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**

Преддипломной практики по профессиональному модулю:

«Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах»

Междисциплинарный курс «Сестринская помощь при различных заболеваниях и состояниях»

студента (ки) 409 группы

специальности 34.02.01 Сестринское дело

очной формы обучения

Поповой

Елены

Владимировны

База преддипломной практики: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Руководители практики:

Общий руководитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Непосредственный руководитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Методический руководитель: Филенкова Н.Л., Стародубец И.И., Бодров Ю.И.

**Инструктаж по технике безопасности**

**1. Перед началом работы в отделении стационара или поликлиники необходимо переодеться.** Форма одежды: медицинский халат, медицинская шапочка, медицинская маска, сменная обувь (моющаяся и на устойчивом каблуке), при необходимости сменная хлопчатобумажная одежда (при работе в оперблоке, блоке интенсивной терапии, в реанимационном и хирургическом отделении). Ногти должны быть коротко острижены, волосы убраны под шапочку, украшения не должны касаться одежды. Кроме того, украшения запрещается носить в учреждениях педиатрического профиля.

При повреждении кожи рук, места повреждений должны быть закрыты лейкопластырем или повязкой.

**2. Требования безопасности во время работы:**

1. Всех пациентов необходимо рассматривать как потенциально инфицированных ВИЧ-инфекцией и другими инфекциями, передающимися через кровь. Следует помнить и применять правила безопасности для защиты кожи и слизистых при контакте с кровью и жидкими выделениями любого пациента.

2. Необходимо мыть руки до и после любого контакта с пациентом.

3. Работать с кровью и жидкими выделениями всех пациентов только в перчатках.

4. Сразу после проведения инвазивных манипуляций дезинфицировать инструменты, приборы, материалы в соответствии с требованиями санитарно-противоэпидемического режима. Не производить никакие манипуляции с использованными иглами и другими режущими и колющими инструментами, сразу после использования – дезинфицировать их.

5. Пользоваться средствами защиты глаз и масками для предотвращения попадания брызг крови и жидких выделений в лицо (во время хирургических операций, манипуляций, катетеризаций и других лечебных процедур).

6. Рассматривать всё бельё, загрязнённое кровью или другими жидкими выделениями пациентов, как потенциально инфицированное.

7. Рассматривать все образцы лабораторных анализов как потенциально инфицированные. Транспортировку биоматериала осуществлять в специальных контейнерах.

8. Разборку, мойку и полоскание инструментов, лабораторной посуды и всего, соприкасавшегося с кровью или другими жидкими выделениями пациента проводить только после дезинфекции, в перчатках.

9. В рабочих помещениях, где существует риск инфицирования, запрещено есть, пить, курить, наносить косметику и брать в руки контактные линзы.

10. Пользоваться электроприборами и оборудованием разрешается только после дополнительного инструктажа по технике безопасности на рабочем месте, под руководством непосредственного руководителя практики и при условии полной исправности приборов. В случае обнаружения любых неисправностей необходимо срочно сообщить непосредственному руководителю практики, не предпринимая попыток устранить неисправность.

11. Необходимо использовать индивидуальные средства защиты при работе с дезинфицирующими и моющими средствами (перчатки, халат, маска, респиратор при необходимости, очки).

12. Соблюдать универсальные меры предосторожности при работе с бьющимися острыми и режущими предметами.

13. Соблюдать правильную биомеханику тела для предотвращения травм опорно-двигательного аппарата при транспортировке пациентов и уходе за ними.

**3. Требования безопасности по окончании работы:**

1. Использованные перчатки подлежат дезинфекции перед утилизацией.

2. Сменная рабочая одежда стирается отдельно от другого белья, при максимально допустимом температурном режиме, желательно кипячение.

3. Сменная обувь обрабатывается дезинфицирующим средством, после окончания работы необходимо принять гигиенический душ.

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

Печать ЛПУ

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **12/05/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Педиатрия:**  **Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария**  **Выполнение дезинфекции методом полного погружения:**  1.Погрузить полностью предмет ухода, заполняя его полости дезинфицирующим раствором.  2.Снять перчатки.  3.Отметить время начала дезинфекции.  4.Выдержать необходимое время процесса дезинфекции данным средством.  5.Надеть перчатки.  6.Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить.  7.Вылить дезинфицирующий раствор в канализацию  8.Хранить предмет ухода в специально отведённом месте.  9.Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.  Метод двукратного протирания:  1.Протереть последовательно, двукратно, предмет ухода дезинфицирующим средством.  2.Следить, чтобы не оставалось необработанных промежутков на предмете ухода.  3.Дать высохнуть.  4.Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить.  5.Вылить дезинфицирующий раствор в канализацию.  6.Хранить предмет ухода в специально отведенном месте.  7.Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.  **Терапия:**  **Сбор мочи на общий анализ**  1. Посуду для сбора мочи подготовьте с вечера (тщательно вымойте ее и высушите, наклейте этикетку с указанием вида анализа, ФИО, отделения и № палаты).  2. Мочу берут утром, после сна.  3. Перед сбором мочи пациент должен тщательно подмыться (тяжелобольных пациентов подмывает медсестра), при наличии белей или выделений из влагалища - необходимо закрыть вход ватным тампоном и только после этого помочиться.  4. Собрать в посуду «среднюю порцию» мочи, т.е. начиная с середины мочеиспускания в количестве 100-200 мл.  5. Закончить мочеиспускание в унитаз.  6. Отправить собранную мочу в клиническую лабораторию на исследование.  **Сбор мочи по Нечипоренко**  1. Приготовить чистую, сухую посуду с направлением на исследование.  2. Произвести тщательный туалет области промежности (у женщин), или области наружного отверстия мочеиспускательного канала (у мужчин).  3. Отверстие влагалища закрыть тампоном.  4. Начать мочеиспускание в унитаз. | оценка |
|  | Содержание работы  5. Продолжить мочеиспускание в подготовленную емкость 50-100 мл (для исследования нужно 2-3 мл).  6. Завершить мочеиспускание в унитаз.  7. Закрыть емкость с мочой крышкой.  8. Вымыть руки.  9. Доставить в клиническую лабораторию с сопроводительным документом.  **Сбор мочи по Зимницкому**  1. В 6 ч. утра пациент опорожняет мочевой пузырь (эту мочу не собирают).  2. Пациент последовательно собирает мочу в 8 банок; в зависимости от частоты мочеиспускания мочится в каждую банку один или несколько раз, но только в течение 3 ч. Если за этот промежуток времени у пациента нет позывов к мочеиспусканию, медсестра напоминает ему о необходимости опорожнить мочевой пузырь (если мочи не окажется, банка остается пустой); если банка наполнена мочой до истечения 3-часового промежутка, пациент берет банку без номера и мочится в нее (он должен проинформировать об этом медсестру).  3. Утром следующего дня все банки отправляют в клиническую лабораторию, заполнив необходимую документацию.  **Хирургия:**  **Подсчет пульса:**  Подготовка к процедуре: 1.Объяснить пациенту суть и ход исследования. 2.Получить его согласие на процедуру. 3.Вымыть руки. Выполнение процедуры: 1.Во время процедур пациент может сидеть или лежать. 2.Предложить расслабить руку, при этом кисти и предплечье не должны быть «на весу». 3.Прижать 2,3,4- м пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента (1 палец находится со стороны тыла кисти), почувствовать пульсацию. 4.Если при одновременном исследовании пульсовых волн появляются различия, то определение других его свойств проводят при исследовании той лучевой артерии, где пульсовые волны выражены лучше. 5.Взять часы или секундомер. 6.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. 7.С помощью часов или секундомера определить частоту пульса – количество пульсовых волн в 1 минуту. Если пульс ритмичный частоту можно исследовать в течение 30 секунд и показатели умножить на два. Если пульс неритмичный – определять частоту в течение 1 минуты. Нормальные показатели частоты пульса 60-80 уд/мин. Завершение процедуры: 1.Помочь пациенту занять удобное положение или встать. 2.Вымыть руки. 3.Записать результат в температурный лист. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Содержание работы  Подсчет частоты дыхательных движений  1.[Взять часы с секундной стрелкой или секундомер](https://topuch.ru/laboratornaya-rabota-100-izmerenie-elektronnim-sekundomerom-in/index.html) 2. Выполнять манипуляцию сухими и теплыми руками 3.Психологически подготовить пациента к манипуляции, преднамеренно предупредив его, что будут определяться свойства пульса; 4.Попросить пациента занять удобное положение и не разговаривать; 5.Положить пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса;  6.Подсчитать частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки или брюшной стенки;  7.Обратить внимание на глубину и ритмичность дыхания;  8.Зарегистрировать частоту дыханий за минуту в температурном листе.  **Измерение артериального давления**  Выполнение процедуры:  1.Уложить руку пациента в разогнутом положении (под локоть можно положить сжатый кулак кисти свободной руки или валик). Освободить руку от одежды. 2.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. 3.Вставить фонендоскоп в уши и одной рукой поставить мембрану фонендоскопа на область локтевого сгиба (место нахождения плевой артерии). 4.Проверить положение стрелки манометра относительно «0»-й отметки шкалы и другой рукой закрыть вентиль «груши», повернуть его вправо, этой же рукой нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации на лучевой артерии + 20-30 мм.рт.ст. (т.е. несколько выше предполагаемого АД).  5.Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм.рт.ст. в 1 секунду, повернуть вентиль влево. 6.Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны на шкале манометра соответствующую систолическому АД. 7.Продолжить выпускать воздух из манжеты отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова. 8.Выпустить весь воздух из манжетки и повторить процедуру через 1 – 2 минуты. 9.Сообщить пациенту результат измерения. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Содержание работы   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | 1 | |  | Сбор мочи для анализов: общий, по Нечипоренко, по Зимницкому, на бак посев | 1 | |  | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   Завершение процедуры:  1.Данные измерения округлить и записать АД в виде дроби, в числительном – систолическое давление, в знаменателе – диастолическое давление (АД 120/80 мм.рт.ст.).  2.Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной спиртом.  3.Вымыть руки.  4.Записать данные в принятую медицинскую документацию. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **13/05/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Педиатрия:**  **Мытье рук, надевание и снятие перчаток**  **Гигиеническая обработка рук :**  1. Проверить условия необходимые для эффективного мытья рук.  2. Приготовить всё необходимое.  3. Встать перед раковиной, стараясь не касаться её поверхности руками и одеждой.  4. Включить воду и отрегулировать температуру воды до комфортного значения (35-40 оС).  5. Намочить кисти рук водой.  6. Нанести мыло на ладонь при помощи локтевого дозатора (или любого другого).  7. Тереть ладонью о ладонь.  8. Обеспечение равномерной деконтаминации кистей рук.  9. Правой ладонью тереть по тыльной стороне левой кисти и наоборот.  10. Обработать межпальцевые промежутки: тереть ладони со скрещенными растопыренными пальцами.  11. Соединить пальцы в замок, тереть тыльной стороной согнутых пальцев по ладони другой руки.  12. Тереть поочередно круговыми движениями большие пальцы рук.  13. Тереть разнонаправленными круговыми движениями поочередно ладонь кончиками пальцев противоположной руки.  14. Смыть мыло проточной водой.  Примечание: доза жидкого мыла и время обработки согласно инструкции к применению. Эффективность проведения манипуляции. Окончание процедуры  15. Выключить воду локтевым краном.  16. Вытереть насухо руки бумажным полотенцем (индивидуальным матерчатым).  17. Выбросить бумажное полотенце в педальное ведро с пакетом для отходов класса А, не касаясь его.  Примечание: если раковина не имеет бесконтактный кран, сначала вытирают руки, затем закрывают вентиль, пользуясь использованным для вытирания рук медсестры бумажным полотенцем.  **Надевание стерильных перчаток**  Выполнение процедуры  1. Разверните упаковку с перчатками (можно положить упаковку на стол). 2. Возьмите перчатку за отворот левой рукой так, чтобы ваши пальцы не касались внутренней поверхности перчатки.  3. Сомкните пальцы правой руки и введите их в перчатку.  4. Разомкните пальцы правой руки и натяните перчатку на пальцы, не нарушая ее отворота.  5. Заведите под отворот левой перчатки 2, 3 и 4-й пальцы правой руки, уже оде той в перчатку так, чтобы 1-й палец правой руки был направлен в сторону 1-ого пальца на левой перчатке.  6. Держите левую перчатку 2, 3 и 4-м пальцами правой руки вертикально. | оценка |
| Дата | Содержание работы  7. Сомкните пальцы левой руки и введите ее в перчатку. III. Завершение процедуры  8. Расправьте отворот вначале на левой перчатке, натянув ее на рукав, затем на правой с помощью 2 и 3-его пальцев, подводя их под подвернутый край перчатки. В зависимости от ситуации, перчатки лучше надеть на рукава халата. В тех случаях, когда не требуется халат с длинными рукавами, перчатки закрывают запястье и часть предплечья. Снятие стерильных перчаток  1. Возьмите пальцами одну перчатку в районе запястья, и стягивайте ее с руки так, чтобы она вывернулась наизнанку.  2. Снятую перчатку держите в руке с надетой перчаткой.  3. Заведите пальцы руки, с которой снята перчатка, внутрь – между второй перчаткой и запястьем.  4. Скатайте вторую перчатку с руки вниз и вложите ее в первую перчатку.  5. Поместите использованные перчатки в емкость с отходами класса Б. 6. Продезинфицируйте руки обеззараживающими средствами.  **Хирургия:**  **Изготовление дренажей (марлевых, резиновых, комбинированных, трубчатых)**  Марлевые дренажи:  Для этой цели можно использовать салфетки, турунды, тампоны  Резиновые дренажи:  Нарезные полоски из перчаточной резины  Комбинированные дренажи:  1. приготовить марлевый дренаж  2. перевязать полоской перчаточной резины посередине  Трубчатые дренажи:  Готовятся из фрагментов резиновых трубок, если нет фабрично изготовленных дренажных трубок  **Терапия:**  **Измерение температуры тела с графической регистрацией Подсчет пульса. Подсчет частоты дыхания. Измерение артериального давления**.  **Алгоритм измерение пульса**  1. Охватить пальцами правой руки кисть пациента в области лучезапястного сустава  2. Расположить 1-ый палец на тыльной стороне предплечья. 2, 3, 4 пальцами нащупать лучевую артерию  3. Прижать артерию к лучевой кости и прощупайте пульс  4. Определить:  • Симметричность пульса  • Ритмичность пульса  • Частоту пульса  • Напряжение и наполнение пульса  5. Сделать запись в лист динамического наблюдения  **Алгоритм измерения артериального давления**  1. Усадить или уложить пациента в зависимости от его состояния  2. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца  3. Подложить валик или кулак под локоть пациента | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  4. Наложить манжету тонометра на плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба (между манжеткой и рукой пациента должен свободно проходить палец)  5. Найти пальпаторно на локтевой аптерии пульсацию, приложить фонендоскоп  6. Соединить манжету с тонометром  7. Нагнетать постепенно воздух баллоном до исчезновения пульсации +20-30 мм ртутного столба сверх того  8. С помощью вентиля баллона снижать постепенно движение в манжетке, приоткрыв вентиль большим и указательным пальцами правой руки против часовой стрелки  9. Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона - это систолическое давление  10. Отметить по шкале на тонометре прекращение последнего громкого тона, при постепенном снижении давления - это диастолическое давление.  11. Для получения точных результатов измерить давление 3 раза на разных руках  12. Взять минимальное значение А\Д и записать данные в лист динамического наблюдения  **Алгоритм измерения температуры тела**  1. Вымыть руки теплой водой с мылом  2. Осмотреть подмышечную впадину и вытереть ее насухо  3. Взять термометр и стряхнуть ртуть ниже 35  4. Расположить термометр в подмышечной впадине так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом  5. Измерять температуру каждые 10 мин  6. Обратить внимание, чтобы между телом и термометром не было белья  7. Вынуть термометр и зафиксировать цифровые данные в истории болезни по ходу дневника пациента, а также в температурном листе в виде линии, в соответствии с цифровым значением  8. Встряхнуть термометр  9. Обработать термометр в специальном лотке с дезинфицирующим раствором в течении 30 мин  10. Затем промыть термометр под проточной водой, вытереть насухо и поставить в чистую емкость с надписью: «Чистые термометры»  **Алгоритм измерения частоты дыхания**  1. Попросите пациента лечь удобно, чтобы вы видели верхнюю часть передней поверхности грудной клетки.  2. Возьмите руку пациента, как для исследования пульса на лучевой артерии, чтобы пациент думал, что вы исследуете его пульс.  3. Смотрите на грудную клетку: вы увидите, как она поднимается и опускается. | оценка |
| Дата | Содержание работы  4. Если вам не удается увидеть движение грудной клетки, положите свою руку на грудную клетку пациента, и вы почувствуете эти движения.  5. Подсчитайте частоту за 1 минуту (только количество вдохов).  6. По окончании процесса измерения помогите пациенту сесть удобнее, уберите все лишнее.  7. Снимите перчатки, вымойте руки.  8. Зарегистрируйте данные измерения в температурном листе пациента.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Мытье рук, надевание и снятие перчаток | 1 | |  | Изготовление дренажей (марлевых, резиновых, комбинированных, трубчатых) | 1 | |  | Измерение температуры тела с графической регистрацией Подсчет пульса. Подсчет частоты дыхания. Измерение артериального давления | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **14/05/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Педиатрия:**  **Подготовка материала к стерилизации**  1. Вымыть руки, высушить.  2. Проверить готовность бикса.  3. Надеть перчатки, маску.  4. Смочить ветошь для дезинфекции бикса в дезинфицирующем растворе.  5. Обработать бикс изнутри, последовательно со дна бикса круговыми движениями рук по спирали, перейти на наружную поверхность бикса.  6. Обработать бикс снаружи, заканчивая дезинфекцией дна бикса.  7. Сбросить ветошь для последующей дезинфекции.  8. Смочить вторую ветошь для дезинфекции бикса в дезинфицирующем растворе.  9. Повторить этапы дезинфекции бикса и ветоши.  10. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор.  11. Вымыть руки, обсушить.  12. В сухой бикс, с открытыми окошками и выстланный бязевой салфеткой (если используется бикс с фильтром, в котором нет окошек, салфетка не применяется), уложить подготовленный перевязочный материал в мешочках вертикально, рыхло; салфетка должна свисать по краям бикса на 1/3.  13. Поместить индикаторы стерильности в три заданные точки (по инструкции).  14. Закрыть материал свисающей по краям бикса салфеткой так, чтобы не было комков ткани.  15. Положить под крышку бикса последний индикатор стерильности.  16. Закрыть крышку бикса на замок, проверив его состав на привязанной к ручке бикса маркировке (бирке).  17. Поставить подпись лица, ответственного за укладку. Бикс готов к транспортировке в ЦСО.  **Хирургия:**  **Приготовление перевязочного материала (салфеток, шариков).**  **Приготовление малых салфеток:**  Все края марли, размером 20x15 см, должны быть подвернуты внутрь салфетки. Первыми подворачивают края больших сторон так, чтобы они заходили несколько друг за друга, затем подво­рачивают, меньшие стороны внутрь до соприкосновения друг с другом, и салфетку складывают пополам. Из тех же кусков марли готовят тампоны: большие, средние, малые, аналогично салфеткам, за исключением последних манипуляций. Для создания тампона образованную полоску складывают пополам в продольном и поперечном направлениях | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  **Приготовление шариков:**  Маленькие шарики готовят из марли 6x8 см, средние — 8x10 см. Кусочки марли, взя­тые для приготовления шариков, сворачивают таким об­разом, чтобы образовался марлевый комок в виде треу­гольного конверта. При этом из шарика не должны тор­чать нитки. Наиболее распространен следующий способ свертыва­ния шариков, состоящий из 3 моментов: противополож­ные стороны марлевой салфетки загибают на 2 см, полу­чая марлевую полоску; марлевую полоску укладывают на ногтевые фаланги 2-го и 3-го пальцев правой кисти; сво­бодные концы вкладывают один в другой, и получается марлевый шарик.  **Терапия:**  **Утренний туалет тяжелобольного пациента: умывание, подмывание, уход за глазами, ушами, полостью рта, кожей.**  **Умывание пациента:**  1. Приготовить всё необходимое для манипуляции.  2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании).  3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один.  4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний.  5. Обработать руки. Надеть перчатки.  6. Аккуратно приподнять голову пациента и подстелить под неё гигиеническую пелёнку. Прикрыть грудь пациента второй пелёнкой.  7. Смочить рукавичку в тёплой воде, слегка отжать и намылить мылом.  8. Надеть рукавичку на правую руку и протереть лицо пациента сверху вниз: лоб, веки, щёки, нос, подбородок, шея, ушные раковины и заушные пространства  9. Хорошо прополоскать рукавичку в тёплой воде, слегка отжать. Смыть мыло с лица пациента в той же последовательности. При необходимости смыть мыло несколько раз.  10. Промокательными движениями полотенцем осушить кожу лица пациента в той же последовательности.  11. Убрать рукавичку, гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок.  12. Придать удобное положение. Убрать ширму.  13. Снять перчатки. Обработать руки.  14. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.  **Уход за глазами:**  1. Приготовить всё необходимое для манипуляции. В стерильный лоток положить стерильную пелёнку. В неё поместить стерильные шарики и пинцет.  2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании) | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один  4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний  5. Обработать руки. Надеть перчатки.  6. Аккуратно приподнять голову пациента и подстелить под неё гигиеническую пелёнку. Прикрыть грудь пациента второй пелёнкой.  7. Налить в свободный стерильный лоток антисептик и поместить туда при помощи пинцета 8-10 шариков  8. Взять пинцетом смоченный шарик и отжать о внутренний край лотка и не касаясь рукой пинцета положить его на ладонь другой руки  9. Обработать глаз шариком от наружного угла к внутреннему, выводя шарик на щеку (одним движением). Повторить обработку 4-5 раз, меняя шарики (до тех пор, пока веки и ресницы не будут чистыми).  10. Сухим шариком промокнуть остатки влаги таким же движением.  11. Обработку второго глаза провести в том же порядке.  12. Использованные шарики поместить в лоток для использованного материла. Убрать гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок.  13. Придать удобное положение. Убрать ширму.  14. Снять перчатки. Обработать руки.  15. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.  **Уход за носом:**  1. Приготовить всё необходимое для манипуляции. В стерильный лоток положить стерильную пелёнку. В неё поместить стерильные турунды и пинцет.  2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании).  3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один.  4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний.  5. Обработать руки. Надеть перчатки.  6. Аккуратно приподнять голову пациента и подстелить под неё гигиеническую пелёнку. Прикрыть грудь пациента второй пелёнкой.  7. Смочить турунды лубрикантом.  8. Приподнять кончик носа пациента, другой рукой ввести турунду вращательным движением в один носовой ход, а затем вторую турунду – в другой носовой ход.  9. При необходимости оставить турунду на 1-3 минуты.  10. Использованные турунды поместить в лоток для использованного материла. Убрать гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок.  11. Придать удобное положение. Убрать ширму.  12. Снять перчатки. Обработать руки  13. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  **Уход за ушами:**  1. Приготовить всё необходимое для манипуляции. В стерильный лоток положить стерильную пелёнку. В неё поместить стерильные турунды и пинцет.  2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании).  3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один.  4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний.  5. Обработать руки. Надеть перчатки.  6. Аккуратно приподнять голову пациента и подстелить под неё  гигиеническую пелёнку. Прикрыть грудь и плечи пациента второй пелёнкой.  7. Смочить салфетку в мыльном растворе и протереть внутреннюю поверхность и заушное пространство обеих ушных раковин, при этом меняя салфетки.  8. Высушить сухой салфеткой.  9. Использованные салфетки поместить в лоток для использованного материла.  10. Взять пинцетом ватную турунду и смочить тёплым 3 % раствором перекиси водорода.  11. Переложить турунду в правую руку. Пинцет поместить в стерильный лоток.  12. Оттянуть левой рукой ушную раковину кверху и кзади.  13. Ввести турунду вращательным движением в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см.  14. Аналогично осушить сухой ватной турундой наружный слуховой проход.  15. Аналогичным образом очистить второй слуховой проход.  16. Использованные турунды поместить в лоток для использованного материла. Убрать гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок.  17. Придать удобное положение пациенту. Убрать ширму.  18. Снять перчатки. Обработать руки.  19. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подготовка материала к стерилизации | 1 | |  | Приготовление перевязочного материала (салфеток, шариков) | 1 | |  | Утренний туалет тяжелобольного пациента: умывание, подмывание, уход за глазами, ушами, полостью рта, кожей | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **15/05/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Педиатрия**  **Проведение лекарственной, очистительной клизмы. Постановка газоотводной трубки**  Постановка очистительной клизмы:  Выполнение процедуры:  1. Уложить ребенка на левый бок, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах и прижать к животу.  Примечание: ребенка до 6 месяцев можно уложить на спину и приподнять ноги вверх.  2. Раздвинуть ягодицы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном положении.  3. Расположив резиновый баллончик, ввести наконечник осторожно, без усилий в анальное отверстие и продвинуть его в прямую кишку, направляя его сначала к пупку, а затем, преодолев сфинктеры, параллельно копчику.  4. Медленно нажимая на баллончик снизу, ввести воду и, не разжимая его, извлечь наконечник из прямой кишки (баллончик поместить в лоток для отработанного материала).  5. Левой рукой сжать ягодицы ребенка на 3 – 5 минут.  6. Уложить ребенка на спину, прикрыв промежность пеленкой (до появления стула или позывов на дефекацию).  Завершение процедуры:  1. Подмыть ребенка после акта дефекации, подсушить полотенцем промокательными движениями.  2. Одеть ребенка.  3. Снять фартук, перчатки, поместить в дезраствор.  4. Вымыть и осушить руки.  Постановка лекарственной клизмы и постановка газоотводной трубки:  Выполнение процедуры:  1.Уложить ребенка на левый бок, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах и прижать к животу.  2. Раздвинуть ягодицы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном положении.  3. Пережав свободный конец газоотводной трубки, ввести ее осторожно, без усилий в анальное отверстие и продвинуть ее прямую кишку на 2/3 ее длины, направляя сначала к пупку, а затем, преодолев сфинктеры, параллельно копчику  4. Расположив баллончик с лекарственным препаратом наконечником вверх, нажать на него снизу большим пальцем правой руки.  5. Не разжимая баллончик, присоединить его к газоотводной трубке.  6. Медленно нажимая на баллончик снизу, веси лекарственный раствор и, не разжимая резиновый баллончик, отсоединить его от газоотводной трубки, предварительно пережав ее свободный конец (баллончик поместить в лоток для отработанного материала). | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  7. Извлечь газоотводную трубку из прямой кишки. Пропустив ее через салфетку (газоотводную трубку и салфетку поместить в лоток для отработанного материала).  8. Левой рукой сжать ягодицы ребенка на 10 мин.  9. Уложить ребенка на живот.  Завершение процедуры:  1. Обработать перианальную область тампоном, смоченным вазелиновым маслом.  2. Одеть ребенка.  3. Снять фартук, перчатки, поместить в дезраствор.  4. Выть и осушить руки.  5. Проследить, чтобы ребенок находился в горизонтальном положении в течение 30 мин. после проведения процедуры.  **Хирургия**  **Подготовка к диагностическим исследованиям (рентгенологическим, эндоскопическим, ультразвуковым и т.д.).**  Рентгенологические исследования:  1.Рентген-лаборант помогает пациенту занять правильное положение.  2.Необходимо максимально освободить исследуемую область от одежды.  3.Область исследования также должна быть свободна от повязок, пластырей, электродов и других посторонних предметов, которые могут снизить качество получаемого изображения.  4.Убедиться, что отсутствуют различные цепочки, часы, ремень, заколки, если они расположены в области зоны исследования, которая будет подвергаться изучению.  5.Открытой оставляют только интересующую доктора область, остальное тело закрывают специальным защитным фартуком, экранирующим рентгеновские лучи.  Общая подготовка к эндоскопическим исследованиям (проводится по трём направлениям):  1. Психологическая подготовка. Включает разъяснение больному целей и задач предстоящего исследования.  2. Коррекция нарушенных параметров гомеостаза. В первую очередь это относится к сердечно-сосудистой и дыхательной системам, со стороны которых можно ожидать во время исследования наиболее тяжёлых осложнений.  3. Выявление заболеваний и состояний, которые могут повлиять на выбор средств для подготовки к исследованию. Это - повышенная чувствительность к лекарственным препаратом. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  **Ультразвуковое исследование**  1) За день до обследования исключить газообразующие продукты (молоко, капусту, чёрный хлеб, бобовые, свежие овощи и фрукты, сладкие блюда);  2) на ночь принять адсорбент (дозировка по назначению врача);  3)прийти на обследование натощак: ничего не пить, не есть, не принимать лекарственные средства.  4) Если назначено ультразвуковое исследование органов брюшной полости с водно-сифонной пробой, при себе необходимо иметь: 200 мл воды и соломку для коктейля.  5) Если назначено ультразвуковое исследование органов брюшной полости с определением функции желчного пузыря, при себе необходимо иметь: желчегонный завтрак (шоколадку или банан или сладкий чай).  6) При себе иметь пелёнку и салфетки.  **Терапия**  **Оказание помощи при анафилактическом шоке**  1. Прекратить введение предполагаемого медикамента-аллергена.  2. При возможности наложить жгут выше места введения медикамента или  обколоть место введения препарата 0,1 % раствором адреналина или  норадреналина в дозе 0,3-0,5 мл с 4-5 мл физиологического раствора.  3. Провести венепункцию/венесекцию и начать в/в введение препаратов:  • при необходимости в/в капельно: дофамин (доза индивидуальна) от 300  • до 700 мкг/мл (макс. 1500 мкг/мл) с постепенным снижением,  • длительность определяется гемодинамическими показателями.  • Введение ГКС (гидрокортозон 250 мг в/в капельно, преднизолон 90-120  • в/в струйно, дексаметазон 8-32 мг и др.)  • При систолическом артериальном давлении выше 90 мм рт. ст. могут  • быть введены антигистаминные препараты [клемастин (тавегил) 2.0 мл]  • Плазмозамещающие препараты в/в капельно или струйно  • При возникновении бронхообструктивного синдрома – аминофиллин  • (эуфиллин) 2.4 % 10 мл в/в на физиологическом растворе.  • Введение прессорных аминов (0,1 % раствор адреналина подкожно с  • интервалом 5-10 минут).  • Оксигенация  • Коррекция КЩС   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Проведение лекарственной, очистительной клизмы. Постановка газоотводной трубки | 1 | |  | Подготовка к диагностическим исследованиям (рентгенологическим, эндоскопическим, ультразвуковым и т.д.). | 1 | |  | Оказание помощи при анафилактическом шоке | 1 |   • Терапия острой дыхательной недостаточности, перевод на ИВЛ транспортировка больного в реанимацию. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **16/05/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Педиатрия:**  **Выписки направлений на консультации специалистов:**  Оснащение**:**бланки, этикетки.  Последовательность действий:  В бланке направления в лабораторию поликлиники укажите:  1) Название лаборатории (клиническая, биохимическая, бактериологическая и т.д.).  2) Фамилию, имя, отчество пациента.  3) Возраст.  4) Номер истории болезни.  5) Название отделения, номер палаты, (при амбулаторном обследовании - домашний адрес).  6) Материал.  7) Цель исследования.  8) Дату; подпись медицинской сестры, оформляющей направление.  Примечания:  - При направлении в лаборатории крови от пациентов, перенесших ОВГ или контактных по [гепатиту](https://studopedia.ru/2_69341_virusniy-gepatit-a.html), сделать маркировку.  - При оформлении мазков из зева и носа на BL (возбудителя дифтерии) обязательно укажите дату и час забора материала.  В направлении на процедуру укажите:  1) Фамилию, имя, отчество пациента.  2) Возраст.  3) Диагноз.  4) Куда направлен.  5) Цель (массаж, ЛФК и т.д.).  6) Подпись врача (назначившего процедуру).  На этикетке в лабораторию стационара напишите:  1) Номер или название отделения, номер палаты, номер истории болезни.  2) Фамилию, имя, отчество и возраст пациента.  3) Вид исследования.  4) Дату и подпись медицинской сестры.  Примечание:  - учет направлений в лаборатории, на консультации и на процедуры регистрируется в соответствующем журнале.  **Терапия:**  **Кормление тяжелобольного в постели:**  Подготовка к манипуляции:  1. Уточните у пациента любимые блюда и согласуйте меню с лечащим врачом или диетологом.  2. Предупредите пациента за 15 минут о том, что предстоит прием пищи, и поду­чите ею согласие  3. Проветрите помещение, освободите место на тумбочке, протрите ее или при­двиньте прикроватный столик, протрите его  4. Расскажите пациенту, какое блюдо приготовлено для него  5. Вымойте руки | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  Выполнение манипуляции:  1. Помогите пациенту принять положение Фаулера (если нет противопоказаний).  2. Помочь пациенту вымыть руки, причесаться, поправить одежду.  3. Шею и грудь пациента покроите салфеткой.  4. Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол.  5. Расположить тарелки с пищей в соответствии с пожеланиями пациента. При нарушении моторики подложить под тарелки нескользящие салфетки. При нарушении координации использовать посуду с защитным бортиком или иную посуду, рекомендованную специалистом по восстановительной медицине.  6. Предложить пациенту воспользоваться столовым прибором, в том числе специальной посудой для пациентов с нарушенными моторными функциями.  7. Если пациент готов есть самостоятельно.  8. При необходимости использовать вспомогательные приспособления для предплечья, облегчающие подъем руки до уровня рта (например, подвижные подставки для предплечья; поддерживающие ремни, одеваемые через голову); протезные или ортопедические приспособления.  9. Наблюдать за процессом питания; эффективностью пережевывания и глотания.  10. По мере необходимости заменять тарелки.  11. Дайте небольшой глоток воды и попросите его прополоскать рот.  12. Вытри губы пациента салфеткой  **Хирургия:**  **Пользование стерильным биксом:**  Укладка производится в подготовленный бикс в определённом порядке:  1. Проверить исправ­ность бикса.  2. Изнутри бикс протереть спиртово-марлевым тампоном. Дно и стенки застелить простынёй, на которую укладывать материал. На дно на простыню положить стеритест.  3. Изделия перед укладкой в бикс упаковать в бумагу или бязевую упаковку. На упаковку можно наклеивать стеритест.  4. Материал укладывать рыхло, чтобы пар свободно проникал в глубину и обеспечивал надёж­ную стерилизацию.  5. В каждый загруженный бикс поместить индикатор стерилизации (на дно, посередине, сверху) для контроля режима стерилизации на 3 уровня (стеритест или медтест). Количество тестов зависит от объема бикса.  6. Каждый предмет кладут так, чтобы он занимал, как можно меньше места и его легко можно было взять, не нарушая укладку (послойно и секторально). Уложенные в бикс изделия должны занимать не более 2/3 объёма бикса.  7. После загрузки бикса края простыни не заворачивать, а по­крыть материал сверху. На простыню положить стеритест и пинцет. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  8. Укладывать определённое количество заранее приготовленного материала в соответствии с нормами загрузки биксов. Лучше укладывать пачками по 10 штук однородного материала. Пачку перевязывать полоской бинта, марлевые шарики завязывать в марлевые мешочки.  9.Каждый бикс маркировать: на этикетке указать наименование отделения, дату укладки, наименование предметов, количество, фамилию ответственного лица.  10.На боковую стенку бикса (с двух сторон) с наружной стороны приклеить полоски стериконт для контроля режима стерилизации.  11.Доставку бикса в ЦСО проводить во влагостойком мешке, подлежащем стерилизации, обратно транспортировать в стерильном мешке. Мешок должен быть маркирован.  Перед извлечением стерильного материала и инструментов:  1. Визуально оценить плотность закрытия крышки бикса или целостность стерилизационной упаковки однократного применения.  2. Проверить цвет индикаторных меток на стериконтах, в т.ч. на стерилизационных упаковочных материалах.  3. Проверить дату стерилизации.  4. Стерильный бикс должен быть промаркирован с указанием названия отделения, материала, количества, даты и времени стерилизации, подписи м/с, ответственной за стерилизацию, боковые отверстия простого бикса закрыты, цвет индикатора изменился согласно стандарту.  5. На этикетке отметить дату и время открывания бикса, подпись открывавшего.  6. Данные стерилизации фиксируются в журнале ф.257-у. Отработанные стериконты подклеиваются в журнал (для контроля и анализа данных).  7. Стерильный материал из бикса брать стерильными пинцетами, закрывая каждый раз крышку бикса; при извлечении из бикса нельзя касаться внутренних стенок бикса руками.  8. Вскрытый бикс использовать в течение рабочей смены в процедурном кабинете, при условии упаковки в бумагу.  9. В перевязочном кабинете можно все изделия сразу извлекать из бикса на стерильный столик.  10. Извлечённый из бикса материал назад не возвращать.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Выписки направлений на консультации специалистов | 1 | |  | Кормление тяжелобольного в постели | 1 | |  | Пользование стерильным биксом | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **18/05/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Педиатрия**  **Осуществление парентерального введения лекарственных средств**  **Внутримышечная инъекция**  1. Объясните матери или ребёнку цель, ход предстоящей манипуляции, получите согласие на выполнение манипуляции.  2. Обработайте руки на гигиеническом уровне.  3. Помогите пациенту занять нужное положение.  Техника внутримышечной инъекции:  1. Проверьте срок годности и герметичность упаковки шприца. Вскройте упаковку, соберите шприц и положите его в стерильный латок.  2. Проверьте срок годности, название, физические свойства и дозировку лекарственного препарата. Сверьте с листом назначения.  3. Возьмите стерильным пинцетом 2 ватных шарика со спиртом, обработайте и вскройте ампулу.  4. Наберите в шприц нужное количество препарата, выпустите воздух и положите шприц в стерильный латок.  5. Наденьте перчатки и обработайте шариком в 70% спирте, шарики сбросить в лоток для отработанного материала.  6. Выложить стерильным пинцетом 3 ватных шарика.  7. Обработайте центробежно (или по направлению снизу - вверх) первым шариком в спирте большую зону кожных покровов, вторым шариком обработайте непосредственно место пункции, дождитесь пока кожа высохнет от спирта.  8. Шарики сбросьте в лоток для отработанного материала.  9. Ввести иглу в мышцу под углом 90 градусов, оставив 2-3 мм иглы над кожей.  10. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное вещество.  11. К месту инъекции прижать стерильный шарик и быстро вывести иглу.  12. Уточните у пациента самочувствие.  Примечание: проведите мероприятия по инфекционной безопасности, обработайте руки на гигиеническом уровне, осушите индивидуальным полотенцем.  **Внутривенная инъекция в вены головы**  1. укладывает ребенка в удобное положение;  2. моет тщательно руки;  3. одевает перчатки;  4. набирает в шприц лекарственный препарат;  5. обрабатывает кожу головы в месте инъекции ватным шариком, смоченным спиртом;  6. пережимает пальцем вену выше предполагаемого места инъекции;  делает прокол кожи быстрым движением, на небольшую глубину; | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  8. осторожно продвигает иглу вперед коротким движением и прокалывает вену,  9. ощущая «попадание в пустоту», из канюли иглы выступает при этом темная венозная кровь;  10. затем продвигает иглу по ходу вены; подсоединят к игле шприц:  11. убеждается, что игла осталась в вене - потягивает поршень на себя, при этом в  ширине появляется кровь;  12. не меняя положение шприца, левой рукой нажимает на поршень и медленно вводит  лекарственный препарат, оставляя в шприце небольшое количество;  13. прижав к месту инъекции ватный шарик, смоченный спиртом извлекает иглу из вены  параллельно поверхности кожи, чтобы не повредить стенку вены;  14. место пункции повторно обрабатывает спиртом и накладывает стерильную давящую  повязку  15. снимает перчатки:  16. наблюдает за состоянием ребенка в течение некоторого времени после инъекции.  **Подкожная инъекция**  1. Вымыть руки теплой водой с мылом  2. Надеть перчатки и обработать их шариком со спиртом  3. Обнажить место инъекции  4. Определить место инъекции  5. Обработать место инъекции стерильным шариком, смоченным 70-градусным спиртом площадью 10Х10 см в одном направлении  6. Обработать место инъекции вторым стерильным шариком со спиртом площадью 5Х5 см в одном направлении  7. Выпустить воздух из шприца  8. Взять шприц в правую руку, вторым пальцем придерживать муфту иглы 5-м пальцем поршень, остальными пальцами цилиндр  9. Сделать складку в месте инъекции, 1-м и 2-м пальцами левой руки  10. Ввести быстрым движением иглу под углом 30-40 градусов в основании складки на 2/3 длины иглы держа ее срезом вверх  11.Освободить левую руку, опустив складку  12.Оттянуть слегка пальцами левой руки поршень на себя, убедится, что игла не попала в сосуд (отсутствие крови в шприце)  13.Ввести медленно лекарственное вещество  14.Извлечь быстрым движением шприц с иглой  15.Прижать сухим стерильным шариком место инъекции  16.Использованные шприц, иглу, шарики, перчатки утилизировать | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  **Хирургия:**  **Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке и при других острых аллергических реакциях**  Отёк Квинке:  1. Немедленно прекратить поступление аллергена.  2. Ввести антигистаминные препараты в/м или в/в:  - 2,6% раствор пипольфена 0,1-0,15 мл/год жизни или  - 2% раствор супрастина 0,1-0,15 мл/год жизни.  3. Ввести 3% раствор преднизолона в дозе 1-2 мг/кг в/м или в/в.  4. По показаниям при нарастающем отеке гортани с обтурационной  дыхательной недостаточностью проведение интубации или трахеостомии.  Госпитализация в соматическое отделение.  Крапивница:  1. Немедленно прекратить поступление аллергена.  2. Назначить антигистаминные препараты внутрь (кларитин, кестин, зиртек,  телфаст) или в/м (см. отек Квинке).  3. При распространенной или гигантской крапивнице с лихорадкой ввести 3% раствор преднизолона 1-2 мг/кг в/м или в/в.  4. Провести энтеросорбцию активированным углем в дозе 1 г/кг в сут.  Госпитализация в соматическое отделение показана при отсутствии эффекта  от проводимой терапии. Также подлежат госпитализации больные, которым на догоспитальном этапе в связи с тяжестью состояния вводился преднизолон.  Токсический эпидермальный некролиз:  1. Немедленно прекратить поступление аллергена.  2. Ввести 3% раствор преднизолона в дозе 5 мг/кг в/м или в/в.  3. Ввести антигистаминные препараты в/м: 2,5% раствор пипольфена или 2% раствор супрастина в дозе 0,1-0,15 мл/год жизни  **Терапия**  **Оказание сестринской помощи при неотложных состояниях (желудочное кровотечение, приступ удушья при бронхиальной астме, приступ загрудинных болей при стенокардии)**  Желудочное кровотечение:  1. Уложить человека на спину, под ноги можно положить валик  2. До приезда врачей не давайте ему никакой жидкости, еды или лекарств, при необходимости смочите губы пострадавшего чистой питьевой водой;  3. Успокойте человека, объясните, что ему нужно делать до приезда скорой помощи;  4. Положите холод на область желудка, в качестве компресса можно использовать полотенце, смоченное в холодной воде или лед, завернутый в ткань;  5. Контролировать состояние пациента, пульс и дыхание.  6. При кровотечении освободите пострадавшего от тугих ремней и прочих сдавливающих предметов. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  **Приступ загрудинных болей при стенокардии:**  1. Придать положение полусидя, подложить свернутую одежду ему под плечи и голову, а также под колени.  2. Если пострадавший ранее принимал нитроглицерин, то помочь ему его принять. Для более быстрого эффекта таблетку нужно положить под язык. Если нитроглицерин помог, приступ должен пройти в течение 2-3 минут.  3. Если после приема таблетки прошло несколько минут, а боль не прошла — нужно принять его еще раз.  4. В случае, когда не помогла даже третья таблетка, и боль затянулась на 10 - 20 минут, нужно немедленно вызывать скорую помощь, чтобы избежать развития инфаркта.  **Приступ удушья при бронхиальной астме:**  1. Успокоить пациента.  2. Освободить пациента от стесняющей одежды, расстегнуть ворот рубашки.  3. Обеспечить доступ свежего воздуха.  4. Применение имеющегося у пациента карманного ингалятора (сальбутамол, фенотерол) – можно повторять 3-х кратно с интервалом в 20 мин.  5. Помочь пациенту воспользоваться его препаратом: достать его, вынуть из упаковки, надеть насадку, перевернуть аэрозоль и сделать 1-2 нажатия таким образом, чтобы препарат во время распыления попал на область задней стенки глотки. В это время пациент сделает несколько вдохов, и действующее вещество попадет в дыхательные пути.  6. Придать пациенту удобное сидячее положение (руки пациента должны опираться на стол или поручни кресла, локти разведены в стороны).  При отсутствии эффекта или утяжелении состояния пациента (угроза астматического статуса) необходимо немедленно вызвать «Скорую помощь»   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Осуществление парентерального введения лекарственных средств  Внутримышечная инъекция | 1 | |  | Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке и при других острых аллергических реакциях | 1 | |  | Оказание сестринской помощи при неотложных состояниях (желудочное кровотечение, приступ удушья при бронхиальной астме, приступ загрудинных болей при стенокардии) | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **19/05/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Терапия:**  **Разведение и введение антибиотиков:**  1. Ознакомился с назначением врача .  2. Пригласил и проинформировал пациента. Выяснил аллергоанамнез. Получил согласие на проведение процедуры.  3. Провел гигиеническую обработку рук (студент проговаривает, но не выполняет). Надел маску. Надел перчатки.  4. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  5. Подготовил шприц к работе. Подготовил лекарственный препарат:  6. сверил лекарственный препарат с листом врачебных назначений; проверил срок годности лекарственного средства; визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности; Развел антибактериальное средство и набрал лекарственный препарат в шприц:  7. обработал наружную крышку флакона с лекарственным препаратом (порошком), вскрыл центральную часть металлической крышки флакона нестерильным пинцетом при ее наличии, обработал резиновую пробку ватным шариком;  8. Обработал ампулу с растворителем и вскрыл ее  .9. Набрал в шприц из ампулы необходимое количество растворителя по инструкции антибактериального препарата;  10. Ввел под углом 90° иглу во флакон с лекарственным средством (порошком), резиновую пробку, выпустил растворитель во флакон с порошком антибиотика, придерживая канюлю иглы, снял иглу вместе с флаконом с подыгольного конуса, соблюдая инфекционную безопасность, положил шприц в стерильный лоток, перемешал аккуратно лекарственное средство во флаконе до полного его растворения;  11. Набрал содержимое флакона (по назначению врача) в шприц, сменил иглу, вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок с иглы, готовый шприц положил в стерильный лоток.  12. Придал пациенту удобное положение. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  13. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  14. Ввел иглу под углом 90 градусов к поверхности кожи, в мышцу и ввел лекарственное средство  .15. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, смоченный антисептиком, быстрым движением извлек иглу, придерживая канюлю.  16. Снял иглу со шприца при помощи иглосъемника. Шприц и ватные шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Лоток и пинцет погрузил в емкости для дезинфекции. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» флаконы – отходы класса «Б».  17. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость длясбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **Педиатрия:**  **Проведение ингаляций:**  1. Подготовка к процедуре:  2. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки  3. Открыть небулайзер | оценка |
| Дата | Содержание работы  4.Перелить жидкость из небулы (специального контейнера с лекарственным препаратом) или накапать раствор из флакона (разовую дозу препарата);  5. Добавить физиологический раствор до нужного объема 2-3 мл (по инструкции к небулайзеру);  6. Собрать небулайзер, проверить его работу  7. Присоединить мундштук или лицевую маску;  8. Выполнение процедуры:  9. Объяснить ребѐнку/родственникам ход и суть выполнения манипуляции, получить согласие  10. Усадить ребѐнка в удобном положении перед аппаратом или уложить  11. Соединить небулайзер и компрессор, включить компрессор;  12. Выполнить ингаляцию до полного расходования раствора (20 – 30 мнут, при необходимости с перерывом в 5 –10 минут)  13. Завершение процедуры:  14. Прополоскать ребѐнку полость рта тѐплой кипячѐной водой, обеспечить покой, рекомендовать воздержаться от кашля и не разговаривать 20 – 30 минут  15. Разобрать и обработать небулайзер  16. Вымыть и осушить руки  **Хирургия:**  **Остановка артериального кровотечения пальцевыми прижатием артерии к кости:**  1. Оценить общее состояние пациента и область ранения  2. Придать пациенту положение лёжа или сидя.  3. Очень плотно прижать артерию четырьмя пальцами выше места кровотечения к кости на 5-10 мин.  4. Проверить пульсацию ниже места кровотечения.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дн:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Разведение и введение антибиотиков | 1 | |  | Проведение ингаляций | 1 | |  | Остановка артериального кровотечения пальцевыми прижатием артерии к кости | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **20/05/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Терапия**  **1) Введение внутривенно капельного**  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом.  4. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  5. Подготовил лекарственный препарат (проверил срок годности лекарственного средства, целостность флакона)  6. Обработал ватным шариком наружную крышку флакона с лекарственным средством. Нестерильным пинцетом вскрыл центральную часть металлической крышки флакона и обработал резиновую пробку флакона вторым ватным шариком.  7. Проверил целостность упаковки и срок стерильности системы для инфузии. Вскрыл пакет с системой, взял ее в руки.  8. Закрыл зажим на системе, снял колпачок с иглы для флакона, ввел иглу до упора во флакон.  9. Перевернуть флакон вверх дном и закрепил на штативе, открыл воздуховод. Заполнил баллон системы до середины при помощи нажатия на него.  10. Снял инъекционную иглу с колпачком, положил в стерильный лоток.  11. Открыл зажим и заполнил капельницу по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком).  12. Закрыл зажим, присоединил инъекционную иглу с колпачком, вытеснил воздух через иглу, не снимая колпачка.  13. Зафиксировал систему на штативе.  14. Удобно уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  15. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5 -6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  16. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента. Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.  17. Надел очки. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  18. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  19. Большим пальцем зафиксировал вену, ниже места венепункции. Ввел иглу в вену. Убедился, что игла в вене.  20. Ослабил жгут, открыл зажим капельницы, убедился, что игла в вене и лекарство не поступает под кожу.  21. Закрепил систему лентой лейкопластыря. Отрегулировал скорость поступления лекарственного средства.  22. В течение инфузии следит за самочувствием пациента.  23. После завершения инфузии обработал руки, надел перчатки, закрыл зажим, убрал лейкопластырь, к месту пункции приложил ватный шарик и извлек иглу. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  24. Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3 -5 минут.  25. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные системы для инфузии, ватные шарики поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б».  26. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  27. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработал тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором.  28. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  29. Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б».  30. Провел гигиеническую обработку рук.  **Педиатрия**  **2)Разведение и введение антибиотиков**  1. Ознакомился с назначением врача  2. Пригласил и проинформировал пациента. Выяснил аллергоанамнез. Получил согласие на проведение процедуры.  3. Провел гигиеническую обработку рук (студент проговаривает, но не выполняет). Надел маску. Надел перчатки.  4. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  5. Подготовил шприц к работе. Подготовил лекарственный препарат:  6. сверил лекарственный препарат с листом врачебных назначений; проверил срок годности лекарственного средства; визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности; Развел антибактериальное средство и набрал лекарственный препарат в шприц:7. обработал наружную крышку флакона с лекарственным препаратом (порошком), вскрыл центральную часть металлической крышки флакона нестерильным пинцетом при ее наличии, обработал резиновую пробку ватным шариком;  8. Обработал ампулу с растворителем и вскрыл ее;  9. Набрал в шприц из ампулы необходимое количество растворителя по инструкции антибактериального препарата;  10. Ввел под углом 90° иглу во флакон с лекарственным средством (порошком), проколов - резиновую пробку, выпустил растворитель во флакон с порошком антибиотика, придерживая канюлю иглы, снял иглу вместе с флаконом с подыгольного конуса, соблюдая инфекционную безопасность, положил шприц в стерильный лоток, перемешал аккуратно лекарственное средство во флаконе до полного его растворения;  11. Набрал содержимое флакона (по назначению врача) в шприц, сменил иглу, вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок с иглы, готовый шприц положил в стерильный лоток.  12. Придал пациенту удобное положение. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  13. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  14. Ввел иглу под углом 90 градусов к поверхности кожи, в мышцу и ввел лекарственное средство.  15. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, смоченный антисептиком, быстрым движением извлек иглу, придерживая канюлю.  16. Снял иглу со шприца при помощи иглосъемника. Шприц и ватные шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Лоток и пинцет погрузил в емкости для дезинфекции. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» флаконы – отходы класса «Б».  17. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **Хирургия**  **3) Туалет гнойной раны.**  1. М/с надевает клеенчатый фартук и стерильные перчатки  2. Снимает старую повязку с помощью пинцетов, вдоль раны, придерживая сухим шариком кожу и не давая ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% р-ре перекиси водорода, а если повязка на кисти или стопе, ее лучше удалять после применения ванны из теплого 0,5% р- ра перманганата калия  3. После снятия поверхностных слоев повязки обильно смачивает внутренний слой 3% р-ром перекиси водорода или раствором любого антисептика, промокшие салфетки осторожно снимает пинцетом  4. Осматривает рану и прилежащие участки  5. Производит туалет кожи вокруг раны марлевыми шариками от краев раны к периферии 70% спиртом  6. Меняет пинцет, производит туалет раны (удаление гноя промыванием растворами перекиси водорода или фурациллина  7. При наличии гнойно-некротических процессов производит дренирование раны  8. Накладывает повязку с необходимым препаратом по назначению врача и фиксирует ее.  9. Контролирует состояние пациента, доставляет его в палату.  10. Использованный материал обрабатывается в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения.  11. Провести дезинфекцию и утилизацию медицинских отходов в соответствии с Сан.ПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений»   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Введение внутривенно капельного | 1 | |  | Разведение и введение антибиотиков | 1 | |  | Туалет гнойной раны | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **21/05/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Терапия:**  **Постановка сифонной клизмы:**  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, фартук, перчатки.  3. Поставил таз около кушетки. Положил на кушетку адсорбирующую пеленку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод.  4. Попросил пациента принять правильное положение, при необходимости помог пациенту.  5. Вскрыл упаковку с толстым зондом, и воронкой. Обработал перчатки антисептическим раствором.  6. Взял в руку зонд, смазал слепой конец зонда вазелиновым маслом. Ввел закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см.  7. Присоединил воронку к другому концу зонда, держал ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента.  8. Налил в воронку 0,5-1 л воды. Емкость с чистой водой стоит так, чтобы в нее не попали брызги промывных вод. Поднял воронку выше ягодиц так, чтобы вода ушла в кишечник до устья воронки.  9. Опустил воронку ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнила воронку полностью.  10. Слил воду из воронки в приготовленную емкость (при необходимости в лабораторную посуду для исследования). Промывание повторял до чистых промывных вод, с использованием не более 10-12 л воды.  11. Отсоединил воронку, оставил зонд в кишечнике на 10-20 минут. Воронку погрузил в емкость для дезинфекции.  12. Извлек зонд из кишечника через салфетку или туалетную бумагу. Помог пациенту провести туалет анального отверстия. У женщин обязательно кзади. Зонд и салфетку положил  13. Промывные воды слил в канализацию. Адсорбирующую пеленку сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б».  14. Все использованные емкости подверг дезинфекции. Обработал рабочие поверхности и фартук.  15. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук  **Педиатрия:**  **Введение капель в глаза, нос, уши:**  **Закапывание капель в нос:**  1. Усадить пациента со слегка запрокинутой головой или уложить на спину без подушки.  2. Вымыть руки, надеть перчатки.  3. Набрать в пипетку лекарственный раствор из флакона в объеме достаточном для проведения процедуры.  4. Наклонить голову пациента к правому плечу, если пациент сидит, повернуть вправо - если лежит.  5. Приподнять кончик носа пациента большим пальцем левой руки.  6. Ввести пипетку в правый носовой ход на глубину 1-1,5 см, стараясь не касаться слизистой носа и закапать 3-4 капли.  7. Аналогично через 20-30 секунд закапать лекарственный раствор в левый носовой ход.  8. Провести дезинфекцию пипетки.  9. Снятперчаткзить в емкость с дезинфицирующим средством, вымыть руки. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  **Закапывание капель в ухо**  1. Поставить флакон с лекарственным раствором в емкость с горячей водой и подогреть до температуры тела (36-37°С).  2. Уложить пациента на бок.  3. Вымыть руки, надеть перчатки.  4. Набрать в пипетку лекарственный раствор.  5. Проверить температуру лекарственного раствора (нанести раствор на тыльную поверхность ладони).  6. Оттянуть левой рукой ушную раковину верх и назад (для выпрямления наружного слухового прохода).  7. Закапать 2-3 капли лекарственного раствора в ухо.  8. При наличии перфорации барабанной перепонки слегка надавить несколько раз на козелок с целью распределения лекарственного препарата в барабанной полости.  9. Ввести в наружный слуховой проход пациента марлевый тампон.  10. Попросить пациента полежать в данном положении 10-15 минут.  11. Спросить пациента о самочувствии.  12. Аналогично закапать лекарственный раствор в другое ухо.  13. Провести дезинфекцию предметов ухода.  14. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим средством, вымыть руки.  Осложнение: ожог слизистой оболочки барабанной перепонки и барабанной полости.  **Закапывание капель в глаза**  1. Усадить пациента или уложить на спину без подушки лицом к источнику- света со слегка запрокинутой головой.  2. Вымыть руки, надеть перчатки.  3. Набрать правой рукой в пипетку лекарственный раствор.  4. Взять в левую руку стерильный марлевый шарик.  5. Попросить пациента посмотреть вверх.  6. Оттянуть нижнее веко левой рукой с помощью марлевого шарика.  7. Закапать в нижний конъюктевальный мешок 1-2 капли лекарственного раствора ближе к носу (не подносить пипетку близко к конъюнктиве!).  8. Попросить пациента закрыть глаза и повращать глазное яблоко для равномерного распределения лекарственного раствора.  9. Промокнуть шариком остатки капель у внутреннего угла глаза.  10. Аналогично закапать капли в другой глаз.  11. Спросить пациента о самочувствии.  12. Поместить весь использованный материал в соответствующие емкости с дезинфицирующими средствами.  13. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим средством, вымыть руки.  Примечание:  1. Для каждого лекарственного препарата нужна отдельная пипетка;  2. Флаконы с лекарственным раствором, если они хранятся в холодильнике, необходимо вынуть не менее, чем за 2 часа до применения.  **Хирургия:**  **Приготовление и наложение транспортных шин:**  1. шины накладывать на месте происшествия, не перенося пациента.  2. использовать стандартные шины: лестничные металлические Крамера, деревянные Дитерихса, пластмассовые, пневматические.  3. перед наложением шины следует ввести пострадавшему анальгетики (можно наркотические) и объяснить ему предстоящие действия. | оценка |
| Дата | Содержание работы  4. следует фиксировать шиной не менее двух суставов, соседних с местом перелома, а при переломах плеча и бедра – не менее трёх суставов.  5. моделирование шин осуществлять по здоровой конечности пациента.  6. шины накладывать поверх одежды и обуви, не снимая их, а при подозрении на открытый перелом следует разрезать одежду по шву и осмотреть место травмы  7. при наличии раны неотложну.ю помощь начинать с проведения временного гемостаза, наложив жгут или асептическую давящую повязку  8. при повреждении конечности следует придать ей функционально выгодное положение (физиологическое).  9. фиксирование шины следует выполнять бинтами, начиная с места перелома и далее от периферии к центру.  10. при вывихах иммобилизацию следует проводить в положении конечности с наименьшей болезненностью.  11. при переломах и вывихах необходимо проверить пульс на артериях повреждённой конечности и её чувствительность ниже повреждения.  12. при отсутствии стандартных транспортных шин следует использовать подручные средства: палки, дощечки, картон, пучки хвороста, рейки, бруски, лыжи, лопаты.  13. при отсутствии средств иммобилизации необходимо осуществить аутоиммобилизацию – прибинтовать повреждённую руку к туловищу, а ногу к здоровой ноге.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка сифонной клизмы | 1 | |  | Введение капель в глаза, нос, уши | 1 | |  | Приготовление и наложение транспортных шин | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **22/05/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Педиатрия:**  **Антропометрия**  **Измерение массы тела на электронных медицинских весах**  1.Установить весы на неподвижной поверхности (обычно на тумбочку возле пеленального стола).  2.Включить вилку сетевого провода в сеть, при этом на цифровом индикаторе засветится рамка. Через 35-40 сек. на табло появятся цифры (нули). Оставить весы включенными на 10 мин.  3.Проверить весы: нажать рукой с небольшим усилием в центр лотка – на индикаторе высветятся показания соответствующие усилию руки; отпустить грузоподъемную платформу – на индикаторе появятся нули.  4.Обработать поверхность весов дезинфицирующим раствором. Вымыть и просушить руки.  5.Положить на грузоподъемную платформу пеленку – на индикаторе высветится ее вес. Сбросить вес пеленки в память машины, нажав кнопку «Т» – на индикаторе появятся нули.  6.Раздеть ребенка.  7.Осторожно уложить на платформу сначала ягодичками, затем плечиками и головой. Ножки следует придерживать. Через некоторое время на индикаторе высветится значение массы ребенка, слева от значения массы значок «0», обозначающий, что взвешивание закончено. При перегрузке весов на табло высветится надпись «END». Спустя 5-6 с можно сбросить полученный результат. Значение массы фиксируется 35-40 с, затем, если не нажать кнопку «Т», показания весов автоматически сбрасываются на «0».  8.Снять с весов пеленку. Весы автоматически устанавливаются на «0».  9.Обеззаразить рабочую поверхность весов.  10.Вымыть и просушить руки.  **Измерение длины тела у детей раннего возраста**  1.Установить горизонтальный ростомер на стол шкалой к себе.  2.Обработать ростомер дезинфицирующим раствором. Вымыть и просушить руки. Постелить на ростомер пеленку.  3.Ребенка уложить на ростомер так, чтобы голова плотно прикасалась теменем к неподвижной планке, верхний край козелка уха и нижнее веко находились в одной вертикальной плоскости. Ноги ребенка должны быть выпрямлены легким нажатием на колени и прижаты к доске ростомера.  4.Придвинуть к стопам, согнутым под прямым углом по отношению к голени, подвижную планку ростомера.  5.Определить по шкале длину тела ребенка. Длина тела равна расстоянию между неподвижной и подвижной планками ростомера.  6.Обеззаразить рабочую поверхность ростомера.  7.Вымыть и просушить руки.  **Измерение окружности головы и грудной клетки**  1.Уложить (усадить) ребенка.  2.Провести сантиметровую ленту через затылочный бугор сзади и по надбровным дугам спереди.  3.Определить по ленте величину окружности головы.  4.Наложить сантиметровую ленту сзади под нижним углом лопаток, спереди – по нижнему краю околососковых кружков. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  5.Определить по ленте величину окружности грудной клетки. При этом рекомендуется натянуть ленту и слегка прижать мягкие ткани.  6.Обеззаразить сантиметровую ленту, промыть под проточной водой с мылом, просушить.  7.Записать в лист манипуляций.  **Педиатрия:**  **Обучение пациентов правилам проведения ингаляций, в том числе небулайзерных:**  Правила пользования карманным ингалятором:  1.Снять с баллончика защитный колпачок, повернув баллончик вверх дном;  2.Баллончик хорошо встрянуть;  3.Сделать глубокий выдох;  4.Баллончик с аэрозолем взять в руку и обхватить губами мундштук;  5.Сделать глубокий вдох и одновременно сильно нажать на дно баллончика: в этот момент выдается доза аэрозоля;  6.Задержать дыхание на несколько секунд, затем вынуть мундштук изо рта и сделать медленный выдох (если глубокий вдох в результате тяжести состояния больного невозможен, то первая доза аэрозоля распыляется в полости рта);  7.После ингаляции надеть на баллончик защитный колпачок.  Количество доз аэрозоля определяет врач. После вдыхания глюкокортикоидов больной должен прополоскать рот водой для профилактики развития кандидоза полости рта.  Правила пользования небулайзером:  1. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки  2. Открыть небулайзер  3. Перелить жидкость из небулы (специального контейнера с лекарственным препаратом) или накапать раствор из флакона (разовую дозу препарата);  4. Добавить физиологический раствор до нужного объема 2-3 мл (по инструкции к небулайзеру);  5. Собрать небулайзер, проверить его работу  6. Присоединить мундштук или лицевую маску;  7. Объяснить ребѐнку/родственникам ход и суть выполнения манипуляции, получить согласие  8. Усадить ребѐнка в удобном положении перед аппаратом или уложить  9. Соединить небулайзер и компрессор, включить компрессор;  10. Выполнить ингаляцию до полного расходования раствора (20 – 30 мнут, при необходимости с перерывом в 5 –10 минут)  11. Прополоскать ребѐнку полость рта тѐплой кипячѐной водой, обеспечить покой, рекомендовать воздержаться от кашля и не разговаривать 20 – 30 минут  12. Разобрать и обработать небулайзер  13. Вымыть и осушить руки | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  **Хирургия:**  **Надевание стерильного халата и перчаток на себя:**  1. Проверить бирку стерилизации бикса.  2. Бикс закрепить на подставке и приоткрыть крышку.  3. Обработать руки.  4. Открыть бикс ножной педалью подставки.  5. Не касаясь поверхности бикса, извлечь полотенце и осушить руки.  6. Обработать руки стерильной салфеткой, смоченной спиртом.  7. Проверить качество стерилизации белья, достав индикатор.  8. Развернуть края пеленки, выстилающей внутреннюю поверхность бикса.  9. Извлечь халат, развернуть его изнаночной стороной к себе, следя за тем, чтобы наружная поверхность стерильного халата не коснулась соседних предметов и вашей одежды.  10. Взять халат за края ворота так, чтобы левая кисть была прикрыта халатом, и осторожно набросить его на правую руку и предплечье.  11. Правой рукой с уже надетым стерильным халатом взять халат за левый край ворота так, чтобы правая кисть была прикрыта халатом, и вдевают левую руку.  12. Медицинская сестра вытягивает руки вперед и вверх, а санитарка подходит сзади, берет халат за тесемки, натягивает и завязывает их.  13. Медицинская сестра сама завязывает тесемки у рукавов своего стерильного халата, обернув 2 – 3 раза обшлаг рукава.  14. Сестра берет стерильный пояс из кармана халата и развертывает его, держа на расстоянии 30 – 40 см от себя, таким образом, чтобы санитарка смогла сзади захватить оба конца пояса, не касаясь стерильного халата и рук сестры, и завязать его.  15. Маску сестра прикладывает к лицу и удерживает ее за концы тесемок так, чтобы санитарка сзади смогла захватить тесемки и завязать их.  **Надевание стерильных перчаток**  1.Надеть маску, обработать руки хирургическим способом, надеть стерильный халат, обработать руки антисептиком.  2.Из раскрытой помощником упаковки, не касаясь краев, достать стерильную упаковку с перчатками (предварительно проверив срок годности)  3.Расположить перчатки на отдельном столике на стерильной пеленке  4.Развернуть упаковку с перчатками (где они уложены парами), в которой перчатки лежат ладонной поверхностью кверху, а края перчаток отвернуты кнаружи в виде манжет.  5.Взять правую перчатку за отворот левой рукой так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки.  6.Сомкнуть пальцы правой руки и ввести ее в перчатку.  7.Разомкнуть пальцы правой руки и натянуть перчатку на пальцы, не нарушая ее отворота.  8.Завести под отворот левой перчатки II, III и IV пальцы правой руки, уже одетой в перчатку так, чтобы I палец правой руки был направлен в сторону I пальца на левой перчатке. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  9.Держать левую перчатку II, III, IV пальцами правой руки вертикально.  10.Сомкнуть пальцы левой руки и ввести ее в перчатку.  11.Расправить отворот вначале на левой перчатке, натянув ее на рукав, затем на правой с помощью II, III пальцев, подводя их под подвернутый край перчатки, натянув их на рукава.  12.Руки в стерильных перчатках следует держать согнутыми в локтевых суставах и приподнятыми вперед на уровне выше пояса.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Антропометрия | 1 | |  | Обучение пациентов правилам проведения ингаляций, в том числе небулайзерных | 1 | |  | Надевание стерильного халата и перчаток на себя | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **23/05/2020 Дата** | | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Терапия:**  **Смена постельного белья:**  1. Установил доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получил согласие на проведение манипуляци  2. Подготовил комплект чистого белья, чистую простыню свернул в поперечный рулон.  3. Провел гигиеническую обработку рук, надел перчатки.  4. Определил в палате «чистую» зону для чистого белье Приготовил емкость для сбора грязного белья.  5. Снял (выполняет помощник) с одеяла пациента пододеяльник, укрыл пациента пододеяльником на время смены белья. Сложил одеяло и отложил его в «чистую» зону.  6. Убрал подушку из-под головы пациента, снял с нее грязную наволочку, поместил в емкость для сбора грязного белья (выполняет помощник), надел чистую наволочку и положил в чистую зону. Высвободил края грязной простыни из-под матраца (выполняет помощник).  7. Приподнял пациента за голову и плечи, удерживал пациента. (Выполняет помощник) одной рукой скатал грязную простыню до середины кровати  .8. Расстелил чистую. На чистую простыню положил подушку и опустил на нее голову пациента  .9. Согнул пациенту ноги, попросил его приподнять таз, или помог пациенту, сдвинул грязную простыню к ногам пациента (выполняет помощник), расправил чистую.  10. Поместил грязную простыню в емкость для сбора грязного белья  11. Раскрутил чистую простыню, тщательно разгладил, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелил подкладную пелѐнку. Заправил края чистой простыни под матрац.  12. Надел чистый пододеяльник на одеяло  13. Убрал грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья  14. Накрыл пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедился, что пациенту комфортно. Поднял поручни кровати  .15. Убрал ширму. Емкость, для сбора грязного белья увез в санитарную комнату. Обработал поверхности в палате дезинфицирующим раствором.  16. Снял перчатки, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  17. Сделал запись о проведенной процедуре.  **Педиатрия:**  **Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления:**  Подсчет частоты дыхания (ЧД) у детей  Подсчет проводить в состоянии покоя ребенка (лучше, когда малыш спит).  Положить руку на грудную клетку ребенка. Произвести подсчет дыхания строго за одну минуту, так как дыхание у детей аритмичное (вдох и выдох расценивается как одно дыхательное движение). | | оценка | |
| Дата | | Содержание работы  Оценка результата: новорожденный - 40 - 60 в минуту; грудной возраст - 30 - 35 в минуту; старший возраст - 15 - 20 в минуту.  Измерение пульса у детей  Проводить в спокойном состоянии ребенка.  Лучшее место, где обнаруживается пульс у ребенка до года - плечевая артерия. Искать ее надо на внутренней стороне верхней конечности посередине между локтем и плечом.  Слегка надавить двумя пальцами в сторону кости, одновременно поддерживая наружную часть руки большим пальцем.  У детей старше года пульс можно искать на сонной артерии. Нащупайте адамово яблоко (выступ в середине гортани) при помощи двух пальцев. Переместите пальцы от адамова яблока в сторону углубления между ним и мышцами шеи. Нажмите на шею, чтобы почувствовать пульс  Чаще всего пульс измеряется на лучевой артерии. Кончиками 2-3-4 пальцев правой руки нащупайте пульс на лучевой артерии в области запястья.  Подсчет пульс а у детей проводится строго за одну минуту, так как он у детей аритмичен.  Оценка результата:  новорожденный - 120 - 140 в минуту; грудной возраст - 110 - 120 в минуту; старший возраст - 70 - 100 в минуту.  Измерение артериального давления (АД) у ребенка  Придать удобное положение ребенку.  Положить руку ребенка ладонью вверх.  Взять манжетку, соответствующую возрасту ребенка (размер манжетки должен составлять 2/3 длины измеряемой поверхности).  Наложить манжетку на плечо ребенка на 2 см выше локтевого сгиба;  Приложить фонендоскоп на область локтевого сгиба на плечевую артерию (без надавливания).  Закрыть клапан резинового баллончика.  Резиновым баллончиком накачать воздух в манжетку до исчезновения пульса на плечевой артерии.  Медленно открывая клапан баллончика, начать выпускать воздух из манжетки.  Зафиксировать цифру на шкале манометра в момент появления тонов (максимальное = систолическое АД).  Зафиксировать цифру на шкале манометра в момент исчезновения тонов (минимальное = диастолическое АД).  **Хирургия:**  **Кормление пациента через зонд:**  Подготовка к кормлению  1. Ввести назогастральный зонд (если он не введен заранее).  2. Сообщить пациенту, чем его будут кормить.  3. Перевести пациента в положение Фаулера.  4. Проветрить помещение. | | оценка | |
| Дата | | Содержание работы  5. Подогреть питательную смесь на водяной бане до 38–40 оС.  6. Вымыть руки  7. Набрать в шприц Жанэ питательную смесь (300 мл).  8. Наложить зажим на дистальный конец зонда.  9. Соединить шприц зондом, подняв его на 50 см выше туловища пациента, чтобы рукоятка поршня была направлена вверх.  Кормление  10. Снять режим с дистального конца зонда и обеспечить постепенный ток питательной смеси. При затруднении прохождения смеси использовать поршень шприца, смещая его вниз.  Внимание! 300 мл питательной смеси следует вводить в течение 10 мин!  Завершение кормления  11. После опорожнения шприца пережать зонд зажимом.  12. Над лотком отсоединить шприц от зонда.  13. Присоединить к зонду шприц Жанэ емкостью 50 мл с кипяченой водой.  14. Снять зажим и промыть зонд под давлением.  15. Отсоединить шприц и закрыть заглушкой дистальный конец зонда.  16. Прикрепить зонд к одежде пациента безопасной булавкой.  17. Помочь пациенту занять комфортное положение.  18. Вымыть руки.  19. Сделать запись о проведении кормления.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Смена постельного белья | 1 | |  | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | 1 | |  | Кормление пациента через зонд | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | | оценка | |
| **25/05/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Педиатрия:**  **Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку:**  Гигиеническая ванна:  1. Вымыть и просушить руки.  2. Расположить на пеленальном столе пеленки, распашонки (одежду).  3. Поставить ванночку в устойчивое и удобное положение.  4. Обработать внутреннюю поверхность ванночки. В стационаре двукратно обеззаразить ванночку дезинфицирующим раствором, ополоснуть водой, вымыть с мылом и щеткой, ополоснуть свежеприготовленным раствором перманганата калия (1 : 10000 или 1 мл 5% раствора на 100 мл воды). В домашних условиях ванночку вымыть щеткой с мылом и содой, ополоснуть кипятком.  5. Наполнить ванночку водой на 1/2 или 1/3 объема. Вначале налить холодную, затем горячую воду небольшими порциями попеременно во избежание образования водяного пара в помещении и возможного ожога кожи.  6. Измерить температуру воды водным термометром. Показания фиксируют, не вынимая термометр из воды. Нежелательно определять температуру погружением локтя в воду, так как полученный результат недостоверен.  7. Раздеть ребенка. После дефекации следует подмыть его проточной водой. Грязное белье сбросить в бак для использованного белья. Вымыть руки.  8. Зафиксировать ребенка левой рукой, охватив кистью руки его левую подмышечную область (4 пальца расположить в подмышечной впадине, большим пальцем охватить плечо сверху и снаружи; затылок и голова ребенка опираются на предплечье медсестры). Большим и средним пальцами правой руки охватить ножки ребенка на уровне голеностопных суставов, указательный палец поместить между ними.  9. Медленно погрузить ребенка в ванночку: сначала ягодицы, затем нижние конечности и туловище. Подобное положение обеспечивает наибольшее расслабление мышц. При первых гигиенических ваннах новорожденного опускают в воду, завернутого в пеленку. Ножки после погружения оставляют свободными, головку и туловище продолжают поддерживать левой рукой. Правая рука остается свободной для мытья ребенка. Уровень погружения в воду должен доходить до сосков, верхняя часть груди остается открытой.  10. Надеть «рукавичку» на правую руку. Использовать при купании губку не рекомендуется, так как эффективное обеззараживание ее затруднено.  11. Намылить тело мягкими круговыми движениями и сразу ополоснуть намыленные участки. Вначале вымыть голову (ото лба к затылку, чтобы мыло не попало в глаза, а вода – в уши), затем шею, подмышечные области, верхние конечности, грудь, живот, нижние конечности. Особенно тщательно промыть естественные складки. В последнюю очередь обмыть половые органы и межъягодичную область.  12. Снять «рукавичку».  13. Извлечь ребенка из воды в положении лицом книзу. | | оценка | |
| Дата | Содержание работы  14. Ополоснуть тело и вымыть лицо водой из кувшина. Кувшин держит помощник.  15. Набросить на ребенка полотенце и положить на пеленальный стол, осушить кожу осторожными промокательными движениями.  16. Смазать естественные складки стерильным растительным маслом (детским кремом, маслом «Джонсон») или припудрить детской присыпкой (с помощью тампона).  17. Обработать новорожденному при необходимости пупочную ранку.  18. Запеленать (одеть) ребенка.  19. Слить воду и обработать ванночку. В лечебном учреждении ванночку обеззараживают дезинфицирующим раствором, моют мыльно-содовым раствором и ополаскивают проточной водой. Ванночку дезинфицируют после купания каждого ребенка. В домашних условиях ее моют щеткой с мылом и содой, ополаскивают кипятком.  Лечебная ванна:  1. Вымыть (обработать) руки на гигиеническом уровне.  2. Подготовить оснащение: Вода из крана. Кувшин для ополаскивания. Ванночка. Водный термометр. Стерильное масло. Настои ромашки (100 гр. сухой травы на ванну), хвои (один брикет на ванну); морская соль (100 гр. на ванну) в зависимости от заболевания ребенка. Комплект белья. Пеленальный столик Перчатки.  3. На пеленальном столике разложить комплект белья. Поставить в устойчивое положение ванночку (обработанную дез. раствором или вымытую с детским мылом). Облить ванночку кипятком.  4. Ванну заполнить - на 1/2 или 1/3. Измерить Т ° воды термометром. Температура воды в ванне 37, 0-38,0 град.С. Заполнить кувшин водой из ванны Т 36,0 – 37,0 град. В ванну добавить приготовленный заранее лечебный раствор. Т воздуха в помещении- 22-24 град.С.  5. Вымыть руки, надеть перчатки.  6. Раздеть ребенка. После дефекации подмыть проточной водой. Грязное белье сбросить в бак для использованного материала.  7. Взять ребенка двумя руками: положить на левую руку взрослого, так, чтобы голова находилась на локтевом сгибе, фиксируя этой же рукой левое бедро ребенка. После погружения его в воду, левая рука переносится на левое плечо ребенка. Уровень погружения – до сосков.  8. В течение проведения ванны обливать ребенка водой из ванны.  9. Умыть его, зачерпнув рукой воду из кувшина. Ополоснуть ребенка водой из кувшина, приподняв его над водой.  10. Набросить полотенце или пеленку на ребенка, положить на пеленальный столик, осушить кожу промокательными движениями. Мокрую пеленку бросить в бак. Обработать кожные складки, запеленать и положить в кроватку.  11. Слить воду и обработать ванночку. Снять перчатки и погрузить их в емкость с дез. раствором в соответствующей концентрации с последующей утилизацией в пакетах для отходов класса «В».  12. Вымыть (обработать) руки на гигиеническом уровне. | | оценка | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  **Терапия:**  **Постановка гипертонической клизмы:**  1. Объясните пациенту ход и цель процедуры, получите его согласие.  2. Постелите на кушетку клеенку, сверху пеленку, отгородите пациента ширмой.  3. Наденьте халат, маску, клеенчатый фартук.  4. Наберите в грушевидный баллончик или шприц Жане 50 – 100 мл гипертонического раствора, подогретого на «водяной» бане до t0 – 380С.  5. Смажьте слепой конец газоотводной трубки вазелиновым маслом на протяжении 20 – 30 см.  6. Уложите пациента на левой бок, правая нога должна быть согнута в коленном суставе и слегка приведена к животу.  7. Раздвиньте ягодицы I и II пальцами левой руки, а правой рукой осторожно легкими вращательными движениями введите газоотводную трубку в заднепроходное отверстие, продвигая ее в прямую кишку, вначале по направлению к пупку 3 - 4 см, а затем параллельно позвоночнику на глубину 20 - 30 см.  8. Присоедините к наружному концу газоотводной трубки грушевидный баллончик или шприц Жане, предварительно выпустив воздух, и медленно введите гипертонический раствор.  9. Наложите на наружный конец газоотводной трубки зажим или пережмите ее.  10. Извлеките газоотводную трубку правой рукой, одновременно левой рукой прощупывайте трубку, чтобы вывести лекарственное вещество из трубки.  11. Вытрите салфеткой кожу в направлении спереди назад (от промежности к анальному отверстию).  12. Попросите пациента повернуться на спину и задержать раствор в кишечнике в течение 20 – 30 минут. Спросите пациента о самочувствии.  13. Погрузите наконечник, газоотводную трубку в емкость сдезраствором.  14. Снимите перчатки.  15. Поместите салфетки, перчатки в отходы класса Б.  16. Вымойте и осушите руки.  **Хирургия:**  **Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных:**  1. Объясните пациенту ход предстоящей процедуры, получите согласие па проведение процедуры.  2. Заполните пузырь мелко наколотым льдом, долейте воды, вытесните воздух, завинтите пробку. Проверьте герметичность, перевернув пузырь крышкой вниз.  3. Оберните пузырь со льдом полотенцем, и положите на нужный участок тела.  4. Через 20-30 минут обязательно снимите пузырь и сделайте перерыв на 10-15 минут.  5. Уберите пузырь для льда, вылейте воду из него и продезинфицируйте пузырь. Спросите у больного о его самочувствии. | оценка |
| Дата | Содержание работы  6. Вымойте и осушите руки (с использованием мыла или антисептика).  7. Сделайте отметку о выполнении манипуляции в листе динамического наблюдения за пациентом.  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.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку | 1 | |  | Постановка гипертонической клизмы | 1 | |  | Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |
| **26/05/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Терапия:**  **Раздача медикаментов пациентам:**  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. Подойдя к пациенту, убедитесь, что перед вами пациент, фамилия которого указана в листе назначений. Будьте внимательны при наличии однофамильцев.  3. Внимательно прочитайте назначение: название лекарственного вещества, его дозировку и способ применения.  4. Проверьте соответствие этикеток на упаковке и на лекарственном средстве. Упаковку с таблетками из фольги или бумаги отрежьте ножницами; таблетки из флакона аккуратно вытряхните в ложку.  5. Жидкие лекарственные средства необходимо перемешать, а затем налить в мензурку необходимое количество и дать выпить. Если препарат назначен в каплях то необходимое количество капель накапывают в мензурку или ложку с водой.  6. Пациент должен принять соответствующим способом препараты в вашем присутствии. При необходимости научите пациента принимать различные лекарственные формы перорально и сублингвально.  7. Сделайте отметку в листе назначений о приеме препаратов. Перейдите к другому пациенту.  **Педиатрия:**  **Кормление новорожденных через зонд:**  Подготовка к процедуре  1. Рассчитайте необходимое количество молока,  2. Вымойте руки с антисептическим мылом,  3. Налейте в чистую бутылку молоко,  4. Возьмите небольшую кастрюлю или металлическую кружку:  - прикройте дно кастрюли марлевой салфеткой,  - налейте в кастрюлю горячую воду t-60 градусов,  5. Поставьте бутылочку в кастрюлю так, чтобы уровень воды закрывал уровень молока в бутылочке,  6. Температура молока для бутылочки 40-45 градусов. Определите температуру молока, капнув несколько капель на кожу тыла кисти или внутренней поверхности предплечья,  7. Подготовьте ребенка к кормлению: перепеленайте, проведите туалет носа, положите ребенка на спину, повернув голову набок,  8. Вымойте руки, наденьте перчатки,  9. Возьмите одноразовый зонд:  - измерьте расстояние от переносицы ребенка до мечевидного отростка,  - сделайте отметку на зонде,  - положите зонд в стерильный лоток,  - возьмите шприц из стерильного лотка в правую руку.  10. Наберите молоко в шприц:  - возьмите в левую руку зонд,  - откройте зонд,  - заполните зонд молоком,  - отсоедините шприц, положите в лоток,  - закройте зонд заглушкой или зажимом. | оценка |
| Дата | Содержание работы  11. Смочите конец зонда в молоке или в р-ре буры в глицерине.  Выполнение процедуры  12. Возьмите зонд в правую руку на расстоянии 7-8 см от конца,  13. Введите зонд в носовой ход и продвиньте зонд до отметки.  ЗАПОМНИТЕ! Не начинайте кормить ребенка не убедившись, что зонд находится в желудке! Контролируйте дыхание и цвет кожи ребенка!  14. Откройте зонд и подсоедините к нему шприц с остатком молока:  - введите медленно молоко в желудок  - отсоедините шприц и положите в лоток  - закройте зонд  15. Наберите в другой шприц 1-2 мл кипяченой воды:  - откройте зонд,  - подсоедините шприц к зонду и промойте зонд кипяченой водой,  - отсоедините шприц и положите в лоток,  - закройте зонд.  Окончание процедуры.  16. Закрепите зонд на щечке лейкопластырем до следующего кормления,  17. Положите ребенка в кроватку на бочок.  **Хирургия:**  **Обработка рук хирургическим, современным методом:**  1 этап– механическая очистка рук.  Руки моются с мылом в течение одной минуты.  Порядок мытья рук.  Ладонь к ладони;  Правая ладонь над тыльной стороной левой;  Левая ладонь над тыльной стороной правой;  Ногтевые ложа;  Ладонь к ладони, пыльцы одной руки в межпальцевых промежутках другой;  Вращательное трение больших пальцев;  Вращательное трение ладоней.  Каждое движение повторяется 5 раз.  Затем руки тщательно ополаскиваются теплой водой и на сухо промокаются стерильной салфеткой.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Раздача медикаментов пациентам | 1 | |  | Кормление новорожденных через зонд | 1 | |  | Обработка рук хирургическим, современным методом | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **27/05/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Терапия**  **1) Выполнение разных инъекций**  Внутрикожная инъекция  1. Предупредил пациента о проведении манипуляции. Получил согласие на проведение процедуры, выяснил аллергоанамнез.  2. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток.  4. Подготовил лекарственный препарат: сверился с листом врачебных назначений, проверил срок годности лекарственного средства, целостность ампулы; убедился, что на ампуле то же название, что и на упаковке, визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности.  5. Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу, набрал дозу лекарственного средства в приготовленный шприц. Сменил иглу для инъекции, вытеснил воздух (не снимая колпачок).  6. Придал пациенту удобное положение (сидя). Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком.  7. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции, подождал пока кожа высохнет.  8. Зафиксировал левой рукой кожу легким натяжением, обхватив предплечье снизу. Ввел правой рукой иглу, срезом вверх под углом 5 °, только срез иглы. Приподнял кверху срез иглы, левую руку переместил на поршень и ввел медленно лекарство. На месте инъекции образуется папула в виде «лимонной корочки». Вывел иглу быстрым движением правой руки.  9. Изделия медицинского назначения одноразового использования сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б», многоразового - поместить в емкость для дезинфекции. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б»).  10. Снял перчатки, поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **ВНУТРИВЕННАЯ ИНЪЕКЦИЯ**  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску. Надел перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток. Подготовил лекарственный препарат.  5. сверил лекарственный препарат с листом врачебных назначений. Проверил срок годности лекарственного средства. Визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности.  6. Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц.  7. Сменил иглу для инъекции. Вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  8. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациента.  9. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  10. Пропальпировал вены локтевого сгиба у пациента. Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.  11. Надел очки. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  12. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле движением снизу вверх. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  13. Большим пальцем левой руки зафиксировал вену. Ввел иглу в вену срезом вверх.  14. Потянул поршень на себя, убедился, что игла в вене.  15. Ослабил жгут. Еще раз проверил положение иглы.  16. Медленно ввел лекарственный препарат, не меняя положение шприца. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик. Быстрым движением извлек иглу.  17. Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут.  18. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики погрузил в емкость для сбора отходов класса «Б».  19. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  20. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработал тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором.  21. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  22. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **Внутримышечная инъекция**  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.  4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток.  5. Подготовил лекарственный препарат (проверил срок годности лекарственного средства, целостность ампулы).  6. Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц.  7. Сменил иглу для инъекции, вытеснил воздух (не снимая колпачок).  8. Придал пациенту удобное положение.  9. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком.  10. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  11. Ввел иглу в мышцу, глубоко на 2/3 длины иглы под углом 90°. Ввел медленно лекарственное средство.  12. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлек иглу.  13. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в соответствующие ѐмкости для сбора отходов класса «Б».  14. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  15. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  16. Снял перчатки, маску, погрузил их в емкость для сбора отходов класса «Б».  17. Провел гигиеническую обработку рук.  **Подкожная инъекция**  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками (4) и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.  4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток.  5. Подготовил лекарственный препарат (проверил срок годности лекарственного средства, целостность ампулы).  6. Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц.  7. Сменил иглу для инъекции, вытеснил воздух (не снимая колпачок).  8. Придал пациенту удобное положение. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.  9. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле движением сверху вниз. Обработал другим ватным шариком место инъекции.  10. Левой рукой собрал участок кожи наружной поверхности плеча в треугольную складку основанием вниз.  11. Ввел иглу в основание складки срезом вверх на 2/3 длины снизу вверх под углом 45 градусов к поверхности кожи.  12. Отпустил складку, освободившуюся руку перенес на поршень, медленно ввел лекарственное средство.  13. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлек иглу.  14. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в соответствующие ѐмкости для сбора отходов класса «Б».  15. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).  16. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.  17. Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  **Педиатрия**  **2) Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку.**  1. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки.  3. Раздел ребенка, лежащего в кровати (поочередно различные части тела). - 4. Смочил мягкую салфетку теплой водой или кожным антисептиком, слегка отжал.  5. Протер кожу ребенка в следующей последовательности: за ушами, шею, спину, ягодичную область, переднюю часть грудной клетки, подмышечные и паховые складки, складки на руках и ногах.  6. Затем сухим полотенцем насухо осушил кожу в том же порядке.  7. Переодеть ребенка в чистую одежду.  8. Использованные одноразовые салфетки поместил в емкость для отходов класса «Б», полотенце – в мешок для грязного белья.  9. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  1. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки. Обработал пеленальный стол, снял перчатки и поместил в емкость для отходов класса «Б».  2. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение (при уходе за новорожденным использовать стерильную воду).  3. Обработал руки, надел стерильные перчатки.  4. Уложил ребенка на пеленальном столе (при проведении утреннего туалета- предварительно раздел ребенка, подмыл и осушил кожу).  5. Обработал глаза ребенка ватными шариками, смоченным кипяченой водой от наружного угла глаза к внутреннему (для каждого глаза использовать отдельный тампон). Аналогично обработке просушить глаза сухими ватными тампонами.  6. Передал ребенка маме или уложил его в кроватку, протер рабочую поверхность стола дез.раствором  7. Использованные ватные шарики поместил в емкость для отходов класса «Б». Лоток и мензурку поместил в контейнер для дезинфекции.  8. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **Хирургия**  **3)Проведение премедикации**  1. Объяснить пациенту цель премедикации  2. Накануне операции по назначению врача на ночь вводятся снотворные и | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  десенсибилизирующие средства  3. В день операции за 30 мин до операции предупредить пациента, чтобы он опорожнил мочевой пузырь  4. После чего по назначению врача вводятся в/м сибазон (реланиум), в зависимости от клинической ситуации перечень вводимых медикаментов может быть расширен с учетом показаний и принципов деления премедикации на лечебную и профилактическую.  5. Предварительно предупредить пациента, что после премедикации он не должен вставать. По указанию анестезиолога атропин может вводится на операционном столе в/в перед вводным наркозом.  6. По назначению врача препараты могут вводится в/в за 10 минут до операции  7. После введения средств для премедикации контролировать состояние пациента, через 30 мин. На каталке доставить его в операционную.  8. Подвергнуть изделия медицинского назначения однократного и многократного использования обработке в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации.  9. Провести дезинфекцию и утилизацию медицинских отходов в соответствии с Сан.ПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений»  10. Снять перчатки и поместить их в накопительную емкость с дезинфицирующим раствором.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Выполнение разных инъекций | 1 | |  | Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку | 1 | |  | Проведение премедикации | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **28/05/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Педиатрия:**  **Забор кала на копрограмму, бак. исследование, яйца глистов и скрытую кровь:**  Забор кала на копрограмму:  1. Приготовить одноразовую емкость для сбора кала с герметичной крышкой, оформить направление. На емкости указать Ф.И.О., дату рождения пациента, дату и время сбора материала, отделение, № палаты.  2. Вымыть руки, надеть перчатки.  3. Взять кал шпателем из нескольких участков памперса без примесей мочи и воды в количестве 5-10 гр, поместить его в подготовленную емкость, закрыть крышкой.  4. К емкости с фекалиями прикрепить направление, поместить ее в контейнер для транспортировки.  5. Обработать использованный материал и перчатки в соответствии с требованиями санэпидрежима.  6. Провести гигиеническую обработку рук.  7. Доставить в клиническую лабораторию емкость с фекалиями.  Взятие кала на бакпосев:  1.Представиться маме, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, получить информированное согласие на ее проведение.  2.Обработать руки гигиеническим способом, осушить их, надеть перчатки.  3.Уложить ребенка на спину до одного года или на левый бок старшего возраста.  4.Извлечь петлю из пробирки (держать ее только за наружную поверхность ватно-марлевого тампона, плотно закрывающего пробирку).  5.Развести ягодицы ребенка левой рукой, осторожно ввести петлю в анальное отверстие, продвигая ее в прямую кишку круговыми движениями на 1-2 см., затем осторожно удалить петлю, или взять кал из горшка (судна) в местах скопления слизи и крови.  6.Опустить петлю в стерильную пробирку с консервантом, не касаясь краев и наружной поверхности; пробирки. Поставить пробирку в штатив.  7.Снять перчатки, обработать руки гигиеническим способом, осушить их.  8.Оформить соответствующее направление: Ф.И.О. ребенка, возраст, №палаты, название отделения, дата, цель исследования.  9.Отправить материал и направление в бак. лабораторию.  10.Сделать запись о манипуляции в медицинской документации.  Взятие кала на яйца глистов:  1. Обьяснить маме/ ребенку цель и ход процедуры.  2. Обработать руки гигиеническим способом, надеть стерильные резиновые перчатки.  3. Подготовить необходимые оснащение.  4. Собрать кал непосредственно перед исследованием в чисто вымытый, ошпаренный кипятком горшок.  5. Чистым деревянным щпателем забрать свежевыпущенный кал ( 5-10 г ) из нескольких мест последней порции и поместить его чистую сухую баночку ( после чего погружают шпатель в дезрастворе).  **6.** Выписать направление, отправить материал в лабораторию в течение 1 часа. | оценка |
| Дата | Содержание работы  7. Горшок после забора материала замочить в дезрастворе, затем промыть под проточной водой и осушить.  8. Снять перчатки, выбросить в контейнер.  9. Вымыть и осушить руки.  Взятие кала на скрытую кровь:  1. Проведите инструктаж с матерью о порядке сбора кала на исследование. Пациент в течение 3-х дней до предстоящего анализа должен находиться на специальной диете (исключить из рациона мясо, рыбу, все виды зеленых овощей, гранаты, помидоры, яйца, свеклу, лекарственные вещества, содержащие железо, магний, висмут, йод, бром, а также карболен).  2. Объясните маме, что кал следует брать утром в день исследования.  3. Уточните у мамы, нет ли у ребенка другого источника кровотечения, приводящего к ложноположительному результату.  4. В случае положительного ответа дайте рекомендации, позволяющие исключить попадание крови в фекалии.  - не следует чистить зубы щеткой в течение 3-х дней;  - если пациент страдает носовым или геморроидальным кровотечениями, исследование не проводят.  5. Перед взятием кала надеть перчатки.  6. Разъясните, что ребенок должен опорожнить кишечник в памперс без воды.  7. После акта дефекации возьмите 5-10 г. кала лопаточкой из темных разных участков и поместите в контейнер, закройте крышку.  8. Доставьте контейнер с содержимым в лабораторию с направлением (отделение, № палаты. ФИО пациента, цель исследования, дата, подпись м/с).  9. Снимите перчатки, поместите их в отходы класса Б.  10. Вымойте и осушите руки.  **Терапия:**  **Постановка масляной клизмы:**  2. Объясните пациенту цель предстоящей процедуры, получите его согласие на ее проведение, предупредите его, что после клизмы он не должен будет вставать с постели до утра.  3. Наденьте перчатки.  4. Наберите в грушевидный баллон 100 – 200 мл теплого масла.  5. Смажьте газоотводную трубку вазелином.  6. Уложите пациента на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами.   1. 7. Раздвиньте ягодицы пациента, введите газоотводную трубку в прямую кишку на 15 – 20 см. 2. 8 Подсоедините к трубке грушевидный баллон и медленно введите масло. 3. 9.Не разжимая грушевидный баллон, отсоедините его от газоотводной трубки. 4. 10. Извлеките газоотводную трубку и поместите ее вместе с грушевидным баллоном в лоток. 5. 11. Помогите пациенту вытереть область анального отверстия. 6. 12. Придайте пациенту удобное положение. Укройте его. Убедитесь, что пациент чувствует себя комфортно, поскольку эффект этой клизмы наступит через 6 – 10 часов. Уберите предметы ухода. | оценка |
| Дата | Содержание работы  **Хирургия:**  **Наложение давящей повязки при венозном кровотечении:**  1. Обработайте руки спиртом.  2. Наденьте резиновые перчатки.  3. Осмотрите пациента, успокойте, уложите больного.  4. Оцените состояние пациента и раны.  5. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.  6. Придайте удобное положение пациента с хорошим доступом к ране.  7. Обработайте края раны раствором 10% повидоном.  8. Просушите салфеткой.  9. Наложите на рану стерильные салфетки.  10. Наложите поверх салфетки ватно-марлевый тампон.  11. Закрепите тампон бинтовой повязкой (в зависимости от локализации раны).  12. Транспортируйте пациента в стационар, во время транспортировки следите за АД, ЧДД, пульсом, сознанием, состоянием повязки.  13. Снять перчатки и отпустите в емкость отходов класса Б.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Забор кала на копрограмму, бак. исследование, яйца глистов и скрытую кровь. | 1 | |  | Постановка масляной клизмы. | 1 | |  | Наложение давящей повязки при венозном кровотечении. | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **29/05/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Педиатрия:**  **Обработка слизистой полости рта при стоматите:**  1. Объясните маме цель и ход проведения процедуры  2. Подготовьте оснащение  3. Обработайте руки гигиеническим способом, наденьте перчатки  4. На второй палец правой руки обмотайте марлевую салфетку, кончик которого необходимо зафиксировать большим пальцем  5. Большим пальцем левой руки осторожно надавите на подбородок и откройте рот ребенку (при необходимости примените шпатель)  6. Салфетку промокнуть в готовом растворе и промокательными движениями обработайте полость рта.  Примечание: Наберите в стерильный резиновый баллончик один из растворов для обработки полости рта.  1. Орошайте слизистую так, чтобы вода стекала в лоток. Проводите данную процедуру перед и после каждого кормления.  2. После орошения перед кормлением смажьте слизистые полости рта анестезиновой мазью с целью обезболивания.  При обработке полости рта следует соблюдать следующие правила:  1. Обрабатывать слизистую полости рта только промокательными движениями.  2. Температура лекарственного раствора должна быть 37-36гр.С.  3. Обработку полости рта проводить не менее 4-5 раз в сутки (лучше после каждого кормления).  4. В острый период использовать растворы меньшей концентрации по сравнению с концентрацией лечебного раствора в период заживления.  **Хирургия:**  **Обработка послеоперационных швов:**  1. Помочь пациенту снять одежду и лечь на перевязочный стол.  2. Накрыть пациента до пояса чистой простыней.  3. Снять старую повязку пинцетом вдоль раны, придерживая пинцетом с сухим шариком кожу, не давая ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% растворе перекиси водорода. Осмотреть рану и окружающую ее область. На 1-2-е сутки после операции края зашитой раны могут быть слегка отечны, но по цвету не должны отличаться от остальной кожи. Мелкие складки, свойственные данной области, также должны сохранять свой рисунок. Швы не должны врезаться в кожу. Места вколов и выколов иглы должны быть сухими, без каких-либо выделений.  4. Проводить туалет кожи в окружности раны стерильными шариками, смоченными 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата. Протирать кожу от краев раны к периферии. Обработать края раны  промокательными движениями стерильным шариком, смоченным 1% раствором йодоната, затем шариком, смоченным 70% спиртом.  5. Сменить пинцет.  6. Наложить стерильные салфетки на раневую поверхность.  7. Зафиксировать стерильные салфетки клеевой или бинтовой повязкой, в зависимости от области поражения. | оценка |
| Дата | Содержание работы  **Терапия:**  **Забор крови вакуумной системой:**  1. Пригласил и проинформировать пациента, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки.  3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком  4. Собрал систему вакуумного забора крови Vacuette.  5. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.  6. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.  7. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента, надел очки. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком.  8. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции (вкола).  9. Провел пунктирование вены. Вставил пробирку в держатель до упора. Ослабил жгут, как только кровь начала поступать в пробирку.  10. Извлек пробирку после прекращения тока крови из держателя. Вынул держатель с иглой из вены, предварительно приложив к месту венепункции ватный шарик, или спиртовую салфетку. Пробирку поставил в штатив.  11.Вакутейнер сбросил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий, класса «Б», ватные шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б», пинцет и лоток погрузил в емкости для дезинфекции, обработал очки, жгут.  12. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Обработка слизистой полости рта при стоматите | 1 | |  | Обработка послеоперационных швов | 1 | |  | Забор крови вакуумной системой | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **30/05/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Терапия:**  **Подача кислорода пациенту:**  1. Объяснить цель и ход предстоящей манипуляции. 2. Получить согласие пациента на процедуру. 3. Обработать руки на гигиеническом уровне. 4. Подсоединить источник кислорода к трубке, идущей к увлажнителю.5. Включить регулятор подачи кислорода и повернуть его до появления пузырьков воздуха в увлажнителе.6. Отрегулировать поток кислорода по назначению.7. Надеть кислородную маску поверх носа, рта и подбородка, отрегулировать металлическую полоску на переносице, добившись ее плотного прилегания, затянуть эластичный ремешок вокруг головы.8. При использовании носовых канюль ввести вилкообразные канюли в носовые ходы пациента (предварительно очистить носовые ходы от секреций увлажненным шариком).9. При использовании катетера смочить его конец теплой водой и ввести по нижнему носовому ходу и далее в глотку, чтобы конец катетера был виден при осмотре зева.10. Закрепить трубки за ушами пациента и под подбородком, соединить с увлажнителем и дозиметром.11. Открыть вентиль и начать подачу кислорода.12. Перекрыть подачу кислорода.13. Извлечь катетер (снять маску), поместить в емкость с дезраствором.14. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).15. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.  **Педиатрия:**  **Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка:**  1. Информировал маму о проведении процедуры.  Подготовил необходимое оснащение.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки.  3. Обработал пеленальный стол, снял перчатки, обработал руки и надел стерильные перчатки.  4. Уложил ребенка на пеленальном столике.  5. Хорошо растянул края пупочной ранки пальцами и капнул в нее раствор 3% перекиси водорода.  6. Удалил образовавшуюся «пену» стерильной ватной палочкой движение изнутри кнаружи.  7. Обработал ранку палочкой, смоченной 70% спиртом, затем кожу вокруг ранки (от центра к периферии).  8. По необходимости обработал ранку (не затрагивая кожу) перманганатом калия с помощью ватной палочки Можно обрабатывать ранку пенкообразующими антисептиками (лифузоль).  9. Запеленал ребенка и передал его маме. отработанный материал поместил в емкость для отходов класса «Б».  10. Обработал пеленальный столик.  11. Снял перчатки, поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **Хирургия:**  **Накрытие стерильного стола:**  1. протереть стол раствором хлорамина (3 %) (горизонтальные поверхности, затем вертикальные дважды с интервалом 15-20 минут)  2. Обработать руки хирургическим способом и открыть стерильный бикс  3. Надеть стерильное белье и перчатки | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  4. Накрыть стол стерильной клеенкой (клеенку держать за центр, не касаясь стороной, на которой будут лежать инструменты, стола)  5. Расстелить нижнюю простыню  6. Расстелить верхнюю простыню  7. Верхнюю половину верхней простыни сложить гармошкой  8. Половину стерильного полотенца разложить на столе и на ней распределить инструменты и перевязочный материал (зажимы с зажимами, крючки с крючками и т.д. так, чтобы при взятии одного инструмента он не зацеплял другие)  9. Накрыть другой половиной полотенца  10. Надеть 2 цапки на углы верхней простыни; под одну из них прикрепить ярлычок (дата и время накрывания стола)  11. Расправить гармошку  12. В журнале перевязочной записать время накрывания стерильного стола и поставить подпись медсестры   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подача кислорода пациенту | 1 | |  | Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка | 1 | |  | Накрытие стерильного стола | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **01/06/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Педиатрия:**  **Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей:**  **Обработка волосистой части головы при гнейсе:**  1. Объяснить маме/родственникам цель и ход проведения процедуры.  2. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки, постелить пелёнку на пеленальный стол (предварительно обработанный дезинфицирующим раствором)  3. Уложить или усадить ребёнка на пеленальный стол.  4. Ватным тампоном, обильно смоченным стерильным вазелиновым (растительным) маслом, обработать волосистую часть головы промокательными движениями в местах локализации гнейса (для размягчения себорейных корочек).  5. Для лучшего размягчения и отслоения корочек положить на обработанную поверхность марлевые салфетки и надеть шапочку (минимум на 2 часа).  6. Через 2 часа провести гигиеническую ванну.  7. После проведения гигиенической ванны осторожно удалить корочки с помощью мягкой щёточки.  Примечание: если не удалось удалить все корочки – повторить процедуру в течение нескольких дней. Плотно «сидящие на волосах» корочки срезаются ножницами вместе с волосами  8. Убрать пелёнку с пеленального стола и поместить её в мешок для грязного белья. Снять перчатки и осушить руки.  **Обработка ногтей:**  1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход проведения процедуры; 2. Подготовить необходимое оснащение; 3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки; 4. Обрабатывать режущую часть ножниц ватным тампоном, смоченным в спирте; 5. Удобно зафиксировать ребенка у себя на руках. Выполнение процедуры: Постричь ногти ребенку: - на руках округло; - на ногах - прямолинейно. Окончание процедуры: Уложить ребенка в кроватку и передать его маме. Инфекционный контроль: 1. Использованные ножницы обработать 70% этиловым спиртом, 2. Снять перчатки, замочить их в 3% р-ре хлорамина на 60 минут, 3. Обработать руки. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  **Терапия:**  **Подготовка пациента и проведение дуоденального зондирования:**  1. За 3 дня до проведения дуоденального зондирования на ночь давать больному стакан тёплого сладкого чая (за исключением больных сахарным диабетом) и ставить грелку на область правого подреберья (за исключением пациентов с подозрением на лямблиоз).  2. Усадить больного на стул таким образом, чтобы спина плотно прилегала к спинке стула, голову пациента слегка наклонить вперёд.  3. Осторожно поместить слепой конец зонда на корень языка больного и попросить его делать глотательные движения.  4. При достижении зондом желудка на его свободный конец наложить зажим.  5. Уложить больного на кушетку без подушки на правый бок, предложив ему согнуть ноги в коленях; под правый бок (на область печени) подложить тёплую грелку.  6. Попросить пациента продолжить заглатывание зонда в течение  20–60 мин до метки 70 см.  7. Опустить в пробирку конец зонда, снять зажим; если олива зонда находится в начальной части двенадцатиперстной кишки, в пробирку начинается поступление золотисто-жёлтой жидкости (порция А – «дуоденальная желчь»).  8. Собрать в течение 10 мин 2–3 пробирки поступаемой жидкости (порция А желчи), наложить на конец зонда зажим.  9. Если порция А желчи не поступает, нужно слегка потянуть зонд назад (возможен заворот зонда) или провести повторное зондирование под визуальным рентгенологическим контролем.  10. Уложить пациента на спину, снять зажим и через зонд шприцем ввести раздражитель желчного пузыря, попросить больного лечь на спину, на зонд наложить зажим.  11. Через 10–15 мин попросить больного лечь на правый бок, опустить зонд в следующую пробирку и снять с зонда зажим. В пробирку в течение 20–30 мин будет поступать густая жидкость темно-оливкового цвета – «пузырная желчь» (порция В, около 60 мл).  12. Если порция В желчи не поступает, вероятно, имеется спазм сфинктера Одди. Для его снятия следует ввести больному подкожно 1 мл 0,1 %-го раствора атропина (по назначению врача!).  13. Когда начнёт выделяться прозрачная жидкость золотисто-жёлтого цвета (порция С), опустить зонд в следующую пробирку – в течение 20–30 мин выделяется 15–20 мл желчи из желчных протоков печени (печёночная желчь).  14. Осторожно извлечь зонд и погрузить его в ёмкость с дезинфицирующим раствором.  15. Отправить полученные порции жёлчи в лабораторию. | оценка |
| Дата | Содержание работы  **Хирургия:**  **Уход за стомами:**  **Уход за колостомой:**  1. Несколько шариков кладут в тазик и заливают перекисью водорода.  2. Берут шарик пинцетом, обрабатывают кожу вокруг выступающей части слизистой оболочки кишки красного цвета (колостомы) движениями от периферии к отверстию. Повторяют обработку несколько раз.  3. Обрабатывают кожу вокруг колостомы шариком, смоченным спиртом. 4. Шпателем на кожу вокруг колостомы наносят толстым слоем (0,5 см) изолирующую мазь или пасту. 5. Накладывают повязку: смачивают стерильную салфетку вазелиновым маслом, кладут на стому, а поверх нее - еще несколько салфеток с ватой. 6. Укрепляют повязку бинтами, а лучше с помощью бандажа или специального пояса. Уход за трахеостомой: 1. Каждые 2 - 3 ч в трахеотомическую трубку вливают две-три капли стерильного масла или 4% раствора натрия гидрокарбоната, чтобы она не забилась слизью. Извлекают канюлю из трубки 2 - 3 раза в сутки, очищают, обрабатывают, смазывают маслом и снова вводят в наружную трубку.  2. Если пациент с трахеостомой сам не может хорошо откашляться, то периодически отсасывают содержимое трахеи.  3. Чтобы избежать мацерирования кожи вокруг трахеостомы, необходимо, не вынимая трубки, обрабатывать кожу. Для этого следует: а) положить в стерильный почкообразный тазик достаточное количество ватных шариков и залить их раствором фурацилина; б) используя стерильный пинцет, обработать кожу вокруг стомы шариками, смоченными фурацилином; в) после обработки кожи антисептическим раствором нанести пасту Лассара или цинковую мазь, затем наложить асептическую повязку, для чего две стерильные салфетки разрезать до половины на две равные части и подвести под трубку с одной и другой стороны.  **Уход за гастростомой:**  **После каждого введения пищи через гастростомическую трубку необходимо:** 1) положить в тазик несколько ватных шариков и залить раствором фурацилина или перекиси водорода; 2) обработать шариками, надетыми на пинцет, кожу вокруг трубки, затем обработать кожу вокруг стомы шариком, смоченным спиртом; 3) нанести на кожу вокруг трубки с помощью шпателя изолирующую мазь; 4) наложить сухую асептическую повязку, для чего стерильную салфетку разрезают на две части до половины и, раздвинув, кладут вокруг трубки, вторую салфетку кладут с другой стороны; 5) зафиксировать повязку пластырем или с помощью пояса из ткани с отверстием для трубки. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  **Уход за цитостомой:**  Манипуляцию выполняют в перчатках. 1. На водяной бане до +38 °С подогревают раствор фурацилина или нитрата серебра и набирают в шприц Жане 100 - 150 мл. 2. Отсоединяют контейнер для мочи от катетера Пеццера.  3. Присоединяют к катетеру шприц Жане и промывают мочевой пузырь раствором антисептика, выводя раствор после промывания в мочеприемник.  4. Промывают контейнер для мочи или берут новый и соединяют с катетером.  5. Кожу вокруг катетера обрабатывают раствором перекиси водорода с помощью ватных шариков, которые держат пинцетом.  6. Кожу вокруг цистостомы обрабатывают спиртом.  7. Накладывают сухую асептическую повязку. Для этого стерильную салфетку разрезают пополам до середины и кладут вокруг катетера. Так же подготавливают вторую салфетку и кладут с противоположной стороны.  8. Салфетки фиксируют лейкопластырем или бандажом.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей | 1 | |  | Подготовка пациента и проведение дуоденального зондирования | 1 | |  | Уход за стомами | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   9. Снять перчатки и утилизировать в отходы класса В, обработать руки антисептиком. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **02/06/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Терапия**  **1) Измерение водного баланса у пациента**  1. Подготовьте чистые сухие емкости для сбора мочи, промаркируйте их.  2. Выделите больному мерную емкость для питья.  3. Объясните больному, что в течение суток нужно собрать мочу в емкость объемом 3 л и одновременно вести учет количества выпитой и введенной жидкости.  4. Утром, после сна, больной опорожняет мочевой пузырь в унитаз.  5. Отметьте время опорожнения, например 8 ч.  6. Последующие порции мочи за сутки собирайте в один сосуд (мерная емкость 3 л).  7. Последнюю порцию мочи соберите в 8 ч утра следующего дня.  8. Определите в мерной емкости общее количество мочи. Это будет суточный диурез.  9. Запишите эти данные в температурном листе в графе «суточное количество мочи».  10. Подсчитайте количество выпитой жидкости, включая суп 1/2 порции, кисель, компот и т. д., и количество жидкости, введенной парентерально.  11. Запишите данные в температурном листе в графе «выпито жидкости».  **Педиатрия**  **2)Оценка тяжести состояния ребенка, выявление проблем пациента**  1.Оценка состояния сознания.  2. Оценка положения в постели.  3. Оценка выражения лица.  4. Оценка выраженности симптомов заболевания.  1. Сознание ясное.  2. Может обслуживать себя, активно беседует с медицинским персоналом.  3. Выражение лица без особенностей.  4. Могут выявляться многие симптомы болезни, но их наличие не мешает больному проявлять свою активность.  Состояние средней тяжести:  1. Сознание пациента, как правило, ясное.  2. Пациент предпочитает большую часть времени находиться в постели, так как активные действия усиливают общую слабость и болезненные симптомы, нередко занимает вынужденное положение.  3. Выражение лица болезненное.  4. При непосредственном обследовании пациента выраженность патологических изменений со стороны внутренних органов и систем.  Тяжелое состояние:  1. Сознание может отсутствовать, быть спутанным, однако нередко остается ясным.  2. Пациент практически постоянно находится в постели, активные действия совершает с трудом.  3. Выражение лица страдальческое. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  4. Жалобы и симптомы болезни выражены значительно.  Однако не всегда только по данным осмотра можно правильно оценить состояние пациента. Для этого необходимо учитывать:  Ø в каком сознании находится пациент;  Ø положение его в постели;  Ø выражение лица;  Ø состояние кожных покровов;  Ø наличие отёков;  Ø объективные показатели (температура тела, частота и характер дыхания, частота пульса, величина артериального давления).  **Хирургия**  **3) Снятие швов**  1. Объяснил пациенту цель и ход предстоящей процедуры  2. Одел колпак, маску, стерильные перчатки  3. Кожу вокруг раны обработал антисептиком.  4. Подтянул за усики узла анатомическим пинцетом, извлек часть нити из кожи, пока не появился участок нити белого цвета, который находился в ткани, и в этом месте нить пересек остроконечными ножницами или скальпелем и извлек еѐ, подтягивая в направлении раны, таким образом швы снимаем через один или два подряд, если собираемся вводить в этом месте дренаж  5. После снятия швов кожу обработал антисептиком, наложил стерильную повязку   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Измерение водного баланса у пациента | 1 | |  | Оценка тяжести состояния ребенка, выявление проблем пациента | 1 | |  | Снятие швов | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **03/06/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Терапия**  **1) Сбор кала на анализы: на я/г, копрологическое исследование.**  **Я/Г**  1. Объяснить ход манипуляции ребёнку или маме, получить информированное согласие.  2. Выписать направление на анализ.  3. Приготовить чистый горшок, обдать кипятком, остудить.  4. Посадить ребёнка на горшок для акта дефекации.  5. Провести санитарную обработку рук, надеть перчатки.  6. Взять на исследование свежевыделенный кал непосредственно после дефекации шпателем из нескольких участков 5-10 гр. без примесей мочи и воды в чистую сухую стеклянную посуду.  7. Закрыть крышкой.  8. Доставить кал в лабораторию в течении 1 часа или в течение 12 часов при хранении в холодильнике (Т 4-6 градусов).  9. Спросить о самочувствии пациента или убедиться, что пациент не испытывает неудобств.  10. Подвергнуть изделия медицинского назначения многоразового или одноразового использования обработке в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции и предстерилизационной очистке.  11. Снять перчатки, поместить в контейнер для отходов класса В  12. Вымыть и осушить руки.  **Сбор кала на копрологию**  1.Установить доброжелательное отношение с пациентом.  2. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения, получить информированное согласие.  3. Объяснить пациенту состав диеты, назначенной врачом за 4-5 дней до исследования (исключить мясо, рыбу, зелень, яблоки) и обеспечить памяткой.  4. Объяснить, что в день исследования пациент должен опорожнить кишечник (не мочиться) в судно (горшок), а не в унитаз.  5. Приготовить одноразовую емкость для сбора кала с герметичной крышкой, оформить направление. На емкости указать Ф.И.О., дату рождения пациента, дату и время сбора материала, отделение, № палаты.  6. Вымыть руки, надеть перчатки.  7. Взять кал шпателем из нескольких участков без примесей мочи и воды в количестве 5-10 гр, поместить его в подготовленную емкость, закрыть крышкой.  8. К емкости с фекалиями прикрепить направление, поместить ее в контейнер для транспортировки.  9. Обработать использованный материал и перчатки в соответствии с требованиями санэпидрежима.  10 Провести гигиеническую обработку рук.  11. Доставить в клиническую лабораторию емкость с фекалиями. | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  **Педиатрия**  **Составление плана обучения семьи за больным ребенком, подготовке к дополнительным исследованиям, сбору биоматериала**  1) изложение необходимой информации;  2) повторение пациентом всего, что он запомнил;  3) показ (демонстрация) того, что пациент должен освоить;  4) повторение пациентом самостоятельно или вместе с медицинской сестрой навыка;  5) самостоятельное объяснение и демонстрация пациентом навыка от начала до конца.  Каждая ступень этой схемы может повториться по несколько раз, пока пациент не усвоит запланированный материал. Медицинская сестра должна стремиться перейти от передачи знаний к выработке умений, а затем и к устойчивому навыку.  В процессе обучения необходимо постоянно поддерживать у обучаемых интерес, задавать им наводящие вопросы или строить беседу по принципу «вопрос - ответ», подчеркивать информацию важную для пациента. В конце беседы важно коротко повторить всю основную информацию.  Медицинской сестре нужно убедиться, что обучаемые правильно поняли передаваемую информацию. Для этого она систематически проверяет и оценивает их знания и умения.  **Хирургия**  **Снятие повязки с послеоперационной раны.**  1. Накануне информировать больного о необходимости выполнения и сущности манипуляции.  2. Получить согласие больного на выполнение манипуляции.  3. Вымыть руки проточной водой с мылом; просушить стерильной салфеткой.  4. Провести гигиеническую обработку рук.  5. Надеть маску, перчатки.  6. Накрыть стерильный перевязочный стол.  7. Снять пинцетом старую повязку с раны.  8. Пинцет сбросить в лоток для отработанного материала.  9. Провести осмотр раны и пальпацию вокруг шва.  10. Обработать кожу вокруг раны от краев раны к периферии раствором антисептика салфеткой на пинцете.  11. Обработать шов промокательными движениями раствором антисептика салфеткой на пинцете. | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  12. Наложить сухую салфетку на рану пинцетом.  13. Закрепить салфетку одним из способов (клеол, пластырь, бинт).  14. Отработанный инструментарий и перевязочный материал поместить в емкости с дезинфицирующим раствором.  15. Обработать дезинфицирующим раствором рабочие поверхности.  16. Снять резиновые перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.  17. Вымыть руки под проточной водой с мылом и просушить их стерильной салфеткой.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Сбор кала на анализы: на я/г, копрологическое исследование. Я/Г | 1 | |  | Составление плана обучения семьи за больным ребенком, подготовке к дополнительным исследованиям, сбору биоматериала | 1 | |  | Снятие повязки с послеоперационной раны | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **04/06/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Педиатрия:**  **Применение мази, присыпки, постановка компресса:**  Применение присыпки:   1. Кожу новорожденного нужно очистить и просушить. Если средство попадает на влажный кожный покров, он быстро скатывается комками. 2. Необходимую часть присыпки растереть ладонями, чтобы не осталось комков. Припудрить складочки осторожными, похлопывающими движениями. Растирать присыпку не рекомендовано. Ее разрешается наносить при помощи шарика из поролона или ваты, но тогда она будет активно распыляться. Да и прикосновения мамы куда лучше! 3. Не рекомендуется насыпать сразу на новорожденного. Повышается вероятность распыления в воздухе или на кожный покров новорожденного попадет лишнее количество средства. Во избежание пересыхания кожи не припудривать толстым слоем. 4. Для полного высыхания присыпки и кожи нужно подержать ребенка без одежды несколько минут. 5. Обрабатывать важно не только места, где одет подгузник. Нужно припудрить складки под мышками, на ручках, под коленями, в области шеи. 6. Рекомендовано производить чередование порошкового средства с детским кремом. 7. Если замечена негативная реакция в виде покраснения или сыпи на коже, использование следует прекратить.   Применение мази:  1. Прочитайте название мази.  2. Информируйте маму о ходе манипуляции и о лекарственном препарате.  3. Помогите ребенку занять удобное для процедуры положение.  4. Вымойте руки.  5. Выдавите из тюбика на стеклянную лопаточку (или возьмите шпателем из большой емкости) нужное для пациента количество мази.  6. Нанесите мазь тонким слоем на кожу, пользуясь стеклянной лопаточкой; не делайте это руками, т. к. некоторые мази всасываются и через неповрежденную кожу.  7. Скажите маме ребенка подержать поверхность кожи с нанесенной мазью 10 – 15 минут открытой.  8. Осмотрите ребенка, не испытывает ли он дискомфорта в связи с процедурой.  9. Вымойте руки.  10. Осмотрев кожу, убедитесь, что мазь впиталась.  Постановка компресса:  1.Проведите психологическую подготовку ребенка (мамы), объясните ход процедуры. 2.Удобно усадите ребенка ( на стул или на колени маме - по возрасту). 3.Вымойте руки теплой водой с мылом и высушите чистым полотенцем. 4.Освободите больное ухо: уберите волосы, снимите серьги.  5.Налейте в лоток растительного масло или спирт 30-40 (водка), или спирт 70-96 с водой 1:1. 6. Смочите марлевую салфетку. 7. Отожмите. | оценка |
| Дата | Содержание работы  8. Наденьте влажный слой на ухо.  9. Наденьте изолирующий слой на ухо.  10. Приложите вату к уху так, чтобы были закрыты все нижележащие слои.  11. Зафиксируйте компресс бинтом относительно плотно, чтобы не проходил воздух.  12. Вымойте руки. 13. Через 2 часа проверьте правильность постановки компресса (внутренний слой должен быть теплым и влажным), 14. через 4-6 ч снимите компресс, 15. Протрите осторожно кожу ватой, смоченной в теплой воде, если использовали растительное масло, 16. Протрите кожу насухо, 17. Наденьте ребенку шапочку или косынку.  **Терапия:**  **Постановка периферического венозного катетера:**  1. Объяснить цель и ход процедуры, убедиться в отсутствии противопоказаний, уточнить информированность о лекарственном средстве, получить согласие на процедуру.  2. Подготовить необходимое оснащение.  3. Помочь пациенту лечь, принять удобное положение.  4. Выбрать и осмотреть вену в локтевой ямке методом пальпации. Убедиться, что в месте инъекции нет болезненности, местного повышения температуры, высыпаний.  5. Подложить под локоть клеенчатую подушечку, помочь максимально разогнуть руку в локтевом суставе.  6. Вымыть руки, надеть чистые перчатки.  7. В стерильном лотке подготовить 3 ватных шарика, обработанных антисептиком, 2 стерильные салфетки.  8. Упаковку катетера обработать антисептиком.  9. Наложить резиновый жгут (на рубашку или пелёнку) в средней трети плеча.  10. Проверить пульс на лучевой артерии, убедится в его наличии.  11. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кисть в кулак; одновременно обработать область венепункции ватным шариком, смоченным антисептиком, делая мазки в направлении от периферии к центру, двукратно.  12. Снять защитный чехол катетера.  13. Снять колпачок с иглы катетера, крылышки разогнуть, 3-мя пальцами доминантной руки взять катетер: 2-й, 3-й палец доминантной руки охватывают канюлю иглы в области крылышек, 1-й палец поместите на крышке заглушки.  14. Фиксировать вену большим пальцем левой руки, натянув кожу над местом венепункции.  15. Пациент оставляет кисть сжатой.  16. Ввести иглу катетера срезом вверх под углом 15 гр. к коже, наблюдая за появлением крови в индикаторной камере. | оценка |
| Дата | Содержание работы  17. При появлении в канюле крови уменьшают угол наклона иглы-стилета и на несколько миллиметров вводят иглу в вену.  18. Придерживая стальную иглу-стилет на месте, осторожно ввести тефлоновый катетер в сосуд (сдвигать с иглы в вену).  19. Снять жгут. Пациент разжимает кисть.  20. Пережать вену для снижения кровотечения (прижать пальцем) и полностью извлечь стальную иглу, утилизировать иглу.  21. Снять заглушку с защитного чехла и закрыть катетер (можно сразу присоединить шприц или инфузионную систему).  22. Зафиксировать катетер фиксирующей повязкой.  23. Провести регистрацию катетеризации вены согласно требованиям лечебного учреждения.  **Хирургия:**  **Применение холода для остановки кровотечения:**  1. Установить доверительные отношения с пациентом.  2. Объяснить цель, ход процедуры, уточнить понимание, получить согласие на процедуру.  3. Подготовить необходимое оснащение.  4. Заполнить пузырь для льда мелкими кусочками льда, залить их холодной водой.  5. Положить пузырь на горизонтальную поверхность, завинтить пробку.  6. Завернуть пузырь в полотенце, салфетку.  7. Приложить на нужный участок тела: область головы на 5 минут (с интервалом 5 минут); область брюшины на 15-20 минут (с интервалом 30 минут).  8. Зафиксировать время.  9. По мере таяния льда, воду сливать, и подкладывать новые кусочки льда.  10. Убрать пузырь со льдом, вылить воду и удалить остатки льда.  11. Пациенту создать покой и удобное положение  12. Обработать пузырь дезинфицирующим раствором.  13. Вымыть и осушить руки.  Примечание: При нарушении целостности кожных покровов медсестре необходимо перед началом процедуры надеть перчатки, а после окончания – снять их и продезинфицировать.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Применение мази, присыпки, постановка компресса. | 1 | |  | Постановка периферического венозного катетера. | 1 | |  | Применение холода для остановки кровотечения. | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **05/06/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Терапия:**  **Постановка очистительной клизмы:**  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен. 2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, фартук, перчатки. 3. Извлек кружку Эсмарха из упаковки, упаковку поместил в емкость для сбора отходов класса «А». 4. При помощи запорного устройства перекрыл удлинительную трубку, заполнил мешок-емкость 1,5 л. воды, предварительно измерив ее температуру при помощи водного термометра. Подвешал кружку на штативе, на уровне одного метра от пола. Горловину мешка плотно закрыл крышкой. 5. Открыл запорное устройство и удалил воздух из системы, закрыл запорное устройство, закрепил трубку на штативе. 6. Положил адсорбирующую пеленку на кушетку так, чтобы она свисала в таз, попросил пациента принять правильное положение, оголить ягодицы. При необходимости помог пациенту. 7.Снял колпачок с дистального конца трубки, сбросил в отходы класса «А». Облил дистальный конец трубки вазелиновым маслом. 8. Раздвинул ягодицы и осторожно ввел дистальный конец трубки в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см. 9. Открыл запорное устройство на системе и ввел необходимое количество жидкости, оставив на дне мешка немного воды, закрыл кран, регулирующий поступление воды. 10. Извлек дистальный конец трубки из прямой кишки через салфетку или туалетную бумагу. 11. Попросил пациента в течение 10 минут полежать на спине, удерживая воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно. 12. Погрузил систему, адсорбирующую пеленку в емкость для сбора отходов класса «Б». 13. Снял фартук, провел его дезинфекцию, снял перчатки, поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». 14. Провел гигиеническую обработку рук. 15. После дефекации пациента, убедился, что процедура проведена успешно.  **Педиатрия:**  **Проведение контрольного взвешивания:**  Подготовка к процедуре:  1. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  2. Обработать весы дез. раствором.  3. Отрегулировать весы.  Выполнение процедуры:  4. Завернутого ребенка взвесить.  5. Провести кормление в течение 15-20 минут.  6. Взвесить ребенка после кормления.  Окончание процедуры:  7. Определить разницу в массе до и после кормления, которая будет соответствовать количеству высосанного молока.  8. Повторно обработать весы дез. раствором.  9. Обработать руки гигиеническим способом, осушить их.  10. Сделать запись о манипуляции в медицинской документации.  ПРИМЕЧАНИЕ: проводить контрольное взвешивание в спокойной, доброжелательной обстановке, в часы, соответствующие режиму кормления данного ребенка. Желательно провести данную процедуру не менее 3-х раз в разное время дня. | оценка |
| Дата | Содержание работы  **Хирургия:**  **Наложение окклюзионной повязки:**  1. Снять одежду, обнажить рану  2. Края раны обработать йодом  3. Разорвать резиновую оболочку пакета по шву  4. Внутреннюю поверхность (стерильную) приложить к отверстию грудной клетки  5. Сверху клеенки положить обе подушечки  6. Прибинтовать циркулярными турами бинта.  При сквозных ранениях клеенка разрезается и накладывается на оба отверстия, подушечки также на оба отверстия   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Постановка очистительной клизмы | 1 | |  | Проведение контрольного взвешивания | 1 | |  | Наложение окклюзионной повязки | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **06/06/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Терапия:**  **Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции:**  1. Собрал набор инструментов и медикаментов для Проведения манипуляции .  2. Доброжелательно и уважительно представился. Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, уточнил аллергологический анамнез, и получил информированное согласие.  3. Пригласил пациента в манипуляционный кабинет и усадил на стул в «позе наездника»  4. Провел гигиеническую обработку рук.  5. Надел стерильные перчатки  6. Подготовил инструменты и медикаменты для проведения обезболивания и пункции  7. Подготовил ампулы, набрал анестетик в шприц и сменил иглу.  8. Обработал большое, малое инъекционное поле и подал шприц врачу  9. После полного обезболивания обработал операционное поле для проведения пункции троекратно: спиртом, йодом и вновь спиртом.  10. Достал иглу ДЮФО и наложил зажим на трубку иглы, подал иглу с зажимом врачу.  11. Присоединил к канюле шприц Жане и по команде врача снимал и накладывал зажим  12. Плевральную жидкость вылил в стерильный контейнер с соблюдением мер предосторожности  13. Остальную плевральную жидкость вылил в емкость с дезраствором.  14. Одновременно с удалением иглы из плевральной полости наложил на место прокола окклюзионную.  15. Плевральную жидкость с направлением отправил в лабораторию.  16. Отходы собрал в пакет для отходов класса «Б  **Педиатрия:**  **Пеленание:**  1. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки. Обработал пеленальный стол, снял перчатки и поместил в емкость для отходов класса «Б»  2. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение  3. Обработал руки, надел стерильные перчатки  4. Уложил на пеленальном столе пеленки послойно (снизу вверх: фланелевая, тонкая и подгузник) приготовил распашонки, тонкую вывернул швами наружу  5. Распеленал ребенка в кроватке (при необходимости подмыли осушил), положил на пеленальный стол  6. Надел на ребенка тонкую распашонку разрезом назад, а фланелевую – разрезом вперед.  7. Надел треугольный (одноразовый) подгузник, проведя широкий угол между ножек ребенка, а узкие концы обернул вокруг туловища.  8. Завернул ребенка в тонкую пеленку, проведя один край между ножек, в другим обернул ребенка. Нижний край пеленки подвернул (оставив место для свободного движения ножек) и зафиксировал пеленку, расположив «замочек» спереди | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  9. Завернул ребенка в теплую пеленку, расположивее верхний край на уровне козелка ребенка. Зафиксировал нижний край пеленки на уровне середины плеч ребенка, «замочек» расположил спереди  10. Уложил ребенка в кроватку, протер рабочую поверхность стола дез.раствором  11. Снял перчатки, маску поместил их в емкость длясбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **Хирургия:**  **Остановка артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности в суставе:**  1. При кровотечении из подключичной, подмышечной, плечевой артерий: оба плеча пациента отвести назад до возможного их соприкосновения и зафиксировать в таком положении с помощью жгута, ремня или косынки над локтевыми суставами;  2. При кровотечении из артерий кисти и предплечья: в локтевой сгиб поместить ватно- марлевый валик, максимально согнуть верхнюю конечность пациента в локтевом суставе и зафиксировать плечо и предплечье на уровне средней трети с помощью жгута, ремня или косынки;  3. При кровотечении из артерий голени, стопы, подколенной артерии: в подколенную ямку поместить ватно-марлевый валик, максимально согнуть конечность в коленном суставе и зафиксировать конечность в таком положении с помощью жгута, ремня или косынки;  4. При кровотечении из бедренной артерии: в паховую область поместить ватно-марлевый валик, максимально согнуть нижнюю конечность пациента в тазобедренном суставе и зафиксировать бедро к туловищу с помощью жгута, ремня или косынки.  5. Прикрепить записку с указанием времени, фамилии и инициалов лица, оказавшего помощь.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции | 1 | |  | Пеленание | 1 | |  | Остановка артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности в суставе | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **08/06/2020 Дата** | Содержание работы  Непосредственный руководитель  **Педиатрия:**  **Подача кислорода через маску и носовой катетер**  Оксигенотерапия с помощью носовых катетеров:  1. Вымыть руки, надеть перчатки;  2. Придать ребенку удобное положение;  3. При необходимости очистить носовые ходы;  4. Измерить глубину введения катетера (от крыла носа до конца уха);  5. Взять катетер, как писчее перо, увлажненный водой конец катетера  6. Ввести по нижнему носовому ходу до метки (катетер держать перпендикулярно поверхности лица);  7. Катетер введен правильно, если его кончик виден в зеве и находится на один сантиметр ниже малого язычка;  8. Закрепить наружную часть катетера на щеке.  Дача кислорода через маску Амбу:  Вымыть руки, надеть перчатки  1. Обработать маску: протереть ватным тампоном, смоченным 70% спиртом, а затем, протереть стерильным изотоническим раствором.  2. Очисть рот и глотку от слизи.  3. Запрокинуть голову и выдвинуть нижнюю челюсть ребенка.  4. Плотно фиксировать левой рукой маску к лицу больного и быстро сжать мешок.  5.Разжать мешок для заполнения его новой порцией воздушно-кислородной смесью (для доношенных – 60% кислород, для недоношенных – 40%).  6.Контролировать визуально дыхательные движения грудной клетки.  7.Контролировать свободную проходимость дыхательных путей.  **Терапия:**  **Введение инсулина**  1. Объясните пациенту ход проведения манипуляции, получите от него согласие.  2. Наденьте чистый халат, маску, обработайте руки на гигиеническом уровне, наденьте перчатки.  3. Прочитайте название инсулина, дозировку (40,80,100 ЕИ в 1 мл) – должен соответствовать назначению врача.  4. Посмотрите дату, срок годности – должен соответствовать.  5. Проверить целостность упаковки.  6. Вскройте упаковку с выбранным стерильным инсулиновым шприцом, выложите его в стерильный лоток.  7. Вскройте алюминиевую крышку, обрабатывая её 70 % спиртом двукратно.  8. Проколите резиновую крышку флакона после высыхания спирта, наберите инсулин (дозу, назначенную врачом и плюс 2 ЕИ).  9. Смените иглу. Выпустите воздух из шприца (2 ЕД уйдут в иглу).  10. Положите шприц на стерильный лоток, приготовьте 3 стерильных, ватных шарика (2 смоченных 70% спиртом, 3-ий - сухой).  11. Обработайте кожу сначала 1-м, затем 2-м ватным шариком (со спиртом), 3-ий (сухой) зажмите в левой руке | оценка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  12. Соберите кожу в складку треугольной формы.  13. Введите иглу в основание складки под углом 45° на глубину 1-2 см (на 2/3 иглы), держа шприц в правой руке.  14. Введите инсулин.  15. Прижмите место укола сухим ватным шариком.  16. Извлеките иглу, придерживая ее за канюлю.  17. Сбросьте одноразовый шприц и иглу в ёмкости c 3% хлорамином на 60 мин.  18. Снять перчатки, поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.  19. Вымыть руки, осушить.  **Хирургия:**  **Определение группы крови, пробы на индивидуальную резус совместимость, биологическая проба**  **Определение группы крови:**  Нанести цоликлоны анти-А, анти-В на специальный планшет по одной большой капле (0,1 мл), под соответствующими надписями.  Рядом с ними капнуть исследуемую кровь (0,01–0,03 мл) по одной маленькой капле. Перемешать их и наблюдать за наступлением или отсутствием реакции агглютинации в течение 3 мин. При сомнительном результате добавить 1 каплю 0,9% физиологического раствора.  Расшифровка результатов определения группы крови  - если реакция агглютинации наступила с анти-А цоликлоном, то исследуемая кровь относится к группе А (II);  - если реакция агглютинации наступила с анти-B цоликлоном, то исследуемая кровь относится к группе B (III);  - если реакция агглютинации не наступила с анти-А и с анти-B цоликлонами, то исследуемая кровь относится к группе 0 (I);  - если реакция агглютинации наступила с анти-А и с анти-B цоликлонами, то исследуемая кровь относится к группе AB (IV).  **Определение резус-фактора цоликлоном Анти-D**  На планшете смешивают большую каплю (0,1 мл) анти-D цоликлона и маленькую каплю (0,01 мл) исследуемой крови пациента. За наступлением реакции агглютинации или её отсутствием наблюдают в течение 3 мин.  - если реакция агглютинации наступила с цоликлоном анти-D , то исследуемая кровь относится к резус-положительной (Rh+)  - если реакция агглютинации не наступила с цоликлоном анти-D, то исследуемая кровь относится к резус-отрицательной (Rh—).  **Проба на индивидуальную совместимость по системе АВ0**  На белую поверхность (тарелку, пластинку) на­носят крупную каплю {0,1 мл) сыворотки крови реципиента и маленькую капельку (0,01 мл) крови донора из флакона и смешивают их между собой, периодически покачивая тарелку (пластинку). Реакция проводится при температуре 15 - 25°С, результаты оценивают через 5 минут: | оценка |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы  - отсутствие агглютинации эритроцитов донора свидетельствует о совместимости крови донора и реципиента по системе АВО  Появление агглютинации указывает на их несовместимость — такую кровь данному больному переливать нельзя.  **Биологическая проба**  1. Объяснить пациенту суть предстоящий манипуляции, получить его информированное согласие.  2. Вымыть руки с мылом, осушить индивидуальным полотенцем.  3. Обработать руки кожным антисептиком и надеть стерильные перчатки.  4. Подготовить систему для внутривенного вливания крови.  5. Подсоединить систему к локтевой вене.  6. Однократно переливается 10 мл гемотрансфузионной среды со скоростью 2 – 3 мл (40-60 капель) в минуту, затем переливание прекращают и в течение 3 минут наблюдают за реципиентом. Такую процедуру проводят еще дважды  Оценка результата:  а) если у реципиента не отмечается нарушений гемодинамики и нет жалоб – проба отрицательная, переливание производить можно;  б) при наличии беспокойства, болей в пояснице, озноба, мелькание «мушек» перед глазами и других жалоб, пробу следует оценить как положительную, переливание необходимо прекратить. Больного берут под наблюдение.  Окончание манипуляции:  1. Уточнить у пациента о его самочувствии.  2. Снять перчатки, поместить их в дезинфицирующий раствор.  3. Вымыть руки, осушить полотенцем.  4. Заполнить протокол гемотрансфузии.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подача кислорода через маску и носовой катетер | 1 | |  | Определение группы крови, пробы на индивидуальную резус совместимость, биологическая проба | 1 | |  | Биологическая проба | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | оценка |

**ОТЧЕТ ПО ПРЕДДИПЛОМНОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринский уход в терапии**

Ф.И.О. обучающегося Попова Елена Владимировна

Группы 409 специальности Сестринское дело

Проходившего (ей) преддипломную практику с 12.05 по 08.06. 2020г

За время прохождения практики мною выполнены следующие виды работ:

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид манипуляции** | **Выполнено** |
| Сбор мочи для анализов: общий, по Нечипоренко, по Зимницкому, на бак. посев | 1 |
| Сбор кала на анализы: на яйца паразитов, на копрологическое исследование, на скрытую кровь. | 1 |
| Утренний туалет тяжелобольного пациента: умывание, подмывание, уход за глазами, ушами, полостью рта, кожей. | 1 |
| Смена постельного белья | 1 |
| Кормление тяжелобольного в постели | 1 |
| Измерение температуры тела с графической регистрацией Подсчет пульса. Подсчет частоты дыхания. Измерение артериального давления. | 1 |
| Раздача медикаментов пациентам | 1 |
| Обучение пациентов правилам проведения ингаляций, в том числе, небулаизерных | 1 |
| Подача кислорода пациенту | 1 |
| Подготовка пациента и ассистирование врачу при  плевральной пункции. | 1 |
| Подготовка пациента и проведение дуоденального  зондирования | 1 |
| Постановка очистительной клизмы | 1 |
| Постановка гипертонической клизмы | 1 |
| Постановка масляной клизмы | 1 |
| Постановка сифонной клизмы | 1 |
| Постановка периферического венозного катетера | 1 |
| Оказание сестринской помощи при неотложных состояниях(желудочное кровотечение, приступ удушья при бронхиальной астме, приступ загрудинных болей при стенокардии) | 1 |
| Выполнение различных видов инъекций:  -подкожные,  -внутримышечные,  -внутривенные струйные | 1 |
| Выполнение внутривенного капельного введения лекарств | 1 |
| Разведение и введение антибиотиков | 1 |
| Введение инсулина. | 1 |
| Введение гепарина. | 1 |
| Проведение забора крови из вены на биохимическое исследование с помощью вакутейнера | 1 |
| Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке и при других острых аллергических реакциях | 1 |

**ОТЧЕТ ПО ПРЕДДИПЛОМНОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в хирургии**

Ф.И.О. обучающегося Попова Елена Владимировна

Группы 409 специальности Сестринское дело

Проходившего (ей) преддипломную практику с 12.05 по 08.06. 2020г

За время прохождения практики мною выполнены следующие объемы работ:

**1. Цифровой отчет**

|  |  |
| --- | --- |
| Виды работ | **Количество** |
| Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | 1 |
| Кормление пациента через зонд | 1 |
| Обработка послеоперационных швов. | 1 |
| Приготовление перевязочного материала (салфеток, шариков). | 1 |
| Изготовление дренажей (резиновых, марлевых, комбинированных) | 1 |
| Обработка рук хирургическим, современным методом | 1 |
| Надевание стерильного халата и перчаток на себя | 1 |
| Пользование стерильным биксом | 1 |
| Накрытие стерильного стола | 1 |
| Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных. | 1 |
| Остановка артериального кровотечения пальцевым прижатием артерии к кости | 1 |
| Остановка артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности в суставе | 1 |
| Наложение давящей повязки при венозном кровотечении. | 1 |
| Применение холода для остановки | 1 |
| Наложение окклюзионной повязки или пластырной повязки | 1 |
| Снятие повязок с послеоперационной раны | 1 |
| Приготовление и наложения транспортных шин | 1 |
| Определение группы крови, пробы на индивидуальную, резус совместимость, биологическую пробу | 1 |
| Проведение премедикации | 1 |
| Уход за стомами | 1 |
| Уход за мочевым катетером | 1 |
| Снятие швов с послеоперационной раны | 1 |
| Подготовка пациента к диагностическим исследованиям (рентгенологическим, эндоскопическим, ультразвуковым и т.д.). | 1 |
| Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке и при других острых аллергических реакциях | 1 |

**ОТЧЕТ ПО ПРЕДДИПЛОМНОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в педиатрии**

Ф.И.О. обучающегося Попова Елена Владимировна

Группы 409 специальности Сестринское дело

Проходившего (ей) преддипломную практику с 12.05 по 08.06. 2020г

За время прохождения практики мною выполнены следующие объемы работ:

**1. Цифровой отчет**

|  |  |
| --- | --- |
| Виды работ | **Количество** |
| Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | 1 |
| Оценка тяжести состояния ребенка, выявление проблем пациента | 1 |
| Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | 1 |
| Выписка направлений на консультации специалистов | 1 |
| Кормление новорожденных из рожка и через зонд | 1 |
| Введение капель в глаза, нос, уши, | 1 |
| Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка. | 1 |
| Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку | 1 |
| Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария |  |
| Подготовка материала к стерилизации | 1 |
| Антропометрия | 1 |
| Проведение контрольного взвешивания | 1 |
| Составление планов обучения семьи уходу за больным ребенком, подготовке к дополнительным исследованиям, сбору биологического материала для исследований. | 1 |
| Пеленание | 1 |
| Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку | 1 |
| Мытье рук, надевание и снятие перчаток | 1 |
| Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей. | 1 |
| Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь | 1 |
| Проведение ингаляций | 1 |
| Проведение очистительной и лекарственной клизмы, введение газоотводной трубки | 1 |
| Применение мази, присыпки, постановка компресса. | 1 |
| Разведение и введение антибиотиков | 1 |
| Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов. | 1 |
| Подача кислорода через маску и носовой катетер | 1 |
| Обработка слизистой полости рта при стоматите | 1 |

**2. Текстовой отчет**

При прохождении производственной практики мною самостоятельно были повторены: все представленные манипуляции

сан-просвет работы с указанием количества человек курация, беседы с детьми, родителями

Я хорошо овладел(ла) умениями: Антропометрия, Пеленание, Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления, Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных, Проведение забора крови из вены на биохимическое исследование с помощью вакутейнера и многое другое.

Особенно понравилось при прохождении практики: все понравилось.

Недостаточно освоены: все освоено.

Замечания и предложения по прохождению практики: замечаний и предложений нет.

Студент **\_Попова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Попова Е.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

подпись (расшифровка)

Непосредственный руководитель практики **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

подпись (расшифровка)

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

подпись

(расшифровка)  М.П.организации

**ХИРУРГИЯ:**

**Задача**

Во время операции по поводу ножевого ранения живота с повреждением селезенки и сигмовидной кишки в брюшной полости обнаружено 1,5 литра крови без сгустков. Хирург после проведенных процедур, перелил кровь обратно пациенту. Находясь в палате интенсивной терапии, у больного отмечено выделение мочи цвета «мясных помоев», tº-37,5, жалоб не предъявляет, медсестра немедленно сообщила об этом дежурному врачу.

Задания.

1.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели сестринского вмешательства

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

3.Объясните пациенту, что такое аллергическая реакция, ее клинические проявления и меры профилактики.

4. Объясните пациенту, действие препарата (ВИКАСОЛА) показания и противопоказания.

5.Составьте план реабилитационных мероприятий при пирогенных реакциях.

6. Перечислите признаки по которым определяют годность переливаемой среды.

**РЕШЕНИЕ**

**1.Проблемы пациента**

**Настоящие:**

• реакция на переливание излившейся в брюшную полость крови.

**Потенциальные:**

• риск развития острой почечной недостаточности.

**Приоритетная проблема пациента:**

• tº-37,5, моча: цвета «мясных помоев».

**Краткосрочная цель:**

• немедленно сообщить о произошедшем врачу, подготовить необходимые в таких случаях медикаменты и растворы и ждать распоряжение врача.

**Долгосрочная цель:**

• состояние пациента соответствует сроку и тяжести оперативного вмешательства, tº тела 36,8, моча визуально соломенно-желтого цвета.

**2.План сестринского вмешательства**

|  |  |
| --- | --- |
| **План** | **Мотивация** |
| 1. М/с пригласит врача к осмотру больного. | Предупредить дальнейшее развитие гемотрансфузионных проявлений. |
| 2 М/с. обеспечит психоэмоциональный и физический покой больного, информирует его о предстоящих манипуляций | Для снятие тревоги, создания благоприятных условий для  осознанного сотрудничества больного. |
| 3.М/с. пригласит лаборанта для взятия анализов крови и мочи. | Для подтверждения реакции. |
| 4.М/с. подготовит медикаменты для оказания помощи пациенту. | Для своевременного оказания помощи. |
| 5.М/с введет гемостатические препараты по назначению врача. | Для обеспечения лечебного эффекта. |
| 6.М/с осуществит контроль за состоянием пациента, его ощущениями и кожными покровами в динамике. | Для своевременной реакции на возможные осложнения или ухудшение состояния пострадавшего |

**3.Объясните пациенту, что такое гемотрансфузионная реакция, ее клинические проявления и меры профилактики.**

Эти осложнения связаны с несовместимостью крови донора и реципиента по эритроцитарным антигенам систем АВО, резус-фактору и по антигенам других серологических систем.

При проведении биологической пробы (струйное переливание крови в пределах 60 мл 3-х кратно) происходит реакция несовместимости по групповым факторам системы АВО, происходит частичное внутрисосудистое разрушение несовместимых эритроцитов донора агглютининами реципиента, а в плазму выходят строма разрушенных эритроцитов и свободный гемоглобин, обладающие тромбопластической активностью. Перечисленные изменения ведут к возникновению ДВС-синдрома с существенными изменениями в системе гемостаза и микроциркуляции, грубыми нарушениями показателей центральной гемодинамики и развитием гемотрансфузионной реакции.

Клинически это проявляется - в общем беспокойстве больного, чувстве страха, возбуждении, затруднении дыхания, одышке, гиперемии лица, шеи и груди, сменяющийся бледностью, головокружении, учащении пульса, повышении его наполнения и напряжения, некоторым увеличением АД, или только появлению мочи: цвета «мясных помоев»,

**4. Объясните пациенту, действие препарата (ВИКАСОЛА) показания и противопоказания.**

ВИКАСОЛ (Vicasolum; в таб, по 0, 015 и в амп. по 1 мл 1% раствора) непрямой коагулянт, синтетический водорастворимый аналог витамина К, который активизирует процесс образования фибринных тромбов. Обозначают как витамин К3. Эффект развивается, при внутривенном введении - через 30 минут, при внутримышечном - через 2-3 часа.

Указанные витамины необходимы для синтеза в печени протромбина (II фактор), проконвертина (VII фактор), а также IX и X факторов.

Показания к применению: при чрезмерном снижении протромбинового индекса, при выраженной К-витаминной недостаточности, обусловленной кровопотерей, для профилактики п/операционных кровотечений.

**5.Составьте план реабилитационных мероприятий при данной патологии**

Реабилитация, в том числе и медицинская, является совместной задачей медиков, педагогов, специалистов по лечебному труду, экономистов, работников социального обеспечения при активном участии самого реабилитанта.

Это положение еще раз подтверждает многовекторность реабилитации как таковой, ибо достижение цели в каждом конкретном случае предполагает участие в едином реабилитационном процессе не только врачей и среднего медицинского персонала, но и других специалистов, помогающих вернуть больного к максимально полноценной жизни. Однако, непременным условием достижения цели всегда остается одна положительная установка больного на выздоровление, на интеграцию в общество, на возвращение к труду. Реабилитация будет малоэффективной, если не соблюдать её основополагающие принципы:

1. Раннее начало реабилитационных мероприятий.

2. Непрерывность реабилитации.

3. Комплексность реабилитации.

4. Индивидуальность реабилитации.

5. Необходимость реабилитации в коллективе.

6. Возвращение пациента к активному труду.

**6.ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГОДНОСТИ КРОВИ К ПЕРЕЛИВАНИЮ**

Цель: предупреждение осложнений во время и после переливания крови.

Показания: переливание крови.

Противопоказания: нет.

Осложнения: при правильно проведенной подготовки нет.

Оснащение: холодильник, термометр, флакон или массовый пакет с кровью, журнал регистрации температуры в холодильнике для хранения крови.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| 1. | Открыть холодильник. По термометру определить температуру режима хранения крови ( +2°С, +6°С). | Профилактика загнивания крови |
| 2. | Взять нужный флакон или пластиковый пакет с кровью. |  |
| 3. | Определить визуально по плазме пригодности крови к переливанию. | Визуальный контроль за качством крови |
| 4. | Проверить паспорт флакона: наличие обозначения группы крови и резус-фактора, дату заготовки, вид консерванта, название учреждения- изготовителя, регистрационный номер, фамилию и инициалы донора, фамилию, имя, отчество врача, заготовившего кровь, наличие на этикетки результатов анализа на ВИЧ, сифилис и гепатит В, срок годности. | Последовательность проверки, является профилактикой будущих осложнений |
| 5 | Кровь годна, если при внешнем осмотре цвет плазмы янтарно- желтый, лейкоцитарно - тромбоцитарный слой серого цвета, эритроцитарная масса темно-бордовая. |  |
| 6.. | Кровь не годиться если: этикетка отсутствует, повреждена или не правильно оформлена. Истек срок годности крови.  Нарушена герметичность сосуда. Отмечается гемолиз- плазма розовая, красная (лаковая кровь). Имеются хлопья или помутнения плазмы. Содержит инородные тела, например кусочки резиновой пробки. | Критерии непригодности |

**ТЕРАПИЯ:**

Пациентка 45 лет находится в нефрологическом отделении с диагнозом: хронический гломерулонефрит. Предъявляет жалобы на общую слабость, одышку, головную боль, тошноту, отеки, сниженный аппетит, плохой сон.

Состояние тяжелое. Сидит в постели в подушках почти без движения. Кожные покровы бледные, акроцианоз, лицо одутловатое, отеки на ногах, пояснице, ЧДД 32 в минуту, Ps 92 удара в минуту, ритмичный, напряженный, АД 70/100 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет выраженного асцита.

Врачом назначен постельный режим.

***Задания***

1. Определите проблемы пациентки; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
2. Объясните пациентке, как собрать мочу по Зимницкому.
3. Продемонстрируйте технику п/к инъекций гепарина.

**РЕШЕНИЕ**

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

**Проблемы пациентки:**

**Настоящие:**

- не может обслуживать себя самостоятельно из-за необходимости соблюдать постельный режим и общей слабости;

- не может спать в горизонтальном положении из-за асцита и усиления одышки;

- пациентка самостоятельно не справляется со стрессом, вызванным болезнью;

- предъявляет жалобы на отсутствие аппетита;

**Потенциальные проблемы:**

- риск нарушения целостности кожи (трофические язвы, пролежни, опрелости);

- риск развития атонических запоров.

**Приориттная проблема пациента**: не может обслуживать себя самостоятельно из-за необходимости соблюдать постельный режим и общей слабости.

**Цель:** пациентка будет справляться с повседневной деятельностью с помощью сестры до улучшения состояния.

**План**

**Мотивация**

1. М/с обеспечит соблюдение постельного режима.

Для улучшения почечного кровотока и увеличения диуреза

2. М/с проведет беседу с пациенткой и его родственниками о необходимости соблюдения бессолевой диеты, контроля суточного диуреза, подсчету пульса, постоянного приема лекарственных препаратов.

Для предупреждения ухудшения состояния пациентки и возникновения осложнений; снижения уровня тревоги

3. Медсестра обеспечит пациентке возвышенное изголовье в постели, используя по мере возможности функциональную кровать и упор для стоп; обеспечит постельный комфорт.

Облегчение дыхания и улучшение сна

4. М/с обеспечит доступ свежего воздуха путем проветривания палаты по 20 минут 3 раза в день.

Для обогащения воздуха кислородом

5. М/с обеспечит кормление пациентки, выполнение мероприятий личной гигиены в палате, возможность осуществлять физиологические отправления в постели, досуг пациента.

Удовлетворение базисных потребностей организма

6. М/с обеспечит взвешивание пациентки 1 раз в 3 дня.

Для контроля уменьшения задержки жидкости в организме

7. М/с обеспечит подсчёт водного баланса.

Для контроля отрицательного водного баланса

8. М/с будет наблюдать за внешним видом, пульсом, АД больного.

Для контроля за состоянием больного и возможного ухудшения состояния.

Оценка: пациентка отмечает снижение уровня тревоги, ее настроение несколько улучшилось, она знает, какой образ жизни следует вести при этом заболевании. Цель достигнута.

1. **Объясните пациентке, как собрать мочу по Зимницкому.**

**Цель**: определение концентрационной и выделительной [функций почек](https://studopedia.ru/10_44568_funktsii-pochek.html).

**Показания:**Назначение врача. Противопоказаний нет.

**ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА:**

1. Объясните пациенту, что питьевой, пищевой и двигательный режимы должны остаться прежними.

2. Собрать мочу необходимо за сутки, в течение каждых 3 часов.

3. Врач отменяет мочегонные за день до исследования.

**ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ ПАЦИЕНТА:**

(или медсестры, если пациент находится на постельном режиме)

1. Дайте пациенту 8 пронумерованных емкостей с указанием времени и 9-ю - запасную. В 6 часов утра пациент мочится в унитаз.

2. Затем в течение каждых 3-х часов пациент мочится в соответ­ствующую емкость до 6 часов утра следующего дня, утренняя порция входит в исследование.

3. Полученные емкости должны быть плотно закрыты крышками с наклеенными этикетками, на которых написаны:

- Ф.И.О. пациента;

- номер отделения;

- номер палаты;

- интервал времени (6-9; 9-12; 12-15; 15-18; 18-21; 21-24; 24-3; 3-6).

4. Обеспечьте доставку мочи в лабораторию.

5. Используемые перчатки, воронку, диурезницу, судно (мочеприемник) обработайте в дез., растворе, затем замочите в нем - не менее, чем на 60 минут, раздельно.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ.

Медсестра должна помнить, что ночью каждые три часа она должна будить пациента.

Моча. собранная в 6 часов утра накануне, не исследуется, так как выделяется за счет предыдущих суток.

Если у пациента полиурия и ему не хватает объема одной емко­сти, медсестра выдает ему дополнительную емкость, на которой ука­зывается соответствующий промежуток времени. Если у пациента в ка-» кой-то интервал времени мочи нет, эта емкость должна оставаться пус­той.

1. **Продемонстрируйте технику п/к инъекций гепарина.**

**Цель:** введение лекарств, минуя желудочно-кишечный тракт.

**Показания:**

1. Введение небольших объемов лекарственных веществ.

2. Введение масляных растворов.

3. Выполнение профилактических прививок.

4. Оказание экстренной помощи.

**Противопоказания:**

1. Аллергия к препарату.

2. Нарушение целостности кожи в местах инъекции.

Места подкожных инъекций:

Подкожные инъекции проводят в те участки тела, где нет магистральных вен и артерий. Это наружная поверхность плеча (средняя треть), подлопаточная область, переднебоковая поверхность живота, переднебоковая поверхность бедра.

**Оснащение:**

1. Стерильный шприц, игла для набирания лекарства.

2. Стерильная игла длиной 2-3 см для подкожной инъекции пациентам с нормально развитым жировым слоем и 4-5 см при чрезмерно развитом жировом слое.

3. Три ватных шарика, смоченных 70 % спиртом или АХД-2000.

4. Лоток с маркировкой «Для стерильного материала».

5. Стерильная пеленка или полотенце.

6. Лоток с маркировкой «Для использованных инструментов», если инъекцию предстоит выполнить в палате.

7. 0,5 % спиртовой раствор хлоргексидина.

Гепарин - это противосвертывающее средство.

ГЕПАРИН - вводится парентерально, в 1 мл гепарина содержится 5000 ЕД., во флаконе 5 мл.

Вводится гепарин под контролем ВСК (время свертывания крови) и в СТРОГО ОПРЕДЕЛЕННОЕ время в кожу передней брюшной стенки или в/м, в/в.

При ВСК от 5 мин. до 8 мин. - 10 тыс. ЕД;

от 8 мин. до 12 мин. - 5 тыс. ЕД;

от 12 мин.до 15 мин. - 2,5 тыс. ЕД;

более 15 мин. НЕ ВВОДИТСЯ!

**Выполнение:**

1) Подготовьте руки к инъекции,

2) Соберите шприц емкостью от 1 до 5 мл, приготовьте две иглы, од­ну для набора лекарств (с широким просветом), другую - длиной 20-30 мм, для инъекции. Надеть на шприц иглу с широким просве­том.

3) Обработайте шейку ампулы спиртом, надпилите пилочкой и, зажав ваткой, смоченной спиртом, отломите.

4) Наберите лекарство из ампулы или флакона, придерживая ампулу или флакон на игле пальцем. Набрать от 1 до 5 мл (по назначению врача),

5) Смените иглу и, подняв шприц вертикально на уровне глаз, осво­бодите его от лишнего лекарства и пузырьков воздуха, проверив ее проходимость.

6) Приготовьте два ватных шарика, смоченных спиртом.

7) Предложите пациенту освободить место инъекции (боко­вые поверхности передней брюшной стенки, отступив на 2 см от пупка). Обработать место инъекции спиртом, сначала одним ватным шариком большую по­верхность, затем другим - непосредственно место инъекции. Вто­рой шарик не выбрасывайте, а зажмите в руке мизинцем.

8) Левой рукой соберите кожу в складку, а правой, держа шприц под острым углом (около 45º), введите иглу на глубину 2/3 длины, срез иглы должен быть направлен вверх. Не перекладывая шприц в дру­гую руку, введите лекарство. Вторую ватку со спиртом приложить к месту инъекции и, придерживая иглу пальцем, резким движением извлеките ее из мягких тканей.

9) Левой рукой с ватным шариком слегка помассируйте место введения лекарства, чтобы оно лучше распределялось в подкожно-жировой клетчат­ке.

10) Иглу в иглосъемник, шприц и шарики в отходы класса Б, перчатки в отходы класса Б, лоток в дезраствор, обработка рук дез. средством.

**ПЕДИАТРИЯ:**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1.**

Медсестра детского сада при осмотре обнаружила у девочки 2-х летнего возраста на слизистой оболочке рта несколько легко вскрывающихся пузырьков и эрозий, покрытых налетом желто-серого цвета, окруженных ярко-красным ободком. У ребенка усилено слюноотделение. Губы отечны. Подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны. Ребенок отказывается от пищи, капризничает, не играет с детьми, температура тела 37.3гр. С. Медсестра предположила, что у ребенка герпетический стоматит.

ЗАДАНИЕ:

1.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составте план сестринского ухода с мотивацией.

2.Объясните матери особенности питания ребенка при стоматите.

3.Составте чек-лист обработка полости рта у ребенка.

**РЕШЕНИЕ:**

**1.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составте план сестринского ухода с мотивацией.**

Проблемы пациента:

**Настоящие:**  
1. невозможность принимать пищу из-за боли и высыпаний на слизистой полости рта;  
2. невозможность общаться с детьми из-за болезни;

3. усилено слюноотделение

4. губы отечны

**Потенциальная:** риск развития осложнений.  
**Приоритетная проблема:** невозможность принимать пищу из-за боли и высыпаний на слизистой полости рта.  
  
  
**Цель:**ребенок начнет полноценно питаться.

|  |
| --- |
|  |
| **План** | **Мотивация** |
| 1. М/с изолирует ребенка до прихода матери. | Для уменьшения риска заражения других детей. |
| 2. М/с проведет беседу с матерью о питании ребенка (исключить горячее, соленое, кислое). Пищу давать в жидком виде. | Для уменьшения боли. |
| 3. М/с научит мать обрабатывать полость рта перед приемом пищи 0,5% раствором новокаина со взбитым яичным белком или 5% анестезиновой взвесью. | Для снятия боли перед едой. |
| 4. М/с обработает слизистую рта при помощи резинового баллончика раствором перманганата калия или 3% р-ром перекиси водорода, затем 0,25% оксолиновой мази (по назначению врача). | Для очистки слизистой рта. |
| 5. М/с направит мать для осмотра к врачу. |  |

Оценка: боль не беспокоит через 3-5 дней, ребенок охотно принимает пищу. Цель достигнута.

**2.Объясните матери особенности питания ребенка при стоматите.**

**Понятие о том, в каком виде и что можно есть при стоматите, складывается по следующим принципам:**

1.Щадящий вид еды – хорошо измельченные порции.

2.Дробные приемы пищи – ослабленному организму непросто переваривать большой объем, поэтому чаще употребляют небольшие порции.

3.Оптимальный температурный режим – 37-40 0С, немного теплее человеческого тела.

**В диету при стоматите входят:**

1. **Молоко и кисломолочные продукты.** Содержат ферменты, корректирующие иммунные реакции и заживляющие раны. Стоит употреблять сыр, сметану, протертый творог, кефир, йогурт.
2. **Пюре из сезонных овощей.** Содержит все необходимые витамины и минералы для повышения иммунитета. Стоит добавить в рацион кабачок, капусту брокколи и цветную, тыкву.
3. **Жидкие каши на молоке – кладезь витаминов.**Насыщают желудок и не раздражают ротовую полость благодаря мягкой текстуре.
4. **Рыба или рыбий жир.** Восполнит потребность в Омега-3, витаминах А и Е, полиненасыщенных жирных кислотах.
5. **Нежирное мясо (курица, индейка, постная говядина и свинина, кролик).**Употреблять необходимо в виде тефтелей, котлет или паштета – является источником белка.
6. **Фрукты – лучше некислые (банан, дыня, арбуз).** Стоит выбрать те, которые не будут разъедать поврежденные места.
7. **Мясные, овощные бульоны с добавлением лаврового листа.** Способствует заживлению слизистой. Можно добавить туда мелко накрошенный хлеб.
8. **Компот или кисель.** Полезный напиток поддержит организм в трудный период, только не стоит варить его слишком сладким. Употреблять в теплом виде – слишком горячий напиток обожжет слизистую.
9. **Отвары из ромашки или шиповника.** Прекрасные природные анестетики, способствуют снятию воспаления, насыщают организм витамином С.

Список стоит дополнить – можно позволить себе несладкий пудинг из творога или мороженое. Вот что можно кушать на десерт при стоматите.

**3.Составте чек-лист обработка полости рта у ребенка.**

**Цель:**снять воспалительный процесс слизистой оболочки полости рта.

**Показания:** воспалительный процесс слизистой оболочки полости рта разной этиологии (стоматит, молочница)

**Оснащение:**

1. Растворы для обработки полости рта - 2 % раствор бикарбоната натрия,

отвары трав - ромашка, шалфей, антисептики- раствор фурациллина).

4.Баллончик резиновый.

5. Пеленка.

6. Стерильные марлевые салфетки.

1. Анестезиновая мазь.
2. Перчатки.

**Алгоритм действия:**

1. Объясните маме цель и ход проведения процедуры

2. Подготовьте оснащение

3. Обработайте руки гигиеническим способом, наденьте перчатки

4. На второй палец правой руки обмотайте марлевую салфетку, кончик которого необходимо зафиксировать большим пальцем

5. Большим пальцем левой руки осторожно надавите на подбородок и откройте рот ребенку (при необходимости примените шпатель)

6. Салфетку промокнуть в готовом растворе и промокательными движениями обработайте полость рта.

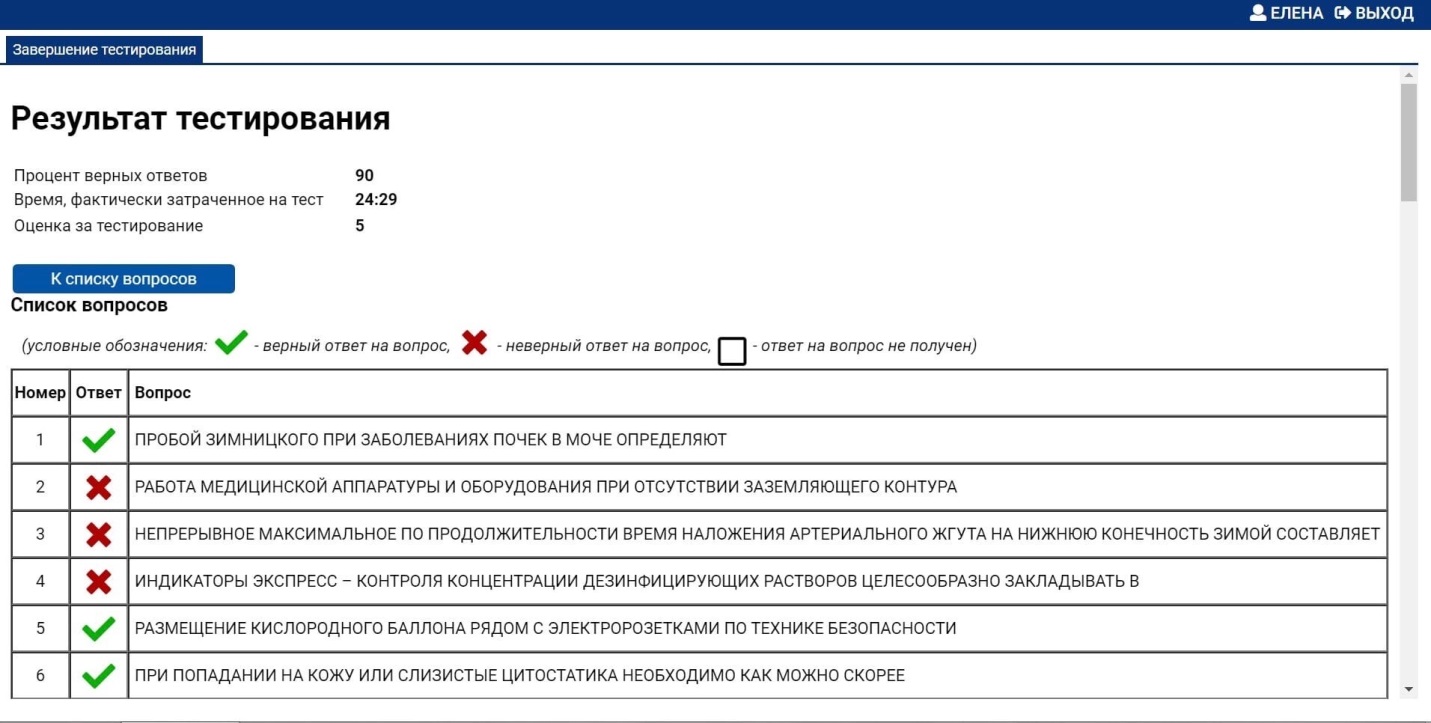
**Примечание:** Наберите в стерильный резиновый баллончик один из растворов для обработки полости рта.

1. Орошайте слизистую так, чтобы вода стекала в лоток. Проводите данную процедуру пе­ред и после каждого кормления.
2. После орошения перед кормлением смажьте слизистые полости рта анестезиновой мазью с целью обезболивания.

**При обработке полости рта следует соблюдать следующие правила:**

* 1. Обрабатывать слизистую полости рта только промокательными движениями.
  2. Температура лекарственного раствора должна быть 37-36гр.С.
  3. Обработку полости рта проводить не менее 4-5 раз в сутки (лучше после каждого кормления).
  4. В острый период использовать растворы меньшей концентрации по сравнению с концентрацией лечебного раствора в период заживления.

**ТЕСТ:**

****