отношения с пациентом. 2.Проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. Выписать направление.  3.Сообщить пациенту, что несоблюдение требований, предъявляемых к подготовке пациента (ограничения в режиме питания), могут повлиять на результат исследования.  4.Провести психологическую подготовку пациента.  5.Провести инструктаж:  -За 3 дня до исследования назначается бесшлаковая диета для профилактики метеоризма.  -Нельзя: мясо, черный хлеб, свежие фрукты и овощи, зелень, фасоль и горох, грибы, ягоды, семечки, орехи, варенье с косточками, в т.ч. мелкими (смородиновое и малиновое), виноград, киви. Не принимайте активированный уголь! Можно: бульон, отварное мясо, рыба, курица, сыр, белый хлеб, масло, печенье, компоты и кисели.  -Накануне исследования: разрешена только жидкая пища (бульоны, кисели, соки без мякоти). В течение 2 дней до исследования принимать слабительные средства по назначению врача.  -Поставить накануне вечером дважды, с интервалом в час, очистительные клизмы. С утра клизма повторяется тоже дважды. -Между постановкой последней клизмы и колоноскопией должно пройти не менее 2-х часов, так как очистительная клизма на некоторое время может изменить естественный вид слизистой оболочки.  6.Провести премедикацию по назначению врача за 20-30 минут до исследования.  7.Предупредить пациента, чтобы он явился утром в эндоскопический кабинет в назначенное время.  8.В условиях стационара проводить или транспортировать пациента в эндоскопический кабинет с направлением.  Выполнение процедуры  9.Исследование проводится врачом в положение пациента на 10.Обеспечение правильного левом боку. положения при проведении  исследования.  11.Провести анестезию области заднего прохода перед Обеспечение обезболивания. введением колоноскопа.  12.Врач введет колоноскоп в прямую кишку. Извлечь Проведение исследования. колоноскоп после исследования.  Завершение процедуры  13.В стационаре, после окончания процедуры, проводить 14.Обеспечение комфорта (транспортировать) пациента в палату, спросить о пациенту после самочувствии. исследования.  **Подготовка пациента к цистоскопии**  Мероприятия  1.Установить доверительные отношения с пациентом. 2.Проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. Выписать направление.  3.Сообщить пациенту, что несоблюдение требований, предъявляемых к подготовке, могут повлиять на результат исследования.  4.Провести психологическую подготовку пациента.  5.Провести инструктаж:  - исследование проводится натощак.  -За 2 часа до исследования, Вам, поставят очистительную клизму. -Перед исследованием необходимо тщательно подмыться. -Непосредственно перед исследованием, при необходимости опорожнить мочевой пузырь.  -Поставить очистительную клизму утром за 1,5-2 часа до исследования.  -Предупредить пациента, чтобы он явился утром, натощак, в эндоскопический кабинет в назначенное время.  -В условиях стационара проводить или транспортировать пациента в эндоскопический кабинет с направлением.  -Предложить больному опорожнить мочевой пузырь.  -В эндоскопическом кабинете уложить больного на урологическое кресло.  -Женщине произвести туалет наружных половых органов, наружное отверстие уретры обработать раствором антисептика; мужчине обработать головку полового члена стерильным ватным тампоном, смоченным раствором фурацилина (1: 5000).  6.Перед введением цистоскопа проводят анестезию  мочеиспускательного канала по назначению врача.  7.Цистоскопию проводит врач, медицинская сестра ассистирует.  8.В стационаре, после окончания процедуры, проводить (транспортировать) пациента в палату, спросить о самочувствии.  9.После исследования пациент должен соблюдать постельный режим несколько часов.  10.Полученные результаты подклеить в историю болезни.  **Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей**  Здравствуйте, меня зовут Аяна Шавар-ооловна, я ваша медицинская сестра. Мне необходимо с Вами провести обучение приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей.  Инородное тело небольших размеров может выйти с кашлем.  Для повышения эффективности кашля пострадавший перед кашлевым толчком должен глубоко вдохнуть. В этом случае выдох начинается (независимо от человека) при закрытой голосовой щели. Давление в голосовых путях резко повышается, затем голосовая щель открывается и струя воздуха, идущая из легких, выталкивает инородное тело. Если инородное тело расположено в области голосовой щели, глубокий вдох перед кашлем невозможен. При этом кашлевые толчки нужно производить за счет воздуха, всегда остающегося в легких после обычного вдоха. При этом нельзя разговаривать, пытаться сделать глубокий вдох.  Если описанные способы не помогли, необходимо поступить следующим образом.  Обеими руками отрывистыми толчками надавить на эпигастральную область или резко наклониться вперед, упираясь животом в спинку стула и перевешиваясь через нее. Повышенное давление, созданное в брюшной полости при выполнении этих приемов, передается через диафрагму на грудную полость, что способствует выталкиванию инородного тела из дыхательных путей.  Всё ли Вам понятно по обучению? Есть ли у Вас вопросы? Отвечаю на вопросы.  **Обучение пациента самоконтролю АД, пульса и ЧДД, температуры тела**  **Обучение пациента самоконтролю АД**  1. Оповестить пациента, что вы обучите его измерять АД.  2. Определить мотивацию и способность пациента к обучению.  3. Уточнить у пациента, согласен ли он обучаться измерению АД.  4. Ознакомить пациента с устройством тонометра и фонендоскопа.  5. Предупредить его, что измерять АД можно не ранее чем через 15 мин после физической нагрузки.  6. Демонстрация техники наложения манжеты. Наложить манжету на свое левое обнажённое плечо (надеть её, как рукав) на 1-2 см выше локтевого сгиба, предварительно свернув трубочкой по диаметру руки. Одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты; между манжетой и плечом должен проходить один палец.  7. Продемонстрировать технику соединения манжеты и манометра, проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы.  8. Продемонстрировать технику пальпации пульса плечевой артерии в области локтевого сгиба.  9. Вставить фонендоскоп в уши, поставить мембрану фонендоскопа на место обнаружения пульса так, чтобы его головка оказалась под манжетой.  10. Продемонстрировать технику пользования грушей:  • взять в руку, на которой наложена манжета, манометр, в другую - «грушу» так, чтобы I и II пальцами можно было открывать и закрывать вентиль;  • закрыть вентиль на «груше», повернув его вправо, нагнетать воздух в манжету после исчезновения тонов ещё на 30 мм рт.ст.  • медленно открыть вентиль, повернув его влево, выпустить воздух со скоростью 2-3 мм рт.ст. в 1 с. Одновременно с помощью фонендоскопа выслушивать тоны Короткова на плечевой артерии и следить за показателями по шкале манометра. Акцентировать внимание пациента на том, что появление первых звуков соответствует величине систолического давления, а переход громких звуков в глухие или их полное исчезновение соответствует величине диастолического давления.  11. Записать результат в виде дроби.  12. Убедиться в том, что пациент обучился технике измерения АД, попросив продемонстрировать процедуру. При необходимости дать письменную инструкцию.  13. Обучить ведению дневника наблюдения.  14. Предупредить пациента, что он должен измерить АД 2-3 раза с интервалом 2-3 мин.  15. После обучения протереть мембрану и ушные концы фонендоскопа шариком со спиртом.  16. Вымыть руки.  **Обучение пациента самоконтролю пульса.**  1. Оповестить пациента о том, что вы обучите его подсчитывать пульс.  2. Определить мотивацию и способность пациента к обучению.  3. Получить согласие.  4. Пульс подсчитывается, когда вы находитесь в покое (т.е. если вы были в движении, вам нужно присесть и отдохнуть).  5. Затем 2, 3, 4 – м пальцами одной руки, прижимаем лучевую артерию на другой руке. Большой палец должен находиться на тыльной стороне руки.  6. Определить ритм пульса в течение 30 сек.  7. Взять часы или секундомер и подсчитывать пульс в течении 1 минуты.  8. Записать результат в дневник.  **Обучение пациента самоконтролю температуры тела.**  1. Сказать пациенту о том, что вы обучите его измерению температуры.  2. Определить мотивацию и способность пациента к обучению.  3. Получить согласие.  4. Температуру тела измеряют два раза в день (6-8 часов утра и 17-19 часов вечера). При необходимости измерение температуры проводят каждые 2 или 4 часа.  5. При измерении температуры тела в подмышечной впадине или в паховой складке кожу следует осмотреть на наличие воспаления и протереть досуха. Продолжительность измерения температуры 10 мин.  6. Для измерения температуры в полости рта термометр помещают под язык справа или слева от уздечки и держат рот закрытым. Длительность измерения 5 мин. Этот способ не используется у детей в возрасте до 4 лет и у возбудимых детей.  7. Записать результат в дневник.  **Обучение пациента самоконтролю пульса.**  1. Сказать пациенту о том, что вы обучите его подсчитывать пульс.  2. Определить мотивацию и способность пациента к обучению.  3. Получить согласие.  4. Пульс подсчитывается, когда вы находитесь в покое (т.е. если вы были в движении, вам нужно присесть и отдохнуть).  5. Затем 2, 3, 4 – м пальцами одной руки, прижимаем лучевую артерию на другой руке. Большой палец должен находиться на тыльной стороне руки.  6. Определить ритм пульса в течение 30 сек.  7. Взять часы или секундомер и подсчитывать пульс в течении 1 минуты.  8. Записать результат в свой дневник.  Обучение пациента самоконтролю температуры тела.  1. Сказать пациенту, что вы обучите его измерению температуры.  2. Определить мотивацию и способность пациента к обучению.  3. Получить согласие.  4. Температуру тела измеряют два раза в день (6-8 часов утра и 17-19 часов вечера). При необходимости измерение температуры проводят каждые 2 или 4 часа.  5. При измерении температуры тела в подмышечной впадине или в паховой складке кожу следует осмотреть на наличие воспаления и протереть досуха. Продолжительность измерения температуры 10 мин.  6. Для измерения температуры в полости рта термометр помещают под язык справа или слева от уздечки и держат рот закрытым. Длительность измерения 5 мин. Этот способ не используется у детей в возрасте до 4 лет и у возбудимых детей.  7. Записать результат в дневник.  **Обучение пациента самостоятельной постановки банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов**  **Обучение пациента самостоятельной постановки горчичников.**  1. Поприветствовать обучаемого, при необходимости представиться: Здравствуйте, меня зовут Аяна Шавар-ооловна, я Ваша медицинская сестра  2. Сообщить цель и ход обучения, получить согласие.  3. Провести обучение по алгоритму.  -Осмотреть кожные покровы пациента на месте постановки горчичников.  - Проверить качество горчичников.  - Измерить температуру воды для смачивания горчичников (40-45 °С).  - Смочить горчичники в воде в течение 5 сек каждый.  - Стряхнуть и приложить горчичник на нужный участок кожи горчицей вниз, сверху положить полотенце.  - Укрыть пациента одеялом.  - Держать горчичники 10-15 минут.  - Снять горчичники, сбросить их в лоток для отработанного материала.  - Протереть кожу пациента влажной теплой марлевой салфеткой, вытереть насухо.  - Помочь надеть белье, уложить в удобное положение.  - Укрыть пациента, рекомендовать постельный режим 30 -60 минут.  4. Задать вопросы обучаемому с целью контроля качества обучения.  Примечание:  Горчичники ставятся только на здоровую кожу, температура воды для смачивания горчичников не должна превышать 40° - 45°, так как эфирные масла при более высокой температуре разлагаются и действие горчичников резко снижается.  Детям раннего возраста, а также детям с чувствительной кожей горчичники нужно ставить обратной стороной либо через пеленку или марлю, сложенную в несколько слоев. Чтобы смягчить действие горчичников можно смочить ткань теплым растительным маслом и отжать.  **Обучение пациента самостоятельной постановки грелки.**  1.Поприветствовать обучаемого, при необходимости представиться:  2.Сообщить цель и ход обучения, получить согласие. Здравствуйте, меня зовут Аяна Шавар-ооловна, я Ваша медицинская сестра.  3.Провести обучение по алгоритму.  • Налить горячую воду (предварительно измерив ее температуру) в грелку 2\3-1\2 объёма.  • Выпустить воздух. Завинтить плотно пробкой.  • Перевернуть грелку пробкой вниз, чтобы убедиться, что пробка завинчена плотно, затем вернуть в исходное положение и обернуть пеленкой.  • Если больной без сознания или лишен чувствительности, то необходимо проверить температуру грелки на себе.  • Положить грелку на нужную область тела. Узнать у больного через 5 минут об ощущениях.  • Убрать грелку по истечении времени (20 минут).  • Осмотреть кожу пациента.  • Накрыть пациента одеялом. Рекомендовать постельный режим 30-60 минут.  4. Ответить на вопросы обучающегося.  5.Задать вопросы обучаемому с целью контроля качества обучения.  6.Поблагодарить за внимание, попрощаться.  **Обучение пациента самостоятельной постановке банок.**  1.Поприветствовать обучаемого, при необходимости представиться: Здравствуйте, меня зовут Аяна Шавар-ооловна, я Ваша медицинская сестра.  2.Сообщить цель и ход обучения, получить согласие.  3.Провести обучение по алгоритму.  • Моем руки и надеваем перчатки.  • Проверяем целостность банок.  • Приготавливаем всё самое необходимое возле постели.  • Просим больного лечь на живот, освободить от одежды верхнюю часть туловища.  • Осматриваем кожные покровы.  • Наносим на необходимый участок тела вазелин с помощью салфетки тонким слоем.  • Смачиваем фитиль спиртом, излишки спирта отжимаем о край флакона, а затем стряхиваем в сторону во избежание образования капель.  • Закрываем флакон со спиртом и отставляем его.  • Поджигаем фитиль.  • Берем банку в руку, противоположную той, в которой держим фитиль.  • Вносим горящий фитиль в середину банки, не касаясь ее краев, на 1-2 секунды.  • Извлекаем фитиль из банки и быстрым движением плотно прикладываем ее к коже больного.  • Аналогично ставим необходимое количество банок на расстоянии 1-2 см одна от другой.  • Проверяем, насколько плотно прикрепились банки, проведя по ним рукой.  • Накрываем больного полотенцем, затем одеялом.  • Через 15 минут снимаем банки по одной. Придерживая кожу пальцем у края банки, наклоняем ее в противоположную сторону.  • Вытираем кожу о в местах постановки банок салфеткой.  • Укрываем больного и оставляем в постели на 1-2 часа.  4. Ответить на вопросы обучающегося.  5.Задать вопросы обучаемому с целью контроля качества обучения.  6.Поблагодарить за внимание, попрощаться.  **Обучение пациента самостоятельной постановке пузыря со льдом.**  1.Поприветствовать обучаемого, при необходимости представиться: Здравствуйте, меня зовут Аяна Шавар-ооловна, я Ваша медицинская сестра.  2.Сообщить цель и ход обучения, получить согласие.  3.Провести обучение по алгоритму.  • Вымыть руки.  • Приготовьте кусочки льда.  • Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Заполнить пузырь кусочками льда на 1/2 объема и налить один стакан холодной воды 14 – 16 C°.  • Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Завинтить крышку пузыря со льдом.  • Обернуть пузырь со льдом полотенцем в четыре слоя (толщина прокладки не менее 2 см).  • Положите пузырь со льдом на нужный участок тела.  • Оставьте пузырь со льдом на 20–30 минут. Периодически узнавать у больного о самочувствии.  • Убрать пузырь со льдом.  4. Ответить на вопросы обучающегося.  5.Задать вопросы обучаемому с целью контроля качества обучения.  6.Поблагодарить за внимание, попрощаться.  ПРИМЕЧАНИЕ: По мере таяния льда в пузыре воду сливают, а кусочки льда добавляют. Замораживать пузырь, заполненный водой в морозильной камере нельзя, т.к. это может привести к обморожению.  **Дуоденальное** **зондирование**  Мероприятия  1.Объяснить пациенту цель и ход исследования, уточнить аллергоанамнез. Получить согласие на проведение процедуры.  2.Промаркировать пробирки и направление для идентификации.  3.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, перчатки. 4.Подготовить оснащение: из упаковки пинцетом достать дуоденальный зонд и положить в стерильный лоток.  5.Измерить длину зонда (от мочки уха до резцов, от резцов до пупка и сделать метку №1, прибавить ширину ладони пациента (10-15 см), сделать метку №2).  6.Предложить пациенту сесть, широко открыть рот. В руки пациенту дать полотенце.  7.Смочить зонд стерильной водой и ввести за корень языка, затем постепенно с помощью глотательных движений до метки №1 (зонд в желудке). С помощью шприца с воздухом проверить местонахождение зонда. На свободный конец наложить зажим.  8.Уложить пациента на кушетку (без подушки) на правый бок, под таз подложить валик, под правое подреберье - грелку.  9.Снять зажим, свободный конец зонда опустить в пробирку на штативе на низкой скамейке рядом с кушеткой; выделяется мутное, светлое содержимое желудка.  10.Предложить пациенту медленно заглатывать зонд до метки №2. Продолжительность заглатывания 40-60 мин. Зонд попадает в 12-перстную кишку и начинает выделяться золотисто-желтая жидкость. Это порция «А», дуоденальная желчь - (содержимое из 12-перстной кишки) - 15-40 мл за 20-30 минут.  11. После первой порции ввести раздражитель с помощью шприца через зонд в теплом виде (для лучшего отхождения порции «В») - 30-50 мл 33% раствора сульфата магния или 40% раствора глюкозы.  12.Уложить пациента на спину, наложить зажим на свободный конец зонда на 10 минут.  13.Уложить пациента на правый бок, снять зажим, опустить зонд в пробирки поочередно выделяется темнооливковая желчь. Это порция «В», пузырная желчь - (из желчного пузыря) - 30-60 мл за 20-30 минут.  14.Переложить зонд в следующие пробирки, когда начнет выделяться прозрачная, светло-желтая желчь. Это порция «С», печеночная желчь (из желчных протоков) - 15-20 мл за 20-30 мин.  15.Извлечь зонд при помощи салфетки, дать пациенту прополоскать рот.  16.Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  17.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  18.Отправить все пробирки в лабораторию с направлением (для выявления форменных элементов, простейших и т.д.).  19. Полученные результаты подклеить в историю болезни.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Обучение пациента подготовке к рентгенологическим методам исследования | 1 | |  | 2. Обучение пациента подготовке к эндоскопическим методам исследования | 5 | |  | 3. Обучение окружающих приемам самопомощи при обструкции дыхательных путей | 1 | |  | 4. Обучение пациента самоконтролю АД, пульса и ЧДД, температуры тела | 1 | |  | 5. Обучение пациента самостоятельной постановки банок, горчичников, грелки, пузыря со льдом и различных видов компрессов | 1 | |  | 6. Дуоденальное зондирование | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | *Содержание и объем проведенной работы* | Оценка | Подпись |
| 22. 06. 2020 | **План 3 рабочего дня**  1. Подача увлажненного кислорода  2. Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии  3.Заполнение документации при приеме пациента  4.Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза  5.Полная санитарная обработка пациента  6.Частичная санитарная обработка пациента  **Подача кислорода через носовой катетер, канюлю**  Подготовка к процедуре:  1.Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход манипуляции. Получить согласие на проведение процедуры.  2.Выявить у пациента признаки и симптомы, связанные с гипоксией и наличием мокроты в дыхательных путях.  3.Вымыть и осушить руки, надеть стерильные перчатки.  4.Подготовить к работе аппарат Боброва: а) налить в чистую стеклянную емкость дистиллированную воду, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната (при ацидозе), или спирт 95%-ный (2/3 объема при сердечной астме), температура 30—40°С (спирт 20%-ный и антифомсилан служат пеногасителями и используются при наличии у пациента отека легких). б) обеспечить герметичность соединений при помощи винта на пробке. Выполнение процедуры: -5.Определить длину вводимой части катетера (расстояние от козелка ушной раковины до входа в нос - приблизительно 15 см), поставить метку.  6. Облить стерильным глицерином вводимую часть катетера в целях предупреждения травмы слизистой носа (можно подсоединить носовые канюли).  7. Ввести катетер в нижний носовой ход до метки (катетера виден при осмотре зева шпателем).  8. Осмотреть зев, придавив шпателем корень языка. Убедиться, что кончик катетера виден при осмотре зева.  9. Сбросить шпатель в дезинфицирующий раствор.  10.Зафиксировать наружную часть катетера тесемками бинта и лейкопластырем для обеспечения постоянного положения катетера для удобства пациента, профилактики мацерации кожи лица. 11.Соединить с аппаратом Боброва, заполненным дистиллированной водой или 96% ным спиртом, или другим пеногасителем.  12.Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи кислорода по назначению врача.  13. Осмотреть слизистую носа пациента.  Завершение процедуры:  14.Провести итоговую оценку состояния пациента  15.Удалить катетер (или снять носовую канюлю). Сбросить в емкость для сбора отходов класса Б.  16.Шпатель, лоток, погрузить в соответствующие емкости для дезинфекции, продезинфицировать аппарат Боброва.  17.Снять перчатки, Сбросить в емкость для сбора отходов класса Б. провести гигиеническую обработку рук.  18.Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации. Примечание: продолжительность ингаляции 40-60 минут по графику, назначенному врачом. Катетер может оставаться в полости носа не более 12 часов. Кислород можно подавать через кислородный аппарат ОXY-6000, кислородной подушки, централизованно через носовые канюли, лицевую маску, маску Вентуры (частично возвратная и невозвратная), лицевую ширму.  **Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером**  Подготовка к процедуре:  1.Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений. Получить согласие на проведение манипуляции.  2.Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки.  Выполнение процедуры:  3.Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления.  4.Попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке. 5.Подсоединить шприц с 10-20 куб. см (10 куб. см для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в области эпигастрия при помощи стетоскопа (булькающие звуки).  6.Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение – манипуляции, связанные с оксигенотерапией.  7.Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы.  8.Каждые 3 ч (по назначению врача) промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в отдельную емкость.  Завершение процедуры:  9.Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен.  10.Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком.  11.Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции. 12.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  13.Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании). 14.Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации  Примечание: промывание зонда нужно проводить с приподнятым головным концом.  **Алгоритм частичной санитарной обработки пациента, обтирание пациента**  Подготовка к процедуре:  1.Информировать пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Получить согласие.  2.Отгородить пациента ширмой.  3.Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, фартук, перчатки.  Выполнение процедуры:  4.Используя правила перемещения пациента в постели подложить одноразовые адсорбирующие подкладные пеленки под верхнюю часть туловища пациента.  5.Одноразовой рукавицей смоченной в воде, обтереть пациенту шею, грудь, руки (живот и ноги прикрыты одеялом). (Нанести средство для сухой обработки на тело и обтереть пациенту шею, грудь, руки).  6.Вытереть пациенту шею, грудь, руки полотенцем насухо и прикрыть одеялом.  7.Используя правила перемещения пациента в постели подложить одноразовые адсорбирующие подкладные пеленки под нижнюю часть туловища пациента.  8.Обтереть живот, спину, нижние конечности, осушить и закрыть одеялом.  Окончание процедуры:  9.Убрать ширму. Одноразовые рукавицы для мытья, одноразовые подкладные пеленки погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б». Использованное полотенце и грязную одежду пациента убрать в клеенчатый мешок.  10.Слить воду в канализацию, емкость продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата, помыть чистящим средством, прополоскать проточной водой, поставить на сушку.  11.Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».).  12.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  13.Провести гигиеническую обработку рук.  14.Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.  **Алгоритм полной санитарной обработки пациента, принятие ванны**  Подготовка к процедуре:  1.Информировать пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Получить согласие.  2.Определить температуру воздуха в ванной комнате (не менее 25° С).  3.Обработать руки. Надеть маску, фартук, перчатки.  4.Подготовить ванну: продезинфицировать (по инструкции препарата), почистить чистящим средством, промыть проточной водой.  5.Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б». 6.Наполнить ванну водой до 1/2 объема. Температура воды должна быть не ниже 36- 37 ° С (использовать для измерения водный термометр).  7.Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки. Выполнение процедуры:  8.Помочь пациенту удобно расположиться в ванне, чтобы пациент не соскользнул, поставить подставку для упора ног.  9.Вымыть пациента: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность, ополоснуть из душа (в процессе мытья контролировать температуру воды рукой).  10.Помочь пациенту выйти из ванны.  11.Вытереть пациента и одеть при необходимости проводите пациента в палату.  Окончание процедуры  12.Одноразовые рукавицы для мытья погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б».  13.Использованное полотенце и грязную одежду пациента убрать в клеенчатый мешок.  14.Обработать ванну: продезинфицировать (по инструкции препарата), почистить чистящим средством, промыть проточной водой.  15.Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».)  16.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  17.Провести гигиеническую обработку рук.  18.Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.  **Алгоритм полной санитарной обработки пациента, принятие гигиенического душа**  Подготовка к процедуре:  1.Информировать пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения. Получить согласие.  2.Определить температуру воздуха в ванной комнате (не менее 25° С).  3.Обработать руки. Надеть маску, фартук , перчатки.  4.Подготовить ванну: продезинфицировать (по инструкции препарата), почистить чистящим средством, промыть проточной водой.  5.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Выполнение процедуры:  6.Провести гигиеническую обработку рук, надеть другие перчатки.  7.Поставить в ванну скамейку и усадить на нее пациента.  8.Настроить воду (не ниже 36- 37 ° С).  9.Вымыть (помочь) пациента: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность (в процессе мытья контролировать температуру воды рукой).  9.Помочь пациенту выйти из ванны. -Вытереть пациента и одеть при необходимости проводите пациента в палату.  Окончание процедуры  10.Одноразовые рукавицы для мытья погрузить в контейнер для дезинфекции и утилизации отходов класса «Б».  11.Использованное полотенце и грязную одежду пациента убрать в клеенчатый мешок.  12.Обработать ванну: продезинфицировать (по инструкции препарата), почистить чистящим средством, промыть проточной водой.  13.Клеенчатый фартук продезинфицировать протиранием двукратно через 15 минут, или по инструкции препарата (одноразовый фартук сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».).  14.Снять перчатки, маску сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  15.Провести гигиеническую обработку рук.  16.Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.  **Алгоритм обработки волосистой части головы при выявлении педикулеза**  Подготовка к процедуре:  1.Сообщить пациенту о наличии педикулеза и получить согласие на обработку.  2.Провести гигиеническую обработку рук.  3.Надеть маску, дополнительный халат, фартук косынку, тапочки, перчатки.  4.Усадить пациента на кушетку, покрытую одноразовой пеленкой.  5.Укрыть плечи пациента клеенчатой пелериной.  Выполнение процедуры  6.Обработать волосы одним из дезинсектицидных растворов согласно инструкции к дезинсектицидному средству, следить, чтобы средство не попало в глаза пациента, для этого можно дать пациенту полотенце скрученное валиком, а волосы были равномерно обработаны средством.  7.Выдержать экспозицию по инструкции препарата  8.Промыть волосы теплой водой, затем с моющим средством (обработать кондиционером для облегчения расчесывания), осушить полотенцем.  9.Перед пациентом на полу разложить листы бумаги (белой). 10.Вычесать волосы частым гребнем, наклонив голову над белой бумагой, последовательно разделяя волосы на пряди и вычесывая каждую прядь (короткие волосы расчесывать от корней к кончикам, длинные от кончиков к корням).  11.Осмотреть волосы пациента повторно. Убедиться, что вшей нет. Окончание процедуры  12.Бумагу с пола аккуратно собрать в металлическую емкость и сжечь в вытяжном шкафу.  13.Белье и одежду пациента, спецодежду медсестры убрать в клеенчатый мешок и отправить в дезинфекционную камеру.  14.Гребень, клеенчатую пелерину обработать инсектицидным средством, промыть проточной водой, просушить.  15.Обработать помещение.  16.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». -Провести гигиеническую обработку рук.  17.Сделать отметку на титульном листе медицинской карты стационарного больного о выявленном педикулезе («Р») или в амбулаторной карте и в журнале осмотра на педикулез.  18.Отправить экстренное извещение об инфекционном заболевании в ЦГСЭН(ф. № 058/у), зарегистрировать факт выявления педикулеза по месту жительства пациента.  19.Повторить осмотр волосистой части головы пациента через семь дней. При необходимости — провести санитарную обработку.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Подача увлажненного кислорода | 1 | |  | 2. Уход за носовой канюлей при оксигенотерапии | 1 | |  | 3. Заполнение документации при приеме пациента | 4 | |  | 4. Проведение осмотра и осуществление мероприятий при выявлении педикулеза | 1 | |  | 5. Полная санитарная обработка пациента | 2 | |  | 6. Частичная санитарная обработка пациента | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | | *Содержание и объем проведенной работы* | | Оценка | | Подпись | |
| 23. 06. 2020 | | **План на 4 рабочий день**  1.Смена нательного и постельного белья  2.Утренний туалет больного (туалет полости рта, удаление корочек из носа, удаление ушной серы, обработка глаз, умывание лица.)  3.Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе  4.Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента  5.Уход за лихорадящим больным  6.Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером  **Алгоритм оказания помощи пациенту в первом периоде лихорадки**   1. Обеспечить постельный режим. 2. Тепло укрыть пациента, к ногам положить грелку. 3. Обеспечить обильное горячее питьё (чай, настой шиповника и др.). 4. Контролировать физиологические отправления. 5. Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.   **Алгоритм оказания помощи пациенту во втором периоде лихорадки**   1. Следить за строгим соблюдением пациентом постельного режима. 2. Обеспечить постоянное наблюдение за лихорадящим пациентом (контроль АД, пульса, температуры тела, за общим состоянием). 3. Заменить теплое одеяло на легкую простыню. 4. Давать пациенту (как можно чаще!) витаминизированное прохладное питье (морс, настой шиповника). 5. На лоб пациента положить пузырь со льдом или холодный компресс, смоченный в растворе уксуса (2 столовых ложки на 0,5 литра воды) - при выраженной головной боли и для предупреждения нарушения сознания. 6. При гиперпиретической лихорадке следует сделать прохладное обтирание, можно использовать примочки (сложенное вчетверо полотенце или холщовую салфетку, смоченные в растворе уксуса пополам с водой и отжатые, нужно прикладывать на 5-10 мин., регулярно их меняя). 7. Периодически протирать слабым раствором соды ротовую полость, a губы смазывать вазелиновым маслом. 8. Питание осуществлять по диете № 13. 9. Следить за физиологическими отправлениями, подкладывать судно, мочеприёмник. 10. Проводить профилактику пролежней**.**   **Алгоритм оказания помощи пациенту в третьем периоде лихорадки при литическом снижении температуры тела**   1. Создать пациенту покой. 2. Контролировать t°, АД, ЧДД, РS. 3. Производить смену нательного и постельного белья. 4. Осуществлять уход за кожей. 5. Перевод на диету № 15, по назначению врача. 6. Постепенно расширять режим двигательной активности.   **Алгоритм оказания помощи пациенту в третьем периоде лихорадки при критическом снижении температуры тела**   1. Вызвать врача 2. Организовать доврачебную помощь: 3. уложить пациента на ровную поверхность, убрать подушку из-под головы, приподнять ножной конец кровати; 4. подать увлажненный кислород; 5. контролировать АД, пульс, температуру; 6. дать крепкий сладкий чай; 7. укрыть пациента одеялами, к рукам и ногам пациента приложить грелки; 8. следить за состоянием кожных покровов; 9. следить за состоянием его нательного и постельного белья (по мере необходимости бельё нужно менять, иногда часто). 10. Приготовить для п/к введения 10% раствор кофеин-бензоат натрия, кордиамин, 0,1% раствор адреналина, 1% раствор мезатона. 11. Выполнить назначение врача.   **Алгоритм Уход за полостью рта**  Подготовка к процедуре:  -По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  -Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  -Приготовить лоток с марлевыми шариками и часть залить антисептическим раствором (салфетки для обработки полости рта в упаковке).  -Помочь пациенту повернуть голову на бок, шею и грудь накрыть клеенкой, под подбородок подставить лоток.  -Попросить пациента сомкнуть зубы (снять зубные протез, если они есть).  Выполнение процедуры:  -Отодвинуть шпателем щёку пациента, и пинцетом с марлевым шариком, смоченным в антисептическом растворе, обработать каждый зуб от десны, начиная от коренных зубов к резцам, с наружной стороны, слева, затем справа, предварительно сменив шарик (салфетку).  -Попросить пациента открыть рот и сменив марлевый шарик, обработать каждый зуб от десны, начиная от коренных к резцам, с внутренней стороны.  -Сменить марлевый шарик, и обработать язык.  -Помочь пациенту прополоскать рот или повести орошение с помощью грушевидного баллончика. Оттянуть шпателем угол рта, поочерёдно промыть левое, затем правое защечное пространство раствором.  -Вытереть кожу вокруг рта сухой салфеткой, смазать губы вазелином, трещины обработать 1% раствором бриллиантового зеленого.  Завершение процедуры:  -Использованные лотки, пинцеты, шпатель, марлевые шарики и салфетки поместить в соответствующие емкости для дезинфекции с последующей обработкой изделий многоразового использования и утилизацией в отходы класса «Б» – одноразового.  -Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм Обработка глаз**  Подготовка к процедуре:  -По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  -Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  -Осмотреть глаза.  -Приготовить лоток с марлевыми шариками и часть залить стерильным вазелиновым маслом, другую часть водным антисептическим раствором или стерильной водой, можно использовать разные мензурки для масла и раствора.  Выполнение процедуры:  -Протереть веки по направлению от наружного угла к внутреннему углу глаза шариком, смоченным в вазелиновом масле (шарики отдельно для каждого глаза).  -Протереть веки сухими шариками в том же направлении (шарики отдельно для каждого глаза).  -Взять шарик, смоченный в антисептическом растворе или стерильной воде и протереть веки по направлению от наружного угла к внутреннему углу глаза (шарики отдельно для каждого глаза).  -Протереть веко сухим шариком в том же направлении.  Завершение процедуры:  -Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Марлевые шарики и салфетки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  -Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм Обработка носовых ходов**  Подготовка к процедуре:  -По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  -Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  -Налить вазелиновое масло в мензурку.  -Приготовить лоток с ватными турундами.  Выполнение процедуры:  -Взять турунду, смочить в вазелиновом масле, Отжать о стенки мензурки.  -Ввести турунду вращательными движениями в носовой ход на 1-3 минуты.  -Извлечь турунду из носового хода вращательными движениями. При необходимости для очищения использовать несколько турунд.  -Обработать другой носовой ход тем же способом.  Завершение процедуры:  -Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Ватные турунды сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  -Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм Обработка наружного слухового прохода**  Подготовка к процедуре:  -По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  -Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  -Налить в мензурку перекись водорода 3%.  -Приготовить лоток с ватными турундами.  Выполнение процедуры:  -Взять турунду, смочить в 3% раствор перекиси водорода, отжать о стенки мензурки.  -Оттянуть, левой рукой ушную раковину так, чтобы выровнять слуховой проход (к верху и кзади).  -Ввести турунду вращательными движениями в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см. на 2-3 минуты.  -Извлечь турунду из слухового прохода вращательными движениями. При необходимости для очищения использовать несколько турунд.  -Обработать другой слуховой проход тем же способом.  Завершение процедуры:  -Использованные лотки, пинцеты поместить в соответствующие емкости для дезинфекции. Ватные турунды сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  -Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм умывания лица пациента**  Подготовка к процедуре:  -Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки.  Приготовить оснащение: Таз с теплой водой, перчатки, клеенка, рукавичка или полотенце  Выполнение процедуры:  -Вымойте руки с мылом высушите, наденьте перчатки  - Смочите в воде конец полотенца или наденьте на руку рукавичку, смочите ее  -Слегка отожмите "лишнюю" воду  -Протрите влажным полотенцем (рукавичкой) лицо в следующей последовательности: веки, лоб, щеки, нос, уши, область вокруг рта, подбородок, а также шею.  -Вытрите лицо пациента насухо другим концом полотенца.   Завершение процедуры:  -Снимите перчатки и поместите их в дезраствор  -Вымойте руки  ПРИМЕЧАНИЕ: при умывании глаз, движения вашей руки должны быть направлены от носа к виску  **Алгоритм Уход за наружными половыми органами и промежностью у женщин, мужчин**  Подготовка к процедуре:  -По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  -Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, фартук, перчатки.  -Подготовить оборудование.  -Отгородить пациента ширмой.  -Придать пациенту удобное положение (Фаулера). Открыть нижнюю часть тела.  -Попросить пациента согнуть ноги, и приподнять таз, или повернуть пациента на бок (помочь пациенту).  -Под таз пациента положить непромокаемую одноразовую пеленку, и поставить судно.  Выполнение процедуры  -Зажать салфетку корнцангом так, чтобы металлические части инструмента не касались кожи пациента.  -Поливайте раствором на половые органы, а салфеткой (зажатой корнцангом) производите движения сверху вниз (от половых органов к заднему проходу), меняя по мере загрязнения салфетки.  -Последовательность выполнения при обработке у женщин:  лобок, большие половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия (салфетки менять по мере загрязнения).  -Последовательность выполнения при обработке у мужчин:  головка полового члена, тело, мошонка, паховые складки, область анального отверстия.  -Осушить область обработки в той же последовательности.  Завершение процедуры  -Убрать судно и непромокаемую пеленку с кровати, придать пациенту удобное положение.  -Убрать ширму.  -Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  -Обработать и снять фартук. Перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  -Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм Смена постельного белья продольным способом**  Подготовка к процедуре:  -По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  -Подготовить комплект чистого белья, чистую простыню свернуть в продольный рулон.  -Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  -Отгородить пациента ширмой.  -Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка) -Приготовить емкость для сбора грязного белья.  Выполнение процедуры  -Снять с одеяла пациента пододеяльник, укрыть пациента пододеяльником на время смены белья. Сложить одеяло и отложить его в «чистую» зону.  -Убрать подушку из-под головы, снять с нее грязную наволочку, поместить в емкость для сбора грязного белья, надеть чистую и положить в чистую зону.  -Повернуть пациента на бок от себя так, чтобы больной оказался спиной к расстиланию простыни, другому специалисту контролировать положение пациента на кровати с целью профилактики падения, либо поднять поручень кровати.  -Края грязной простыни высвободить из-под матраца, и скрутить валиком продольно в направлении спины пациента. Докрутив до тела лежащего, оставить грязную простыню, подоткнув ее под тело пациента.  -Чистую простыню разложить на кровати и раскручивать в направлении спины пациента, избегая прямого контакта грязного и чистого постельного белья.  -Повернуть пациента сначала на спину, а затем на другой бок, другому специалисту контролировать положение пациента на кровати с целью профилактики падения, либо поднять поручень кровати.  -Скрутить грязную простыню и сбросить ее в емкость для сбора грязного белья  -Раскрутить чистую простыню, тщательно разгладить, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелить подкладную пелёнку.  -Заправить края чистой простыни под матрац.  -Под голову положить подушку.  -Надеть чистый пододеяльник на одеяло, убрать грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья.  -Накрыть пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедиться, что больному комфортно. Поднять поручни кровати, при их наличии.  Завершение процедуры  -Убрать ширму.  -Емкость для сбора грязного белья увезти в санитарную комнату.  -Обработать поверхности в палате дезинфицирующим раствором.  -Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  -Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм Смена постельного белья поперечным способом, выполняют два человека**  Подготовка к процедуре:  -По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  -Подготовить комплект чистого белья, чистую простыню свернуть в поперечный рулон.  -Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  -Отгородить пациента ширмой.  -Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка) Приготовьте емкость для сбора грязного белья.  Выполнение процедуры  -Снять с одеяла пациента пододеяльник, укрыть пациента пододеяльником на время смены белья. Сложить одеяло и отложить его в «чистую» зону.  -Приподнять голову пациента, убрать подушку из-под головы, голову опустить, снять с подушки грязную наволочку, поместить в емкость для сбора грязного белья, надеть чистую наволочку и положить в чистую зону.  -Освободить края простыни из-под матраца  -Одной медицинской сестре \ брату приподнять пациента за голову и плечи, удерживая его, другому медработнику одной рукой скатать грязную простынь до середины кровати другой расстелить чистую.  -На чистую простыню положить подушку и опустить на нее голову пациента.  -Согнуть пациенту ноги, попросить его приподнять таз (одна медицинская сестра приподнимет таз), другая медицинская сестра сдвигает грязную простыню к ногам пациента и расправляет чистую.  -Грязную простыню поместить в емкость для сбора грязного белья  -Раскрутить чистую простыню, тщательно разгладить, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелить подкладную пелёнку.  -Заправить края чистой простыни под матрац.  -Надеть чистый пододеяльник на одеяло, убрать грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья.  -Накрыть пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедиться, что пациенту комфортно. Поднять поручни кровати, при их наличии.  Завершение процедуры  -Убрать ширму.  -Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  -Обработать поверхности в палате дезинфицирующим раствором.  -Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  -Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм Смена нательного белья**  Подготовка к процедуре:  -По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  -Подготовить комплект чистого белья.  -Провести гигиеническую обработку рук, маску, перчатки.  -Отгородить пациента ширмой.  -Определить в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка). Приготовить емкость для сбора грязного белья.  Выполнение процедуры  -Помочь пациенту сесть на край кровати, (по возможности), либо придать пациенту положение Фаулера.  -При повреждении конечности рубашку сначала снять со здоровой руки, затем с головы и в последнюю очередь с поврежденной руки, грязную рубашку поместить в емкость для сбора грязного белья.  -Укрыть пациента простыней.  -Помочь пациенту надеть чистую рубашку: сначала на поврежденную руку.  -Помочь пациенту снять оставшееся белье: носки (в положении сидя), брюки, нижнее белье (в положении лежа), грязное белье поместить в емкость для сбора грязного белья.  -Помочь пациенту надеть чистое белье: нижнее белье и брюки начинают надевать сначала на поврежденную конечность.  -Придать пациенту удобное положение в кровати.  Завершение процедуры  -Убрать ширму.  -Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  -Обработать использованные поверхности в палате дезинфицирующим раствором.  -Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  -Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  Шкала оценки риска развития пролежней (Ватерлоу).  Способы определения рисков развития пролежней:   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Телосложение: масса тела относительно роста | балл | Тип кожи | балл | Пол  Возраст,  лет | балл | Особые факторы риска | балл | | Среднее  Выше среднего  Ожирение  Ниже среднего | 0  1  2  3 | Здоровая  Папиросная бумага  Сухая  Отечная  Липкая (повышенная температура)  Изменение цвета  Трещины, пятна | 0  1  1  1  1  2  3 | Мужской  Женский  14-49  50-64  65-74  75-81  более 81 | 1  2  1  2  3  4  5 | Нарушение питания кожи, например,  терминальная кахексия  Сердечная недостаточность  Болезни периферических сосудов  Анемия  Курение | 8  5  5  2  1 | | Недержание | балл | Подвижность | балл | Аппетит | балл | Неврологические расстройства | балл | | Полный контроль/ через катетер  Периодическое  через катетер Недержание кала  Кала и мочи | 0  1  2  3 | Полная  Беспокойный, суетливый  Апатичный  Ограниченная подвижность  Инертный  Прикованный к креслу | 0  1  2  3  4  5 | Средний  Плохой  Питательный зонд/ только жидкости  Не через рот / анорексия | 0  1  2  3 | например, диабет, множественный склероз, инсульт, моторные/ сенсорные, параплегия | 4-6 | |  | | | |  | | | | |  | | | | Обширное оперативное вмешательство / травма | | | Балл | |  | | | | Ортопедическое – ниже пояса, позвоночник;  Более 2 ч на столе | | | 5  5 | |  | | | |  | | | | |  | | | | Лекарственная терапия | | | балл | |  | | | | Цитостатические препараты | | | 4 | |  | | | | Высокие дозы стероидов | | | 4 | |  | | | | Противовоспалительные | | | 4 |   Баллы по шкале Ватерлоу суммируются, и степень риска определяется по следующим итоговым значениям:  - нет риска - 1-9 баллов,  - есть риск - 10 баллов,  - высокая степень риска - 15 баллов,  - очень высокая степень риска - 20 баллов.  У неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить ежедневно, даже в случае, если при первичном осмотре степень риска оценивалась в 1-9 баллов  Задача:  Определите степень риска образования пролежней с помощью шкалы Ватерлоу по условию задачи. В нейрохирургическом отделении находится пациентка И. 23 лет. Рост пациентки 163 см, масса тела 49 кг. Диагноз при поступлении: компрессионный перелом позвоночника с нарушением функции тазовых органов. Состояние пациентки средней тяжести. Сознание сохранено. Аппетит плохой. Двигательная активность и чувствительность в нижних конечностях отсутствует. Кожа бледная. Отмечается недержание мочи. Для отхождения мочи введен постоянный уретральный катетер. У постели пациентки постоянно находится кто-то из родственников. На третий день после травмы мать пациентки обратила внимание на постоянно промокающую мочой подкладную пеленку. При осмотре пациентки в области промежности и вокруг катетера обнаружены признаки мацерации, багровое пятно на крестце, моча выделяется по катетеру и мимо, раздражая при этом окружающие ткани.  Ответ: 16-очень высокая степень риска  **Положение Фаулера**  1. Поднять изголовье постели под углом 45-60 градусов. Возвышенное положение улучшает вентиляцию легких, кроме того создаются условия комфорта для общения с пациентом.  2. Положить голову пациента на матрац или низкую подушку, что уменьшит сгибательную контрактуру шейных мышц.  3. Если пациент не может самостоятельно двигать руками и кистями, подложить под них подушки. Наличие опоры для рук уменьшает венозный застой и предупреждает сгибательную контрактуру мышц руки и кисти. Кроме того, наличие опоры предупреждает травму плеча под воздействием тяжести руки, направленной вниз.  4. Для уменьшения изгиба позвоночника и поддержки поясничных позвонков подложить пациенту под поясницу подушку.    5. Положить небольшую подушку или валик под бедра пациента для предупреждения сдавливания подколенной артерии под действием тяжести тела и переразгибания колена.  6. Положить небольшую подушку или валик под лодыжки, чтобы предупредить продолжительное давление матраца на пятки.  7. Подставить упор для стоп для предупреждения их отвислости. Если у пациента имеется гемиплегия, стопы подпереть мягкой подушкой. Твердая опора у таких пациентов увеличивает мышечный тонус.  8. На надкроватном столике дляпарализованной руки обеспечить опору, отодвинув руку пациента от туловища и подложив под локоть подушку.  **Положение Симса**  Последовательность действий с обеспечением безопасности окружающей среды:  1. информировать пациента о предстоящей манипуляции, ходе ее  выполнения;  2.вымыть руки, надеть перчатки;  3. привести кровать пациента в горизонтальное положение;  4. перевести пациента в положение лежа на боку и частично лежа на животе  (на постели должна находиться лишь часть живота пациента);  5. подложить небольшую подушку под голову пациента, повернуть ее на  бок  6. подложить подушку под «верхнюю», согнутую в локтевом и плечевом  суставе руку под углом 90, «нижнюю» руку положить на постель ладонью  вверх (таким образом сохраняется правильная биомеханика тела);  7. подложить подушку под согнутую «верхнюю» ногу так, чтобы голень  оказалась на уровне нижней трети бедра (для предупреждения разгибания  конечности и профилактики пролежней в области коленных суставов и  лодыжек);  8. для упора стоп под углом 90 подставить скамеечку (так обеспечивается  правильное тыльное сгибание стоп и предотвращение их «провисания»);  9. уложить пациента, убедиться, что он чувствует себя комфортно.  **Положение «на спине»**  . Подготовка к процедуре:  1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, убедиться, что он понимает, и получить его согласие на размещение.  2. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.  3. Подготовить подушки, валики из одеял, упор для ног.  II. Выполнение процедуры  4. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медсестра.  5. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придав постели го-  ризонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.  6. Придать пациенту правильное положение:     * положить подушку под голову (или поправить оставшуюся); * расположить руки вдоль туловища ладонями вниз; * расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами.     7. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею.  8. Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком,  полотенце.  9. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль бедер, с наружной  стороны, от области большого вертела бедренной кости.  10. Подложить небольшую подушку или валик под голень в нижней части.  11. Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90 °.  12. Подложить под предплечья небольшие подушки.  III. Завершение процедуры  13. Убедиться, что пациент лежит удобно.  Поднять боковые поручни.  14. Вымыть руки.  **Положение «на боку»**  1. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.  2.Передвинуть пациента ближе к одному краю, противоположному стороне поворота.  3.Сказать пациенту, что он может помочь, если скрестит руки на груди. Если пациента переворачивают на правый бок: он должен положить левую ногу на правую. Или согнуть левую ногу пациента: одна рука охватывает нижнюю треть голени, другая - в подколенной впадине; левая стопа при этом должна оказаться в подколенной ямке.  4. Встать с той стороны кровати, куда будут поворачивать пациента. Положить протектор на кровать рядом с ним. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить ее на протектор. Вторая нога является опорой.  5.Положить одну руку на плечо, которое находится дальше от медицинской сестры, вторую руку - на дальнее бедро, т.е. если пациент будет поворачиваться на правый бок по направлению к медицинской сестре, положить левую руку на его левое плечо, а правую - на его левое бедро.  6. Повернуть пациента на бок, перенеся свой вес на ногу, стоящую на полу.  7. Подложить подушку под голову и шею пациента.  8. Выдвинуть вперед «нижнее» плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке.  9. Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение. Рука, находящаяся сверху, лежит на подушке на уровне плеча.  10. Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента).  11.Под согнутую «верхнюю» ногу пациента, лежащую немного впереди нижней, поместить подушку (от паховой области до стопы).  12.Поместить мешок с песком у подошвы «нижней» ноги. Расправить подкладную пеленку.  **Положение «на животе»**  1. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.  2. Аккуратно приподнять голову пациента, убрать обычную и положить маленькую подушку.  3. Переместить пациента к краю кровати.  4. Разогнуть руку пациента в локтевом суставе, прижать ее к туловищу по всей длине, подложив кисть под бедро, или поднять ее вверх и вытянуть ее вдоль головы.  5. Перейти на другую сторону кровати.  6. Встать коленом на кровать. Подложить свернутое одеяло или небольшую подушку под верхнюю часть живота пациента. Положить руку на дальнее от ме­дицинской сестры плечо пациента, а другую руку - на дальнее бедро.  7. Перевернуть пациента на живот, в сторону медицинской сестры. Голова пациента должна быть повернута набок.  8. Подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались постели.  9. Согнуть руку, к которой обращена голова пациента, в локтевом суставе под углом 90°, другую руку вытянуть вдоль туловища.  10. Подложить подушки под локти, предплечья и кисти.  11. Положить небольшие валики рядом со стопами (с наружной стороны).  12. Расправить простыню и подкладную пеленку.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Смена нательного и постельного белья | 3 | |  | 2. Утренний туалет больного | 5 | |  | 3. Размещение пациента в постели в положениях Фаулера, Симса, на спине, на боку, на животе | 5 | |  | 4. Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента | 1 | |  | 5. Уход за лихорадящим больным | 4 | |  | 6. Уход за промежностью пациента с постоянным мочевым катетером | 1 | | |  | |  | |
| Дата | | *Содержание и объем проведенной работы* | | Оценка | | Подпись | |
| 24. 06. 2020 | | **План 5 рабочего дня**  1.Опорожнение мочевого дренажного мешка  2.Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника  3.Уход за лихорадящим больным  4.Работа со стерильным биксом, стерильным материалом  5.Транспортировка и перекладывание больного  6.Катетеризация мочевого пузыря  **Опорожнение мочевого дренажного мешка**  Подготовка к процедуре:  1) Ознакомиться с инструкцией по применению дренажного мешка для сбора мочи с целью получения полной информации относительно рекомендуемого времени использования \*  2) Подготовить необходимое оснащение  3) Информировать пациента о цели и ходе предстоящей процедуры, получить его согласие  4) Уточнить у пациента, в какое время ему удобнее опорожнить дренажный мешок (при наполнении на 1/2 объема осуществить опорожнение немедленно)  5) Обеспечить конфиденциальность процедуры  6) Вымыть руки (гигиенический уровень)  7) Надеть перчатки  8) Поместить мерную емкость под отводной трубкой дренажного мешка  Выполнение процедуры:  1) Освободить отводную трубку из держателя, не касаясь ею стенок мерной емкости  2) Открыть зажим трубки  3) Слить мочу в мерную емкость  4) Закрыть зажим  5) Обработать конец отводной трубки стерильной марлевой салфеткой, смоченной 70° спиртом  6) Закрепить отводную трубку в держателе  7) Убедиться, что трубки, соединяющие катетер и дренажный мешок, не пережаты  Окончание процедуры:  1) Определить диурез  2) Опорожнить мерную емкость в канализацию  3) Мерную емкость продезинфицировать согласно ОСТу 42-21-2-85  4) Использованный материал, прошедший дезинфекцию, утилизировать согласно класса в соответствии с требованиями Санитарных правил и норм СанПиН 2.1.7.728-99.  5) Снять перчатки и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором  6) Вымыть руки  7) Сделать запись в карте амбулаторного или стационарного больного  8) При необходимости использовать освежитель для воздуха  27. Обучение пациента и его семьи уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника  **Обучение использованию мочеприемника**  Оснащение:  1. Чистый мочеприемник.  Ход процедуры:  1. Обработайте руки.  2. Отделите трубку мочеприемника от катетера (дренажа).  2. Слейте мочу из использованного мочеприемника в унитаз, положите его в целлофановый пакет и отложите в сторону (утилизация в отходы класса «Б», в домашних условиях – в контейнер для мусора).  3. Соедините чистый мочеприемник с дренажом.  4. С помощью мерки проверьте размер стомы.  5. Обработайте руки.  Примечание: можно порекомендовать пациенту сшить специальный мешочек для мочеприемника и укрепить его на поясе.  Уровень мочеприемника (а, следовательно, и мешочка) должен быть обязательно ниже уровня цистостомы. Поэтому чаще всего пациенты носят их в брюках.  Обязательно предупредить пациента, что в случае признаков воспаления стомы (покраснение, гнойнички и т.д.), а также в случае задержки мочи, появления крови в моче срочно обратиться к врачу.  **Обучение осуществлению ухода за постоянным уретральным катетером**  I. Подготовка к процедуре  1) Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.  2) Обеспечить конфиденциальность процедуры.  3) Опустить изголовье кровати.  4) Помочь родственнику занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку.  5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  6) Надеть перчатки.  II. Выполнение процедуры  1) Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем.  2) Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см  3) Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает.  4) Осмотреть кожу промежности идентифицируя:  – признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое).  5) Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута.  6) Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости.  7) Убрать адсорбирующую пеленку в отходы класса «Б».  III. Окончание процедуры  1) Провести дезинфекцию использованного материала.  2) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  **Уход за постоянным мочевым катетером**  Мероприятия  1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  2) Поставить ширму.  3) Опустить изголовье кровати.  4) Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку.  5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  6) Надеть перчатки.  7) Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем.  8) Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см.  9) Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает.  10) Осмотреть кожу промежности идентифицируя признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое).  11) Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута.  12) Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости.  13) Снять с кровати пеленку (клеенку с пеленкой) и поместить ее в емкость для дезинфекции.  14) Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.  15) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  16) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  17) Уточнить у пациента его самочувствие.  18) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Транспортировка и перекладывание больного.**  **Особенности транспортировки больных, находящихся в шоковом состоянии.**  Тяжелобольных, находящихся в шоковом состоянии, направляют непосредственно в отделение, где имеется палата интенсивного наблюдения. Тех больных, которым нельзя двигаться, перекладывают с носилок на постель с большой осторожностью, соблюдая определенные правила: носилки ставят ножным концом к головному концу кровати. Если площадь палаты не позволяет, носилки ставят параллельно кровати, а медицинский персонал становится между носилками и кроватью лицом к больному. Необходимо заранее продумать, как поместить носилки относительно кровати, чтобы избежать неудобных и лишних движений.  **Транспортировка больных при отсутствии каталок.**  При отсутствии каталок больного могут транспортировать:  1) один человек — больной держится за шею санитара;  2) два человека — один держит ноги и ягодицы больного, другой поддерживает спину и голову;  3) три человека — один держит ноги, другой — поясницу и часть спины, третий — спину и голову.  Захваты для удерживания пациента при перемещении:  захват пальцами захват рукой;  захват запястный;  захват двойной запястный.  **Транспортировка пациента на каталке (носилках, вдвоем).**  1.Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе её выполнения. Получить согласие на выполнение транспортировки.  2.Подготовить каталку к транспортировке, проверить ее исправность.  3.Обработать руки.  4.Застелить каталку.  5.Поставить каталку (кресло-каталку) удобно в данной ситуации.  6.Переместить пациента на каталку (кресло-каталку) одним из известных способов.  7.Укрыть пациента.  8.Транспортировка на каталке: встать: один медработник спереди каталки спиной к пациенту, другой - сзади каталки, лицом к пациенту. На кресло-каталке транспортировать пациента так, чтобы его руки не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки.  9.Транспортировать пациента в отделение с историей болезни.  10.Поставить каталку (кресло-каталку) к кровати, в зависимости от площади палаты.  11.Убрать одеяло с кровати.  12.Переложить пациента на кровать, одним из известных способов.  13.Убедиться, что пациенту комфортно.  Завершение процедуры:  14.Надеть перчатки. Продезинфицировать каталку (кресло-каталку) в соответствии с инструкцией к дезинфицирующему средству.  15.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  **Перемещение пациента на носилках.**  1.Вниз по лестнице пациента несут ногами вперед, причем передний конец носилок приподнят, а задний опущен, для того чтобы достигнуть горизонтального положения носилок.  2.Вверх по лестнице пациента несут головой вперед и также в горизонтальном положении.  3.При транспортировке пациента на носилках надо идти не в ногу, короткими шагами слегка сгибая ногу в коленях и удерживая носилки в горизонтальном положении.  4.При любом способе транспортировки сопровождающий пациента обязан передать пациента и его историю болезни палатной медицинской сестре.  **Поддержание пациента при ходьбе.**  Использование: помощь человеку при ходьбе после травмы, инсульта и т. п.  1.Объяснить пациенту принцип удерживания, убедиться, что он понимает его.  2.Оценить состояние и возможности пациента:  •что он сможет сделать самостоятельно;  •в чем ему нужна поддержка;  •нужны ли ему вспомогательные средства (трость, костыли, ходунки).  3.Оценить окружающую обстановку: влажность пола, тапочки, посторонние предметы на полу, аппаратура, стоящая на пути движения пациента.  4.Встать рядом с пациентом.  5.Применить «захват большими пальцами ладоней»: держать правую руку пациента в своей правой (или левую в левой) руке. Рука пациента прямая, опирается ладонью на ладонь сестры при сомкнутых в замок больших пальцах.  6.Поддерживать другой рукой пациента под локоть или под мышкой, или обхватить пациента за талию.  7.Встать к пациенту как можно ближе, поддерживая его колени правой ногой (если сестра стоит справа), если пациент чувствует себя неуверенно.  8.Передвигаться рядом с пациентом до тех пор, пока он чувствует себя неуверенно.  **Перемещение пациента из положения «сидя на кровати с опущенными ногами» на стул или функциональное кресло-каталку, имеющее съемную (подвижную) подставку для ног.**  1.Перед тем, как начать перемещение (если пациент в состоянии оценить полученную информацию) необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.  2.Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  3.Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.  4.Опустить боковые поручни кровати, если они есть, закрепить тормоза кровати.  5.Затем поставить стул (кресло-каталку) рядом с кроватью. По возможности, опустить кровать до уровня стула.  6.У кресла-каталки отодвинуть подставку для ног.  7.При перемещении пациента можно использовать один из способов удерживания пациента (подмышечный захват, при поднятом локте, за пояс, через руку). Для этого необходимо встать с той стороны, где находится кресло-каталка (стул).  8.Предупредить пациента, что на счет «три» вы поможете ему встать.  9.Считая, слегка раскачиваться. В данном случае мы будем использовать способ удерживания пациента «при поднятом локте».  10.Поставить пациента на счет «три» на ноги, поворачиваться с ним до тех пор, пока он не окажется спиной к креслу-каталке (стулу).  11.Попросить пациента сказать вам, когда он коснется края кресла-каталки (стула). Опустить его в кресло-каталку (на стул): сгибая свои колени и придерживая ими колени пациента, при этом вам надо держать спину прямо.  12.Пациент поможет вам, если положит руки на ручку кресла-каталки (на край стула) и опустится в него.  13.Ноги пациента расположите на подставке.  14.После того, как процесс перемещения завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.  15.При необходимости транспортировать пациента, предварительно сняв тормоз.  16.По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  **Перемещение пациента с кровати с изменяющейся высотой на кресло-каталку (стул) используя метод «Поднятие плечом» (австралийское поднятие).**  1.Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.  2.Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  3.Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.  4.Опустить боковые поручни кровати, если они есть, закрепить тормоза кровати. Помочь пациенту сесть на кровати с опущенными на пол ногами.  5.Затем поставить стул (кресло-каталку) ближе к кровати, закрепить тормоз кресла-каталки и отодвинуть подставку для ног.  6.Встать по разные стороны от пациента. Подставить плечо, находящееся ближе к пациенту, в подмышечную впадину и туловищу пациента.  7.Кисть этой руки подвести под бедра пациента.  8.Пациент кладет свои руки на спину медработникам. Свободной рукой, согнутой в локте, опереться о кровать.  9.Другой рукой, расположенной под бедрами пациента, взять помощника за запястье («двойной запястный захват»).  10.Предупредить коллегу (если вы лидер) и пациента, что на счет «три» вы его приподнимете. На счет «три» оба медработника, выпрямляя колени и локти, поднимают пациента над постелью, свободной рукой поддерживая спину пациента, и осуществляют перемещение пациента на кресло-каталку (стул).  11.Каждый из медработников кладет поддерживающую руку на подлокотник или сиденье кресла-каталки (стула) и опускает пациента на кресло-каталку (стул), сгибая колени и локоть.  12.Необходимо обязательно убедиться в том, что вы опускаете пациента на стул одновременно. Ноги пациента поставить на подставки для ног.  13.После того, как процесс перемещения завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.  14.При необходимости транспортировать пациента, предварительно сняв тормоз.  15.По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  **Перемещение пациента с кровати на стул без подлокотников или спинки.**  1.Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.  2.Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  3.Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.  4.Опустить боковые поручни кровати, если они есть, закрепить тормоза кровати,  5.Установить высоту кровати на высоту стула.  6.Помочь пациенту сесть на кровати, при этом ноги пациента остаются на кровати.  7.Затем поставить стул рядом с кроватью.  8.Сзади пациента на кровать положить ортопедический валик.  9.Одному из медицинских работников встать сзади пациента — одно колено поставить на валик и осуществив «захват через руку» передвинуть пациента к краю кровати.  10.Затем поддерживать его, встав на пол обеими ногами.  11.Второму медицинскому работнику поставить стул удобно и близко к кровати, так, чтобы пациент не упирался локтем в кровать, когда будет сидеть на стуле.  12.Затем присесть на корточки напротив пациента, одну ногу выставить вперед, подвести руки под колени пациента и на счет «три» волоком переместить его ноги к краю кровати, в то время как первому медработнику надо поднять туловище пациента и, сгибая свои колени, опустить пациента на стул.  13.Разместить пациента на стуле.  14.После того, как процесс перемещения завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.  15.По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  **Перемещение пациента с кровати с изменяющейся высотой на каталку и обратно.**  1.Начиная перемещение на каталку (кровать), нужно знать, в какой области пациенту сделана операция, а также о других ограничениях; на время перемещения в палате не должно быть посетителей; помощники во время перемещения будут придерживать капельницу, дренажные трубки и другие приспособления.  2.Перед тем, как начать перемещение (если пациент в состоянии оценить полученную информацию) необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.  3.Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  4.Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.  5.Опустить боковые поручни кровати, если они есть, закрепить тормоза кровати.  6.Вам и вашему помощнику встать с одной стороны кровати, двум другим медицинским работникам — с другой стороны.  7.Поставить каталку к той стороне кровати, куда вы будете перемещать пациента, оставив пространство между кроватью и каталкой для того, чтобы иметь возможность стоять между кроватью и каталкой. Затем укрыть пациента простыней или одеялом.  8.Сказать ему, чтобы держал простыню или одеяло руками, а самим свернуть простыню в направлении пациента.  9.Поднять плечи и голову пациента, убрать подушку в изголовье кровати.  10.Передвинуть пациента к краю кровати при помощи простыни.  11.Расправить простыню на матраце, но не заправлять.  12.Верхней простыней укутать пациента, подвернув под него концы.  13.Два медработника, стоящие с противоположной стороны от каталки обеспечивают безопасность пациента.  14.Каталку необходимо установить на одном уровне с кроватью, вплотную к краю кровати, закрепить тормоза.  15.Двум другим медработникам встать с другой стороны каталки.  16.Всем медработникам свернуть простыню в рулон по направлению к пациенту, при этом их ладони направлены вверх.  17.Медработникам, обеспечивающим безопасность пациента, поставить одно колено на свободную часть кровати, предварительно положив протектор.  18.На счет «три» (команду отдает лидер) всем четверым поднять простыню и перенести пациента на каталку вместе с простыней (пациент должен находиться посередине каталки).  19.После того, как процесс перемещения завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.  20.При наличии ремней, зафиксировать пациента, либо поднять поручни, для профилактики падения пациента.  21.Транспортировать пациента, предварительно сняв тормоз с каталки к месту назначения (один медицинский работник у изголовья, другой у ног пациента).  22.По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  **Перемещение пациента с каталки на кровать.**    1.Каталку установить на одном уровне с кроватью, вплотную к краю кровати, закрепить тормоза.  2.Двум медработникам, встать на колено на кровать, предварительно положив протектор.  3.Все медработники сворачивают простыню в рулон по направлению к пациенту, при этом ладони направлены вверх.  4.На счет «три» (команду отдает лидер) всем четверым поднять простыню и перенести пациента вместе с простыней на край кровати.  5.Медработникам, убрать ногу с протектора, опустить на пол, одновременно придерживая пациента в то время, как другие медработники отодвигают каталку.  6.После того, как процесс перемещения завершен, заправить простынь под матрац, придать пациенту в кровати удобное положение.  7.Обо всех осложнениях у пациента во время перемещения сообщить врачу.  8.По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  **Перемещение пациента с обычной кровати на каталку и наоборот.**  1.Начиная перемещение на каталку (кровать), нужно знать, в какой области пациенту сделана операция, а также о других ограничениях; на время перемещения в палате не должно быть посетителей; помощники во время перемещения будут придерживать капельницу, дренажные трубки и другие приспособления.  2.Перед тем, как начать перемещение (если пациент в состоянии оценить полученную информацию) необходимо объяснить ему ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  3.Оценить окружающую обстановку на предмет безопасности при осуществлении перемещения.  4.Опустить боковые поручни кровати, если они есть, закрепить тормоза кровати.  5.Расположить каталку под углом не менее 60° у края кровати (в ногах).  6.Закрепить тормоза каталки.  7.Всем медработникам, участвующим в перемещении встать вдоль кровати: (самый сильный медицинский работник встает в центре).  8.Выставить одну ногу вперед, согнуть в колене, другую отставить назад.  9.Подвести руки (до локтя) под пациента: 1-й медицинский работник под голову, плечи и верхнюю часть спины; 2-й медицинский работник под поясницу и ягодицы; 3-й медицинский работник под голени и стопы.  10.Если пациент очень тяжелый, понадобится больше людей и придется перераспределять нагрузку.  11.Далее следует этап поднятия пациента:  -по команде лидера на счет «три»: перенести массу своего тела на ногу, отставленную назад;  -плавно подтянуть пациента на край кровати;  -сделать паузу;  -на новую команду на счет «три» перекатить пациента на себя, прижать его к себе и поднять, разогнув колени и выпрямив спину.  12.Всем медработникам двигаться назад, чтобы развернуться лицом к каталке:  -медицинскому работнику, удерживающему ноги пациента, делать более широкие шаги;  -медицинскому работнику, удерживающему голову, плечи и спину пациента, — менее широкие, разворачиваясь лицом к каталке.  13.Двигаться вперед (к каталке).  14.На счет «три» согнуть колени и осторожно опустите пациента на каталку.  15.После того, как процесс перемещения завершен, необходимо убедиться, что пациент чувствует себя комфортно и безопасно.  16.Накрыть пациента простыней.  17.При наличии ремней, зафиксировать пациента, либо поднять поручни, для профилактики падения пациента.  18.Транспортировать пациента, предварительно сняв тормоз с каталки.  19.По окончании работы с пациентом снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  **Работа со стерильным биксом, стерильным материалом**  Алгоритм укладки материала в бикс для стерилизации  Оснащение:  1. биксы;  2. перевязочный материал;  3. резиновые перчатки;  4. полотенце, пеленка;  5. тканевые салфетки;  6. антисептик;  7. индикаторы стерильности.  Мероприятия:  1. Вымыть руки.  2. Надеть маску, перчатки, обработать их антисептиком.  3. Приготовить бикс: внутреннюю поверхность бикса и крышки протереть тканевой салфеткой, смоченной раствором антисептика двукратно, с интервалом 15 минут, выдержать экспозицию по инструкции дезинфицирующего средства.  4. Снять перчатки, вымыть руки.  5. Застелить бикс пеленкой.  6. На дно бикса положить индикатор стерильности.  7. Стерилизуемый материал уложить рыхло, послойно, а перевязочный материал – по секторам.  8. В средний слой снова вложить индикатор стерильности.  9. Края пеленки завернуть внутрь.  10. Сверху положить третий индикатор стерильности.  11. Закрыть крышку бикса.  12. Открыть боковые отверстия и заблокировать пояс (при необходимости).  13. Закрепить на ручке бикса промаркированную бирку («ватные шарики» и др.).  14. Отправить бикс в ЦСО для стерилизации в автоклаве.  Правила работы с биксом (разгрузка бикса)  Оснащение:  1. стерильный бикс;  2. стерильный лоток или стерильный стол;  3. стерильный пинцет;  4. маска, перчатки;  5. чистая ветошь;  6. емкость с дезинфицирующим раствором.  Последовательность выполнения:  – проверить бикс:  а) герметичность (поясок должен закрывать решетчатые окна бикса полностью!);  б) маркировку:  8. название бикса («перчатки», «шарики» и т.д.);  9. срок годности бикса (дату стерилизации).  - Вымыть руки, надеть маску.  - Открыть бикс, проверить индикатор стерильности (изменил ли он цвет по эталону), закрыть бикс.  - Отметить на бирке дату, время вскрытия бикса, поставить свою подпись.  - Обработать руки, надеть перчатки, обработать перчатки антисептиком.  - Достать из бикса стерильным пинцетом необходимый материал и поместить его на стерильный стол или в стерильный лоток. –  -Закрыть бикс.  Правила работы со стерильным материалом.  1) Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению.  2) Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет.  3) При необходимости, инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер - на стерильном столе не более 6 часов.  4) Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается извлекать для использования из стерилизационных коробок не более чем в течение 6 часов после их вскрытия.  5) При стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускается хранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.  6) При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.  7) Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают на 6 часов. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.  8) Не допускается использование простерилизованных изделий медицинского назначения с истекшим сроком хранения после стерилизации.  9) Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в журнале по учетной статистической форме.  10) Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению.  11) Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Категорически запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации изделий.    **Алгоритм оказания помощи пациенту в первом периоде лихорадки**  •Обеспечить постельный режим.  •Тепло укрыть пациента, к ногам положить грелку.  •Обеспечить обильное горячее питьё (чай, настой шиповника и др.).  •Контролировать физиологические отправления.  •Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.  Алгоритм оказания помощи пациенту во втором периоде лихорадки  •Следить за строгим соблюдением пациентом постельного режима.  •Обеспечить постоянное наблюдение за лихорадящим пациентом (контроль АД, пульса, температуры тела, за общим состоянием).  •Заменить теплое одеяло на легкую простыню.  •Давать пациенту (как можно чаще!) витаминизированное прохладное питье (морс, настой шиповника).  •На лоб пациента положить пузырь со льдом или холодный компресс, смоченный в растворе уксуса (2 столовых ложки на 0,5 литра воды) - при выраженной головной боли и для предупреждения нарушения сознания.  •При гиперпиретической лихорадке следует сделать прохладное обтирание, можно использовать примочки (сложенное вчетверо полотенце или холщовую салфетку, смоченные в растворе уксуса пополам с водой и отжатые, нужно прикладывать на 5-10 мин., регулярно их меняя).  •Периодически протирать слабым раствором соды ротовую полость, a губы смазывать вазелиновым маслом.  •Питание осуществлять по диете № 13.  •Следить за физиологическими отправлениями, подкладывать судно, мочеприёмник.  •Проводить профилактику пролежней.  **Алгоритм оказания помощи пациенту в третьем периоде лихорадки при литическом снижении температуры тела**  •Создать пациенту покой.  •Контролировать t°, АД, ЧДД, РS.  •Производить смену нательного и постельного белья.  •Осуществлять уход за кожей.  •Перевод на диету № 15, по назначению врача.  •Постепенно расширять режим двигательной активности.  **Алгоритм оказания помощи пациенту в третьем периоде лихорадки при критическом снижении температуры тела**  •Вызвать врача  •Организовать доврачебную помощь:  •уложить пациента на ровную поверхность, убрать подушку из-под головы, приподнять ножной конец кровати;  •подать увлажненный кислород;  •контролировать АД, пульс, температуру;  •дать крепкий сладкий чай;  •укрыть пациента одеялами, к рукам и ногам пациента приложить грелки;  •следить за состоянием кожных покровов;  •следить за состоянием его нательного и постельного белья (по мере необходимости бельё нужно менять, иногда часто).  •Приготовить для п/к введения 10% раствор кофеин-бензоат натрия, кордиамин, 0,1% раствор адреналина, 1% раствор мезатона.  •Выполнить назначение врача.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1.Опорожнение мочевого дренажного мешка | 1 | |  | 2.Обучение пациента и его семью уходу за катетером и мочеприемником, а также использованию съемного мочеприемника | 1 | |  | 3. Уход за лихорадящим больным | 1 | |  | 4. Работа со стерильным биксом, стерильным материалом | 1 | |  | 5. Транспортировка и перекладывание больного | 1 | |  | 6.Катетеризация мочевого пузыря | 1 | | |  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | *Содержание и объем проведенной работы* | Оценка | Подпись |
| 25. 06. 2020 | **План 6 рабочего дня**  1.Постановка банок  2.Постановка горчичников  3.Постановка согревающего компресса  4.Применение грелки, пузыря со льдом  5.Постановка горячего компресса  6.Постановка холодного компресса  **Алгоритм Постановка горчичников**  Подготовка к процедуре:  -Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Уточнить отсутствие аллергии на горчицу. В случае наличия аллергии и отсутствия согласия на процедуру - уточнить дальнейшие действия у врача.  -Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки.  -Осмотреть кожу пациента на предмет повреждений, гнойничков, сыпи – для определения показаний к проведению процедуры.  -Проверить пригодность горчичников: горчица не должна осыпаться с бумаги и иметь специфический (резкий) запах. При использовании горчичников, сделанных по другим технологиям (например, пакетированная горчица) проверить срок годности.  -Подготовить оснащение. Налить в лоток горячую (40° - 45°) воду.  -Помочь пациенту лечь на живот (при постановке горчичников на спину) и принять удобную позу, голова пациента должна быть повернута на бок.  Выполнение процедуры  -Погрузить горчичник в горячую воду, дать ей стечь.  -Плотно приложить горчичник к коже стороной, покрытой горчицей.  -Повторить действия, размещая нужное количество горчичников на коже.  -Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом.  -Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 3-5 мин.  -Оставить горчичники на 10-15 мин, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице.  Завершение процедуры  -При появлении стойкой гиперемии (через 10-15 мин) снять горчичники и положить их в приготовленный лоток для использованных материалов с последующей их утилизацией.  -Смочить салфетку в теплой воде и снять с кожи остатки горчицы.  -Пеленкой промокнуть кожу пациента насухо. Помочь ему надеть нижнее белье, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели еще не менее 20-30 мин и в этот день не принимал ванну или душ.  -Снять перчатки.  -Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  -Уточнить у пациента его самочувствие.  -Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Алгоритм Постановка банок**  Подготовка к процедуре:  -Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. -Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  -Убедиться в целости краев банок и разместить их в ящике, на столе у постели пациента.  -Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  -Отрегулировать высоту кровати.  -Опустить изголовье кровати, помочь пациенту лечь на живот (при постановке банок на спину), предложить повернуть голову на бок, руками обхватить подушку. Освободить от одежды верхнюю часть туловища.  -Длинные волосы пациента(ки) прикрыть пеленкой. При наличии волос в месте постановки банок, заручившись согласием пациента, сбрить их.  Выполнение процедуры  1.Нанести на кожу тонкий слой вазелина.  2.Сделать плотный фитиль из ваты и закрепить на корнцанге.  3.Смочить фитиль в спирте и отжать его. Флакон закрыть крышкой и отставить в сторону. Вытереть руки.  4.Зажечь фитиль.  5.Ввести фитиль в банку, предварительно взятую в другую руку.  6.Удержать фитиль в полости банки 2-3 с, извлечь его и быстрым движением приставить банку к коже больного.  7.Повторить этапы 5-6 необходимое, по числу банок, количество раз.  8.Потушить фитиль, погрузив его в воду.  9.Накрыть поверхность банок полотенцем или пеленкой, а сверху накрыть больного одеялом.  10.Через 3-5 мин проконтролировать эффективность постановки по выраженному (1 и более см.) втягиванию кожи в полость банки и убедиться в отсутствии болевых ощущений у пациента. При неэффективной постановке одной или нескольких банок – снять их и установить повторно.  11.Выдержать экспозицию 15-20 мин.  12.По истечении времени процедуры снять банки (одной рукой отклонить банку в сторону, другой надавить на кожу с противоположной стороны у края банки, после чего снять банку).  13.Салфеткой удалить с кожи пациента вазелин.  Окончание процедуры  -Помочь пациенту одеться.  -Банки продезинфицировать, вымыть и уложить в ящик.  -Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  -Уточнить у пациента его самочувствие.  -Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации  **Алгоритм Применение грелки**  Подготовка к процедуре:  -Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Налить горячую воду (предварительно измерив ее температуру) в грелку 2\3-1\2 объёма.  -Выпустить воздух. Завинтить плотно пробкой.  -Перевернуть грелку пробкой вниз, чтобы убедиться, что пробка завинчена плотно, затем вернуть в исходное положение и обернуть пеленкой.  Выполнение процедуры:  -Если пациент без сознания или лишен чувствительности, то необходимо проверить температуру грелки на себе.  -Положить грелку на нужную область тела. Узнать через 5 минут об ощущениях пациента.  -Убрать грелку по истечении назначенного врачом времени (20 минут).  Завершение процедуры:  -Осмотреть кожу пациента. Накрыть пациента одеялом.  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Надеть перчатки, обработать грелку, после экспозиции промыть ее проточной водой и повесить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». -Вымыть руки.  -Сделать отметку в «Медицинской карте».  **Алгоритм Применение пузыря со льдом**  Подготовка к процедуре:  -Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение.  -Вымыть руки.  -Приготовьте кусочки льда.  -Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Заполнить пузырь кусочками льда на 1/2 объема и налить один стакан холодной воды 14 – 16 C°.  -Положить пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснить воздух. Завинтить крышку пузыря со льдом.  -Обернуть пузырь со льдом полотенцем в четыре слоя (толщина прокладки не менее 2 см).  Выполнение процедуры:  -Положите пузырь со льдом на нужный участок тела.  -Оставьте пузырь со льдом на 20–30 минут. Периодически узнавать у пациента о самочувствии.  Завершение процедуры:  -Убрать пузырь со льдом.  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Надеть перчатки, обработать пузырь, после экспозиции промыть его проточной водой и положить сушиться. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б». Вымыть руки.  -Сделать отметку в «Медицинской карте».  **Алгоритм Применение холодного компресса**  Подготовка к процедуре:  -Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение.  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Подстелить под голову пациента непромокаемую пелёнку.  Выполнение процедуры:  -Сложить оба полотенца в несколько слоев, положить в емкость с холодной водой.  -Отжать одно полотенце и расправить.  -Положить на нужный участок тела на 2–3 мин.  -Снять полотенце через 2-3мин. и погрузить его в холодную воду.  -Отжать второе полотенце, расправить и положить на кожу на 2-3 мин.  -Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени (от 5 до 60 мин.). Интересоваться самочувствием пациента.  Завершение процедуры  -Полотенце сбросить в емкость для сбора грязного белья. Воду слить в канализацию и обработать емкость.  -Провести гигиеническую обработку рук.  **Алгоритм Применение горячего компресса**  Подготовка к процедуре:  -Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение.  -Провести гигиеническую обработку рук.  Выполнение процедуры:  -Смочить ткань в горячей воде, хорошо отжать.  -Приложить смоченную ткань к телу.  -Поверх ткани плотно наложить клеенку.  -Поверх клеенки положить грелку или теплую шерстяную ткань.  -Менять компресс каждые 10-15 мин.  -Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени. Интересоваться самочувствием пациента.  Завершение процедуры:  -Тканевую салфетку сбросить в емкость для сбора грязного белья.  -Провести гигиеническую обработку рук.  **Алгоритм Постановка согревающего компресса**  Подготовка к процедуре:  -Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. -Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  -Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  -Осмотреть кожные покровы.  -Подготовить салфетку нужного размера 6-8 слоев. Вырезать кусок компрессной клеёнки – на 2см больше салфетки со всех сторон. Приготовить ватную подушечку – на 2см больше компрессной клеёнки, сложить слои – вата, затем компрессная клеёнка, марлевая салфетка.  -Развести спирт и смочить салфетку в полуспиртовом растворе, слегка отжать и положить сверху компрессной клеёнки (правило «Лесенки» - каждый последующий слой должен быть больше предыдущего по периметру на 1,5 – 2см).  Выполнение процедуры:  -Все слои компресса положить на нужный участок кожи (салфетка, клеёнка, слой ваты).  -Зафиксировать компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии, чтобы он плотно прилегал к коже.  -Напомнить пациенту, что компресс поставлен на 4-6 часов (полуспиртовый).  -Проверить качество наложения компресса, для этого через 1,5-2 часа под компресс подсунуть палец и если салфетка сухая, то компресс надо переделать, если нет – подтянуть.  -Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  Окончание процедуры:  -Снять компресс через положенное время, сбросить в емкость для отходов.  -Вытереть кожу и наложить сухую повязку.  -Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  -Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции пациента в «Медицинской карте стационарного больного».   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Постановка банок | 1 | |  | 2. Постановка горчичников | 1 | |  | 3. Постановка согревающего компресса | 1 | |  | 4. Применение грелки, пузыря со льдом | 2 | |  | 5. Постановка горячего компресса | 1 | |  | 6. Постановка холодного компресса | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | *Содержание и объем проведенной работы* | Оценка | Подпись |
| 26. 06. 2020  27. 06. 2020 | **План 7 рабочего дня**  1.Разведение антибиотиков  2.Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, внутривенные капельные  3.Забор крови из вены на исследование  4.Антропометрия  5.Измерение пульса  6.Измерение температуры тела  **Алгоритм разведения антибиотиков.**  Подготовка к процедуре:  1.Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом.  2.Надеть маску, надеть перчатки.  3.Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  4.Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток.  5.Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить пригодность лекарственного средства (отсутствие посторонних примесей, осадка и пр.).  Выполнение процедуры:  6.Первым шариком обработать наружную крышку флакона с лекарственным препаратом (порошком).  7.Нестерильным пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона (при необходимости).  8.Обработать резиновую пробку флакона вторым ватным шариком.  9.Обработать ватным шариком ампулу и вскрыть ее.  10.Набрать в шприц из ампулы необходимое количество растворителя по инструкции антибактериального препарата (разведение 1:1, или 1:2), удалить из шприца пузырьки воздуха.  11.Под углом 90 ° ввести иглу во флакон с лекарственным средством (порошком), проколов резиновую пробку.  12.Выпустить растворитель во флакон с порошком антибиотика, придерживая канюлю иглы.  13.Снять иглу вместе с флаконом с подигольного конуса, соблюдая инфекционную безопасность. Шприц положить в стерильный лоток, соблюдая инфекционную безопасность.  14.Аккуратно перемешать лекарственное средство во флаконе до полного его растворения и иглу снова присоединить к подигольному конусу, не вынимая из флакона.  15.Поднять флакон вверх дном и набрать содержимое флакона или его часть (по назначению врача) в шприц.  Завершение процедуры:  16.Сменить иглу, вытеснить воздух из шприца, не снимая колпачок с иглы.  17.Готовый шприц положить в стерильный лоток, укрепив его рукояткой за боковую сторону лотка.  **Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, внутривенные капельные**  **Алгоритм выполнения внутривенной капельной инъекции.**    Подготовка к процедуре:  1.Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры.  2.Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом. Надеть маску, надеть перчатки.  3.Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  4.Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы, убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности.  5.Первым шариком обработать наружную крышку флакона с лекарственным средством, нестерильным пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона (при необходимости) и обработать резиновую пробку флакона вторым ватным шариком.  6.Проверить целостность упаковки и срок стерильности системы для инфузии.  Вскрыть пакет с системой, взять ее в руки.  7.Закрыть зажим на системе, снять колпачок с иглы для флакона, ввести иглу до упора во флакон.  8.Перевернуть флакон вверх дном и закрепить на штативе, открыть воздуховод.  9.Заполнить баллон системы до середины при помощи нажатия на него.  10.Снять инъекционную иглу с колпачком стерильным пинцетом, положить в стерильный лоток.  11.Открыть зажим и заполнить капельницу по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком).  12.Закрыть зажим, присоединить инъекционную иглу с колпачком, вытеснить воздух через иглу, не снимая колпачка.  13.Фиксировать систему на штативе.  14.Удобно уложить пациента.  15.Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  16.Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  17.Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента, выбрать наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.  18.Надеть очки.  19.Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх.  20.Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола).  21.Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см.  22.Проколоть осторожно стенку вены, пока не появится ощущение пустоты.  23.Убедиться, что игла в вене.  24.Ослабить жгут, открыть зажим капельницы, убедиться, что игла в вене и лекарство не поступает под кожу.  Закрепить систему лентой лейкопластыря. Отрегулировать скорость поступления лекарственного средства.  25.В течение инфузии следить за самочувствием пациента.  26.После завершения инфузии закрыть зажим, убрать лейкопластырь, к месту пункции приложить ватный шарик и извлечь иглу.  27.Помочь пациенту согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут (наложить давящую повязку).  Завершение процедуры:  28.Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  29.Снять перчатки, очки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  30.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм выполнения подкожной инъекции.**  Подготовка к процедуре:  1.Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры.  2.Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом. Надеть маску, надеть перчатки  3.Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  4.Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток.  5.Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности.  6.Ватным шариком – обработать ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц.  7.Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок).  Выполнение процедуры:  8.Придать пациенту удобное положение.  9.Пропальпировать место инъекции.  10.Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением сверху вниз.  11.Обработать другим ватным шариком место инъекции.  12.Левой рукой (1,2,3 пальцами) собрать участок кожи наружной поверхности плеча в треугольную складку основанием вниз. Держа шприц в правой руке быстрым движением ввести иглу в основание складки срезом вверх на 2/3 длины снизу вверх под углом 45 градусов к поверхности кожи.  13.Отпустить складку, освободившуюся руку перенести на поршень, медленно ввести лекарственное средство.  14.Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу.  Завершение процедуры:  15.Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  16.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  16.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм выполнения внутримышечной инъекции.**  Подготовка к процедуре:  1.Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры.  2.Провести гигиеническую обработку рук в соответствии с алгоритмом. Надеть маску, надеть перчатки.  3.Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  4.Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции, положить его в стерильный лоток.  5.Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности.  6.Ватным шариком – обработать ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц.  7.Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок).  Выполнение процедуры:  8.Придать пациенту удобное положение (лежа на животе).  9.Пропальпировать место инъекции.  10.Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением сверху вниз.  11.Обработать другим ватным шариком место инъекции.  12.Держа шприц в правой руке (срез иглы направлен вниз) под углом 90 градусов к поверхности кожи, ввести иглу одномоментно в мышцу, глубоко на 2/3 длины иглы.  13.Ввести медленно лекарственное средство.  14.Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу.  Завершение процедуры:  15.Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  16.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  17.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм выполнения внутривенной инъекции.**  Подготовка к процедуре:  1.Пригласить и проинформировать пациента, выяснить аллергоанамнез, получить согласие на проведение процедуры.  2.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, надеть перчатки.  3.Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. Приготовить стерильный шприц (шприцы) к инъекции.  4.Подготовить лекарственный препарат: свериться с листом врачебных назначений, проверить срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедиться, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценить лекарственное средство на предмет его пригодности.  5.Первым шариком – обработать ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыть ампулу, набрать лекарственное средство в приготовленный шприц. Сменить иглу для инъекции, вытеснить воздух (не снимая колпачок).  Выполнение процедуры:  6.Удобно усадить или уложить пациента.  7.Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  8.Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  9.Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента.  10.Надеть очки.  11.Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх.  12.Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола).  13.Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см.  14.Провести пунктирование вены.  15.Потянуть поршень на себя, в шприце должна появиться кровь.  16.Развязать жгут, еще раз проверить положение иглы.  Не меняя положение шприца, медленно ввести лекарственный препарат.  17.Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу, попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут (либо наложить давящую повязку).  Завершение процедуры:  18.Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  19.Снять перчатки, маску, одноразовые очки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  20Сделать запись о выполненной процедуре.  **Забор крови из вены на исследование**  1.Накануне исследования провести инструктаж и составить памятку по подготовке пациента к процедуре.  2.Пригласить и проинформировать пациента, получить согласие на проведение процедуры. Выписать направление. Промаркировать пробирки.  3.Провести гигиеническую обработку рук.  4.Надеть маску, надеть перчатки.  5.Приготовить стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочить ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  6.Подготовить шприц. Положить его в стерильный лоток.  7.Удобно усадить или уложить пациента.  8.Положить клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  9.Наложить венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба.  10.Попросить пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  11.Пропальпировать вены локтевого сгиба у пациента.  12.Надеть очки.  13.Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле (площадью 15х15 см) движением снизу вверх.  14.Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола).  15.Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см.  16.Провести пунктирование вены. Возникает ощущение «попадания в пустоту».  17.Убедиться, что игла в вене: потянув поршень на себя.  18.Продолжать тянуть поршень на себя, набирая нужное количество крови и не снимая жгута.  19.Развязать жгут, прежде чем извлечь иглу из вены.  20.Прижать место пункции 3-м стерильным ватным шариком (салфеткой), смоченным 70% спиртом, извлечь иглу.  21.Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе, удерживая ватный шарик на месте пункции 3-5 минут, затем сбросить в дезинфицирующий раствор (либо наложить давящую повязку).  22.Снять иглу со шприца, сбросить в лоток для использованного материала.  23.Выпустить медленно кровь по стенке пробирки, находящейся в штативе. Следить, чтобы кровь не пенилась при быстром наполнении пробирки.  24.Установить штатив в специальный контейнер для транспортировки.  25.Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. Обработать жгут и клеенчатую подушечку.  26.Снять перчатки, очки, маску и поместить в емкость для дезинфекции.  27.Провести гигиеническую обработку рук.  28.Сделать запись о проведенной процедуре. Доставить контейнер с материалом и направлением в клиническую лабораторию.  **Алгоритм определения массы тела**  Подготовка к процедуре:  -Предупредить пациента до проведения измерения (Взвешивание взрослых пациентов проводится натощак утром, в одни и те же часы, после предварительного опорожнения мочевого пузыря и кишечника в нательном белье). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Включить весы, уравновесить (весы должны находиться на ровной поверхности). На платформу весов положить одноразовую салфетку.  Выполнение процедуры:  -Предложить пациенту осторожно встать в центре площадки на салфетку (без тапочек).  -Произвести взвешивание (зафиксировать результат).  -Предложить пациенту осторожно сойти с весов.  -Сообщить результат пациенту.  -Записать данные взвешивания в температурный лист у.ф. № 004/у.  -Оценить результат (в норме масса тела по формуле Брокка равна, примерно, рост минус 100).  Окончание процедуры:  -Надеть перчатки, одноразовую салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б».  -Поверхность весов обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность.  -Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б».  -Провести гигиеническую обработку рук.  **Алгоритм измерения роста пациента, в положении стоя**  Подготовка к процедуре:  -Предупредить пациента до проведения измерения. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Предложить пациенту снять верхнюю одежду и обувь.  -На основание ростомера положить одноразовую салфетку.  Выполнение процедуры:  -Встать сбоку ростомера и поднять горизонтальную планку выше предполагаемого роста пациента.  -Предложить пациенту встать на основу ростомера так, чтобы пятки, ягодицы, лопатки и затылок касались вертикальной планки, а голова была в таком положении, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии.  -Планшетку ростомера опустить на темя пациента и определить рост на шкале.  -Сообщить пациенту его рост.  -Предложить пациенту сойти с основы ростомера, придерживая в это время планку, чтобы не травмировать пациента.  -Записать данные измерения в температурный лист у.ф. № 004/у.  Окончание процедуры:  -Надеть перчатки, салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б».  -Поверхность ростомера обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность.  -Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б».  -Провести гигиеническую обработку рук.  **Алгоритм измерения роста пациента, в положении сидя**  Подготовка к процедуре:  -Предупредить пациента до проведения измерения. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Предложить пациенту снять верхнюю одежду и обувь.  -На основание ростомера положить одноразовую салфетку.  Выполнение процедуры:  -Установить скамью ростомера и поднять планшетку выше предполагаемой высоты.  -Помочь пациенту сесть на скамейку ростомера так, чтобы ягодицы, лопатки и затылок касались планки ростомера а голова была в таком положении, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии.  -Планшетку ростомера опустить на темя пациента.  -К показателю на планке добавить расстояние от пола до скамейки ростомера.  -Сообщить пациенту его рост.  -Предложить пациенту встать со скамьи ростомера, при необходимости помочь ему.  -Записать данные измерения в температурный лист у.ф. № 004/у.  Окончание процедуры:  -Надеть перчатки, одноразовую салфетку утилизировать в отходы класса «Б».  -Поверхность ростомера обработать дважды с интервалом 15 минут или по инструкции дезинфицирующего средства. Обеспечивается профилактика грибковых заболеваний и инфекционная безопасность.  -Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б».  -Провести гигиеническую обработку рук.  **Алгоритм измерение артериального пульса**  Подготовка к процедуре:  -Предупредить пациента за 15 минут до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Попросить пациента принять удобное положение.  Выполнение процедуры:  -Предложить расслабить руку, при этом кисти и предплечье не должны быть «на весу».  -Прижать 2,3,4- м пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента (1 палец находится со стороны тыла кисти), почувствовать пульсацию.  -Если при одновременном исследовании пульсовых волн появляются различия, то определение других его свойств проводят при исследовании той лучевой артерии, где пульсовые волны выражены лучше.  -Взять часы или секундомер.  -Определить ритм пульса в течение 30 секунд по интервалам между пульсовыми волнами. Если интервалы равные – пульс ритмичный, если промежутки между пульсовыми волнами различны – пульс аритмичный.  -С помощью часов или секундомера определить частоту пульса – количество пульсовых волн в 1 минуту. Нормальные показатели частоты пульса 60-80 уд/мин.  Завершение процедуры:  -Сообщить пациенту результаты исследования.  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.  **Алгоритм измерения температуры тела**  Подготовка к процедуре:  -Предупредить пациента до проведения измерения. Получить согласие.  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Попросить пациента принять удобное положение.  -Предложить пациенту осушить подмышечную область салфеткой, салфетку сбросить в отходы класса «Б».  -Проверить, чтобы уровень ртутного столбика находился ниже отметки 35 °С.  Выполнение процедуры:  -Поместить медицинский термометр в середину подмышечной впадины ртутным резервуаром на 7-10 минут. Пациент должен прижать руку к груди.  -Извлечь термометр из подмышечной впадины, отметить значение температуры тела, сообщить пациенту.  Завершение процедуры:  -Стряхнуть термометр, до значения ртутного столбика ниже отметки 35 °С.  -Поместить термометр в емкость для дезинфекции.  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Зарегистрировать значение температуры в температурном листе у.ф. № 004/у.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1.Разведение антибиотиков | 1 | |  | 2.Выполнение инъекций: подкожные, внутримышечные, внутривенные, внутривенные капельные | 4 | |  | 3.Забор крови из вены на исследование | 2 | |  | 4. Антропометрия | 1 | |  | 5. Измерение пульса | 1 | |  | 6. Измерение температуры тела | 1 |   **План 8 рабочего дня**  1.Заполнение температурного листа при регистрации показателей: масса тела, рост; частота пульса, АД, ЧДД, температуры тела  2.Измерение артериального давления  3.Подсчет частоты дыхательных движений  4.Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков  5.Поставка пиявки на тело пациента  6.Профилактика пролежней.  https://sun4-15.userapi.com/15xt2IjRDb4HZlTdRQzXPs8P9Mv1oukGa5UZBw/fuIUmkjTS5I.jpg  **Алгоритм измерения артериального давления**  Подготовка к процедуре:  -Предупредить пациента за 15 минут до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования. Получить согласие.  -Убедиться, что мембрана фонендоскопа и трубки целы, стрелка манометра на нуле, вентиль на груше завинчен.  -Выбрать правильный размер манжеты.  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Попросить пациента принять удобное положение (лечь или сесть).  Выполнение процедуры:  -Уложить руку пациента в разогнутом положении (под локоть можно положить сжатый кулак кисти свободной руки или валик). Освободить руку от одежды.  -На обнаженное плечо пациента наложить манжету на 2 – 3 см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты). Между плечом и манжетой должен проходить 1 палец.  -Вставить фонендоскоп в уши и одной рукой поставить мембрану фонендоскопа на область локтевого сгиба (место нахождения плевой артерии).  -Нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации на лучевой артерии (+ 20-30 мм. рт. ст. т.е. выше предполагаемого АД).  -Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм. рт. ст. в 1 секунду, постепенно открывая вентиль.  -Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны на шкале манометра соответствующую систолическому АД.  -Продолжить выпускать воздух из манжеты отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова.  -Выпустить весь воздух из манжетки и повторить процедуру через 1 – 2 минуты.  -Сообщить пациенту результат измерения.  Завершение процедуры  -Результат АД можно записать в виде дроби на листке бумаги, в числительном – систолическое давление, в знаменателе – диастолическое давление (АД 120/80 мм. рт. ст.).  -Надеть перчатки. Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной антисептиком, обработать манжету.  -Салфетку сбросить в емкость для отходов класса «Б».  -Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б», Провести гигиеническую обработку рук.  -Результаты занести в температурный лист у.ф. № 004/у.  **Алгоритм подсчета дыхательных движений**  Подготовка к процедуре:  -Предупредить пациента до проведения измерения (пациент должен спокойно посидеть или полежать). Психологически подготовить пациента к манипуляции, преднамеренно предупредив его, что будут определяться свойства пульса;  -Получить согласие.  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Попросить пациента принять удобное положение и не разговаривать.  -Взять часы или секундомер.  Выполнение процедуры:  -Положить пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса.  -Подсчитать частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки у женщин или брюшной стенки у мужчин.  -Обратить внимание на глубину и ритмичность дыхания.  Завершение процедуры:  -Сообщить пациенту результаты исследования «пульса».  -Провести гигиеническую обработку рук.  -Зарегистрировать частоту дыханий за минуту в температурном листе у.ф. № 004/у.  **Определение суточного диуреза**.  Суточный диурез, это количество мочи, которое выделяется за сутки с учетом всей употребляемой за сутки жидкости. Для анализа мочи на суточный диурез необходимо собирать мочу строго в течение суток,  Определение суточного диуреза обычно проводится в условиях стационара (в больнице), но иногда и в домашних условиях.  Записывая количество выпитой (или введенной) жидкости следует учитывать фрукты и жидкие блюда (например, супы).  Жидкость записывается в мл.  Например, яблоко содержит около 30 мл жидкости, а в супе жидкость составляет около 75%, эти объемы очень важны для правильной интерпретации при определении суточного диуреза.  Полностью объем выделенной мочи за сутки и есть суточный диурез.  В среднем суточный диурез в норме составляет 75% от выпитой жидкости.  2/3 общего диуреза в норме должно приходиться на дневные часы, а остальная часть на ночные часы.  Суточный диурез в норме составляет около 2 л: мужчин 1000—2000 мл, у женщин 1000—1600 мл и при употреблении жидкости около 1-2 л.  Минимальный объем мочи - 500 мл, при объеме потребления жидкости не ниже 800 мл в сутки.  При осмотре кожных покровов медицинская сестра обращает внимание на наличие отеков.  Отек – это скопление жидкости в тканях. Характерны для хронических заболеваний сердца и почек.  При наличии отеков у пациента необходимо обратить внимание на их локализацию, консистенцию, степень выраженности. В случае выраженной отечности контуры конечностей и суставов сглажены, кожа напряжена, прозрачна, иногда лопается и через трещины просачивается жидкость. Длительно не проходящие отеки вызывают трофические расстройства кожи: она утолщается, грубеет, становится неэластичной.  Отеки могут быть местные и общие:  Местные отеки обусловлены локальными процессами (сдавление вен, нарушение оттока лимфы). Иногда местные отеки возникают в результате аллергической реакции организма, чаще всего на лекарственные вещества, продукты питания, укусы насекомых. Возможны и отеки воспалительного происхождения, основными симптомами которых являются гиперемия кожных покровов, боль, жар.  Общие отеки могут появляться у пациентов с заболеваниями сердца, почек, нарушением питания (кахексия).  Отеки определяются:  • путем надавливания пальцем на кожу: если они имеются, в месте надавливания остается ямка, которая длительное время не исчезает;  • подсчетом водного баланса (ведется учет выпитой жидкости и количества выделенной мочи) Суточный водный баланс – это соотношение между количеством выделенной жидкости из организма и количеством введенной жидкости в течение суток. Учитывается жидкость, содержащаяся во фруктах (условно фрукты и овощи считаются продуктами на 100% состоящими из воды и т.о. количество жидкости, получаемой с ними, определяется их массой), первые блюда (одна тарелка супа – 400-450 мл, из них ½ жидкая часть, ½ густая часть), третьи блюда – 100% жидкость и считаются парентерально введенные растворы. Для учета выпитой больным воды утром ему дается графин с водой, из которого пьет воду только он.  • при взвешивании пациента (в случае скопления жидкости в организме резко увеличивается масса тела).  В зависимости от локализации отека различают:  • гидроторакс (скопление жидкости в плевральной полости);  • гидроперикард (скопление жидкости в полости перикарда);  • асцит (скопление жидкости в брюшной полости);  • анасарку (общий отек туловища).  При хронических заболеваниях сердечно-сосудистой системы отеки появляются обычно к концу дня. Если пациент ходит (вертикальное положение туловища), отеки локализуются на нижних конечностях, при постельном режиме – в области поясницы.  **Алгоритм поставки пиявок на тело человека.**  Подготовка к процедуре:  1.Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  2.Помочь пациенту удобно лечь для предстоящей процедуры. Огородить пациента ширмой.  3.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  4.Подготовить необходимое оснащение и оборудование.  5.Осмотреть место постановки пиявок. Подстелить клеёнку при необходимости или пеленку одноразовую под предполагаемую область.  6.Надеть перчатки.  Выполнение процедуры:  7.Обработать кожу (место, постановки пиявок) вначале 70 %-ным спиртом (большим по площади, чем нужно для процедуры), стерильной салфеткой или ватным шариком, смоченным в горячей кипяченой воде, протереть кожу до покраснения, меняя шарики 2-3 раза. Кожу осушить стерильной салфеткой.  8.Смочить место постановки пиявок стерильным раствором 40 %-ной глюкозы.  9.Поместить пиявку на ватно-марлевый тампон, транспортировать ее в пробирку или банку хвостовым концом вниз.  10.Поднести пробирку или банку к коже или слизистой (в стоматологии), отверстие пробирки или банки плотно приставить к месту присасывания (как только пиявка присосётся, в ее передней части появится волнообразное движение). Положить салфетку под заднюю присоску.  11.Повторить пп. II.3 – II.5 до тех пор, пока не будут поставлены все пиявки.  12.Наблюдать за активностью пиявок: если не движутся, слегка провести по её поверхности пальцем.  13.Снять ватно-марлевым тампоном, смоченным спиртом, через 20-30 мин (по назначению врача) все пиявки.  14.Поместить снятые пиявки в емкость с дезинфицирующим раствором с последующей утилизацией.  Завершение процедуры:  15.Поместить пинцет в емкость для дезинфекции.  16.Обработать кожу вокруг ранки антисептиком или 5 %-ного спиртовым раствором йода.  17.Наложить асептическую ватно-марлевую давящую повязку с слоем ваты, менять повязку в течение суток по необходимости.  18.Фиксировать повязку бинтом или лейкопластырем.  19.Убрать клеенку в емкость для дезинфекции.  20.Обработать использованные пиявки, убедиться, что число пиявок, поставленных пациенту, и число пиявок, находящихся в емкости для дезинфекции совпадает.  21.Снять перчатки и поместить в ёмкость для дезинфекции. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Уточнить у пациента его самочувствие.  22.Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.  **Алгоритм профилактики пролежней.**  Подготовка к процедуре:  1.По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  2.Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  3.Подготовить необходимое оборудование.  4.Отгородить пациента ширмой.  Выполнение процедуры:  5.Осмотреть кожу в местах возможного образования пролежней (затылок, лопатки, локти, крестец, пятки и т.д.).  6.Убрать крошки с простыни, расправить простыню.  следить за отсутствием на постельном и нательном белье складок.  7.Изменить положение тела больного (несколько раз в день, желательно каждые 2 часа, если позволяет его состояние: на спину, на бок, на живот, в положение Симса, в положение Фаулера.  8.Обработать кожу в местах возможного образования пролежней (с нейтральным мылом или средством для сухой обработки кожи).  9.Сухую неповрежденную кожу обработать салфетками, смоченными в теплом камфорном или этиловом спирте.  10.Нанести защитный крем.  11.Растереть мягкие ткани в местах возможного образования пролежней (кроме выступающих костных участков).  12.Подкладывать надувной резиновый круг, вложенный в наволочку, так чтобы крестец находился над его отверстием.  13.Подложить поролоновые круги под локти и пятки пациента.  14.Обучить родственников пациента мероприятиям по профилактике пролежней.  Завершение процедуры:  15.Убрать ширму.  16.Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  17.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  18.Перчатки, маску сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  19.Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **Определение степени риска образования пролежней с помощью «шкалы оценки риска развития пролежней» у пациента.**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Телосложение: масса тела относительно роста | Балл | Тип кожи | Балл | Пол, возраст (лет) | Балл | Особые факторы риска | Балл | | Среднее  Выше среднего  Ожирение  Ниже среднего | 0  1  2  3 | Здоровая  Папиросная бумага  Сухая  Отечная  Липкая (повышенная температура)  Изменение цвета  Трещины, пятна | 0  1  1  1  1  2  3 | Муж.  Жен.  14-49  50-64  65-74  75-81  более 81 | 1  2  1  2  3  4  5 | Нарушение питания кожи, например,  терминальная кахексия  Сердечная недостаточность  Болезни периферических сосудов  Анемия  Курение | 8  5  5  2  1 | | Недержание | Балл | Подвижность | Балл | Аппетит | Балл | Неврологические расстройства | Балл | | Полный контроль/ через катетер  Периодическое  через катетер Недержание кала  Кала и мочи | 0  1  2  3 | Полная  Беспокойный, суетливый  Апатичный  Ограниченная подвижность  Инертный  Прикованный к креслу | 0  1  2  3  4  5 | Средний  Плохой  Питательный зонд/ только жидкости  Не через рот / анорексия | 0  1  2  3 | например, диабет, множественный склероз, инсульт, моторные/ сенсорные, параплегия | 4-6 | | Обширное оперативное вмешательство / травма | балл | Лекарственная терапия | Балл |  |  |  |  | | Ортопедическое – ниже пояса, позвоночник;  Более 2 ч на столе | 5  5 | Цитостатические препараты  Высокие дозы стероидов  Противовоспалительные | 4  4  4 |  |  |  |  |   Баллы по шкале Ватерлоу суммируются, и степень риска определяется по следующим итоговым значениям:   * нет риска -1-9 баллов, * есть риск -10 баллов, * высокая степень риска -15 баллов, * очень высокая степень риска -20 баллов.   У неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить ежедневно, даже в случае, если при первичном осмотре степень риска оценивалась в 1-9 баллов. |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1.Заполнение температурного листа при регистрации показателей: масса тела, рост; частота пульса, АД, ЧДД, температуры тела | 1 | |  | 2.Измерение артериального давления | 1 | |  | 3.Подсчет частоты дыхательных движений | 1 | |  | 4.Определение суточного диуреза. Выявление скрытых и явных отеков | 1 | |  | 5.Поставка пиявки на тело пациента | 1 | |  | 6.Профилактика пролежней. | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | *Содержание и объем проведенной работы* | Оценка | Подпись |
| 29. 06. 2020 | **План 9 рабочего дня**  1.Заполнение порционного требования  2.Раздача пищи больным  3.Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника  4.Искусственное кормление пациента  5.Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного  6.Раздача лекарств пациентам  Наименование отделения Терапевтическое  **Порционное требование**  На раздаточную на 29.06.2020  дата: число, месяц, год  **палата №1 палата №2**  Печкин И.И. диета № 5 Сергеева Б.С. диета № 5  Семёнов С.А. диета № 15 Шкута Е.И. диета № 15  Петров В.А. диета № 5 Фадей В.Е. диета № 5  Дятлов В.В. диета № 15 Мальцев А.В. диета № 15  **палата №3 палата №4**  Пушкин А.С. диета № 15 Хохлова А.В. диета № 5  Ошкин В.В. диета № 7 Хвостова А.Л. диета № 15  Кукурузина А.Б. диета № 15 Носова Е.А. диета № 15  Кругова Г.А. диета № 10 Яшкина С.А. диета № 7  **палата №5 палата №6**  Юлин П.А. диета № 7 Бондарь А.А. диета № 7  Шкуркин А.Н. диета № 15 Баженов С.М. диета № 15  Клименов В.П. диета № 15 Минов А.В. диета № 10  Белов С.И. диета № 15  всего \_\_\_23\_\_\_ человек  палатная м\с Санчат А. Ш Санчат  ФИО подпись    **ПОРЦИОННИК ф. № 1-84**  На питание больных «29» июня 2020г.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Наименование отделения | Количество больных | Стандартные диеты | | | | | Стол 5 | Стол 7 | Стол 10 | Стол 15 | | Терапевтическое | 23 | 5 | 4 | 2 | 12 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | Итого: | 23 | 5 | 4 | 2 | 12 |   Зав. отделением \_\_\_\_Джураева М. Ж. \_\_\_\_ \_\_Джураева\_\_  ФИО подпись  Ст. мед. сестра отделения\_\_\_Аракелян Л. В. \_\_\_ \_\_Аракелян \_\_\_  ФИО подпись  мед. сестра диетического отделения \_Санчат А. Ш.\_ \_\_Санчат \_\_  ФИО подпись  **Раздача пищи больным.**  1.Раздачу готовой пищи производят не позднее 2 часов после ее приготовления, включая и время доставки пищи в отделение.  2.Категорически запрещается оставлять в буфетных остатки пищи после ее раздачи, а также смешивать пищевые остатки со свежими блюдами.  3.Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздачу пищи надлежит осуществлять только в халате с маркировкой "Для раздачи пищи".  4.При выдаче на пищеблоке блюд для буфетных отделений температура готовой пищи должна быть: первых - не ниже 75°С, вторых - не ниже 65°С, холодные блюда и напитки - от 7 до 14°С.  5.Технический персонал, занятый уборкой палат и других помещений отделения, к раздаче не допускается.  6.Питание всех больных отделения, за исключением тяжелобольных, проводят в специально выделенном помещении -столовой.  7.После каждой раздачи пищи производят тщательную уборку помещений буфетной и столовой с применением растворов дезинфицирующих средств.  8.Личные продукты питания больных (передачи из дома) хранят в шкафу, тумбочке (сухие продукты) и в специальном холодильном шкафу (скоропортящиеся продукты). Передачи больным принимаются только в пределах разрешенного врачом ассортимента и количества продуктов.  **Алгоритм Кормление тяжелобольного с ложки и поильника**  Подготовка к процедуре  1)Предупредить пациента заранее (10-15 мин.) о предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд.  2)Проветрить помещение.  3)Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  4)Подготовить столик для кормления.  5)Помочь занять пациенту высокое положение Фаулера (при невозможности – повернуть голову пациента на бок.)  6)Помочь пациенту, вымыть руки и осушить их, грудь пациента прикрыть салфеткой (при кормлении пациента в положении – лежа, голова повернута на бок, положить салфетку под голову и грудь).  7)Обработать перчатки антисептическим раствором.  Выполнение процедуры  1)Наполнить ложку пищей на 2/3 объёма, прикоснуться к губам, поместить пищу на язык.  2)Подождать, пока пациент проглотит пищу (повторять 1 и 2 пункты, пока пациент не насытится).  Дать пациенту попить из поильника (по желанию пациента - давать пить в процессе кормления).  Завершение процедуры  1)Предложить пациенту прополоскать рот водой, или провести орошение полости рта, удалить салфеткой участки загрязнения пищей.  2)Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья, убрать столик с посудой.  3)Пациента на 20-30 минут оставить в положении Фаулера (по возможности), затем придать удобное положение.  4)Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  5)Использованную посуду, прикроватный столик, поверхность прикроватной тумбочки обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима.  6)Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  7)Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм Кормление тяжелобольного через назогастральный зонд.**  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить (если пациент адекватен) пациента заранее (10-15 мин.) о предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд.  2.Проветрить помещение.  3.Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  4.Придать пациенту положение Фаулера, на грудь пациента положить непромокаемую салфетку.  5.Убедиться, что метка на зонде находится около входа в носовой ход, или набрать в шприц Жане воздух 30 - 40 мл и присоединить его к зонду. Ввести воздух через зонд в желудок под контролем фонендоскопа. Выслушиваются характерные звуки, свидетельствующие о нахождении зонда в желудке.  Выполнение процедуры:  6.Набрать в шприц питательную смесь, предварительно приготовленную, удалить из шприца воздух.  7.Снять зажим/заглушку с зонда, подсоединить к зонду шприц с пищей.  8.Ввести питательную смесь, перекрыть зонд, отсоединить использованный шприц, наложить зажим/заглушку.  9.Подсоединить шприц с водой, снять зажим, промыть зонд, перекрыть зонд, отсоединить использованный шприц, наложить зажим/заглушку. Зонд зафиксировать.  Завершение процедуры:  10.Использованный шприц Жане положить в емкость из-под пищи.  11.Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья.  12.Пациента на 20-30 минут оставить в положении Фаулера (по возможности), затем придать удобное положение.  13.Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  14.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместил в емкость для дезинфекции. Обработал поверхности.  15.Снять перчатки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  16.Сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм Кормление пациента через гастростому.**  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить (если пациент адекватен) пациента заранее (10-15 мин.) о предстоящем приеме пищи, рассказать о содержании блюд.  2.Проветрить помещение  3.Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  4.Придать пациенту положение Фаулера, рядом с пациентом положить непромокаемую салфетку.  5.Вскрыть упаковку с зондом (требуется помощь ассистента).  6.Вставить заглушку в дистальный конец зонда.  7.Облить конец зонда стерильным вазелиновым маслом и ввести в гастростому на 10см.  Выполнение процедуры:  8.Снять заглушку с зонда и подсоединить к воронке. Слегка наклонить воронку и наполнить питательной смесью, температура которой 38-40 °С. Медленно поднять воронку, держать прямо, когда пища опустится до устья воронки, следует опустить ее до уровня желудка и снова заполнить питательной смесью.  9.После кормления, промыть воронку и зонд кипячёной водой, отсоединить.  10.Наложить зажим на зонд (или закрыть заглушкой) и зафиксировать зонд до следующего кормления, придать пациенту удобное положение.  Завершение процедуры:  11.Убрать салфетку в емкость для сбора грязного белья.  12.Пациенту рекомендовать не вставать с постели в течение 1,5-2 часов. Затем придать пациенту комфортное положение в постели.  13.Емкость для сбора грязного белья увести в санитарную комнату.  14.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции. Обработать поверхности.  15.Перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  16.Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  **Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного**  Последовательность действий:  1) Выбирайте назначения из медицинской карты ежедневно, после завершения обхода всех пациентов врачами и записей назначений в медицинской карте.  2) Перепишите их в специальную тетрадь или листок назначений, отдельно для каждого пациента.  3) Сведения о назначениях инъекциях передайте в процедурный кабинет, процедурной медсестре.  4) Убедитесь в правильности понимания ваших записей.  5) Перечень назначенных лекарственных средств, написанных по-русски, передайте старшей медсестре отделения.  6) Она суммирует эти сведения и выписывает по определенной форме требование на получение лекарственных средств из аптеки.    **Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения**  Классификационные признаки групп ЛС для раздельного хранения  вид применения, агрегатное состояние, физико-химические свойства, срок годности, лекарственная форма .  Так, в зависимости от токсикологической группы должны храниться раздельно ЛС, относящиеся к:  —списку А (ядовитые и наркотические вещества);  —списку Б (сильнодействующие);  —общему списку.  Списки А и Б — это списки ЛС, разрешенных к медицинскому применению Фармакологическим государственным комитетом, зарегистрированных Минздравом РФ и требующих особых мер безопасности и контроля при хранении, изготовлении и применении этих ЛС в силу высокого фармакологического и токсикологического риска.  С учетом фармакологической группы следует раздельно хранить, например, витамины, антибиотики, сердечные, сульфаниламидные препараты и т.д.  Признак «вид применения» обуславливает раздельное хранение лекарственных препаратов для наружного и внутреннего применения.  Лекарственные вещества «ангро» хранят с учетом их агрегатного состояния: жидкие, сыпучие, газообразные и т.д.  В соответствии с физико-химическими свойствами и влиянием различных факторов внешней среды выделяют группы ЛС:  —требующие защиты от света;  —от воздействия влаги;  —от улетучивания и высыхания;  —от воздействия повышенной температуры;  —от воздействия пониженной температуры;  —от воздействия газов, содержащихся в окружающей среде;  —пахучие и красящие;  —дезинфицирующие.  При организации раздельного хранения ЛС необходимо также принимать во внимание срок годности, особенно, если он относительно короткий, например, 6 месяцев, 1 год, 3 года.  Важным признаком, который следует учитывать при раздельном хранении, является вид лекарственной формы: твердые, жидкие, мягкие, газообразные и др.  При хранении не рекомендуется:  —располагать рядом ЛС, созвучные по названиям;  —размещать рядом ЛС для внутреннего применения, имеющие сильно различающиеся высшие разовые дозы, а также располагать их в алфавитном порядке.  Не соблюдение описанных выше правил раздельного хранения ЛС может привести не только к ухудшению или потере потребительских свойств ЛС, но и к ошибке фармацевтического персонала при отпуске качественного, но не того препарата и, как следствие, - к угрозе для жизни или здоровья пациента.  В процессе хранения осуществляют сплошной визуальный контроль за состоянием тары, внешними изменениями ЛС и ИМН не реже одного раза в месяц. В случае изменения ЛС следует проводить контроль их качества в соответствии с НТД и ГФ.  **Алгоритм раздачи лекарственных средств пациентам.**  Мероприятия:  1.Поставьте на передвижной столик емкости с лекарственными препаратами (твердыми и жидкими), пипетки (отдельно для каждого флакона с каплями), мензурки, графин с водой, ножницы, листки назначений.  2.Переходя от пациента к пациенту, раздайте лекарственные средства у постели пациента согласно назначениям врача.  3.Давая лекарственное средство пациенту, предоставьте ему необходимую информацию.  4.Научите пациента принимать различные лекарственные формы перорально и сублингвально.  5.Пациент должен принять лекарственное средство в вашем присутствии.  При раздаче лекарственных средств нужно учитывать следующее:  1.Лекарственные средства чаще даются внутрь до еды за 15-30 минут, так как при взаимодействии с пищей замедляется их всасывание.  2.Препараты, раздражающие слизистую оболочку желудочно-¬кишечного тракта  (препараты железа, ацетилсалициловая кислота, раствор кальция хлорида и др.) принимают после еды через 15-30 минут.  3.Ферментативные препараты, улучшающие процессы пищеварения  (фестал, панзинорм, сок желудочный и др.) даются пациенту во время еды.  4.Препараты, назначенные пациенту "натощак", должны быть приняты за 20-60 минут до завтрака.  5.Снотворные принимаются за 30 минут до сна.  6.Нитроглицерин, валидол (при необходимости) хранятся у пациента на тумбочке постоянно.  7.Настои, отвары, растворы, микстуры, назначаются обычно столовыми ложками (15 мл), в условиях стационара удобно пользоваться градуированными мензурками.  8.Спиртовые настойки, экстракты и некоторые растворы  (например, 0,1% раствор атропина сульфата, настойка пустырника) назначают в каплях.  Если во флаконе с лекарственным веществом нет вмонтированной капельницы, то используют пипетки. Для каждого лекарственного вещества должна быть отдельная пипетка!  9.Пилюли, драже, капсулы, таблетки, содержащие железо, принимаются в неизменном виде.  **Алгоритм раздачи лекарственных средств пациентам.**  Мероприятия:  1.Поставьте на передвижной столик емкости с лекарственными препаратами (твердыми и жидкими), пипетки (отдельно для каждого флакона с каплями), мензурки, графин с водой, ножницы, листки назначений.  2.Переходя от пациента к пациенту, раздайте лекарственные средства у постели пациента согласно назначениям врача.  3.Давая лекарственное средство пациенту, предоставьте ему необходимую информацию.  4.Научите пациента принимать различные лекарственные формы перорально и сублингвально.  5.Пациент должен принять лекарственное средство в вашем присутствии.  При раздаче лекарственных средств нужно учитывать следующее:  1.Лекарственные средства чаще даются внутрь до еды за 15-30 минут, так как при взаимодействии с пищей замедляется их всасывание.  2.Препараты, раздражающие слизистую оболочку желудочно-¬кишечного тракта  (препараты железа, ацетилсалициловая кислота, раствор кальция хлорида и др.) принимают после еды через 15-30 минут.  3.Ферментативные препараты, улучшающие процессы пищеварения  (фестал, панзинорм, сок желудочный и др.) даются пациенту во время еды.  4.Препараты, назначенные пациенту "натощак", должны быть приняты за 20-60 минут до завтрака.  5.Снотворные принимаются за 30 минут до сна.  6.Нитроглицерин, валидол (при необходимости) хранятся у пациента на тумбочке постоянно.  7.Настои, отвары, растворы, микстуры, назначаются обычно столовыми ложками (15 мл), в условиях стационара удобно пользоваться градуированными мензурками.  8.Спиртовые настойки, экстракты и некоторые растворы  (например, 0,1% раствор атропина сульфата, настойка пустырника) назначают в каплях.  Если во флаконе с лекарственным веществом нет вмонтированной капельницы, то используют пипетки. Для каждого лекарственного вещества должна быть отдельная пипетка!  9.Пилюли, драже, капсулы, таблетки, содержащие железо, принимаются в неизменном виде.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1.Заполнение порционного требования | 1 | |  | 2.Раздача пищи больным | 1 | |  | 3.Кормление тяжелобольного пациента в постели с ложки и поильника | 1 | |  | 4.Искусственное кормление пациента | 2 | |  | 5.Проведение выборки назначений из медицинской карты стационарного больного | 1 | |  | 6.Раздача лекарств пациентам | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | *Содержание и объем проведенной работы* | Оценка | Подпись |
| 30. 06. 2020 | **План 10 рабочего дня**  1.Заполнение журнала учета лекарственных средств  2.Заполнение накладной - требования на лекарственные средства  3.Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения  4.Закапывание капель в глаза  5.Введение мази за нижнее веко  6.Закапывание сосудосуживающих, масляных капель в нос  **Заполнение журнала учета лекарственных средств.**  **Журнал учета антибактериальных и дорогостоящих препаратов.**  Наименование средства: \_\_\_\_Tetracyclinum\_\_\_\_  Единица измерения: \_\_\_\_\_\_упаковка\_\_\_\_\_\_  Приход   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № п/п | Дата получения | Поставщик, номер накладной | Кол-во препарата | Фамилия  получившего | Подпись | | 1 | 30.06.2020 | Аптека, №79 | 1 упак. | Санчат | Санчат |   Расход   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Дата  Выдачи | №  поста | Кол-во  препарата | Получил | | Отпустил  (ФИО) | Подпись | Остаток | | ФИО | Подпись | | 30.06.  2020 | 3 | 1 упак. | Санчат А. Ш. | Санчат | Аракелян Л. В. | Аракелян | 0 |   **Заполнение накладной – требования на лекарственные средства.**  **Требование – накладная №**\_\_\_5\_\_\_\_   |  | | --- | | **Коды** | | **03150008** | |  |   Форма по ОКУД  Организация ККБ г.Красноярска по ОКПО   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Дата составления | Код  вида опера-ии | Отправитель | | Получатель | | Корреспондирующий счет | | Учетная ед. выпуска  продукции (работ, услуг) | | Структурное  подразделение | Вид деятел-  ности | Структур  ное  подразделение | Вид деятел-  ности | Счет, субсчет | Код аналитического учета | | 30.06. 2020 |  | Аптечный склад | Леч | ЦСО | Леч | 10501 | 340 |  |   Через кого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Затребовал: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Разрешил Гл.врач: \_\_\_\_Аракелян Л. В. \_\_\_  Зав.отд. \_\_\_Джураева М. Ж. \_\_\_\_\_   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Корреспондирующий счет | | Материальные ценности | | Единица измерения | | Количество | | Цена, руб., коп. | Сумма без учета  НДС  руб.,  коп. | Порядковый номер по складской карточке | | Счет, субсчет | Код аналитического учета | Наименование | Номенклатурный номер | Код | Наименование | Затребовано | Отпущено | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | 10501 | 340 | Natrii chloridum  in solutio 10ml  0,9% N10 |  |  | упак. | 2 |  |  |  |  | |  |  | **Всего** |  |  |  |  |  |  |  |  |   Отпустил Аракелян \_Аракелян Л. В.\_\_\_  Получила ст. м/с \_\_Санчат \_\_\_Санчат А. Ш.\_\_\_  должность подпись расшифровка должность подпись расшифровка  **Распределение лекарственных средств, в соответствии с правилами их хранения.**  Правила хранения лекарств в отделениях:  1.Ответственность за хранение и расход лекарств, а также за порядок на местах хранения, соблюдение правил выдачи и назначение лекарств несет заведующий отделением (кабинетом). Непосредственным исполнителем организации хранения и расхода медикаментов является старшая медицинская сестра.  2.Хранение медикаментов в отделениях (кабинетах) должно быть организовано в запирающихся шкафах. Обязательно деление на группы "Наружные", "Внутренние", "Инъекционные", "Глазные капли".  Кроме того, в каждом отделении шкафа, например, "Внутренние", должно быть деление на порошки,  микстуры, ампулы, которые размещаются раздельно, причем порошки хранятся, как правило, на верхней полке, а растворы на нижней.  3. Пахучие и красящие вещества должны быть выделены в отдельный шкаф.  4.Хранение лекарств в операционной, перевязочной, процедурной организуется в инструментальных остекленных шкафах или на хирургических столиках. Каждый флакон, банка, штанглаз, содержащие лекарства, должны иметь соответствующую этикетку.  5.Ядовитые лекарственные средства должны храниться в отдельном шкафу под замком. Наркотические лекарственные средства должны храниться в сейфах или в железных шкафах. На внутренней стороне дверок шкафа (сейфа) должна быть надпись "А" и перечень ядовитых средств с указанием высших разовых и суточных доз. Запасы ядовитых и наркотических средств не должны превышать 5-дневной потребности в них.  6.Сильнодействующие лекарственные средства (список Б) должны храниться в отдельном (деревянном) шкафу под замком. Запасы сильнодействующих средств не должны превышать 10-дневной потребности.  7.В местах хранения и на постах дежурных врачей и медицинских сестер должны быть таблицы высших разовых и суточных доз ядовитых, наркотических и сильнодействующих средств, а также таблицы противоядий при отравлениях.  **Алгоритм закапывания капель в глаза.**  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  2.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  3.Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики  4.Помочь пациенту занять удобное положение.  Выполнение процедуры:  5.Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку нужное количество капель, взять в левую руку марлевый шарик.  6.Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз.  7.Закапать в конъюнктивальную складку 2-3 капли (не подносить пипетку близко к конъюнктиве). Попросить пациента закрыть глаза.  8.Попросить пациента промокнуть вытекшие капли у внутреннего угла глаза.  9.Повторить те же действия при закапывании в другой глаз (при назначении врача).  10.Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.  Завершение процедуры:  11.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  12.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  13.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм введения мази за нижнее веко стеклянной палочкой.**  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.  Выяснить аллергоанамнез.  2.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  3.Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики, стеклянную палочку.  4.Помочь пациенту занять удобное положение.  Выполнение процедуры:  5.Открыть флакон (тюбик), взять палочкой немного мази. Закрыть флакон.  6.Дать марлевые шарики пациенту в каждую руку (по возможности). Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз.  7.Заложить мазь за нижнее веко в направлении от внутреннего угла глаза к наружному (держать палочку мазью вниз).  8.Вывести глазную палочку из конъюнктивального свода вращательным движением, по направлению к наружной спайке век, одновременно отпустить нижнее веко.  9.Попросить пациента закрыть глаза.  10.Попросить пациента удалить, вытекающую, из-под сомкнутых век мазь, или сделать это за него.  11.При необходимости заложить мазь за нижнее веко другого глаза, повторив те же действия.  12.Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта.  Завершение процедуры:  13.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  14.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  15.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм введение мази за нижнее веко из тюбика.**  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.  Выяснить аллергоанамнез.  2.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  3.Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики.  4.Помочь пациенту занять удобное положение.  Выполнение процедуры:  5.Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Попросить пациента слегка запрокинуть голову, смотреть вверх и оттянуть ему марлевым шариком нижнее веко вниз.  6.Выдавить из тюбика мазь, продвигая её от внутреннего угла глаза к наружному так, чтобы мазь вышла за наружную спайку век. Отпустить нижнее веко, пациент должен закрыть глаза.  7.Попросить пациента закрыть глаза.  8.Попросить пациента удалить, вытекающую из-под сомкнутых век мазь или сделать это за него.  9.При необходимости заложить мазь за нижнее веко другого глаза, повторить те же действия.  10.Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта.  Завершение процедуры:  11.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  12.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  13.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм закапывание сосудосуживающих капель в нос.**  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  2.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  3.Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики.  4.Помочь пациенту занять удобное положение (сидя).  Выполнение процедуры:  5.Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача.  6.Попросить пациента сесть, слегка запрокинув голову и склонить её (при закапывании в левую ноздрю - влево, в правую - вправо).  7.Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос).  8.Попросить пациента прижать пальцем крыло носа к перегородке сразу после закапывания капель и сделать лёгкие круговые движения, не отнимая пальца. Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры.  9.Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия.  10.Спросить у пациента об облегчении носового дыхания через 1-2 минуты.  Завершение процедуры:  11.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  12.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  13.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм закапывание масляных капель в нос.**  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  2.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  3.Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные марлевые шарики  4.Помочь пациенту занять удобное положение (сидя или лежа).  Выполнение процедуры:  5.Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Набрать в пипетку лекарственное средство для одной ноздри – по назначению врача.  6.Попросить пациента сесть или лечь, запрокинув голову.  7.Приподнять кончик носа пациента и закапать в нижний носовой ход (не вводить пипетку глубоко в нос).  8.Марлевым шариком, при необходимости, промокнуть кожу после процедуры.  9.Закапать капли во вторую ноздрю (при наличии назначения врача), повторив те же действия.  10.Спросить у пациента о том, ощутил ли он вкус капель во рту. Попросить пациента полежать несколько минут.  Завершение процедуры:  11.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  12.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  13.Сделать запись о выполненной процедуре. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | *Содержание и объем проведенной работы* | Оценка | Подпись |
| 01. 07. 2020  02. 07. 2020 | **План 11 рабочего дня**  1.Введение мази в носовые ходы  2.Закапывание капель в ухо  3.Нанесение мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента  4.Подача судна и мочеприемника (мужчине и женщине)  5.Постановка газоотводной трубки  6.Постановка лекарственной клизмы  7.Постановка очистительной клизмы  **Введение мази в носовые ходы.**  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.  Выяснить аллергоанамнез.  2.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  3.Приготовить мазь по назначению врача, проверить срок годности, в стерильный лоток пинцетом положить стерильные ватные турунды, марлевые шарики.  4.Дать марлевые шарики в каждую руку пациенту (по возможности). Выдавить на ватную турунду 0,5-0.7 см мази (если мазь во флаконе, воспользоваться стерильной стеклянной лопаточкой).  5.Ввести ватную турунду вращательными движениями в нижний носовой ход (с одной стороны) на 10-15 минут.  6.Извлечь турунду и положить её в ёмкость для использованного материала.  7.Повторить предыдущие действия при введении мази в другой носовой ход.  8.Марлевым шариком, при необходимости, удалить остатки мази с кожи после процедуры.  9.Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.  10.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  11.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  12.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм закапывания капель в ухо.**  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции, уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  2.Приготовить капли по назначению врача, проверить срок годности, подогреть лекарственный препарат до температуры тела на водяной бане (поставить флакон в ёмкость с горячей водой, температуру контролировать водным термометром).  3.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  4.Выложить пинцетом в лоток стерильные марлевые шарики.  5.Помочь пациенту занять удобное положение (лежа на боку или сидя, наклонив голову в сторону).  Выполнение процедуры:  6.Набрать в пипетку 2-3 капли лекарственного средства (в одно ухо – по назначению врача).  7.Оттянуть ушную раковину назад и вверх и закапать 2-3 капли ухо.  8.Повторить те же действия (при наличии назначения врача) при закапывании в другое ухо через несколько минут (чтобы не вытекло лекарственное средство).  9.Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта в связи с проведённой процедурой.  **Алгоритм Нанесение мази на кожу.**  I. Подготовка к процедуре  1) Прочитать название мази.  2) Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате.  3) Помочь пациенту занять удобное для процедуры положение.  4) Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.  Выполнение процедуры  1) Выдавить из тюбика на стеклянную лопаточку (шпатель) мазь (по назначению врача).  2) Нанести мазь тонким слоем на кожу, пользуясь стеклянной лопаточкой (шпателем).  3) Попросить пациента подержать поверхность кожи с нанесенной мазью 10-15 мин. открытой.  4) Спросить пациента не испытывает ли он дискомфорта в связи с процедурой.  5) Снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.  Окончание процедуры  1) Осмотрев кожу, убедитесь, что мазь впиталась в поверхность кожи.  2) Использованные материалы (шпатель) погрузить в емкость для отходов класса «Б».  3) Снять перчатки, погрузить в емкость для отходов класса «Б». Обработать руки на гигиеническом уровне.  **Применение присыпки.**  1.Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  Обеспечить конфиденциальность.  2.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  3.На чистую сухую кожу (паховые складки, область под молочными железами и др.) без повреждений равномерно нанести присыпку через насадку с распылителем.  4.Распределить порошок с помощью ватного шарика или специальной кисти по большей поверхности.  5.Использованные материалы (ватные шарики) погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б».  6.Снять перчатки, погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». Убрать ширму. Провести гигиеническую обработку рук.  7.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Действия при втирании линимента (жидкая мазь).**  1.Предупредить пациента о проведении процедуры. Уточнить у пациента понимание цели и хода обучения, получить его согласие. Выяснить аллергоанамнез.  2.Прочитать название препарата. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве.  3.Попросить пациента занять удобное положение, при необходимости помочь.  Отгородить пациента ширмой.  4.Осмотреть участок кожи, на который нужно нанести втирание.  5.Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.  6.Нанести нужное для втирания количество жидкой мази на шпатель или перчатку.  7.Втирать легкими вращательными движениями в определенную врачом поверхность кожи до тех пор, пока не исчезнут следы лекарственного средства (или по инструкции).  8.Тепло укрыть пациента, если этого требует инструкция.  9.Убедиться в том, что пациент не испытывает дискомфорта после проведенной процедуры.  10.Использованные материалы (шпатель) погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б».  11.Снять перчатки, погрузить в емкость с маркировкой «Для отходов класса Б». Провести гигиеническую обработку рук.  12.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм подачи судна пациенту.**  Подготовка к процедуре:  1.По возможности установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на проведение.  2.Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  3.Отгородить пациента ширмой.  4.Ополоснуть судно теплой водой, оставив в нем немного воды.  5.Открыть нижнюю часть тела.  Выполнение процедуры:  6.Попросить пациента согнуть ноги, и приподнять таз, или повернуть пациента на бок (помочь пациенту).  7.Под таз пациента положить непромокаемую одноразовую пеленку и подвести судно так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна.  8.Прикрыть пациента одеялом и оставить на некоторое время одного.  9.По окончании дефекации попросить пациента приподнять таз, или повернуться на бок (помочь пациенту), правой рукой извлечь судно.  Завершение процедуры:  10.Осмотреть содержимое судна, вылить в унитаз, судно обработать в соответствии с требованиями санэпидрежима. При наличии патологических примесей (слизи, крови и так далее), оставить содержимое судна до осмотра врачом.  11.Снять перчатки, сбросить в емкость для отходов класса «Б». Обработать руки, надеть другую пару перчаток.  12.Подвести под пациента чистое судно.  13.Подготовить оборудование для подмывания и подмыть пациента.  14.Убрать ширму.  15.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  16.Провести гигиеническую обработку рук, сделать запись о проведенной процедуре.  **Алгоритм постановки газоотводной трубки.**  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры и получить его согласие.  2.Приготовить оснащение к процедуре: стерильная газоотводная трубка, стерильное вазелиновое масло, марлевая салфетка или туалетная бумага, средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, адсорбирующая пеленка, судно.  3.Прийти в палату к пациенту, Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.  4.Поставить ширму у кровати пациента, положить адсорбирующую пеленку на постель, попросить пациента лечь ближе к краю кровати на левый бок, ноги прижать к животу, оголить ягодицы, при необходимости помочь пациенту.  5.Поставить на пеленку или на стул рядом с пациентом судно с небольшим количеством воды. Если пациенту противопоказано положение на левом боку, газоотводную трубку можно ставить в положении пациента лежа на спине, тогда судно с водой будет находиться между ногами пациента.  Выполнение процедуры:  6.Взять закругленный конец газоотводной трубки как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами. Облить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  7.Раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см., свободный конец газоотводной трубки опустить в судно с водой. О том, что газоотводная трубка введена правильно, свидетельствуют пузырьки на поверхности воды. Газоотводная трубка ставится на 1 час, так как возможно образование пролежней на слизистой оболочке кишки. По назначению врача процедура может быть повторена.  8.Укрыть пациента. Наблюдать в течение часа за эффективностью процесса выведения газов из кишечника.  **Алгоритм постановки лекарственной клизмы.**  Подготовка к процедуре:  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие.  Предупредить пациента о том, что после проведения манипуляции нельзя вставать с кровати. Выяснить аллергоанамнез.  2.Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, вазелиновое масло, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр, лекарственное средство по назначению врача.  Подогреть лекарственное средство на «водяной бане» до 38 °С, проверить температуру раствора термометром.  3.Прийти в палату к пациенту, провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. Убедиться, что лекарственное средство соответствует назначению врача, набрать в грушевидный баллон или шприц Жанэ.  4.Отгородить пациента ширмой, положить адсорбирующую клеенку на постель, попросить пациента лечь на левый бок, правую ногу прижать к животу, оголить ягодицы, при необходимости помочь пациенту.  5.Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой.  Выполнение процедуры:  6.Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами.  7.Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  8.Затем раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.,  9.Выпустить остатки воздуха из баллона. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести лекарственное средство.  10.Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  Завершение процедуры:  11.Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  12.Марлевой салфеткой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади. Салфетку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  13.Помочь пациенту занять удобное положение в постели. Адсорбирующую пеленку оставить под пациентом.  14.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  15.Емкость из-под лекарственного средства сбросить в отходы класса «А».  16.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». 17.Провести гигиеническую обработку рук. Сделать запись о проведенной процедуре.  18.Убедиться в эффективности действия после введения лекарственного средства.  **Алгоритм постановки очистительной клизмы**  Мероприятия  1) Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие. Пригласить пройти в клизменную. Также процедура может проводиться в палате, при невозможности транспортировать пациента, в этом случае перед процедурой пациента отгораживают ширмой.  2) Провести гигиеническую обработку рук, надеть фартук, перчатки.  3) Закрыть вентиль и налить в кружку Эсмарха 1,5 л. воды, предварительно измерив ее температуру при помощи водного термометра. Подвешать кружку на штатив, на уровне одного метра от пола.  4) Положить адсорбирующую пеленку на кушетку так, чтобы она свисала в таз, попросить пациента лечь на левый бок, согнуть правую ногу в колене и прижать к животу, оголить ягодицы. При необходимости помочь пациенту. Если пациент не может лежать на животе, процедура выполняется в положении лежа на спине.  5) Вскрыть упаковку с одноразовым клизменным наконечником, и присоединяет его к системе, не нарушая стерильности.  6) Открыть вентиль и слить немного воды через наконечник, вытесняя воздух, закрыть вентиль.  7) Облить наконечник вазелиновым маслом, не касаясь стерильной поверхности наконечника руками.  8) Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести наконечник в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см.  9) Открыть вентиль на системе.  10) Ввести необходимое количество жидкости. Когда вода опустится до устья кружки Эсмарха, закрыть вентиль.  11) Осторожно извлечь наконечник из прямой кишки.  12) Попросить пациента в течение 10 минут полежать на спине и удерживать воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно.  13) Отсоединить клизменный наконечник от системы, при этом можно использовать туалетную бумагу, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  14) Обработать кружку Эсмарха по инструкции дезинфицирующего средства, обработать кушетку. Снять фартук и также провести его дезинфекцию, снять перчатки сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  15) Провести гигиеническую обработку рук.  16) После дефекации пациента, убедиться, что процедура проведена успешно. Сделать запись в медицинской карте о проведении процедуры.  17) Примечание: при жалобе пациента на боль спастического характера прекратить введение раствора пока боль не утихнет. Предложить глубоко дышать.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1.Введение мази в носовые ходы | 1 | |  | 2.Закапывание капель в ухо | 1 | |  | 3.Нанесение мази в кожу, нанесение мази, присыпки на кожу пациента | 3 | |  | 4.Подача судна и мочеприемника (мужчине и женщине) | 1 | |  | 5.Постановка газоотводной трубки | 1 |   **План 12 рабочего дня**  1.Постановка масляной клизмы  2.Постановка сифонной клизмы  3.Постановка гипертонической клизмы  4.Введение лекарственного средства в прямую кишку  5.Оказать помощь пациенту при рвоте  6.Промывание желудка  7.Осуществить посмертный уход  **Постановка масляной клизмы.**  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие.  2.Предупредить пациента о том, что после проведения манипуляции нельзя вставать с кровати  3.Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, вазелиновое масло 100-200 мл, марлевые салфетки, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр.  4.Подогреть масло на «водяной бане» до 38 °С, проверить температуру масла термометром.  5.Прийти в палату к пациенту, провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки. В грушевидный баллон набрать масло.  6.Отгородить пациента ширмой, положить адсорбирующую клеенку на постель, попросить пациента лечь на левый бок, правую ногу прижать к животу, оголить ягодицы, при необходимости помочь пациенту.  7.Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой.  8.Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами.  9.Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  10.Затем раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.,  11.Выпустить остатки воздуха из баллона. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести масло.  12.Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  13.Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  14.Марлевой салфеткой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади. Салфетку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  15.Помочь пациенту занять удобное положение в постели. Адсорбирующую пеленку оставить под пациентом. Напомнить пациенту, что эффект от клизмы наступит через 10-12 часов.  16.Использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  17.Емкость из-под масла сбросить в отходы класса «А».  18.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук. Сделать запись о проведенной процедуре.  19.Утром уточнить у пациента, был ли стул.  **Постановка сифонной клизмы.**  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие (если пациент контактен).  2.Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, клеенчатый фартук, перчатки.  3.Поставить таз около кушетки. Положить на кушетку адсорбирующую пеленку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод. Попросить пациента лечь на левый бок, при этом его правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу, при необходимости медицинский работник помогает пациенту.  4.Вскрыть упаковку с толстым зондом, и воронкой, внутренняя поверхность упаковки служит стерильной поверхностью, на которой лежит зонд и воронка.  5.Взять в руку зонд, смазать облить слепой конец зонда вазелиновым маслом на протяжении 30-40 см.  6.Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см.  7.К другому концу зонда присоединить воронку, держать ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента и наливать в нее 0,5-1 л воды. Следует отметить, что емкость с чистой водой стоит так, чтобы в нее не попали брызги промывных вод.  8.Медленно поднимать воронку выше ягодиц так, чтобы вода ушла в кишечник лишь до устья воронки.  9.Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнит воронку полностью. Слить воду из воронки в приготовленную емкость (при необходимости в лабораторную посуду для исследования).  10.Промывание повторять до чистых промывных вод, но с использованием не более 10-12 л воды.  11.По окончании процедуры отсоединить воронку и убрать в емкость для дезинфекции, зонд оставить в кишечнике примерно на 10-20 минут для того, чтобы слилась оставшаяся в кишечнике жидкость.  После медленно извлечь зонд из кишечника через салфетку или туалетную бумагу и также поместить в емкость для дезинфекции.  12.Помочь пациенту провести туалет анального отверстия. У женщин обязательно кзади для профилактики инфицирования. Сбросить бумагу в емкость для сбора отходов класса «Б».  13.Промывные воды слить в канализацию. Все использованные емкости подвергнуть дезинфекции по инструкции дезинфицирующего средства. Адсорбирующую пеленку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Затем провести дезинфекцию поверхностей: кушетка, пол.  Снять фартук, провести его дезинфекцию.  14.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  15.Уточнить у пациента его самочувствие, по возможности. Произвести запись о проведенной процедуре.  **Постановка гипертонической клизмы.**  1.Предупредить пациента о проведении манипуляции. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие. Пригласить пройти в клизменную.  2.Приготовить оснащение к процедуре: средства индивидуальной защиты: маска перчатки, стерильные: грушевидный баллон или шприц Жанэ, газоотводная трубка, 10 % раствор натрия хлорида – 100 мл или 20-30 % раствор магния сульфата – 50 мл, лоток для использованного материала, адсорбирующая пеленка, водный термометр. Подогреть раствор на «водяной бане» до 38 °С, проверить его температуру водным термометром.  3.Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть маску, перчатки. В грушевидный баллон набрать гипертонический раствор.  4.Положить адсорбирующую пеленку на кушетку, попросить пациента лечь на левый бок, правую ногу прижать к животу, оголить ягодицы.  5.Взять закругленный конец газоотводной трубки, как пишущее перо, перегнуть трубку посередине, свободный конец зажать 4-м и 5-м пальцами.  6.Полить вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки.  7.Раздвинуть ягодицы пациента 1 и 2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 20-30 см.,  8.Выпустить остатки воздуха из баллона. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввести набранный раствор.  9.Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.  10.Извлечь газоотводную трубку и сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  11.Марлевой салфеткой или туалетной бумагой провести туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади, сбросить салфетку в емкость для сбора отходов класса «Б».  12.Напомнить пациенту, что эффект наступит через 20-30 минут.  13.По окончании процедуры использованное одноразовое оборудование и материалы сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразовое поместить в емкость для дезинфекции.  14.Емкость из-под масла утилизировать в отходы класса «А».  15.Снять перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», провести гигиеническую обработку рук.  16.После дефекации пациента, убедиться, что у пациента был стул.  **Алгоритм введение суппозиториев в прямую кишку**  Цель: оказать местное или резорбтивное медикаментозное воздействие через слизистую оболочку прямой кишки.  Показания: назначение врача.  Оснащение: фантом; спецодежда: халат, колпак, обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: перчатки, маска; лист врачебных назначений, емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий, антисептический раствор для гигиенической обработки рук, суппозитории из холодильника.  Мероприятия  1) Предупредить пациента о проведении манипуляции Уточнить у пациента понимание цели и хода процедуры, получить его согласие.  2) Достать упаковку с суппозиториями из холодильника, прочитать названия суппозитория, уточнить срок годности, сравнить названия с назначением врача. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате.  3) Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, перчатки.  4) Отгородить пациента ширмой, если есть другие люди в палате.  5) Положить под ягодицы адсорбирующую пеленку. Попросить пациента принять положение на спине или на левом боку и согнуть ноги в коленях.  6) Вскрыть оболочку, в которую упакован суппозиторий, но не извлекать его.  7) Попросить пациента расслабиться.  8) Развести ягодицы одной рукой, а другой ввести выдавленный из упаковки суппозиторий в анальное отверстие (оболочка от упаковки останется у Вас в руках).  9) Предложить пациенту лечь в удобное для него положение (помочь при необходимости).  10) Оболочку сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б».  11) Снять маску, перчатки, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  12) Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм оказание помощи пациенту в сознании при рвоте.**  Цель: оказание помощи пациенту при рвоте.  Показания: рвота у пациента.  Противопоказания: нет  Оснащение: средства индивидуальной защиты: маска , перчатки, емкость для сбора рвотных масс, полотенце, фартук клеенчатый – 2 шт., стакан с кипяченой водой, стерильная емкость с крышкой, емкости для дезинфекции.  Подготовка к процедуре:  1.Объяснить пациенту ход и цели предстоящей процедуры, получить согласие. Успокоить пациента.  2.Обработать руки. Надеть перчатки. Подготовить необходимое оснащение.  3.Надеть фартук на себя и пациента.  4.Усадить пациента, если позволяет его состояние.  5.Поставить таз или ведро к ногам пациента.  Выполнение процедуры:  6.Придерживать голову пациента, положив ему ладонь на лоб во время рвоты. Дать пациенту стакан с водой для полоскания рта после рвоты. Обтереть вокруг рта полотенцем.  7.Помочь пациенту лечь, сняв с него фартук.  Завершение процедуры:  8.Проветрить палату. Убрать емкость с рвотными массами из палаты, предварительно показав их врачу. Затем слить в канализацию, обработать емкости.  9.Полотенце убрать в мешок для грязного белья. Снять фартук, обработать фартуки двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства.  10.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  11.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм оказание помощи пациенту в бессознательном положении при рвоте.**  Цель: оказание помощи пациенту при рвоте в бессознательном состоянии.  Показания: рвота у пациента.  Противопоказания: нет  Оснащение: средства индивидуальной защиты: маска, перчатки, емкость для сбора рвотных масс, полотенце, фартук клеенчатый – 2 шт., стакан с кипяченой водой, грушевидный баллон, стерильная емкость с крышкой, емкости для дезинфекции.  Подготовка к процедуре:  1.Провести гигиеническую обработку рук.  2.Надеть маску, перчатки. Надеть фартук.  Выполнение процедуры:  3.Повернуть пациента в постели на бок и зафиксировать его в этом положении с помощью подушек, либо повернуть на бок голову.  4.Накрыть шею и грудь пациента полотенцем.  5.Поставить емкость для сбора рвотных масс на пол (или почкообразный лоток ко рту пациента).  6.Придерживать пациента, стоя сбоку: одну руку положить на лоб, вторую – на плечо пациента, чтобы пациент не упал.  Завершение процедуры:  7.Обработать ротовую полость пациента, предварительно отсосав рвотные массы грушевидным баллоном. Убрать емкость с рвотными массами из палаты, предварительно показав их врачу, затем слить в канализацию, обработать емкости (попросить помощника).. Умыть и обтереть пациента полотенцем.  8.Уложить удобно и укрыть пациента.  9.Проветрить палату.  10.Полотенце убрать в мешок для грязного белья. Снять фартук, обработать двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства.  11.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  12.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Алгоритм промывания желудка толстым зондом.**  Цель: удалить из желудка его содержимое.  Показания: Острые отравления различными ядами, принятыми внутрь, пищевые отравления, гастриты с обильным образованием слизи, реже - уремия (при значительном выделении азотсодержащих соединений через слизистую оболочку желудка), и др.  Необходимость эвакуации желудочного содержимого с целью снижения давления на стенки желудка и уменьшения выраженности тошноты и рвоты, связанных с кишечной непроходимостью или оперативным вмешательством.  Противопоказания: крупные дивертикулы, значительное сужение пищевода, отдаленные сроки (более 6-8 ч) после тяжелого отравления крепкими кислотами и щелочами (возможна перфорация стенки пищевода), язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, опухоли желудка, кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма, тяжелые сердечные заболевания.  Оснащение: фантомы для выполнения манипуляций; комплект сменной спецодежды: халат, шапочка (колпак), обувь с гигиеническим покрытием; средства индивидуальной защиты: маска, перчатки; емкости для дезинфекции и сбора использованных изделий ; антисептический раствор для гигиенической обработки рук; система для промывания желудка: одноразовый, толстый, стерильный, желудочный зонд, стеклянная воронка емкостью 0,5-1 л; таз для промывных вод; клеенчатый фартук– 2 шт.; полотенце; салфетки; стерильная емкость для забота промывных вод; вода комнатной температуры – 10 л; кружка, емкостью 1 л; стерильный лоток; стерильный глицерин; шприц Жанэ; фонендоскоп.  Подготовка к процедуре:  1.Объяснить пациенту ход и цели предстоящей процедуры, если пациент в сознании, получить согласие.  2.Провести гигиеническую обработку рук.  3.Надеть маску, фартук, перчатки, Подготовить необходимое оснащение.  4.Надеть фартук на пациента.  5.Усадить пациента на стул, голову немного наклонить вперед (или уложить, голова на бок, под головой адсорбирующая пеленка).  6.Приставить таз к ногам пациента – слева от него, справа – ведро с водой (попросить помощника).  7.Измерить зондом расстояние до желудка (от мечевидного отростка до кончика носа и мочки уха), поставить метку.  Выполнение процедуры:  8.Смочить слепой конец зонда, предложить пациенту открыть рот.  9.Взять зонд в правую руку на расстояние 10 см от закругленного конца, встать справа от пациента, положить конец зонда на корень языка.  10.Предложить пациенту делать глотательные движения, глубоко дышать носом. Зонд ввести до метки медленно и равномерно.  11.Ввести в желудок около 20 мл воздуха с помощью шприца Жанэ, выслушивая при этом в эпигастральной области характерные звуки.  12.Присоединить воронку к зонду.  13.Опустить воронку ниже уровня желудка, слегка наклонив ее, налить воду кружкой.  14.Медленно поднять воронку вверх на 1 метр от пола или на 30 см выше рта пациента. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее до уровня колен пациента и слить содержимое в таз (или в стерильную емкость на исследование).  15.Повторить промывание до получения чистых промывных вод.  Завершение процедуры:  16.Отсоединить воронку и извлечь зонд из желудка, обернув его салфеткой.  17.Дать пациенту прополоскать рот, обтереть вокруг рта салфеткой.  18.Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции.  19.Промывные воды слить в канализацию, емкости продезинфицировать.  20.Обработать фартук двукратно с интервалом 15 минут, или по инструкции дезинфицирующего средства.  21.Отправить в лабораторию 200 мл промывных вод на исследование.  22.Снять перчатки, маску, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Провести гигиеническую обработку рук.  23.Сделать запись о выполненной процедуре.  **Осуществление посмертного ухода.**  1.Установите ширму.  2.Наденьте перчатки и фартук.  3.Положите тело на спину, уберите подушки.  4.Поместите конечности в нейтральное положение (руки вдоль тела). Уберите любые механические приспособления, например шины. Трупное окоченение появляется через 2-4 часа после смерти.  5.Полностью накройте тело простынёй, если Вы вынуждены отлучиться.  6.Аккуратно закройте глаза, обеспечив легкое давление, в течение 30 сек. на опущенные веки.  7.Раны с выделениями должны быть закрыты чистой непромокаемой пеленкой, надежно зафиксированы широкой липкой лентой во избежание протекания.  8.Выясните у родственников, необходимо ли снять обручальное кольцо. Заполните форму и обеспечьте сохранность ценностей. Украшения должны сниматься в соответствии с правилами лечебного учреждения в присутствии второй медсестры. Список украшений должен быть внесён в форму уведомления о смерти.  9.Заполните формы, идентифицирующие пациента, и идентификационные браслеты.  10.Закрепите браслеты на запястье и лодыжке.  11.Извещение о смерти должно заполняться в соответствии с правилами лечебного учреждения, которые могут предписывать закрепление данного документа на одежде пациента или простыне.  12.Накройте тело простынёй.  13.Свяжитесь с санитарами для перевозки тела в морг. Родственники ещё раз могут проститься с умершим в похоронном зале после разрешения персонала морга.  14.Снимите и утилизируйте перчатки и фартук в соответствии с местными правилами и вымойте руки.  15.Все манипуляции должны быть документированы. Делается запись о религиозных обрядах. Фиксируются также данные о способе завертывания тела (простыни, мешок) и наложенных повязках (на раны, на отверстия).   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1.Постановка масляной клизмы | 1 | |  | 2.Постановка сифонной клизмы | 1 | |  | 3.Постановка гипертонической клизмы | 1 | |  | 4.Введение лекарственного средства в прямую кишку | 1 | |  | 5.Оказать помощь пациенту при рвоте | 2 | |  | 6.Промывание желудка | 1 | |  | 7. Осуществить посмертный уход | 1 | |  |  |