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:

Дисциплина «Сестринское дело в педиатрии»

студента (ки) 4 курса 409-2 группы

специальности 34.02.01.Сестринское дело

Рехалова

Елизавета

Дмитриевна

База производственной практики: ЭО и ДОТ

Руководители практики:

Общий руководитель:

Филенкова Надежда Леонидовна

Бодров Юрий Иванович

Стародубец Ирина Ивановна

Непосредственный руководитель:

Филенкова Надежда Леонидовна

Бодров Юрий Иванович

Стародубец Ирина Ивановна

Методический руководитель:

Филенкова Надежда Леонидовна

Бодров Юрий Иванович

Стародубец Ирина Ивановна

Красноярск 2020

**Содержание**

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

**Цели и задачи практики**

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

**Задачи:**

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

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

**Практический опыт:**

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

**Умения:**

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

**Знания:**

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

**График прохождения практики**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование разделов и тем практики | Время прохождения практики |
| 1 | Работа на посту (педиатрическом участке) |  |
| 2 | Работа в процедурном и прививочном кабинетах |  |

###### 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.

1. Работать с кровью и жидкими выделениями всех пациентов только в перчатках.
2. 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.
3. 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).
4. Рассматривать всё бельё, загрязнённое кровью или другими жидкими выделениями пациентов, как потенциально инфицированное.
5. Рассматривать все образцы лабораторных анализов как потенциально инфицированные. Транспортировку биоматериала осуществлять в специальных контейнерах.
6. . Разборку, мойку и полоскание инструментов, лабораторной посуды и всего, соприкасавшегося с кровью или другими жидкими выделениями пациента проводить только после дезинфекции, в перчатках.
7. В рабочих помещениях, где существует риск инфицирования, запрещено есть, пить, курить, наносить косметику и брать в руки контактные линзы.
8. 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.
9. Необходимо использовать индивидуальные средства защиты при работе с дезинфицирующими и моющими средствами (перчатки, халат, маска, респиратор при необходимости, очки).
10. Соблюдать универсальные меры предосторожности при работе с бьющимися острыми и режущими предметами.
11. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Повторила следующие манипуляции:  **Педиатрия**  **Кормление новорожденных из рожка и через зонд**  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.  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.  Примечание: 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:**  **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  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.  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.  **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 пеленку. 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.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Кормление новорождённого через зонд | 1 | |  | Подсчет пульса. Подсчет частоты дыхания. Измерение артериального давления. | 1 | |  | Смена постельного белья | 1 | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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  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 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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. Подвесил 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**  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.  **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:** | Выполненныеманипуляции | Количество | |  | Постановка очистительной клизмы | 1 | |  | Проведение контрольного взвешивания | 1 | |  | Наложение окклюзионной повязки | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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  **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)  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.  **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.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **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 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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.  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  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.  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 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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). 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.  **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 * Терапия острой дыхательной недостаточности, перевод на ИВЛ транспортировка больного в реанимацию  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **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 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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; 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  **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. **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 | 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 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Педиатрия:**  **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.  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.  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.  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.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **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 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Педиатрия:**  **Выписки направлений на консультации специалистов**  Оснащение**:**бланки, этикетки.  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  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.  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 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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. 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.  **Терапия:**  **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  **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.  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 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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.  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. **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. 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 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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.  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**  1. 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.  2. Наденьте перчатки.  3. Наберите в грушевидный баллон 100 – 200 мл теплого масла.  4. Смажьте газоотводную трубку вазелином.  5. Уложите пациента на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами.   1. 6. Раздвиньте ягодицы пациента, введите газоотводную трубку в прямую кишку на 15 – 20 см. 2. 7. Подсоедините к трубке грушевидный баллон и медленно введите масло. 3. 8.Не разжимая грушевидный баллон, отсоедините его от газоотводной трубки. 4. 9. Извлеките газоотводную трубку и поместите ее вместе с грушевидным баллоном в лоток. 5. 10. Помогите пациенту вытереть область анального отверстия. 6. 11. Придайте пациенту удобное положение. Укройте его. Убедитесь, что пациент чувствует себя комфортно, поскольку эффект этой клизмы наступит через 6 – 10 часов. 7. 12. Уберите предметы ухода. 8. 13. Снимите перчатки.   Вымойте руки  **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 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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  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. 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 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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. 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:  - 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. 1. Объяснить пациенту суть предстоящий манипуляции, получить его информированное согласие. 2. 2. Вымыть руки с мылом, осушить индивидуальным полотенцем. 3. 3. Обработать руки кожным антисептиком и надеть стерильные перчатки. 4. 4. Подготовить систему для внутривенного вливания крови. 5. 5. Подсоединить систему к локтевой вене. 6. 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. 1. Уточнить у пациента о его самочувствии. 2. 2. Снять перчатки, поместить их в дезинфицирующий раствор. 3. 3. Вымыть руки, осушить полотенцем. 4. 4. Заполнить протокол гемотрансфузии.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | Подача кислорода через маску и носовой катетер | 1 | |  | Введение инсулина | 1 | |  | Определение группы крови, пробы на индивидуальную резус совместимость , биологическая проба | 1 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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. **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.  **Хирургия:**  **Уход за стомами**  **Уход за колостомой:**  1. Несколько шариков кладут в тазик и заливают перекисью водорода2. 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.  **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.  9. Снять перчатки и утилизировать в отходы класса В, обработать руки антисептиком.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **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 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

Место печати МО

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

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

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

**Манипуляционный лист**

**преддипломной практики по профилю специальности**

**«Сестринское дело в педиатрии»**

**Студентки Рехаловой Елизаветы Дмитриены**

Фамилия, Имя, Отчество

**Специальность***060501 Сестринское дело, базовая, углубленная подготовка* **группа 409**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Перечень манипуляций** | **Преддипломная практика** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | **Итог** | **Оценка** |
| ***1*** | ***2*** | ***6*** | | | | | ***7*** | | | | | | ***8*** | | | | |
|  | Сбор сведений о больном ребёнке. |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
|  | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
|  | Оценка тяжести состояния ребенка, выявление проблем пациента |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
|  | Составление плана сестринского ухода за больным |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 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 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
|  | Подготовка материала к стерилизации |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 13 | Работа с кувезом, линеоматом, аппаратом контроля витальных функций |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 14 | Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 15 | Антропометрия |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 16 | Проведение контрольного взвешивания |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 17 | Составление планов обучения семьи уходу за больным ребенком, подготовке к дополнительным исследованиям, сбору биологического материала для исследований. |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 18 | Пеленание |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 19 | Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 20 | Мытье рук, надевание и снятие перчаток |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 21 | Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей. |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 22 | Заполнение медицинской документации |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 23 | Проведение проветривания и кварцевания |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 24 | Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 25 | Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 26 | Проведение ингаляций |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 27 | Проведение очистительной и лекарственной клизмы, введение газоотводной трубки |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 28 | Применение мази, присыпки, постановка компресса. |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 29 | Разведение и введение антибиотиков |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 30 | Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов. |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 31 | Забор крови для биохимического и гормонального исследования |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 32 | Подача кислорода через маску и носовой катетер |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 33 | Обработка слизистой полости рта при стоматите |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 34 | Оценка клинических анализов крови и мочи |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |
| 35 | Ведение карты сестринского процесса |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | 1 |  |

Метод.руководитель практики

Непосредственные руководители:

Общий руководитель

Печать ЛПУ

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в педиатрии**

Ф.И.О. обучающегося **Рехалова Елизавета Дмитриевна**

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** |
| 1. | Сбор сведений о больном ребёнке. | 1 |
| 2. | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | 1 |
| 3. | Оценка тяжести состояния ребенка, выявление проблем пациента | 1 |
| 4. | Составление плана сестринского ухода за больным | 1 |
| 5 | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | 1 |
| 6 | Выписка направлений на консультации специалистов | 1 |
| 7 | Кормление новорожденных из рожка и через зонд | 1 |
| 8 | Введение капель в глаза, нос, уши, | 1 |
| 9 | Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка. | 1 |
| 10 | Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку | 1 |
| 11 | Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария | 1 |
| 12 | Подготовка материала к стерилизации | 1 |
| 13 | Работа с кувезом, линеоматом, аппаратом контроля витальных функций | 1 |
| 14 | Обеспечение соблюдения охранительного и сан-эпид.режима | 1 |
| 15 | Антропометрия | 1 |
| 16 | Проведение контрольного взвешивания | 1 |
| 17 | Составление планов обучения семьи уходу за больным ребенком, подготовке к дополнительным исследованиям, сбору биологического материала для исследований. | 1 |
| 18 | Пеленание | 1 |
| 19 | Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку | 1 |
| 20 | Мытье рук, надевание и снятие перчаток | 1 |
| 21 | Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей. | 1 |
| 22 | Заполнение медицинской документации | 1 |
| 23 | Проведение проветривания и кварцевания | 1 |
| 24 | Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований | 1 |
| 25 | Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь | 1 |
| 26 | Проведение ингаляций | 1 |
| 27 | Проведение очистительной и лекарственной клизмы, введение газоотводной трубки | 1 |
| 28 | Применение мази, присыпки, постановка компресса. | 1 |
| 29 | Разведение и введение антибиотиков | 1 |
| 30 | Осуществление парэнтерального введения лекарственных препаратов. | 1 |
| 31 | Забор крови для биохимического и гормонального исследования | 1 |
| 32 | Подача кислорода через маску и носовой катетер | 1 |
| 33 | Обработка слизистой полости рта при стоматите | 1 |

# 

# 2. Текстовой отчет

При прохождении производственной практики мною самостоятельно были проведены: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Я хорошо овладел(ла) умениями \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Особенно понравилось при прохождении практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Недостаточно освоены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Замечания и предложения по прохождению практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

подпись (расшифровка

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

подпись (расшифровка

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

подпись (расшифровка

М.П.организации

**ТЕРАПИЯ**Пациентка 55 лет госпитализирована по поводу обострения хронического колита. Предъявляет жалобы на боли в нижних отделах живота, частые запоры, плохой аппетит, снижение работоспособности. Пациентка ведёт малоподвижный образ жизни. В связи со склонностью к запорам старается употреблять в пищу высококалорийные легкоусваиваемые продукты в небольшом количестве. Часто принимает слабительные, которые покупает в аптеке по совету знакомых.

Рост 160 см, вес 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности. Температура тела 36,6 С. Пульс 72 в мин., удовлетворительных качеств, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника.

**Проблемы пациента:**

* не знает методов профилактики запоров;
* снижение аппетита.

**Приоритетная проблема:** не знает методов профилактики запоров.

**Цель:** пациентка продемонстрирует знания способов регуляции стула через 2 дня.

|  |  |
| --- | --- |
| **План** | **Мотивация** |
| 1. Провести беседу с пациенткой о способах и приёмах регуляции кратности стула, вреде злоупотребления слабительными без назначения врача. Сестра порекомендует специальную литературу по этому вопросу. | Право пациента на информированное согласие. |
| 2. Рекомендовать включить в рацион питания больше овощей и фруктов, чернослива, инжира, растительного масла. | Данные продукты обладают послабляющим эффектом. |
| 3. Рекомендовать добавлять в блюда небольшое количество распаренных отрубей. | Стимуляция работы кишечника. |
| 4. Рекомендовать употреблять не менее 1,5 л литров жидкости за сутки. | Нормализация консистенции стула. |
| 5. Рекомендовать выполнять упражнения ЛФК, и обучит пациентку приемам массажа живота. | Стимуляция работы кишечника. |
| 6. Приучит пациентку к опорожнению кишечника в определенное время. | Выработка условного рефлекса на дефекацию. |

**Оценка эффективности:** пациентка демонстрирует знания способов регуляции стула. Цель достигнута.

Накануне дня исследования прием твердой пищи необходимо полностью исключить после 13.00, далее пить прозрачные жидкости в любом количестве:

* утром - легкий завтрак (согласно списку разрешенных продуктов),
* до 13:00 – обед (также согласно списку разрешенных продуктов),
* ужин – только разрешенные жидкости (прозрачные бульоны, чай и кофе (уже без молока), сок без мякоти, вода, безалкогольные неокрашенные напитки).

Утром в день исследования, после окончания подготовки (если не предполагается внутривенная анестезия или одномоментное проведение гастродуоденоскопии) можно выпить сладкий чай, прозрачные бесцветные или жёлтого цвета жидкости. Прекратить приём всех жидкостей следует не позже, чем за 2 часа до исследования, особенно если предполагается выполнение исследования под внутривенной анестезией (это не относится к приему препарата для подготовки к исследованию, который утром в день исследования принимается обязательно!).

**Рацион питания.**

За 2 дня до исследования необходимо соблюдать диету с низким содержанием клетчатки (при хронических запорах – за 3 дня до исследования):

|  |  |
| --- | --- |
| Разрешается | Исключить |
| Белковая пища:   * яйца, сыр; * обезжиренное молоко и кисломолочные продукты; * отварное нежирное мясо и птица (кроме колбасных изделий); * нежирные сорта рыбы; * паста (макароны); * сахар, мед.   Жидкости:   * прозрачные бульоны; * чай и кофе (можно с молоком); * сок без мякоти (прозрачный или жёлтого цвета – яблоко/виноград); * безалкогол. неокрашенные напитки, вода. | Продукты, богатые клетчаткой – растительная пища:   * овощи, фрукты, ягоды, зелень - в любом виде; * хлебобулочные изделия; * крупы, каши, злаковые, бобовые; * кунжут, орехи, мак (сушки, булочки и т.д.), семечки и мелкие зерна, а также продукты, содержащие косточки и зерна (хлеб со злаками и семечками, варенье и т.д.); * морские водоросли, грибы.   Жидкости:   * алкоголь; * сладкие окрашенные газированные напитки; * тан, кумыс, квас; * любые соки с мякотью. |

Очистительную клизму проводят в специальном помещении (клизменной), если позволяет состояние пациента, или в палате с использованием ширмы, при тяжелом состоянии пациента. Клизменная должна находиться рядом с туалетом.

*Цель:*лечебная, диагностическая

*Показания:*

- задержка стула (запор - constipatio, obstipatio - замедленное, затрудненное или систематически недостаточное опорожнение кишечника);

-атонический запор - обусловлен нарушением двигательной активности толстой кишки;

- спастический запор - обусловлен спазмом толстой кишки;

- перед родами, операциями;

- перед постановкой лекарственной и питательной клизм;

- перед проведением эндоскопических и рентгенологических исследований органов пищеварения, мочевыделения и органов малого таза;

- при отравлениях.

*Противопоказания:*

- кишечное кровотечение;

- острые воспалительные или язвенные процессы в толстой кишке или в области заднего прохода;

- злокачественные образования в прямой кишке;

- трещины в области заднего прохода;

- выпадение прямой кишки;

- кровоточащий геморрой;

- первые дни после операции на органах желудочно-кишечного тракта;

- боли в животе неясного генеза;

- массивные отеки.

*Оснащение:*кружка Эсмарха с резиновой трубкой 1,5 м, диаметром около 1 см, стерильный наконечник, вазелин, шпатель, туалетная бумага, таз, судно (если процедура проводится в палате), клеенка, пеленка, перчатки, клеенчатый фартук, щиток, штатив, салфетка, емкости с дезраствором, вода t - 20°С (комнатной температуры); при атоническом запоре - вода t - 18°С и ниже, при спастическом запоре -вода!-38-40°С.

*Алгоритм:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснование** |
| **I. Подготовка к манипуляции.**  1 .Приготовить все необходимое.  2. Провести психологическую подготовку пациента (см. выше) и получить его согласие.  3. Отгородить пациента ширмой (если процедуру проводят в палате).  4. Надеть перчатки, фартук.  5. Заполнить кружку Эсмарха водой в объеме 1-1,5 л при закрытом вентиле, подвесить кружку на штатив на высоту 1-1,5м.  6. Присоединить к резиновой трубке наконечник.  7. Открыть вентиль и заполнить систему водой. Вентиль закрыть.  8.Постелить клеенку с пеленкой под пациента так, чтобы край клеенки свисал в таз.  9. Уложить пациента на левый бок с согнутыми в коленях и приведенными к животу ногами (или лежа на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами).  **II. Выполнение манипуляции.**  10. Смазать наконечник вазелином.  11. 1-м и 2-м пальцами левой руки раздвинуть ягодицы, а правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие на 8-10 см следующим образом:  - первые 3-4 см по направлению к пупку;  - а последующие - параллельно позвоночнику. | Эффективность проведения процедуры.  Право пациента на информацию и его участие в процедуре.  Интимная манипуляция (уважение достоинства пациента).  Инфекционная безопасность.  Вытеснение воздуха из системы.  Обеспечение чистоты постельного белья, соблюдение сан-гиг. режима.  Анатомические особенности расположения прямой и сигмо­видной кишки.  Профилактика травмирования слизистой прямой кишки и об­легчение продвижения наконечника.  Эффективность манипуляции. |
| 12. Открыть вентиль так, чтобы вода медленно поступала в кишечник.  ***Примечание:***  если вода не поступает в кишечник, необходимо изменить положение наконечника или изъять его и проверить проходимость;  если пациент во время введения наконечника или воды жалуется на боль, необходимо прекратить введение и успокоить пациента.  13. После введения жидкости в кишечник закрыть вентиль, попросить пациента задержать воду в кишечнике на 5-10 минут (по возможности), осторожно извлечь наконечник через салфетку.  14. Обработать область анального отверстия туалетной бумагой.  **III. Окончание манипуляции.**  15. Помочь пациенту встать с кушетки и дойти до туалета или подать пациенту судно.  16. При необходимости подмыть пациента.  17. Разобрать систему, наконечник погру­зить в дезраствор, с последующим проведением предстерилизационной обработки и стерилизации.  18. Снять перчатки и фартук и погрузить их в дезраствор.  19. Вымыть и осушить руки.  20. Сделать отметку о проведенной манипуляции в медицинской документации. | Анатомические особенности расположения прямой кишки.  Эффективность манипуляции.  Эффективность манипуляции. Для лучшего разжижения каловых масс.  Обеспечение сан-гиг. режима.  Обеспечение сан-гиг. режима.  Профилактика ВБИ.  Профилактика ВБИ.  Устранение химического воз­действия талька на кожу.  Преемственность в работе медперсонала. |

**ПЕДИАТРИЯ**Девочка 6 лет находится на стационарном лечении. Диагноз: острый пиелонефрит. Жалуется на общую слабость, понижение аппетита, температуру тела 38,6 С. Девочка вялая, капризная. Беспокоят боли в животе, болезненные и частые мочеиспускания. Из анамнеза: больна в течение последних 3-х дней. Накануне заболевания упала в холодную воду. Кожные покровы бледные, чистые. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий. ЧДД 26 в минуту, пульс 102 в минуту.

Моча мутная, мочи мало, мочеиспускание частое.

***Задания***

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

2. Проведите беседу о профилактике осложнений при пиелонефрите.

3. Продемонстрируйте технику сбора анализа мочи по Зимницкому.

Проблемы пациента

*Настоящие:*

- частое мочеиспускание;

- лихорадка;

- снижение аппетита;

- боль при мочеиспускании.

*Потенциальные:*

- риск нарушения целостности кожи в области складок промежности.

*Приоритетная проблема*: частое мочеиспускание.

*Краткосрочная цель:* уменьшить частоту мочеиспусканий к концу недели.

*Долгосрочная цель:* родственники продемонстрируют знания о факторах риска (переохлаждение, соблюдение личной гигиены, питание) к моменту выписки.

|  |  |
| --- | --- |
| **План** | **Мотивация** |
| Обеспечить 1. диетическое питание (исключить острые и жирные блюда, количество жидкости должно соответствовать рекомендации врача) | Для нормализации водного баланса |
| Обеспечить 2. смену нательного и постельного белья пациента по мере загрязнения | Для соблюдения правил личной гигиены пациента |
| Обеспечить 3. регулярное подмывание пациента и смазывание промежности 2-3 раза в день вазелиновым маслом | Для соблюдения гигиены промежности |
| Обеспечить 4. пациента мочеприёмником | Для опорожнения мочевого пузыря |
| Обеспечить 5. дезинфекцию мочеприёмника | Для соблюдения правил инфекционной безопасности |
| Регулярное 6. проветривание палату 3-4 раза в день по 30 минут | Для обогащения воздуха кислородом |
| Обеспечить 7. психологическую поддержку родственникам и пациенту | Для облегчения страданий |
| 8. Обеспечить приём лекарственных средств, по назначению врача | Для лечения пациента |
| 9. Провести беседу с родственниками о необходимости соблюдения диеты, личной гигиены, необходимости избегать переохлаждения | Для профилактики осложнений |

*Оценка*: частота мочеиспускания уменьшилась. Цель достигнута.

## **Профилактика**

## 1. Режим - постельный на острый период заболевания.

2. Диета - полноценная, целесообразно чередовать растительную (подщелачивающую) и белковую (подкисляющую) пищу каждые 3-5 дней, создавая неблагоприятные условия для размножения и роста бактерий. Из рациона исключаются острые, соленые, аллергизирующие блюда.

3. В остром периоде пиелонефрита применяют следующие средства: антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны, нитроксолин. У детей до 12 лет не применяют фторхинолоновые соединения из-за их токсичности для детского организма. Вопрос о выборе антибактериального средства, продолжительности курса лечения, сочетания различных антибиотиков может решить только врач в зависимости от клиники, течения заболевания и выделенной микрофлоры.

4. При хронизации процесса антибактериальная терапия продолжается прерывистыми курсами на протяжении нескольких месяцев или лет под контролем общего состояния и показателей анализов мочи. Если пиелонефрит развился на фоне аномалии строения мочевыводящих путей, то решают вопрос о целесообразности хирургического лечения.

5. Высокоэффективно применение фитопрепаратов (фитолизин, уролесан, почечный сбор и др.) на втором этапе лечения инфекции мочевыводящих путей. Используются гомеопатические, иммуномодулирующие средства для нормализации функции иммунитета и профилактики обострения воспалительного процесса.

6. После стихания острых проявлений инфекции дети старшего возраста могут оздоравливаться в профильных санаториях (Трускавец, Свалява и др).

7. Важен систематический контроль состояния ребенка педиатром и урологом с исследованием показателей лейкоцитурии и измерением артериального давления. Контрольное УЗИ проводят 1 раз в 6-12 месяцев. Систематическое наблюдение позволит вовремя провести коррекцию терапии и избежать развития отдаленных последствий инфекции: мочекаменной болезни, почечной недостаточности, стойкой артериальной гипертонии.

**Прогноз** острого пиелонефрита, как правило, благоприятный, при хроническом пиелонефрите прогноз улучшается при своевременно начатом лечении. При несвоевременно начатой терапии возможно развитие хронической почечной недостаточности у 10%-20 % детей.

# Сбор мочи на общий анализ у грудных детей

Манипуляция - Сбор мочи у грудных детей.

Цель: диагностическая

Показания: взятие мочи для лабораторного исследования

Противопоказания: нет

Оснащение: резиновый круг, пеленки, лоток или тарелка, колба, пробирка или презерватив, пластырь, емкость для мочи, бланки для направлений в лабораторию.

Алгоритм действий: Подготовка к процедуре

1 .Объяснить маме ход и цель предстоящей манипуляции

2. Проверьте наличие всего необходимого для проведения процедуры

3. Вымойте руки. Наденьте перчатки

4. Подмойте ребенка

5. Вымойте руки Выполнение процедуры сбора мочи у грудных детей

6. Уложите ребенка: а) девочку на резиновый круг, обернутый пеленкой, поставьте в центр круга лоток или тарелку б) мальчику опустите половой член в пробирку, зафиксируйте пробирку лейкопластырем к коже живота

7. Оберните каждую ножку пеленкой

8. Прикройте ребенка пеленкой

9. Наблюдайте за ребенком Окончание процедуры.

10.Собранную мочу перелейте в чистую посуду

11.Вымойте руки

12. Оденьте ребенка

13.Положите его в кроватку

13. Оформите направление

14. Обеспечьте своевременную доставку мочи в лабораторию. Инфекционный контроль

15.Обработать резиновый круг 1% р-ром хлорамина, тарелку замочить в 3% р-ром хлорамина на 60 минут.

16. Обработать руки на социальном уровне и осушить индивидуальным полотенцем.

**ХИРУРГИЯ**

**Задача №9.**

Поступившему ночью больному с обильным кровотечением из резанной раны в области правой кисти необходимо восполнить кровопотерю, показано кровезамещение. Состояние пострадавшего тяжелое PS-110 уд. В мин. АД-100/80 мм. Рт. ст.кожа бледная, влажная. Пострадавший жалуется на головокружение, звон в ушах, тошноту.

**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 с чем связано его состояние и что необходимо предпринять для его изменения.

4.Объсните пострадавшему причины по которым он получает препараты гемостаза показания и противопоказания.

5.Составьте план реабилитационных мероприятий по данному заболеванию.

**6.Наложите давящую повязку на запястье.**

**Эталон ответа.**

**1.Проблемы пациента**

Настоящие:

* резанная рана правой кисти, обильное кровотечение, геморрагический шок II- степени.

Потенциальные:

* риск инфицирования раны и развития флегмоны;
* риск развития геморрагического шока III степени.

Приоритетная проблема пациента:

* резанная рана правой кисти, геморрагический шок II- степени;

PS-110 уд. В мин. АД-100/80 мм., головокружение, звон в ушах, тошнота.

Краткосрочная цель:

* немедленно! холод на поврежденную конечность, придать пострадавшему наиболее выгодное положение (голова ниже туловища), вызвать врача на осмотр и подготовить все необходимое для оперативной ревизии раны;
* взять кровь для определения группы и R-фактора.
* начать восполнение ОЦК по назначению врача.

Долгосрочная цель:

проведена оперативная ревизия раны, окончательная остановка кровотечения. ОЦК восстановлено, PS-70 уд. В мин. АД-120/80 мм., головокружения нет, звона в ушах и тошноты нет.

**2.План сестринского вмешательства**

|  |  |
| --- | --- |
| **План** | **Мотивация** |
| 1.М/с. обеспечит психоэмоциональный и физический покой пострадавшему, информирует пострадавшего о сути предстоящих манипуляций | Для снятие тревоги, создания благоприятных условий для  осознанного сотрудничества пострадавшего. |
| 2. М/с. пригласит врача на осмотр пострадавшего | Для уточнения диагноза и решения вопроса о лечении. |
| 3. М/с. обеспечит холод на область правой кисти. | С целью гемостаза. |
| 4.М/с. придаст пострадавшему наиболее выгодное положение (голова ниже туловища). | Для улучшения кровообращения головного мозга. |
| 5.М/с. обеспечит определение групповой принадлежности крови пострадавшего по целиклонам. | Для обеспечения в будущем переливание крови и восполнение ОЦК. |
| 6.М/с. подготовит все необходимое для оперативной ревизии раны и пригласит врача. | Для предотвращения инфицирования и окончательной остановки кровотечения. |
| 7.М/с обеспечит введение противостолбнячной вакцины антибиотиков и гемостатических препаратов по назначению врача. | Для профилактики столбняка, купирования возможного нагноения раны и гемостаза. |
| 8.М/с. обеспечит при необходимости инфузионную терапию по назначению врача. | Для коррекции ОЦК. |
| 9.М/с. проконтролирует состояние пострадавшего АД, PS, сознание, рефлексы в течении всего времени нахождения пострадавшего в стационаре. | Для своевременной реакции на возможные осложнения или ухудшение состояния пострадавшего. |

**3.Объясните пациенту причины возможных осложнений и меры по их профилактике.**

Причины:

* сроки произведения операций более чем через 12 ч после ранения;
* значительное натяжение кожных краев раны;
* Большое количество мертвых тканей с нарушенным кровообращением.
* раны, расположенные ниже пояса (предплечье, кисть).
* раны, сильно загрязненные.

Профилактика:

Произведение операции раньше 12 ч после ранения;

Своевременное в/м введение антибиотиков, противостолбнячной сыворотки.

**4.Объсните пострадавшему причины, по которым он получает препараты гемостаза** (ТРОМБИН, ФИБРИНОГЕН, ВИКАСОЛ) **показания и противопоказания.**

а) прямого действия (тромбин) ТРОМБИН (Trombinum; сухой порошок в амп. по о, 1, что соответствует 125 ед. активности; во флаконах по 10 мл) - коагулянт прямого действия для местного применения. Являясь естественным компонентом свертывающей системы крови, вызывает эффект in vitro и in vivo.

Перед использованием порошок растворяют в физ-растворе.

Применяют только местно. Назначают больным с кровотечениями из мелких сосудов и паренхиматозных органов (операции на печени, почках, легких, мозге).

ФИБРИНОГЕН (Fibrinogenum; во флаконах по 1, 0 и 2, 0 сухой пористой массы) - используется для системного воздействия.

Фибриноген используют как средство скорой помощи. Особенно эффективен он тогда, когда наблюдается его дефицит при массивных кровотечениях (отслойка плаценты, афибриногенемия, в хирургической, практике).

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.

**5.Составьте план реабилитационных мероприятий по данному заболеванию.**

Основные принципы реабилитации

а)  Реабилитация больных (инвалидов) — это многоплановый, не­разрывный процесс — единый комплекс лечебных, реабилитацион­ных, профилактических и оздоровительных мероприятий.

б)  Необходимость использования комплекса различных реабилита­ционных мероприятий с участием медицинских работников, психоло­гов, педагогов, специалистов физической культуры, юристов и др.

в) Реабилитация предполагает использование единых методических и организационных подходов к решению вопросов.

г)  Как можно раннее начало реабилитационных мероприятий.

д) Выбор реабилитационных мероприятий, которые наиболее эф­фективны и обеспечивают скорейшее выздоровление пострадавшего.

е)  При составлении плана реабилитационных мероприятий следу­ет учитывать индивидуальные особенности личности реабилитируемо­го и течения у пего болезненного процесса.

Физический аспект реабилитации включает в себя все вопросы, от­носящиеся к применению физических факторов в восстановительном лечении больных.

**6. НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ.**

Цель:остановка кровотечения.

Показания:повреждение вен, мелких артерий и капилляров.

Противопоказания:профузное артериальное кровотечение.

Осложнения:при наложении чрезмерно тугой давящей повязки возможно нарушение кровообращения дистальнее ее.

Оснащение: стерильный пинцет, салфетка, бинт, вата, марлевые шарики или ППИ (пакет перевязочный индивидуальный), спирт, йодопирон

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| 1. | Убедитесь в необходимости данной манипуляции или наличии раны, кровотечения. | Определение показаний к манипуляции |
| 2. | Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте его. | Психологическая подготовка пострадавшего |
| 3. | Усадите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. | Возможность контроля за состоянием пострадавшего |
| 4. | Провести туалет раны, используя временный способ для остановки кровотечения. | Профилактика инфицирования. |
| 5. | На рану наложить стерильную салфетку, сверху – валик из ваты или марли или свернутых ватно-марлевых подушек ППИ (пилот). | Последовательное исполнение , гарантирует хорошую фиксацию |
| 6. | Туго прибинтовать его, используя перегиб бинта над пилотом зафиксировать булавкой. | Качественно выполненная манипуляция способствует улучшению состояния. |
| 7. | Проверяем правильность, эффективность, эстетичность данной повязки | Профилактика осложнений |

