ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ рОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**Д Н Е В Н И К**

Преддипломной практики по профессиональному модулю:

«Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах»

Междисциплинарный курс «Сестринская помощь при различных заболеваниях и состояниях»

студента (ки) 409 группы

специальности 340201 Сестринское дело

очной формы обучения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Маренина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Валентина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Олеговна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

База производственной практики: ЭО и ДОТ

Руководители практики:

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

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

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

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

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

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

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

**Содержание**

1. Цели и задачи практики

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

3. График прохождения практики

4. Инструктаж по технике безопасности

5. Дневник работы

6. Манипуляционный лист

7. Отчет (цифровой, тестовый)

**Цели и задачи практики**

1. Закрепление и совершенствование приобретенных в процессе обучения и учебной практики профессиональных умений по профессиональной деятельности медицинской сестры.

2. Ознакомление со структурой терапевтического стационара и организацией работы медсестры в различных отделениях;

3. Обучение оформлению медицинской документации (сестринской карты, истории болезни, манипуляционного листа, требования на медикаменты и др. медицинской документации);

4. Закрепление практических умений при выполнении всех видов сестринских манипуляций;

5. Углубление теоретических знаний и практических умений по уходу за терапевтическими больными;

6. Формирование навыков общения с пациентами и медицинским персоналом с учетом этических норм и знаний медицинской деонтологии.

**В результате прохождения преддипломной практики обучающийся должен:**

**Приобрести практический опыт**

* осуществления сестринского ухода за пациентами с терапевтической патологией.

**Освоить умения:**

* проводить оценку физического и функционального состояния пациента;
* оказывать первую сестринскую помощь при неотложных состояниях в терапевтических заболеваниях;
* организовывать лечебно-охранительный режим в различных терапевтических отделениях;
* осуществлять паллиативную помощь инкурабельным пациентам с терапевтической патологией;
* готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
* утилизировать использованный расходный материал ;
* осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях;
* консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
* консультировать пациента по вопросам диетического питания;
* осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
* проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
* вести утвержденную медицинскую документацию.

**Знать:**

* причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики и проблемы пациента при терапевтической патологии;
* организацию и оказание сестринской помощи терапевтическим больным;
* организацию работы терапевтически отделений (постовой медсестры, процедурного кабинета), приёмного покоя ,график их работы;
* технику безопасности на рабочем месте;
* меры по профилактике внутрибольничной инфекции в терапевтическом стационаре;
* пути введения лекарственных препаратов;
* принципы диетического питания;
* правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

**Инструктаж по технике безопасности**

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

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

2. Требования безопасности во время работы:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Требования безопасности по окончании работы:

1. Использованные перчатки подлежат дезинфекции перед утилизацией.

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

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

4. Требования безопасности в аварийной ситуации:

1. При загрязнении перчаток кровью, необходимо обработать её настолько быстро, насколько позволяет безопасность пациента, затем: перед снятием перчаток с рук необходимо обработать их раствором дезинфектанта, перчатки снять, руки вымыть гигиеническим способом.

2. При повреждении перчаток и кожных покровов: немедленно обработать перчатки раствором дезинфектанта, снять их с рук, не останавливая кровотечение из ранки, вымыть руки с мылом под проточной водой, затем, обработать кожу 70% раствором спирта или 5% спиртовым раствором йода. О происшедшем аварийном случае сообщить заведующему или старшей медсестре

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

Печать ЛПУ

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

Содержание работы

# 12.05.

СБОР МОЧИ НА ОБЩИЙ АНАЛИЗ:

Подготовка пациента:

- объясните пациенту цель и правила проведения исследования: накануне па-циенту необходимо воздержаться от употребления большого количества мор-кови, свеклы, приема мочегонных средств, сульфаниламидов;

- нельзя менять питьевой режим за сутки до исследования;

- перед забором мочи проведите туалет наружных половых органов.

Последовательность выполнения:

1. Накануне исследования подготовьте стеклянную посуду с широким горлом (вымойте и высушите ее).

2. Подготовьте направление, в котором укажите: общий анализ мочи, ФИО паци-ента возраст, отделение, № палаты, поставьте дату и подпись.

3. Обучите пациента технике сбора мочи на клинический анализ:

4. Утром, после подмывания пациент выделяет первую струю мочи в унитаз на счет «один», «два»;

- задержите мочеиспускание:

- поднесите банку и соберите в нее I 50 - 200 мл мочи.

5. Окончание процедуры: оставьте МОЧУ в ящике для анализов, отправьте в ла-бораторию не позднее 9 ч

ЗАКАПЫВАНИЕ КАПЕЛЬ В ГЛАЗА

Последовательность выполнения:

1. Уточнить у пациента информированность о лекарственном средстве, цели и ходе процедуры и получить его согласие.

2. Прочитать этикетку на флаконе с каплями, проверить пригодность и соот-ветствие капель назначению врача.

3. Помочь (при необходимости) пациенту сесть или лечь.

4. Вымыть руки, надеть стерильные перчатки.

5. Набрать в пипетку нужное количество капель, взять в левую руку марлевый шарик.

6. Попросить пациента слегка запрокинуть голову и посмотреть вверх.

7. Оттянуть нижнее веко марлевым шариком.

8. Закапать в нижнюю складку 2-3 капли (не подносить пипетку близко к конь-юктиве).

9. Попросить пациента закрыть глаза.

10. Промокнуть вытекшие капли у внутреннего угла глаза.

11. Повторить те же действия при закапывании в другой глаз.

12. Спросить пациента о самочувствии.

13. Убедиться, что пациент не испытывает неудобств после процедуры.

14. Пипетку опустить в дезинфицирующий раствор.

15. Вымыть руки, снять перчатки.

Примечание: при наличии гнойных выделений, глаз вначале промыть, а за-тем закапать лекарственное средство.

НАЛОЖЕНИЕ ПОВЯЗКИ НА КУЛЬТЮ

1. Объяснил пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Уложил пострадавшего на перевязочный стол и во время выполнения манипуляции и встал лицом к нему.

2. Обработал кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положил на травмированное место (рану) стерильную салфетку.

3. Наложил фиксирующие круговые туры бинта выше культи, бинт перегнул под прямым углом и провел в продольном направлении по культе, обогнув конец культи, провел бинт по задней поверхности, где снова перегнул.

4. Закрепил перегиб круговым ходом бинта. Туры бинта повторял до тех пор, пока вся культя не была закрыта.

5. Повязку закрепил на циркулярном туре. Проверил правильность, эффективность и эстетичность данной повязки.

# 13.05

КОПРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Подготовка пациента:

- по назначению врача в течение 5 дней пациент получает специальную диету (Шмидта или Певзнера);

- без специального назначения врача пациент придерживается своей обычной диеты, но запрещаются все продуктовые передачи.

Последовательность выполнения:

1.Подготовить посуду, оформить направление

2.Проинструктировать пациента о порядке сбора кала. Непосредственно после дефекации взять лучинкой из нескольких участков 5-10 г кала без примесей во-ды и мочи и поместить во флакон. Флакон оставить на полу в специальном ящике в санитарной комнате.

3.Собранный материал доставить в клиническую лабораторию.

4.Полученные из лаборатории результаты подклеить в историю болезни

Примечание: использованные лучины помешают в полиэтиленовый пакет, пакет следует завязать и выбросить в мусорный контейнер. Кал может быть доставлен в лабораторию не позднее 8 часов после сбора и храпения в прохладном месте.

ОБРАБОТКА ПУПОЧНОЙ РАНКИ

1. Информировал маму о проведении процедуры. Подготовил необходимое оснащение.

2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки.

3. Обработал пеленальный стол, снял перчатки, обработал руки и надел стерильные перчатки.

4. Уложил ребенка на пеленальном столике.

5. Хорошо растянул края пупочной ранки пальцами и капнул в нее раствор 3% перекиси водорода.

6. Удалил образовавшуюся «пену» стерильной ватной палочкой движение изнутри кнаружи.

7. Обработал ранку палочкой, смоченной 70% спиртом, затем кожу вокруг ранки (от центра к периферии).

8. По необходимости обработал ранку (не затрагивая кожу) перманганатом калия с помощью ватной палочки Можно обрабатывать ранку пенкообразующими антисептиками (лифузоль). 9. Запеленал ребенка и передал его маме. отработанный материал поместил в емкость для отходов класса «Б». 10. Обработал пеленальный столик.

11. Снял перчатки, поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.

НАКЛАДЫВАТЬ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖГУТ НА ПЛЕЧО, БЕДРО.

1. Приподнял конечность

2. Поместил прокладку из мягкой ткани на место наложения жгута или наложил жгут на одежду пострадавшего проксимально от ранения

3. Захватил жгут правой рукой у края с застежкой, а левой в 30-40 см ближе к середине

4. Растянул жгут, подвел под конечность и наложил первый циркулярный тур таким образом, чтобы начальный участок перекрывался следующим туром

5. Наложил следующие туры жгута по спирали в проксимальном направлении с нахлестом друг на друга, не натягивая

6. Закрепил конец жгута цепочкой или кнопочным замком

7. Оформил сопроводительную записку: указал дату, час и минуты наложения жгута, указал Ф.И.О. накладывающего жгут

8. Поместил записку под одним из туров жгута

# 14.05

СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ПОПЕРЕЧНЫМ СПОСОБОМ

1. Установил доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получил согласие на проведение (по возможности).

2. Подготовил комплект чистого белья, чистую простыню свернул в поперечный рулон. 3. Провел гигиеническую обработку рук, надел перчатки. Отгородил пациента ширмой.

4. Определил в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка) Приготовил емкость для сбора грязного белья.

5. Снял (выполняет помощник) с одеяла пациента пододеяльник, укрыл пациента пододеяльником на время смены белья. Сложил одеяло и отложил его в «чистую» зону.

6. Убрал подушку из-под головы пациента, снял с нее грязную наволочку, поместил в емкость для сбора грязного белья (выполняет помощник), надел чистую наволочку и положил в чистую зону. Высвободил края грязной простыни из-под матраца (выполняет помощник).

7. Приподнял пациента за голову и плечи, удерживал пациента. (Выполняет помощник) одной рукой скатал грязную простыню до середины кровати.

8. Расстелил чистую. На чистую простыню положил подушку и опустил на нее голову пациента.

9. Согнул пациенту ноги, попросил его приподнять таз, или помог пациенту, сдвинул грязную простыню к ногам пациента (выполняет помощник), расправил чистую.

10. Поместил грязную простыню в емкость для сбора грязного белья (выполняет помощник).

11. Раскрутил чистую простыню, тщательно разгладил, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелил подкладную пелѐнку. Заправил края чистой простыни под матрац.

12. Надел чистый пододеяльник на одеяло.

13. Убрал грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья (выполняет помощник).

14. Накрыл пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедился, что пациенту комфортно. Поднял поручни кровати, при их наличии.

15. Убрал ширму. Емкость, для сбора грязного белья увез в санитарную комнату. Обработал поверхности в палате дезинфицирующим раствором.

16. Снял перчатки, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.

17. Сделал запись о проведенной процедуре.

УХОД ЗА ВОЛОСАМИ РЕБЕНКА

1. Провел гигиеническую обработку рук.

2. Объяснил ребенку (маме) цель и ход процедуры, приготовил оснащение.

3. Уложил (усадил) ребенка в кровати удобно, накинул на плечи полотенце.

4. Медленно и осторожно расчесал волосы ребенка, начиная с концов, не применяя силу.

5. Уложил (заплел) волосы ребенка так, как ему понравилось, после процедуры предложил зеркало.

6. Использованные полотенце поместил в мешок для сбора грязного белья.

7. Провел гигиеническую обработку расчески и рук.

НАЛОЖЕНИЕ ШИНЫ КРАМЕРА НА НИЖНЮЮ (ВЕРХНЮЮ) КОНЕЧНОСТЬ

1. Успокоил пострадавшего, объяснил ему суть предстоящей манипуляции.

2. Проверил наличие элементов (пять шин Крамера, укутанных слоем ваты, закрепленных бинтом).

3. Разрезал одежду в предполагаемом месте травмы и осмотрев место травмы, убедился в наличии перелома. При наличии ран, ссадин наложил повязку.

4. Смоделировал шины по здоровой конечности.

5. По задней поверхности конечности наложил шину Крамера от кончиков пальцев стопы до подвздошной кости.

6. Наложил две шины на наружную поверхность конечности, от стопы до подмышечной впадины.

7. Наложил шину на внутреннюю поверхность голени с загибом на стопу.

8. Зафиксировал шину циркулярными турами бинта от голеностопного сустава к тазобедренному

9. Оценил надежность иммобилизации (прочно фиксированы шины, плотно прилегают к конечности на всем протяжении)

10. Оценил состояние конечности: температуру, чувствительность и активные движения пальцев

# 15.05

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА И ПРОВЕДЕНИЕ ДУОДЕНАЛЬНОГО

ЗОНДИРОВАНИЯ

Подготовка пациента:

- за 2-3 дня до исследования пациенту рекомендуется исключить продукты, вызывающие метеоризм;

- последний прием пищи в 18 часов и состоит из 2-х яичных желтков, сладко-го чая, меда;

- зондирование проводится утром, натощак.

Последовательность выполнения:

1. Объяснить пациенту цель и ход исследования, уточнить аллергоанамнез.

2. Измерить длину зонда (от мочки уха до резцов, от резцов до пупка и сделать метку №1, прибавить ширину ладони пациента (10-15 см), сделать метку №2).

3. Вымыть руки, осушить, надеть маску, перчатки, обработать их спиртом.

4. Предложить пациенту сесть, широко открыть рот.

5. Смочить зонд стерильной водой и ввести за корень языка, затем постепен-но с помощью глотательных движений до метки №1 (зонд в желудке). С помо-щью шприца с воздухом проверить местонахождение зонда. На свободный ко-нец наложить зажим.

6. Уложить пациента на кушетку (без подушки) на правый бок, под таз подло-жить валик, под правое подреберье - грелку.

7. Снять зажим, свободный конец зонда опустить в пробирку на штативе на низкой скамейке рядом с кушеткой; выделяется мутное, светлое содержимое желудка.

8. Предложить пациенту медленно заглатывать зонд до метки №2. Продолжи-тельность заглатывания 40-60 мин.

9. Зонд попадает в 12-перстную кишку и начинает выделяться золотисто-желтая жидкость. Это порция А, дуоденальная желчь - (содержимое из 12-перстной кишки) - 15-40 мл за 20-30 минут.

10.После первой порции ввести раздражитель с помощью шприца через зонд в теплом виде (для лучшего отхождения порции В) - 30-50 мл 33% раствора сульфата магния или 40% раствора глюкозы.

11.Уложить пациента на спину, наложить зажим на свободный конец зонда на 10 минут.

12.Уложить пациента на правый бок, снять зажим, опустить зонд в пробирки поочередно выделяется темно-оливковая желчь. Это порция В, пузырная желчь - (из желчного пузыря) - 30-60 мл за 20-30 минут.

13. Переложить зонд в следующие пробирки, когда начнет выделяться про-зрачная, светло-желтая желчь. Это порция С, печеночная желчь (из желчных протоков) - 15-20 мл за 20-30 мин.

14. Извлечь зонд при помощи салфетки, дать пациенту прополоскать рот со-дой.

15. Поместить использованные изделия в дезинфицирующий раствор

16. Снять перчатки, поместить в дезинфицирующий раствор.

17. Вымыть, осушить руки.

18. Отправить все пробирки в лабораторию с направлением (для выявления форменных элементов, простейших и т.д.).

19.Пробирки поместить в банку с теплой водой температура 37°С.

ПЕЛЕНАНИЕ

1. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки. Обработал пеленальный стол, снял перчатки и поместил в емкость для отходов класса «Б» 2. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение

3. Обработал руки, надел стерильные перчатки

4. Уложил на пеленальном столе пеленки послойно (снизу вверх: фланелевая, тонкая и подгузник) приготовил распашонки, тонкую вывернул швами наружу 5. Распеленал ребенка в кроватке (при необходимости подмыли осушил), положил на пеленальный стол

6. Надел на ребенка тонкую распашонку разрезом назад, а фланелевую – разрезом вперед

7. Надел треугольный (одноразовый) подгузник, проведя широкий угол между ножек ребенка, а узкие концы обернул вокруг туловища.

8. Завернул ребенка в тонкую пеленку, проведя один край между ножек, в другим обернул ребенка. Нижний край пеленки подвернул (оставив место для свободного движения ножек) и зафиксировал пеленку, расположив «замочек» спереди

9. Завернул ребенка в теплую пеленку, расположив ее верхний край на уровне козелка ребенка. Зафиксировал нижний край пеленки на уровне середины плеч ребенка, «замочек» расположил спереди

10. Уложил ребенка в кроватку, протер рабочую поверхность стола дез.раствором

11. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.

СНЯТИЕ ШВОВ

1. Объяснил пациенту цель и ход предстоящей процедуры

2. Одел колпак, маску, стерильные перчатки

3. Кожу вокруг раны обработал антисептиком.

4. Подтянул за усики узла анатомическим пинцетом, извлек часть нити из кожи, пока не появился участок нити белого цвета, который находился в ткани, и в этом месте нить пересек остроконечными ножницами или скальпелем и извлек еѐ, подтягивая в направлении раны, таким образом швы снимаем через один или два подряд, если собираемся вводить в этом месте дренаж

5. После снятия швов кожу обработал антисептиком, наложил стерильную повязку

# 16.05

СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ПРОДОЛЬНЫМ СПОСОБОМ

1. Установил доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получил согласие на проведение (по возможности).

2. Подготовил комплект чистого белья, чистую простыню свернул в продольный рулон.

3. Провел гигиеническую обработку рук, надел перчатки. Отгородил пациента ширмой.

4. Определил в палате «чистую» зону для чистого белье (стол, тумбочка) Приготовил емкость для сбора грязного белья.

5. Снял (выполняет помощник) с одеяла пациента пододеяльник, укрыл пациента пододеяльником на время смены белья. Сложил одеяло и отложил его в «чистую» зону.

6. Убрал подушку из-под головы (выполняет помощник), снял с нее грязную наволочку, поместил в емкость для сбора грязного белья, надел чистую наволочку и положил в чистую зону.

7. Повернул пациента на бок от себя так, чтобы больной оказался спиной к расстиланию простыни, другой специалист контролировал положение пациента на кровати с целью профилактики падения, либо поднял поручень кровати.

8. Высвободил края грязной простыни из-под матраца (выполняет помощник), и скрутил валиком продольно в направлении спины пациента. Докрутив до тела лежащего, оставил грязную простыню, подоткнув ее под тело пациента.

9. Чистую простыню разложил на кровати и раскручивал в направлении спины пациента, избегая прямого контакта грязного и чистого постельного белья.

10. Повернул пациента сначала на спину, а затем на другой бок, помощник контролировал положение пациента на кровати с целью профилактики падения, либо поднял поручень кровати.

11. Скрутил грязную простыню (выполняет помощник) и сбросил ее в емкость для сбора грязного белья.

12. Раскрутил чистую простыню, тщательно разгладил, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелил подкладную пелѐнку. Заправил края чистой простыни под матрац.

13. Под голову пациента положил подушку. Надел чистый пододеяльник на одеяло, убрал грязный пододеяльник (выполняет помощник) в емкость для сбора грязного белья.

14. Накрыл пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедился, что больному комфортно. Поднял поручни кровати, при их наличии.

15. Убрал ширму. Емкость, для сбора грязного белья увез в санитарную комнату. Обработал поверхности в палате дезинфицирующим раствором.

16. Снял перчатки, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.

17. Сделал запись о проведенной процедуре.

УХОД ЗА КОЖЕЙ РЕБЕНКА

1. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение.

2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки.

3. Раздел ребенка, лежащего в кровати (поочередно различные части тела).

4. Смочил мягкую салфетку теплой водой или кожным антисептиком, слегка отжал.

5. Протер кожу ребенка в следующей последовательности: за ушами, шею, спину, ягодичную область, переднюю часть грудной клетки, подмышечные и паховые складки, складки на руках и ногах.

6. Затем сухим полотенцем насухо осушил кожу в том же порядке.

7. Переодеть ребенка в чистую одежду.

8. Использованные одноразовые салфетки поместил в емкость для отходов класса «Б», полотенце – в мешок для грязного белья.

9. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.

ПРАВИЛА РАБОТЫ С БИКСОМ

(РАЗГРУЗКА БИКСА)

Оснащение:

- стерильный бикс;

- стерильный лоток или стерильный стол;

- стерильный пинцет;

- стерильная маска, стерильные перчатки;

- чистая ветошь;

- емкость с дезинфицирующим раствором.

Последовательность выполнения:

1. Медсестра проверяет бикс:

а) герметичность (поясок должен закрывать решетчатые окна бикса полно-стью!);

б) маркировку:

- название бикса («перчатки», «шарики» и т.д.);

- срок годности бикса (дату стерилизации).

2. Медицинская сестра моет руки, надевает маску.

3. Открывает бикс, проверяет индикатор стерильности (изменил ли он цвет по эталону), закрывает бикс.

4. Отмечает на бирке дату, время вскрытия бикса, ставит свою подпись.

5. Надевает стерильные перчатки.

6. Достает из бикса стерильным пинцетом необходимый материал и помещает его на стерильный стол или в стерильный лоток.

7. Закрывает бикс.

Внимание!

- бикс без фильтра – срок годности 3 суток.

- бикс с фильтром – 20 суток.

# 18.05

ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА

Последовательность выполнения:

1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры и по-лучить его согласие на проведение процедуры.

2. Если процедура проводится в палате и там есть другие люди, отгородить па-циента ширмой.

3. Надеть клеенчатый фартук.

4. Вымыть руки, надеть перчатки.

5. Присоединить наконечник к кружке Эсмарха, закрыть вентиль, налить в кружку воды 1,5-2 л.

6. Укрепить кружку Эсмарха на штативе.

7. Открыть вентиль и слить немного воды через наконечник, вытесняя воздух, закрыть вентиль.

8. Смазать наконечник вазелином с помощью шпателя.

9. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня.

10. Уложить пациента на левый бок, при этом его правая нога должна быть со-гнута в колене и прижата к животу.

11. Подложить под ягодицы пациента клеенку, свисающую в таз, покрытую пе-ленкой.

12. Обработать перчатки антисептическим раствором.

13. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести наконечник в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см.

14. Открыть вентиль на системе.

15. Ввести необходимое количество жидкости.

16. Закрыть вентиль.

17. Осторожно извлечь наконечник из прямой кишки.

18. Попросить пациента в течение 10 минут полежать на спине и удерживать воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно.

19. Снять клизменный наконечник с системы, снять перчатки, фартук, поме-стить их в емкость с дезинфицирующим раствором.

20. Вымыть руки.

21. Надеть перчатки.

22. Провести туалет анального отверстия.

23. Убрать клеенку, пеленку и сбросить их в дезинфицирующий раствор.

24. Снять перчатки и погрузить их в дезинфицирующий раствор.

25. Вымыть руки.

Примечание: при жалобе пациента на боль спастического характера прекратить введение раствора пока боль не утихнет. Предложить глубоко дышать.

УХОД ЗА УШАМИ РЕБЕНКА

1. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки. Обработал пеленальный стол, снял перчатки и поместил в емкость для отходов класса «Б». 2. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение.

3. Обработал руки, надел стерильные перчатки.

4. Уложил ребенка на пеленальном столе (при проведении утреннего туалета - предварительно раздел ребенка, подмыл и осушил кожу).

5. Вращательными движениями прочистил слуховые проходы тугими жгутиками. (уши ребенку обрабатывают 1 раз в неделю или по мере необходимости).

6. Передал ребенка маме или уложил его в кроватку, протер рабочую поверхность стола дез.раствором.

7. Использованные ватные турунды поместил в емкость для отходов класса «Б». Лоток поместил в контейнер для дезинфекции.

8. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.

НАДЕВАТЬ СТЕРИЛЬНУЮ ОПЕРАЦИОННУЮ ОДЕЖДУ.

Последовательность выполнения:

1. Медицинская сестра обрабатывает руки гигиеническим способом.

2. Используя ножную педаль, открывает крышку бикса.

3. Проверяет вид индикатора на стерильность (цвет согласно эталона) и доста-ет из бикса халат правой рукой и перекладывает в левую руку.

4. Держит левой кистью халат за край ворота на вытянутой руке так, чтобы он не касался окружающих предметов. Разворачивает его по всей длине, со-блюдая осторожность и не загрязняя его.

5. Медицинская сестра надевает халат на правую вытянутую руку (левой дела-ет складку у ворота ближе к правому рукаву).

6. Правой рукой берет левый край ворота (правая кисть прикрыта халатом), надевает его на левую руку.

7. Вытягивает руки вперед и вверх.

8. Завязывает тесемки на рукавах, 2-3 раза обернув обшлаг рукава.

9. Помощница завязывает тесемки на халате со стороны спины.

10. Медсестра достает из кармана халата пояс, держит на расстоянии 30-40 см от себя спереди, свободные концы подает помощнице, чтобы она завязала, не касаясь стерильного халата.

11. Медсестра разворачивает упаковку с перчатками и надевает их согласно ал-горитма, чтобы они закрывали тесемки рукавов.

# 19.05

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ КЛИЗМА

Последовательность выполнения:

1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры и по-лучить его согласие.

2. Подогреть флакон с лекарственным средством на «водяной бане» до 38°С.

3. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня.

4. Помочь пациенту лечь на левый бок, правая нога должна быть согнута в ко-ленке и прижата к животу.

5. Подложить под ягодицы пациенту клеенку пеленку.

6. Вымыть руки, надеть перчатки.

7. Набрать в грушевидный баллон 50-100 мл подогретого раствора.

8. Смазать вазелином газоотводную трубку на протяжении 20-30 см с помо-щью шпателя.

9. Положить баллон и газоотводную трубку в стерильный лоток.

10. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 20-30 см.

11. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно вве-сти подогретый раствор.

12. Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки, затем извлечь ее.

13. Поместить газоотводную трубку и грушевидный баллон в емкость с дезин-фицирующим раствором.

14. Провести туалет анального отверстия.

15. Напомнить пациенту, чтобы он задержал раствор в кишечнике на 15-20 ми-нут.

16. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.

17. Вымыть руки.

УХОД ЗА ГЛАЗАМИ РЕБЕНКА

1. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки. Обработал пеленальный стол, снял перчатки и поместил в емкость для отходов класса «Б». 2. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение (при уходе за новорожденным использовать стерильную воду).

3. Обработал руки, надел стерильные перчатки.

4. Уложил ребенка на пеленальном столе (при проведении утреннего туалета- предварительно раздел ребенка, подмыл и осушил кожу).

5. Обработал глаза ребенка ватными шариками, смоченным кипяченой водой от наружного угла глаза к внутреннему (для каждого глаза использовать отдельный тампон). Аналогично обработке просушить глаза сухими ватными тампонами.

6. Передал ребенка маме или уложил его в кроватку, протер рабочую поверхность стола дез.раствором

7. Использованные ватные шарики поместил в емкость для отходов класса «Б». Лоток и мензурку поместил в контейнер для дезинфекции.

8. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.

НАКРЫТИЕ СТЕРИЛЬНОГО СТОЛА

Последовательность выполнения:

1. Перед накрытием стерильного стола медицинская сестра: моет руки, надева-ет маску, перчатки, обрабатывает дважды столик дезинфицирующим рас-твором с интервалом 15 минут, затем смывает остатки дезинфицирующего раствора чистой ветошью.

2. Снимает перчатки, моет руки.

3. Проверяет бикс с одеждой (герметичность, дату стерилизации), ставит дату вскрытия и время на бирке.

4. Проводит гигиеническую обработку рук.

5. Открывает бикс на педальной установке, проверяет изменение цвета инди-катора согласно эталону.

6. Достает стерильный пинцет из бикса и им по очереди достает: емкость для пинцета, стерильный халат, маску, перчатку (надевает их согласно алгорит-ма).

7. Стерильным пинцетом достает простынь и кладет ее в левую руку, пинцет кладет в сухую стерильную емкость (бикс).

8. На вытянутых руках разворачивает простынь, сложенную в 4-е слоя и накрывает процедурный столик движением «от себя» так, чтобы нижние края свисали на 20-30 см.

9. Достает вторую простынь, сложенную в 4-е слоя, разворачивает и кладет по-верх первой.

10. Сзади захватывает цапками все 8-м слоев простыней, впереди захватывает 2-мя цапками только 4-е верхних слоя по краям. Стол накрыт.

11. Открывает стерильный стол за передние цапки «от себя», сложив слои гар-мошкой, не доводя до края 10-15 см, цапки свисают за стол.

12. Выкладывает пинцетом на столик необходимый стерильный инструмент в удобном порядке (или по принятой схеме).

13. Взявшись за передние цапки, поднимает их вверх, расправляет «гармошку» и движение «на себя» закрывает стол, не касаясь стерильной части стола.

14. Прикрепляет к левому верхнему углу простыни бирку (дата стерилизации стерильного стола, время накрытия и подпись медицинской сестры).

# 20.05

МАСЛЯНАЯ КЛИЗМА

Последовательность выполнения:

1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры и по-лучить его согласие.

2. Подогреть масло на «водяной бане» до 38 °С.

3. Проверить температуру масла термометром.

4. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня и помочь пациенту повернуться на левый бок, правую ногу согнуть в колене и прижать к живо-ту.

5. Вымыть руки, надеть перчатки.

6. Набрать в грушевидный баллон масла 50-150 мл. смазать вазелином газоот-водную трубку с помощью шпателя. Положить баллон и трубку в стериль-ный лоток.

7. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 20-30 см.

8. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно вве-сти набранный раствор.

9. Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки.

10. Извлечь газоотводную трубку и поместить ее и грушевидный баллон в лоток с дезинфицирующим раствором.

11. Провести туалет анального отверстия.

12. Снять перчатки и погрузить в дезинфицирующий раствор.

13. Помочь пациенту занять удобное положение в постели, предупредить, что эффект наступит через 10-12 часов.

14. Вымыть руки, осушить их.

ПРОВЕДЕНИЕ ИНГАЛЯЦИИ КИСЛОРОДА ЧЕРЕЗ НОСОВОЙ КАТЕТЕР

1Объяснил пациенту/ родственникам смысл манипуляции и необходимость ее выполнения.

2Приготовил оснащение

3Провел гигиеническую обработку рук,

4Заполнил аппарат Боброва дистиллированной водой на 2/3 объема

5Собрал кислородный контур, присоединив кислородную подушку к трубке аппарата Боброва, опущенной в воду

6Убедился в проходимости дыхательных путей, при необходимости очистил носовые ходы.

7Проверил герметичность и срок годности упаковки с катетером, вскрыл и извлек катетер пинцетом в стерильный лоток

8Обработал руки антисептиком, надел стерильные перчатки

9Измерил глубину введения катетера (расстояние между крылом носа и козелком уха).

10Увлажнил катетер и ввел его по нижнему носовому ходу до метки.

11Проконтролировал положение катетера с помощью шпателя. И закрепил лейкопластырем

12Открыл зажим, проверил поток кислорода

13Контролировал скорость подачи кислорода (1,5 – 2 л/мин – при подаче из системы или баллона)

14Продолжил ингаляцию 30 -120 мин (по состоянию ребенка) при нреобходимомти продолжения ингаляции поменял положение катетера в другой носовой ход -

15Снял маску и закрыл вентиль

16Маску поместил в емкость для отходов класса Б. Провел дезинфекцию подушки двукратно с интервалом 15 мин.

УХОД ЗА ПОДКЛЮЧИЧНЫМ КАТЕТЕРОМ

Действия медицинской сестры:

1. Ежедневно обрабатывать кожу пациента вокруг катетера спиртом и накладывать асептическую повязку в виде «штанишек», фиксировать лейко-пластырем.

2. При необходимости внутривенного вливания, резиновую пробку катетера обрабатывать 70% этиловым спиртом и вводить через нее лекарственное средство.

3. После каждого внутривенного вливания заполнять катетер раствором гепа-рина (0,1-0,2 мл гепарина на 5 мл физиологического раствора). Для этого про-колоть пробку тонкой иглой и удалять иглу со шприцом, не снимая пробки!

Запомните!

Уход за подключичным катетером медицинская сестра осуществляет в стерильных перчатках и использует стерильный материал.

# 21.05

СИФОННАЯ КЛИЗМА

Последовательность выполнения:

1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры и по-лучить его согласие на проведение процедуры.

2. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня и помочь пациенту лечь на левый бок, правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу.

3. Подложить под ягодицы клеенку так, чтобы она свисала в таз для промыв-ных вод, сверху клеенки постелить пеленку.

4. Надеть фартук.

5. Вымыть руки, надеть перчатки.

6. Приготовить систему, смазать слепой конец зонда вазелином на протяжении 30-40 см с помощью шпателя.

7. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки, а правой рукой ввести закруг-ленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см.

8. Взять воронку, присоединенную к зонду, держать ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента и налить в нее 0,5-1 л воды.

9. Медленно поднимать воронку выше ягодиц так, чтобы вода уходили в ки-шечник лишь до устья воронки.

10. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже ягодиц, не пере-ворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнит воронку полно-стью.

11. Слить воду из воронки в приготовленную емкость.

12. Повторить промывание до чистых промывных вод, но с использованием не более 10-12 л воды.

13. Отсоединить воронку по окончании процедуры, медленно извлечь зонд из кишечника.

14. Погрузить использованные предметы в дезинфицирующий раствор.

15. Провести туалет анального отверстия.

16. Снять перчатки, фартук; погрузить их в дезинфицирующий раствор.

17. Вымыть руки.

ОБРАБОТКА ЕСТЕСТВЕННЫХ СКЛАДОК НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА 1. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки Обработал пеленальный стол, снял перчатки и поместил в емкомть для отходов класса «Б» 2. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение

3. Обработал руки, надел стерильные перчатки

4. Уложил на пеленальном столе пеленки

5. Распеленал ребенка в кроватке (при необходимости подмыли осушил), положил на пеленальный стол

6. Обработал естественные складки кожи ватным тампоном, смоченным стерильным растительным маслом в строгой последовательности: заушные, шейные, подмышечные, локтевые, лучезапястные, подколенные, голеностопные, паховые, ягодичные

7. Менял ватные шарики по мере загрязнения

8. Одел ребенка и уложил ребенка в кроватку, протер рабочую поверхность стола дез. раствором

9. Снял перчатки, маску поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.

ВЗЯТИЕ КРОВИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУППЫ КРОВИ, РЕЗУС ФАКТОРА.

ЭТАП ПОДГОТОВКИ:

1. Спросить у пациента разрешение на проведение процедуры.

2. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры.

3. Вымыть руки.

4. Надеть маску и перчатки.

ЭТАП ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИИ:

5. Усадить пациента лицом к себе.

6. Вскрыть упаковку скарификатора, проверив ее герметичность и срок годности.

7. Обработать кожу IV пальца кисти последовательно двумя стерильными шариками, смоченными 70° спиртом.

8. Шарик заложить под мизинец левой руки.

9. Зафиксируйте левой рукой дистальную фалангу IV пальца кисти, сдавливая его со всех сторон (для увеличения кровенаполнения).

10.Скарификатором сделать прокол мякоти пальца.

11.Стереть сухим стерильным шариком первую каплю крови.

12.Выдавить необходимое количество капель крови на тарелку или предметное стекло.

13.Взять шарик из-под мизинца, приложить к месту прокола.

этап окончания манипуляции:

14.Спросить пациента о самочувствии.

15.Забрать у пациента шарик, загрязненный кровью, и положить его в дезинфицирующий раствор.

16.Скарификатор опустить в дезинфицирующий раствор.

17.Снять перчатки.

# 22.05

ПОДКОЖНЫЕ ИНЪЕКЦИИ

1. Вымыть руки, высушить.

2. Уточнить у пациента аллергоанамнез, сверить лекарственное средство с ли-стом врачебного назначения, объяснить цель и ход процедуры пациенту.

3. Подготовить ампулы с лекарственным средством, если раствор масленый, то подогреть на водяной бане до температуры 37°С.

4. Собрать шприц, лекарственного средства врачебному назначению).

5. Сменить иглу для инъекции (0420), удалите воздух (на салфетку, ампу-лу), надеть колпачок.

6. Поместить на стерильный лоток готовый шприц и 3 стерильных спиртовых шарика. Накрыть стерильной салфеткой.

7. Надеть стерильную маску.

8. Обработать руки антисептическим раствором, надеть стерильные перчатки, обработать их спиртом.

9. Предложить пациенту сесть или лечь.

10. Освободить место для инъекции осмотре его пропальпировать.

11. Обработать левой рукой место инъекции ватным спиртовым шариком сверху вниз вначале - широко, затем – место инъекции (другим шариком), а третий шарик зажать в левой руке 4 и 5 пальцами.

12. Взять шприц в правую руку, указательным пальцем фиксируя иглу шпри-ца, остальные пальцы на цилиндре, срез иглы кверху.

13. Левой рукой (1,2,3 пальцами) соберите участок кожи задней поверхности плеча в треугольную складку основанием вниз.

14. Правой рукой быстрым движением введите иглу в основание складки под углом 45 ° на 2/3 её длины.

15. Левую руку перенести на рукоятку поршня, подтянуть «на себя» (если рас-твор масляный) и медленно ввести, надавливая на поршень большим паль-цем левой руки.

16. К месту инъекции прижать стерильный спиртовой шарик и быстро вывести иглу.

17. Забрать у пациента использованный шарик и замочить в дезинфицирую-щем растворе.

18. Провести этап дезинфекции использованного материала, шприца, игл.

19. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор, вымыть руки.

ДЕЗИНФЕКЦИЯ И УТИЛИЗАЦИЯ ОДНОРАЗОВОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ

Подготовка к процедуре:

1. Надеть спецодежду.

2. Подготовить оснащение.

3. Залить в ёмкость дезинфицирующий раствор нужной копией грации.

4. Выполнить процедуру с использованием предметов ухода.

Выполнение дезинфекции методом полного погружения:

1. Погрузить полностью предмет ухода, заполняя его полости дезинфицирую-щим 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 ухо-да.

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.

ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН.

1. Маска, перчатки
2. Перевязочный материал
3. Шприц
4. Резиновые дренажи
5. Р-р новокаина
6. Перекись водорода 3%
7. Р-р калий марганец О4 3%
8. Стерильный и нестерильный лотки
9. Пинцет
10. Ножницы
11. Скальпель
12. Кровеостанавливающий зажим
13. Иглодержатель
14. Крючки
15. Костная ложечка Фолькмана
16. Зонд Кохера
17. Костные кусачки Листона
18. Пила джигли
19. Иглы
20. Мазевые средства

# 23.05

ВНУТРИМЫШЕЧНЫЕ ИНЪЕКЦИИ

Последовательность выполнения:

1. Вымыть руки, высушить.

2. Уточнить у пациента аллергоанамнез, сверить лекарственное средство с ли-стом врачебного назначения, объяснить пациенту цель и ход процедуры.

3. Подготовить ампулу с лекарственным средством. Если раствор масляный, то подогреть на водяной бане до температуры 37°С.

4. Собрать шприц, присоединив иглу для набора лекарственного средства и набрать нужную дозу (согласно врачебному назначения).

5. Сменить иглу для инъекции (0840), удалить воздух (на салфетку, ампу-лу), надеть колпачок.

6. На стерильный лоток поместить готовый шприц и 3 стерильных шарика со спиртом. Накрыть стерильной салфеткой.

7. Надеть стерильную маску, обработать руки антисептическим раствором, надеть перчатки, обработать их спиртом.

8. Предложить пациенту лечь на кушетку (на живот, на бок или на спину) в зависимости от состояния пациента.

9. Освободить место для инъекции от одежды, осмотреть и пропальпировать его: медицинская сестра мысленно делит ягодицу на четыре равные части двумя линиями: поперечной от большого вертела бедренной кости до крестца, продольной - делит ягодицу пополам через седалищный бугор. Инъекцию делать в верхний наружный квадрант ягодицы!

10. Обработать левой рукой место инъекции ватным спиртовым шариком свер-ху вниз вначале широко, затем - место инъекции (другим шариком), а третий шарик зажать в левой руке 4 и 5 пальцами.

11. Взять шприц в правую руку, придерживая канюлю иглы 4 или 5 пальцем, а остальными цилиндр шприца.

12. Левой рукой 1 и 2 пальцами слегка натянуть кожу в месте инъекции, а правой, держа шприц перпендикулярно к месту инъекции, под углом 90 ° быстрым движением, ввести иглу в мышцу на 2/3 длины иглы.

13. Левую руку перенести на рукоятку поршня, подтянуть «на себя» (если раствор масляный) и медленно ввести, надавливая на поршень большим пальцам левой руки.

14. К месту инъекции прижать стерильный шарик со спиртом и быстро вывести иглу.

15. Забрать у пациента шарик, и замочить в дезинфицирующем растворе.

16. Провести эта дезинфекции использованного материала, шприца, игл.

17. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор, вымыть руки.

ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (ВОЗРАСТ ДО 2 ЛЕТ)

1. Объяснил маме/ родственникам цель исследования. Получил согласие.

2. Подготовил необходимое оснащение.

3. Обработал руки гигиеническим способом.

4. Обработал сантиметровую ленту 70% этиловым спиртом.

5. Наложил сантиметровую ленту на грудную клетку по ориентирам: сзади – нижние углы лопаток; спереди - нижний край около сосковых кружков.

6. Сообщил результат маме.

7. Обработал сантиметровую ленту 70% этиловым спиртом.

8. Снял перчатки, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Обработал руки гигиеническим способом.

9. Результаты занес в историю развития ребенка.

НАБОР ДЛЯ ХРАХЕОСТОМИИ

1. стерильный материал
2. перчатки, маска
3. лейкопластырь
4. р-р новокаина
5. р-р калий марганец О4 3%
6. р-р перекиси водорода 3%
7. кожный антисептик
8. стерильный и нестерильный лотки
9. шприцы 2 шт
10. кровоостанавливающий зажим
11. трахеорасширитель труссо
12. иглодержатель
13. пуговочный зонд
14. пинцет
15. ножницы
16. скальпель
17. трахеостомическая трубка
18. иглы

# 25.05

ВНУТРИВЕННЫЕ ИНЪЕКЦИИ

Последовательность выполнения:

1. Вымыть руки, высушить.

2. Уточнить у пациента аллергоанамнез, сверить лекарственное сред-ство с листом врачебного назначения, дать необходимую информацию о ма-нипуляции.

3. Подготовить лекарственное средство и растворитель к работе.

4. Собрать шприц, присоединив иглу для набора лекарственного сред-ства, набрать назначенную дозу и добрать до 10-20 мл растворителя (по назна-чению).

5. Сменить иглу для инъекции, удалить воздух (не снимая колпачок).

6. На стерильный лоток поместить готовый шприц и несколько стериль-ных спиртовых шариков. Накрыть стерильной салфеткой.

7. Надеть стерильную маску, очки.

8. Обработать руки антисептическим раствором, надеть стерильные пер-чатки, обработать их спиртом.

9. Предложить пациенту сесть или лечь так, чтобы пунктируемая вена была хорошо доступна.

10. Под локтевой сгиб, пациента подложить клеёнчатую подушечку.

11.Выше места инъекции, поверх одежды или салфетки, наложить ре-зиновый жгут так, чтобы пульс на периферических венах сохранился, кожа ниже жгута стала слегка цианотична. Концы жгута направить вверх, а петлю - вниз, поверхность ладони кверху.

12. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак, затем за-жать. Определить наиболее наполненную вену и место пункции.

13. Обработать перчатки спиртовым шариком.

14. Левой рукой шариком, смоченным спиртом, обработать место инъ-екции движениями снизу вверх, вначале широко, а затем другим шариком ме-сто пункции вены. К месту пункции положить стерильную салфетку (для выве-дения на неё иглы из вены).

15. Взять шприц в правую руку (указательный палец на канюле иглы, остальные на цилиндре, срез иглы направить вверх). Проследите, чтобы в шприце не было воздуха.

16. Большим пальцем левой руки натянуть кожу вниз, ниже места пунк-ции на 2-3 см, зафиксировать вену.

17. Проколоть кожу, держа шприц под углом 30 , осторожно ввести иг-лу на 1/3 длины, параллельно вене до ощущения попадания в «пустоту».

18.Левой рукой потянуть поршень «на себя», если в цилиндре появилась кровь, то игла в вене.

19.Левой рукой развязать жгут за один из свободных концов, попросить пациента разжать кулак.

поршень, медленно ввести лекарственное средство, оставив в шприце 1-2 мл раствора. Наблюдать за состоянием пациента.

21. Левой рукой слегка прижать к месту инъекции 3 ватный шарик, смоченный спиртом, быстрым движением извлечь иглу вместе с салфеткой.

22. Попросить пациента прижать шарик, согнув руку в локтевом су-ставе, подержать 3-5 минут (можно зафиксировать шарик бинтом). Поинте-ресоваться самочувствием пациента.

23. После остановки кровотечения из места пункции, забрать у пациента шарик для дезинфекции.

24. Провести этап дезинфекции использованного материала, шприцев, игл.

25. Снять перчатки, погрузить в дезинфекционный раствор.

26. Вымыть руки.

ТЕХНИКА ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ПУЛЬСА У ДЕТЕЙ.

**Этапы:**

**1. Подготовка к манипуляции:**

1.1. Усадить или уложить ребенка в удобное положение

1.2. Вымыть руки.

1.3. Надеть маску

**2. Выполнение манипуляции:**

2.1. Положить 2,3 и 4 пальцы на лучевую артерию, а 1 палец - со стороны тыла кисти ребёнка.

2.2. Прижать артерию к лучевой кости и определить напряжение пульса.

2.3. Определить ритмичность пульса: если пульсовые колебания возникают через равные

промежутки времени, пульс ритмичный. Напряжение определяется по той силе, с которой

нужно прижать артерию, чтобы её пульсовые колебания полностью прекратились. Пульс

может быть умеренного напряжения, напряженным (твердым), мягким.

2.4. Подсчитать количество пульсовых движений за 1 мин. Запомнить.

2.5. Сравнить с нормой:

Новорожденный -140 в мин.

1 год -130 — 120 в мин.

З года-110-115 в мин.

5 лет - 100 в мин.

I0лет—80-90 в мин.

12 лет - 80 в мин

**3. Окончание манипуляции:**

3.1. Вымыть руки; осушить

3.2. Снять маску

3.3. Записать результаты в мед. документы и отметить графически на температурном листе.

ДЕЗО

**Показание:**фиксация верхней конечности при повреждениях ключицы.

**Приготовить:** бинт, шириной 7х14 или 20 см; вата, марля.

**Подготовка к манипуляции:**

1. Вымыть руки, осушить индивидуальным полотенцем.
2. Подготовить все необходимое для выполнения манипуляции.
3. Провести психологическую подготовку, объясните пациенту цель, ход предстоящей манипуляции, получите его информированное согласие.
4. Придать пациенту удобное положение: расположить пациента так, чтобы быть лицом к пациенту (обеспечение возможности контроля за состоянием пациента).

**Выполнение манипуляции:**

1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить.

2. Объяснить пациенту ход предстоящей манипуляции и получить его информированное согласие.

3. В подмышечную область положить ватно-марлевый валик, руку согнуть в локтевом суставе. Руку привести к груди.

4. Сделать два закрепляющих тура бинта по груди, больной руке в области плеча, спине и подмышечной впадине со стороны здоровой конечности.

5. Вести бинт через подмышечную впадину здоровой стороны по передней поверхности груди косо на надплечье больной стороны.

6. Опуститься вниз по задней поверхности больного плеча под локоть.

7. Обогнуть локтевой сустав и, поддерживая предплечье, направить бинт косо в подмышечную впадину здоровой стороны.

8. Вести бинт из подмышечной впадины по спине на больное надплечье.

9. Вести бинт с надплечья по передней поверхности больного плеча под локоть и обогнуть предплечье.

10. Направить бинт по спине в подмышечную впадину здоровой стороны.

11. Повторять туры бинта до полной фиксации плеча (4 – 5 раз).

12. Закончить повязку двумя закрепляющими турами по груди, больной руке в области плеча, спины.

13. Зафиксировать повязку на здоровой стороне.

**Окончание манипуляции:**

1. Уточнить у пациента о его самочувствии.
2. Вымыть руки, осушить полотенцем.

**Примечание:** правая рука бинтуется слева направо, левая – справа налево.

# 26.05

ВНУТРИВЕННОЕ КАПЕЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЖИДКОСТЕЙ

ПРИ ПОМОЩИ ОДНОРАЗОВОЙ СИСТЕМЫ

Последовательность выполнения:

1. Вымыть руки, высушить.

2. Уточнить у пациента аллергоанамнез. Сверить лекарственное средство с ли-стом врачебного назначения, дать необходимую информацию о манипуляции.

3. Подготовить к работе флакон и ампулы с лекарственным средством - про-верить срок годности, поставить дату вскрытия стерильного флакона.

4. Набрать в шприц лекарственное средство и ввести его во флакон через резино-вую пробку (по стандарту).

5. Проверить капельную систему (герметичность, срок годности).

6. Вскрыть пакет и извлечь рукой систему из упаковки на стерильный лоток (салфетку).

7. Снять колпачок с иглы воздуховода и ввести её во флакон до упора, зафик-сировать трубку воздуховода вдоль флакона так, чтобы её конец был на уровне дна.

8. Снять колпачок с иглы для флакона капельной системы и ввести в пробку до упора.

9. Закрыть зажим системы.

10. Перевернуть флакон вверх дном и закрепить на стойке-штативе, держать иглу для пациента в правой (левой) руке.

11.Снять инъекционную иглу с колпачком, положить в стерильный лоток.

12.Открыть зажим (не полностью) и заполнить капельницу до половины объе-ма, держа её горизонтально.

13.Закрыть зажим. Возвратить капельницу в исходное положение.

14.Открыть зажим и заполнить систему по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком).

15. Закрыть зажим, зафиксировать систему на штативе и присоединить инъек-ционную иглу с колпачком.

16. На стойке-штативе фиксируют 2-3 полоски лейкопластыря.

17. Надеть стерильную маску, очки.

18. Обработать руки антисептическим раствором, надеть стерильные перчатки, обработать их спиртом.

19. Под локтевой сгиб пациента подложить клеёнчатую подушечку.

20. Выше локтевого сгиба, поверх одежды или салфетки, наложить резиновый жгут с сохранением пульса. Обработайте место пункции вены двумя шариками, смоченными спиртом, движением снизу вверх

21. Правой рукой снять со штатива систему, снять колпачок с иглы, открыть зажим системы (не полностью). Большим пальцем левой руки натяните кожу вниз, ниже места пункции, зафиксируйте вену и проведите пункцию (в системе должна показаться кровь).

22. Снять жгут, попросить пациента разжать кулак.

23.Понаблюдайте за введением, чтобы жидкость не поступала под кожу и уста-новить скорость введения лекарственного средства (по назначению врача, т.е. количество капель в минуту). Фиксируйте канюлю иглы лейкопластырем.

25.В течение вливания следить за самочувствием пациента, несколько раз захо-дить в палату.

26. После завершения инфузии закрыть зажим, убрать лейкопластырь, к месту пункции слегка прижать ватный спиртовой шарик, и извлечь иглу.

27. Левой рукой помочь согнуть пациенту руку в локтевом сгибе.

28.Через 3-5 минут убрать у пациента окровавленный шарик и замочить в ем-кости с дезинфицирующим раствором.

29. Провести этап дезинфекции использованного материала, системы (её разре-зать ножницами в дезинфицирующем растворе на кусочки по 10 см).

30. Снять перчатки, замочить в дезинфицирующем растворе.

31. Вымыть руки.

НАДЕВАНИЕ СТЕРИЛЬНЫХ ПЕРЧАТОК

Последовательность выполнения:

1. Медицинская сестра моет руки, высушивает, обрабатывает кожным ани-септиком.

2. Достает пинцетом из бикса упаковку с перчатками, кладет в стерильный лоток или на стол.

3. Раскрывает упаковку руками.

4. Берет перчатку за отворот левой рукой так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности отворота.

5. Сомкнутые пальцы правой руки вводит в перчатку и натягивает ее на пальцы, не нарушая отворота.

6. Заводит под отворот левой перчатки 2-й, 3-й и 4-й пальцы правой руки, одетой в перчатку так, чтобы 1-й палец правой руки был направлен в сто-рону 1-го пальца на левой перчатке.

7. Держит левую перчатку вертикально пальцами правой руки.

8. Вводит левую руку в перчатку, сомкнувши пальцы, натягивает ее.

9. Расправляет отворот вначале на левой перчатке, натягивая его на рукав.

10. Затем 2-м и 3-м пальцами левой руки подводит под подвернутые края правой перчатки и расправляет отворот на рукав халата.

Внимание!

В тех случаях, когда не требуется халат с длинными рукавами, перчатки закрывают запястье и часть предплечья.

СПИННОМОЗГОВОЙ ПУНКЦИИ.

1. Стерильный материал
2. Кожный антисептик
3. Йод
4. Р-р новокаина
5. Пробирки
6. Лейкопластырь
7. Нестерильный и стерильный лотки
8. Шприцы 10,20 кб
9. Игла с мандреном
10. Маска, перчатки

# 27.05

ПОДКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА

1. Доброжелательно и уважительно представился Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, получил его согласие

2. Вымыл руки на гигиеническом уровне

3. Надел чистые перчатки и обработал кожным антисептиком.

4. Подготовил лотки, пинцеты , ватные шарики и инсулиновый шприц.

5. Упаковки от них поместил в пакет для отходов класса «А»

6. Часть шариков залил спиртом, часть- оставил сухими.

7. Обработал пробку флакона с инсулином шариком со спиртом и сухим шариком.

8. Набрал в шприц воздух на столько делений, сколько предстоит набрать инсулина, ввел воздух во флакон, перевернул шприц и флакон и набрал инсулин.

9. Поменял иглу и выпустил воздух не снимая колпачка с иглы.

10. Положил шприц в стерильный лоток и обработал перчатки кожным антисептиком.

11. Дважды обработал кожу пациента ватными шариками со спиртом и высушил место инъекции сухим ватным шариком.

12. Взял шприц с инсулином, снял колпачок с иглы, сделал одной рукой кожную складку, а другойввел под углом 45\*шприц с инсулином.

13. Отпустил кожную складку и, надавив на поршень, ввел инсулин.

14. Через 3-4 секунды извлек иглу, прикрыв место инъекции сухим ватным шариком.

15. Иглу поместил в иглоотсекатель.

16. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в пакет для отходов класса «Б» Лотки и пинцеты замочил в дезрастворе

СТЕРИЛИЗАЦИЯ

Используются следующие методы стерилизации:

- термический: паровой, воздушный (температура выше 100 °С);

- химический (стерилизация растворами);

- радиационный;

- газовый (химические препараты).

Термический метод:

Паровой метод (в автоклаве) - стерилизующий агент при этом методе - водяной насыщенный пар под избыточным давлением.

Режимы:

1. Стерилизация при давлении 2,0-2,2 атм. и температуре 132-134°С с экспози-цией 20 мин. Стерилизуемые изделия из: коррозийностойкого металла, стекла, тканей;

2. Стерилизация при давлении 1,0-1,1 атм. и температуре 120-122°С с экспози-цией 45 мин. Стерилизуемые изделия из: резины, латекса, полимерных ма-териалов.

Воздушный метод (в сухожаровом шкафу) - стерилизующим агентом является су-хой горячий воздух.

Режимы:

1. Температура 180-1 82°С в течение 60 мин . Стерилизуют изделия из металла, стекла.

2. Температура 160-162°С в течение 150 мин. Стерилизуют изделия из силико-новой резины.

Сроки стерильности упаковок:

- стерилизационная коробка без фильтра - 3 суток,

- стерилизационная коробка с фильтром - 20 суток,

- двойная упаковка из бязи, пакеты из различной бумаги - 3 суток.

Химический метод:

1 . 6% раствор перекиси водорода при температуре 18-20°С - 6 часов.

2. 6% раствор перекиси водорода при температуре 45-50°С - 3 часа. Стерилизуе-мые растворами изделия свободно раскладывают в емкости. При большой длине изделие укладывают по спирали, каналы и полости заполняют раствором.

После окончания стерилизации изделия трижды погружают на 5 мин в сте-рильную воду, каждый раз меняя ее, затем стерильным корнцангом их переносят в стерильную емкость, выложенную стерильной простыней. Поскольку изделия сте-рилизуют растворами без упаковки, этот метод может быть использован только при децентрализованной системе.

Радиационный метод:

Стерилизующим агентом являются ионизирующие γ (гамма)- и β (бета)-излучения.

Для упаковки используют пакеты из полиэтилена. Сохраняется стериль-ность в такой упаковке годами. Срок годности указывается на упаковке. Радиаци-онный - основной метод промышленной стерилизации. Он используется предприя-тиями, выпускающими стерильные изделия однократного применения.

Газовый метод:

Осуществляется при 18-80°С. Изделия стерилизуются в упаковках. При газо-вой стерилизации используют этилен-оксид и его смеси, формальдегид. Процесс стерилизации имеет продолжительный цикл, редко используется в ЛПУ.

ПРОВОДИТЬ ПРОФИЛАКТИКУ ПРОЛЕЖНЕЙ.

1. Моют и сушат руки, надевают перчатки.  
2. Пациента поворачивают на бок.  
3. Обрабатывают кожу спины салфеткой, смоченной теплой водой или раствором уксуса.  
4. Обсушивают кожу сухим полотенцем.  
5. Делают массаж мест, в которых часто образуются пролежни.  
6. Смазывают кожу стерильным вазелиновым или прокипяченным растительным маслом.  
7. Образовавшиеся пролежни обрабатывают кварцеванием, начиная с 1 - 2 мин и постепенно увеличивая время экспозиции до 5 - 7 мин.  
8. Под места образования пролежней подкладывают ватно-марлевые круги или резиновые круги в наволочке.  
9. Осматривают постель пациента, удаляют крошки после приема пищи.  
10. Мокрое и загрязненное постельное и нательное белье немедленно меняют.  
12. При смене постельного и нательного белья следят, чтобы на них в местах образования пролежней не было швов, заплаток, складок.  
13. Места покраснения кожи обрабатывают слабым раствором перманганата калия.  
Примечание. Перчатки обрабатывают, погружая в дезинфицирующий раствор.

# 28.05

ВВЕДЕНИЕ ГЕПАРИНА

Алгоритм выполнения:

Объясните пациенту ход проведения манипуляции, получите от него согласие.

Наденьте чистый халат, маску, обработайте руки на гигиеническом уровне, наденьте перчатки.

Прочитайте название, дозировка в 1 мл раствора гепарина 5 000 ЕД.

Посмотрите дату, срок годности – должен соответствовать.

Проверить целостность упаковки.

Вскройте упаковку с выбранным шприцом, выложите его в стерильный лоток.

Вскройте алюминиевую крышку, обрабатывая её 70 % спиртом двукратно.

Произвести расчёт назначенной врачом дозы гепарина. Цена одного малого деления: в 1 мл - 10 делений = 0,1 мл. Если в 1 мл раствора гепарина – 5 000 ЕД, следовательно в 1 малом делении (0,1мл) содержится 500 ЕД. Проколите резиновую крышку флакона, наберите назначенную дозу врачом в шприц.

Смените иглу. Выпустите воздух из шприца.

Положите шприц на стерильный лоток, приготовьте 2 ватных шарика, смоченных 70% спиртом.

Выберите место для инъекции (осмотрите, пропальпируйте).

Обработайте кожу сначала 1м ватным шариком большую зону, затем 2м - место укола и зажмите его в левой руке за мизинцем.

Соберите кожу в складку треугольной формы левой рукой.

Введите иглу в основание складки под углом 45 ° на глубину 1-2 см (на 2/3 иглы), держа шприц в правой руке.

Введите гепарин, надавливая на поршень большим пальцем левой руки.

Прижмите место укола ватным шариком и извлеките иглу, придерживая ее за канюлю (сильно надавливать и массировать нельзя).

Сбросьте одноразовый шприц и иглу в ёмкости c 3% хлорамином на 60 мин.

Снимите перчатки, поместите в ёмкость с дезинфицирующим раствором.

Вымойте и осушите руки.

ТЕХНИКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО МЫТЬЯ РУК

При гигиенической обработке рук персонал должен соблюдать технику, чтобы обработать все участки кожи. Чаще всего медработники пропускают кончики пальцев, которые наиболее контаминированы, межпальцевые промежутки, большой палец. Обучите работников правильной технике гигиенической обработки рук. Этапы гигиенического мытья рук

Шаг 1. Откройте кран и отрегулируйте воду до комфортной температуры.

Шаг 2. Нанесите из дозатора на влажные руки 2,5–3 мл жидкого мыла.

Шаг 3. Под теплой струей воды энергично намыльте руки и поэтапно выполните все движения по пять раз: 1. Трите ладонью о ладонь, включая запястье. 2. Трите правой ладонью по внешней стороне левой ладони и наоборот, пальцы переплетены. 3. Трите внутренние поверхности пальцев и межпальцевые промежутки движениями вверх-вниз, пальцы переплетены. 4. Трите внешней стороной согнутых пальцев по ладони другой руки и наоборот, пальцы сцеплены в замок. 5. Поочередно трите большой палец круговыми движениями. 6. Поочередно круговыми движениями сомкнутых пальцев трите ладони.

Шаг 4. Смойте мыло с рук проточной водой.

Шаг 5. Возьмите одноразовое бумажное полотенце и тщательно просушите руки от кончиков пальцев к запястьям.

Шаг 6. Закройте кран использованным полотенцем.

Шаг 7. Полотенце поместите в емкость для сбора медотходов.

ОБРАБОТКА ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ

Предварительная подготовка пациента: гигиеническая ванна, смена белья, побрить волосы за 2 ч до операции.

*Оснащение.* *Стерильные:* корнцанги, перевязочный материал; *антисептики:* 1% раствор йодоната (кутасепт, аятин, йодопирон т.п.).

1. Проверить качество бритья операционного поля.  
2. Дважды в широких пределах обработать **операционное поле** последовательно, раздельными стерильными марлевыми тампонами, обильно смоченными одним из антисептиков. Антисептик наносить на кожные покровы с растиранием операционного поля в течение 3-4 минут. Инъекционное поле обработать стерильным ватным тампоном.  
3. Обработку операционного поля проводить в направлении от зоны предполагаемого разреза к периферии. При наличии раны или очага инфекции – от периферии к очагу. Очаг изолировать от линии разреза путем заклеивания, прижигания, наложением швов либо рану закрыть стерильной марлевой салфеткой.  
4. После обложения операционного поля стерильными простынями место операции дополнительно обработать тупфером, смоченным раствором антисептика.  
5. После окончания операции, перед наложением узловых швов на кожу, ее края обработать антисептиком.  
6. Обработать рану после наложения швов.

# 29.05

РАЗВЕДЕНИЯ И ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ

**1.**Объяснить маме цель и ход прове­дения процедуры.

**2.**Подготовить оснащение.

**3.**Обработать руки гигиеническим способом, надеть стерильные резиновые перчатки.

**4.**Прочитать надпись на флаконе и растворителе (наименование, доза, срок годности).

**5.**Определить необходимое количест­во растворителя для антибиотика.

**6.**Определить количество готового раствора, необходимое ввести ребенку.

**7.**Вскрыть упаковку, собрать шприц, надеть иглу и поместить на стериль­ный столик.

**8.**Ватным шариком со спиртом обра­ботать алюминиевую крышку флакона с антибиотиком, вскрыть ее и опять обработать.

**9.**Обработать шейку ампулы с раство­рителем спиртом, вскрыть ампулу и набрать рассчитанное количество в шприц. Проколоть иглой резиновую пробку флакона и ввести растворитель во флакон с антибиотиком. Встряхнуть флакон.

**10.**Надеть иглу с флаконом на шприц и подняв флакон вверх дном - набрать в шприц необходимое количество раствора.

**11.**Снять флакон вместе с иглой с подигольного конуса, надеть и закрепить на шприце иглу для инъекции не снимая с нее колпачок .

**12.**Подняв шприц иглой вверх, вы­пустить 1-2 капли раствора в колпачок иглы и положить шприц внутрь стерильного столика.

**13.**Обработать верхне-наружный квад­рат ягодицы 70% этиловым спиртом и держа шпиц под углом 900 в/м ввести антибиотик.

**14.**Извлечь иглу, обработать место инъекции шариком (оставленным в руке) и сбросить шарик и шприц в контейнер для утилизации.

**15.**Снять перчатки, сбросить их в контейнер, вымыть и осушить руки.

СБОР МОЧИ НА ОБЩИЙ АНАЛИЗ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА

**Алгоритм действия:**

1. Провести идентификацию пациента.

2. Объяснить маме цель и ход проведения процедуры, получить согласие.

3. Выписать направление в клиническую лабораторию.

4. Провести гигиеническую антисептическую обработку рук.

5. Надеть нестерильные одноразовые перчатки ,

6. Положить на постель пеленку.

7. Подмыть ребенка (девочку спереди назад) под проточной водой.

8.  Просушить половые органы полотенцем , промокательными движениям.

9.  Положить ребенка на спину, раздвинуть ножки и убедиться , что промежность сухая.

10. Открыть упаковку и развернуть **мочеприемник,** снять защитную пленку с клейкой поверхности.

11. У мальчиков опустить пенис и мошонку малыша в отверстие **мочеприемника**, плотно прижать клеевую часть к коже в области промежности и вокруг половых органов. При этом направление резервуара значения не имеет.

12. Для девочки приклеить **мочеприемник,** резервуаром вниз, начиная от точки между половыми губами и анальным отверстием и двигаясь вверх к лобковой зоне.

13. Липкую ленту наклеивать плотно, полностью захватывая зону выделения мочи, но с тем расчетом, чтобы не повредить нежную кожу ребенка.

14. Надев **мочеприемник,** подождать, пока ребенок помочится.

15. Когда материал для анализа будет собран, снова подмыть ребенка, обсушить кожу и наденьте подгузник.

16 Поместить мочеприемник в устойчивую емкость.

17 Снять перчатки, сбросить в КБУ.

18  Вымыть и осушить руки.

19 Организовать транспортирование полученного материала в лабораторию не позднее одного часа.

ПЕРЧАТКА

1. Усадить пациента лицом к себе, предплечье со стороны травмированной конечности уложить на столик, кисть свободно свисает.

2. Успокоить пациента, объяснить ход предстоящей манипуляции.

3. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта в – правую руку.

4. Приложить бинт к лучезапястному суставу.

5. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг лучезапястного сустава.

6. Вести бинт с лучезапястного сустава по тылу кисти к основанию бинтуемого пальца.

7. Завести бинт под палец, спиральными ходами опуститься к концу пальца и от конца возвратиться к основанию пальца.

8. Вести бинт от основания пальца (у основания пальца сделать крестообразный тур) через тыл кисти к лучезапястному суставу.

9. Вести бинт с лучезапястного сустава по тылу кисти на следующий палец. Повторить пункты 6, 7.

10. Закрепить повязку на лучезапястном суставе, разрезать конец бинта и завязать концы на узел.

# 30.05

ПОДГОТОВКА К ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ И АССИСТИРОВАНИЕ ПРИ ЕЕ ПРОВЕДЕНИИ

1 .Собрал набор инструментов и медикаментов для Проведения манипуляции

2 Доброжелательно и уважительно представился. Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, уточнил аллергологический анамнез, и получил информированное согласие.

3. Пригласил пациента в манипуляционный кабинет и усадил на стул в «позе наездника»

4. Провел гигиеническую обработку рук.

5. Надел стерильные перчатки

6. Подготовил инструменты и медикаменты для проведения обезболивания и пункции

7. Подготовил ампулы, набрал анестетик в шприц и сменил иглу.

8. Обработал большое, малое инъекционное поле и подал шприц врачу

9. После полного обезболивания обработал операционное поле для проведения пункции троекратно: спиртом, йодом и вновь спиртом.

10. Достал иглу ДЮФО и наложил зажим на трубку иглы, подал иглу с зажимом врачу.

11. Присоединил к канюле шприц Жане и по команде врача снимал и накладывал зажим

12. Плевральную жидкость вылил в стерильный контейнер с соблюдением мер предосторожности

13. Остальную плевральную жидкость вылил в емкость с дезраствором.

14. Одновременно с удалением иглы из плевральной полости наложил на место прокола окклюзионную повязку

15. Плевральную жидкость с направлением отправил в лабораторию.

16. Отходы собрал в пакет для отходов класса «Б»

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ВАННА (ДЛЯ ГРУДНОГО РЕБЕНКА)

1. Убедился в отсутствии противопоказаний и получил согласие родственников ребенка на процедуру Подготовил необходимое оснащение,

2. Поставил ванночку в устойчивое положение. Надел фартук. Провел гигиеническую обработку рук, одел перчатки

3. Обработал внутреннюю поверхность ванночки дезинфицирующим раствором, вымыл щеткой и сполоснул кипятком.

4. Протер пеленальный столик дезинфицирующим раствором и приготовил на нем пеленки

5. Положил на дно ванночки пеленку, сложенную в несколько слоев (края пеленки не должны заходить на боковые стенки ванночки), водный термометр. Наполнил ванну водой на ½ или 1/3 t воды 36-370С.

6. Набрал из ванны воду в кувшин для ополаскивания ребенка

7. Раздел ребенка при необходимости подмыл проточной водой

8. Взял ребенка на руки, медленно погрузил в воду (сначала ножки и ягодицы), вода доходит до уровня сосков ребенка. Продолжая левой поддерживать голову и верхнюю половину туловища ребенка, освободил руку и надел на на нее рукавичку.

9. Помыл ребенка в следующей последовательности: голова (от лба к затылку) – шея – туловище - конечности (особенно тщательно промыл естественные складки. Последними обмыл половые органы, межъягодичную область.

10. Снял рукавичку. Перевернул ребенка вниз лицом и приподнял его над водой. Ополоснул малыша водой из кувшина

11. Накинув полотенце, положил ребенка на пеленальный столик. Осушил кожные покровы промокательными движениями

12. Использованные пеленки, «рукавичку» поместил в мешок для грязного белья, слил воду из ванны.

13. Обработал внутреннюю поверхность ванны и рабочую поверхность пеленального стола, дезраствором

14. Снял фартук и поместил в контейнер для дезинфекции, снял перчатки и поместить в контейнер с отходами класса Б. Провел гигиеническую обработку рук.

РЕВИЗИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

1. Стерильный материал
2. Перчатки и маска
3. Лейкопластырь
4. Кожный антисептик
5. Стерильный и нестерильный лотки
6. Скальпель
7. Крючки Фарабефа
8. Ножницы
9. Кровоостанавливающий зажим
10. Пинцет
11. Иглодержатель
12. Брюшное зеркало
13. Кащечный жом
14. Зажим для сосудистой ножки
15. Игла

# 1.06

ЗАБОР КРОВИ СИСТЕМОЙ ВАКУУМНОГО ЗАБОРА КРОВИ Vacuette

1. Пригласил и проинформировать пациента, получил согласие на проведение процедуры.

2. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки.

3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.

4. Собрал систему вакуумного забора крови Vacuette.

5. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.

6. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.

7. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента, надел очки. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком.

8. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции (вкола).

9. Провел пунктирование вены. Вставил пробирку в держатель до упора. Ослабил жгут, как только кровь начала поступать в пробирку

10. Извлек пробирку после прекращения тока крови из держателя. Вынул держатель с иглой из вены, предварительно приложив к месту венепункции ватный шарик, или спиртовую салфетку. Пробирку поставил в штатив.

11. Вакутейнер сбросил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий, класса «Б», ватные шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б», пинцет и лоток погрузил в емкости для дезинфекции, обработал очки, жгут.

12. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.

КОРМЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ЧЕРЕЗ ЗОНД

**1.**Объяснить маме цель и ход прове­дения процедуры.

**2.**Подготовить оснащение.

**3.**Обработать руки гигиеническим способом, надеть косынку, маску и стерильные резиновые перчатки.

**4.**Уложить ребенка на бок с припод­нятым головным концом, зафиксиро­вать такое положение с помощью ва­лика.

**5.**Измерить глубину введения зонда - от мочки уха, до кончика носа, и от кончика носа, до мечевидного отрост­ка. Сделать метку.

**6.**Присоединить к зонду шприц и проверить его проходимость.

**7.**Удалить поршень из шприца, а катетер поместить между средним и указательным пальцами левой руки, слепым концом вверх.

**8.**Заполнить шприц на 1/3 грудном молоком и опуская слепой конец зон­да, заполнить молоком, до появления первой капли из слепого отверстия зонда.

**9.**Зажать катетер зажимом на расстоя­нии 5-8 см со стороны шприца.

**10.**Смочить конец катетера в молоке.

**11.**Вставить зонд в рот по средней ли­нии языка и ввести до метки. Не при­лагать усилий и следить нет ли одыш­ки, цианоза

**12.**Приподняв шприц, снять зажим и медленно ввести молоко в желудок.

**13.**Зажать катетер большим и указательным пальцем правой руки на рас­стоянии 2-3 см от ротовой полости и быстрым движением извлечь из же­лудка.

**14.**Положить ребенка на правый бок с приподнятым головным концом.

**15.**Снять перчатки, сбросить их в контейнер и вымыть руки. Ис­пользованный инструментарий помес­тить в дезраствор.

ПОВЯЗКА ЧЕПЕЦ

1. Взять отрезок бинта длиной 80 - 90 см. Расположить середину отрезка бинта на теменную область головы; концы бинта удерживает пациент или помощник.  
2. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта - в правую. Сделать закрепляющий тур вокруг лба и затылка.  
3. Провести бинт по лобной поверхности до завязки. Обогнуть ее в виде петли и вести бинт на затылок до противоположной стороны к другой завязке.  
4. Обернуть бинт снова вокруг завязки и вести по лобной части головы выше закрепляющего тура. Аналогично вести бинт по затылочной части головы.  
5. Повторить циркулярные ходы вокруг головы, прикрывая предыдущий ход на 1/2 или 2/3 до полного покрытия головы.  
6. Закрыть полностью повторными ходами бинта волосистую часть головы.  
7. Обернуть бинт вокруг одного из концов завязки и закрепить узлом.  
8. Завязать под подбородком отрезок бинта, концы которого удерживал пациент.

# 2.06.

АЛГОРИТМ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

• немедленно прекратить введение лекарственного вещества, при в/в введении-сохранить сосудистый доступ

• наложить жгут выше места введения

• вызвать врача через помошника

• на место введения наложить пузырь со льдом

• измерить АД на свободной руке и манжету не снимать для контроля АД в динамике

• обколоть место инъекции крестообразно рром адреналина 0,1%-0.5 п/к

• ввести в/в струйно 90-120 мг преднизолона на 10.0 физ. раствора

• по назначению врача ввести при бронхоспазме в/в эуфиллин 2.4%-10.0 на физ.растворе

• по назначению врача при отечном синдроме ввести в/в фуросемид

• По назначению врача при тахикардиикоргликон

• При отсутствии АД и дыхания до прихода врача- начать легочно-сердечную реанимацию После выведения пациента из шокагоспитализация и наблюдение не менее суток.

• Препарат, вызвавший анафилактический шок, исключается из применения пациентом пожизненно, в медицинской документации делаются соответствующие пометки

ОБРАБОТКА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ СТОМАТИТЕ

Объяснить маме/ребёнку цель и ход предстоящей процедуры, получить согласие.

Усадить ребёнка на колени матери, зафиксировать ему руки и голову.

Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.

А. Орошение. Набрать в стерильный резиновый баллончик (шприц без иглы) один из растворов (по назначению врача).

Шпателем открыть рот ребёнка.

Поднести баллончик ко рту ребёнка и направить струю жидкости к твёрдому нёбу. Мать при этом наклоняет голову ребёнка на один, затем на другой бок Раствор из ротовой полости должен стекать в подставленный лоток.

Б. Обработка марлевыми салфетками (бинтом). Один конец шпателя (лучше зажима), или предварительно обработанной палец, обмотать марлевой салфеткой или бинтом, (концы бинта зафиксировать в ладони) или ватная палочка.

Смочить салфетку раствором методом погружения в стакан.

Шпателем открыть рот ребёнку.

Смачивая слизистую оболочку раствором нежно снять с неё налёты (менять салфетки 2 – 3 раза).

При молочнице используют: 2% р-р соды; 20% раствор тетробората натрия в глицерине и др. по назначению врача. При стоматите используют: 2% р-р фурациллина, винилин, нистатин, флуконазол и др. по назначению врача.

Использованный материал собрать в лоток.

Снять перчатки, вымыть и осушить руки.\ Примечание: -для обезболивания перед едой рекомендуется обработать слизистую 0,5% (2%) раствором новокаина с взбитым яичным белком; 5% масляный раствор анестезина, гель «Камистад», «Холисал» и др. -эффективным современным средством для обработки рта при стоматите и молочнице являются «Гексорал», «Тантум-Верде», Клотримазол («Кандид» 1%). Способ их применения:новорожденным и грудным детям наносят препарат ватным тампоном на поражённые участки; детям старшего возраста проводят полоскание р-ром в течение 30 сек. Или обработку аэрозолем 10-15 сек.

ПОДАЧА КИСЛОРОДА ИЗ ПОДУШКИ.

1. Заполняют подушку кислородом из баллона при показаниях наружного манометра редуктора 2 - 3 атм.  
2. Накладывают зажим на трубку подушки, надевают воронку.  
3. Обрабатывают воронку 70% спиртом 2 раза с интервалом 15 мин.  
4. Оборачивают воронку влажной марлевой салфеткой.  
5. Подносят воронку подушки ко рту пациента на расстояние 4 - 5 см или прижимают к его рту.  
6. Пациенту советуют дышать спокойно, стараясь делать вдох через рот, а выдох через нос.  
7. При вдохе пациента открывают зажим на трубке кислородной подушки, а при выдохе закрывают, чтобы не было утечки кислорода во внешнюю среду.  
8. Продолжают давать кислород таким образом, пока давление газа в подушке больше атмосферного.  
9. По мере выхода кислорода из подушки зажим снимают совсем и осуществляют подачу кислорода, скатывая подушку валиком с угла, противоположного трубе, пока в ней есть кислород.

# 3.06

КОРМЛЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ЛОЖКОЙ

1. Уточнить у пациента любимые блюда и согласовать меню с лечащим врачом или диетологом.

2. Предупредить пациента за 15 мин о том, что предстоит приём пищи и получить его согласие.

3. Освободить место на тумбочке и протереть ее, или придвинуть прикроватный столик, протереть его.

4. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера.

5. Помочь пациенту вымыть руки и прикрыть его грудь салфеткой.

6. Вымыть руки.

7. Принести пищу и жидкость, Предназначенные дня еды и питья: горячие блюда должны быть горячими (600), холодные-холодными.

8. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу.

**Выполнение процедуры**:

9. Проверить температуру горячей пищи, капнув несколько капель себе на тыльную поверхность кисти.

10.Предпожить выпить (лучше через трубочку) несколько глотков жидкости.

11.Кормить медленно.

12. Называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту.

l3.Наполнить ложку на 2/3 твёрдой (мягкой) пищей.

14.Коснуться ложкой нижней тубы, чтобы пациент открыл рот.

15.Прикоснуться ложкой к языку и извлечь пустую ложку.

16.Дать время прожевать и проглотить пищу.

17.Предпагать питьё после нескольких ложек твердой (мягкой) пищи.

18. Вытирать (при необходимости) тубы салфеткой.

19.Предпожить пациенту прополоскать рот водой после еды.

**Окончание процедуры:**

20. Убрать после еды посуду и остатки пищи.

21.Вымыть руки.

ЛЕЧЕБНАЯ ВАННА

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Ознакомиться с листом назначений. |
| 2. | Идентифицировать пациента |
| 3. | Дать информацию о вмешательстве и возможных последствиях отказа от него. |
| 4. | При необходимости, уточнить готовность пациента к вмешательству( соблюдены ли условия). |
| 5. | Оформить согласие пациента на вмешательство. |
| 6. | Вымыть (обработать) руки на гигиеническом уровне. |
| 7. | 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. |
| 8. | На пеленальном столике разложить комплект белья. Поставить в устойчивое положение ванночку (обработанную дез. раствором или вымытую с детским мылом). Облить ванночку кипятком. |
| 9. | 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. |
| 10. | Вымыть руки, надеть перчатки. |
| 11. | Раздеть ребенка. После дефекации подмыть проточной водой. Грязное белье сбросить в бак для использованного материала. |
| 12. | 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. |
| 13. | В течение проведения ванны обливать ребенка водой из ванны. |
| 14. | Умыть его, зачерпнув рукой воду из кувшина. Ополоснуть ребенка водой из кувшина, приподняв его над водой. |
| 15. | 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. |
| 16. | Утилизация использованного материала. 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». |
| 17. | Вымыть (обработать) руки на гигиеническом уровне. |
| 18. | Зарегистрировать вмешательства в медицинской документации. Дать информацию родителям о проведенной манипуляции. |

УЗДЕЧКО

1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.

2. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта – в правую.

3. Сделать закрепляющий тур бинта циркулярным типом через лобную и затылочную область головы.

4. Продолжать вести через затылок на подбородок и далее через затылочную область закрепляющий тур вокруг головы.

5. Опустить бинт на затылок, затем вести бинт вокруг подбородка, щек, лобной части головы и далее – через затылок закрепляющий тур вокруг головы.

6. Повторить туры бинта, идущие на подбородок и вокруг лица.

7. Закончить бинтование закрепляющими турами вокруг головы.

8. Зафиксировать конец бинта на лобной части головы раневой поверхности.

# 4.06

КАЛ НА СКРЫТУЮ КРОВЬ

Подготовка пациента:

- на 3 дня назначается диета, исключающая железосодержащие продукты (мясо, рыбу, помидоры, яйца, все зеленые овощи, печень, икру, гречневую кашу);

- одновременно отменяются препараты железа, висмута;

- тщательный туалет половых органов.

Последовательность выполнения:

1. Подготовить посуду и оформить направление.

2. Проинструктировать пациента в отношении диеты.

3. Испражнения собрать в горшок или судно.

4. Шпателем взять 10-20г кала из разных мест, поместить во флакон.

5. Доставить материал в клиническую лабораторию.

6. Подклеить результаты в историю болезни.

Примечание: при кровоточивости десен пациент не чистит чубы щеткой, только полощет рот раствором соды. Если пациент страдает носовым или геморроидальными кровотечениями, исследование не прово-дится.ЗАБОР МАТЕРИАЛА НА ЭНТЕРОБИОЗ / СОСКОБ МЕТОДОМ ЛИПКОЙ ЛЕНТЫ

1. Убедился в отсутствии противопоказаний и получил согласие родственников ребенка на процедуру и предложил раздеть ребенка

2. Поставил стеклографом номер на стекле, соответствующий номеру направления.

3. Подготовил липкую ленту.

4. Провел гигиеническую обработку рук.

5. Надел медицинские перчатки.

6. Обеспечил правильное положение пациента.

7. Приклеил ленту к перианальным складкам липкой стороной.

8. Отклеил ленту от кожи.

9. Приклеил ленту липкой стороной с исследуемым материалом к чистому сухому предметному стеклу.

10. Поместил предметное стекло в чистый одноразовый пакет.

11. Снял перчатки и погрузил их в контейнер с маркировкой «Отходы. Класс Б».

12. Провел гигиеническую обработку рук.

ПРОВОДИТЬ ПРЕМЕДИКАЦИЮ В РАМКАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ.

**Выполнение манипуляции:**

1. Объяснить пациенту цель премедикации

2. Накануне операции по назначению врача на ночь вводятся снотворные и десенсибилизирующие средства

3. В день операции за 30 мин до операции предупредить пациента, чтобы он опорожнил мочевой пузырь

4. После чего по назначению врача вводятся в/м сибазон (реланиум), в зависимости от клинической ситуации перечень вводимых медикаментов может быть расширен с учетом показаний и принципов деления премедикации на лечебную и профилактическую.

5. Предварительно предупредить пациента, что после премедикации он не должен вставать. По указанию анестезиолога атропин может вводится на операционном столе в/в перед вводным наркозом.

6. По назначению врача препараты могут вводится в/в за 10 минут до операции

7. После введения средств для премедикации контролировать состояние пациента, через 30 мин. На каталке доставить его в операционную.

**Завершение манипуляции**

3. Подвергнуть изделия медицинского назначения однократного и многократного использования обработке в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации.

4. Провести дезинфекцию и утилизацию медицинских отходов в соответствии с Сан.ПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений»

5. Снять перчатки и поместить их в накопительную емкость с дезинфицирующим раствором.

# 5.06

АЛГОРИТМ УТРЕННЕГО ТУАЛЕТА ПАЦИЕНТА

**I.Подготовка к процедуре:**

1. Объяснить ход предстоящей процедуры и получить согласие пациента на нее.

2. Подготовить необходимое оснащение, налить в таз теплую воду.

3. Вымыть и осушить руки.

4. Покрыть грудь пациента клеенкой с пеленкой.

5. Взять рукавички или полотенце.

**II.Выполнение процедуры:**

6. Смочить рукавички или полотенце в воде, отжать излишки воды.

7. Протереть влажной рукавичкой или полотенцем: лоб, щеки, нос, подбородок, ушные раковины, шею.

8. Легкими промокательными движениями осушить кожу лица пациента: полотенцем в той же последовательности См п. 7)

9. На край кровати постелить клеенку и пеленку и поставить емкость с водой, добавить мыло.

10. Опустить кисть в емкость.

11. Вымыть и ополоснуть кисть.

12. Убрать емкость, кисть положить на пеленку с клеенкой и осушить полотенцем. Убрать под одеяло. Вымыть и другую руку пациента. Помочь пациенту принять удобное положение

**III.Окончание процедуры:**

13. Использованные предметы ухода погрузить в раствор дезинфектанта.

14. Вымыть и осушить руки

АНТРОПОМЕТРИЯ

Измерение массы тела:

- чашу весов протереть 0,5 % раствором хлорамина;

- постелить чистую пеленку,

- отрегулировать весы,

- закрыть затвор,

- посадить (положить) ребенка,

- открыть затвор,

- передвигать гири на планке пока он не станет вровень с контрольным пунктом,

- закрыть затвор,

- по шкале определить массу,

- снять ребенка

Измерение роста:

-горизонтальный ростомер установить шкалой к себе,

- протереть 0,5 % раствором хлорамина,

- покрыть чистой пеленкой,

- уложить ребенка головой к неподвижной планке;

- нажать на колени, выпрямить ножки,

- подвижную планку подвинуть к ножкам, по шкале определить рост.

Измерение окружности головы:

- сантиметровую ленту помыть;

- протереть 0,5 % раствором хлорамина;

- спереди ленту положить на уровне надбровных дуг;

- сзади через затылочный бугор;

- определить по ленте величину.

Измерение окружности груди:

- сантиметровую ленту помыть;

- протереть 0,5 % раствором хлорамина;

- раздеть ребенка до пояса;

- спереди ленту положить на уровне сосков;

- сзади на уровне нижних углов лопаток;

- опустить руки ребенка;

- определить по ленте величину.

**Окончание манипуляции.**

3.1. Данные записать в историю развития ребёнка

3.2. Вымыть руки

КОЛОСОВИДНУЮ НА ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ.

1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.

2. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта — в правую.

3. Опустить конечность вдоль туловища.

4. Приложить бинт к верхней трети плеча (правая рука бинтуется слева направо, левая — справа налево).

5. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг верхней трети плеча.

6. Вести бинт с плеча на спину, в здоровую подмышечную впадину, на грудь и снова — на плечо.

7. Обвести бинт вокруг плеча, закрывая каждый предыдущий тур на 2/3 ширины бинта.

8. Повторять ходы бинта, поднимаясь с плеча к плечевому суставу, пока не закроется вся раневая поверхность.

9. Зафиксировать повязку.

# 6.06

КАЛ НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

Цель: подтверждение глистной инвазии.

Оснащение:

- чистый сухой флакон с пробкой и полоской лейкопластыря;

- лучина или шпатель;

- судно;

- перчатки;

- емкость с дезраствором;

- направление.

Последовательность выполнения:

1. Подготовить посуду и направление:

2. Попросите пациента опорожнить кишечник в судно;

3. Наденьте перчатки и шпателем возьмите кал из трех разных мест и поме-стите его во флакон, закройте его пробкой и заклеите полоской лейкопла-стыря;

4. Снимите перчатки и поместите их и шпатель в емкость с дезраствором:

5. Вымойте руки, обработайте антисептиком:

6. Отправьте материал вместе с направлением в клиническую лабораторию.

Примечание: исследование повторяют не менее трех раз.

КОНТРОЛЬНОЕ ВЗВЕШИВАНИЕ

Подготовка к процедуре:

1. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

2. Обработать весы дез. раствором.

3. Отрегулировать весы.

Выполнение процедуры:

4. Завернутого ребенка взвесить.

5. Провести кормление в течение 15-20 минут.

6. Взвесить ребенка после кормления.

Окончание процедуры:

7. Определить разницу в массе до и после кормления, которая будет соответствовать количеству высосанного молока.

8. Повторно обработать весы дез. раствором.

9. Обработать руки гигиеническим способом, осушить их.

10. Сделать запись о манипуляции в медицинской документации.

ПРИМЕЧАНИЕ: проводить контрольное взвешивание в спокойной, доброжелательной обстановке, в часы, соответствующие режиму кормления данного ребенка. Желательно провести данную процедуру не менее 3-х раз в разное время дня.

ВОСЬМИОБРАЗНУЮ ПОВЯЗКУ НА ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ

1. Усадить пациента, успокоить, объяснить ход пред­стоящей манипуляции. Положить на рану стерильную салфетку.

2. Уложить ногу на специальную подставку (или стул), стопа должна свисать.

3. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта - в правую, бинтовать слева направо.

4. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг нижней трети голени.

5. Вести бинт по тыльной поверх­ности голеностопного сустава, вокруг стопы, вернуться на тыльную поверхность стопы.

6. Сделать перекрест и далее на голень для закрепляющего тура (при бинтовании носок стопы должен быть натянут к голени).

**Примечание.**Если пациент не может сам натянуть но­сок стопы к себе, ему помогает медицинский работник при наложении бинтовой повязки.

7. Повторить, чередуя ходы бинта до полной фикса­ции сустава.

8. Закрепить повязку двумя закрепляющими турами вокруг голени.

# 08.06

ИЗМЕРЕНИЕ АД

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

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.

ДВЕНАДЦАТЬ ПРАВИЛ НАЛОЖЕНИЯ БИНТОВЫХ ПОВЯЗОК:

1. Больного следует усадить или уложить в удобном положении таким образом, чтобы бинтуемая область была неподвижна и доступна бинтованию.

2. Оказывающий помощь должен стоять лицом к больному, чтобы иметь возможность вести наблюдение за ним.

3. Бинтование всегда производят от периферии к центру (снизу вверх).

4. Битование произвооятотратншею против хода часовой стрелки (за исключением наложения повязок Дезо, колосовидной, на молочную железу).

5. Бинтование начинают с закрепляющего хода бинта.

6. Каждый последующий оборот бинта должен прикрывать предыдущий оборотом на половину или на две трети.

7. Головку бинта следует перемещать по бинтуемой поверхности,  
не отрывая от нее.

8. Бинтование следует производить обеими руками (одной рукой  
раскатывать головку бинта, и другой - расправлять ходы его).

9. Бинт следует равномерно натягивать, чтобы его ходы не смещались и не отставали от бинтуемой поверхности.

10. Бинтуемой области тела должно быть придано такое положе  
ние, в каком она будет находиться после наложения повязки.

11. При наложении повязки на части тела, имеющие форму конуса (бедро, голень, предплечье), для лучшего облегания повязки необходимо через каждые 1-2 оборота бинта делать его перекрут.

12. В конце наложения повязки бинт закрепляется.

**ОТЧЕТ ПО ПРЕДДИПЛОМНОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринский уход в терапии**

Ф.И.О. обучающегося Маренина Валентина Олеговна

Группы 409 специальности сестринское дело

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

За время прохождения практики мною выполнены следующие виды работ:

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

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в педиатрии**

Ф.И.О. обучающегося Маренина Валентина Олеговна

Группы 409 специальности Сестринское дело

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

За время прохождения практики мною выполнены следующие объемы работ:

**1. Цифровой отчет**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Перечень практических умений и навыков  по дисциплине «Сестринский уход при хирургических заболеваниях». | |
| 1. Проводить премедикацию в рамках профессиональной компетентности. | Освоено |
| 2. Подавать увлажненный кислород пациентам. | Освоено |
| 3. Транспортировать и укладывать пациента на операционный стол. | Освоено |
| 4. Осуществлять наблюдение и уход за дренажами, стомами. | Освоено |
| 5. Обрабатывать кожу операционного поля. | Освоено |
| 6. Обработать ожоговую поверхность. | Освоено |
| 7. Проводить профилактику пролежней. | Освоено |
| 8. Выполнять все виды инъекций. | Освоено |
| 9. Выписывать, правильно хранить и учитывать наркотические и сильнодействующие лекарственные препараты. | Освоено |
| 10. Обработать гнойную рану, гнойник. | Освоено |
| 11. Надевать стерильную операционную одежду. | Освоено |
| 12. Готовить перевязочный, шовный материал, операционное белье к стерилизации. | Освоено |
| 13. Закладывать биксы и готовить их к стерилизации. | Освоено |
| 14. Осуществлять обработку и стерилизацию инструментария и резиновых изделий. | Освоено |
| 15. Готовить все необходимое и накрывать стерильный стол операционной, перевязочной сестры. | Освоено |
| Составить набор инструментов для: | Освоено |
| а). Первичной хирургической обработки ран. | Освоено |
| б). Скелетного вытяжения | Освоено |
| в). Ревизии брюшной полости. | Освоено |
| г). Трахеостомии. | Освоено |
| д). Спинномозговой пункции. | Освоено |
| Накладывать и снимать повязки: | Освоено |
| а). Бинтовые | Освоено |
| б). Гипсовые. | Освоено |
| в). Пластырные. | Освоено |
| г). Клеоловые. | Освоено |
| д). Герметизирующую (акклюзионную). | Освоено |
| е). Косыночные. | Освоено |
| ж). Чепец. | Освоено |
| з). Уздечку. | Освоено |
| и). На один глаз, на оба глаза. | Освоено |
| к). Колосовидную на плечевой сустав. | Освоено |
| л). Черепашью (на локоть, колено). | Освоено |
| м). Перчатку. | Освоено |
| н). Восьмиобразную на голеностопный сустав. | Освоено |
| о). На культю. | Освоено |
| п). Дезо. | Освоено |
| Накладывать транспортные шины. | Освоено |
| 16. Готовить и накладывать гипсовые лангеты, повязки, шины Крамера. | Освоено |
| 17. Осуществлять наложение бандажа, суспензория. | Освоено |
| 18. Взятие крови для определения группы крови, резус фактора. | Освоено |
| 19. Накрыть столик сестры анестезистки. | Освоено |
| 20. Накладывать кровоостанавливающий жгут на плечо, бедро. | Освоено |
| 21. Обработать подключичный катетер. | Освоено |
| 22. Снимать швы с раны (под контролем врача). | Освоено |
| 23. По окончании практики проводится аттестация в форме защиты выполнения манипуляций. | Освоено |

**2. Текстовой отчет**

При прохождении производственной практики мною самостоятельно были проведены: пеленание, разведение антибиотиков, гигиеническая ванна

Я хорошо овладел(ла) умениями : Мытье рук, введение капель в глаза, уши\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особенно понравилось при прохождении практики: подсчет пульса, артериального давления, антропометрия, постановка очистительной клизмы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

подпись (расшифровк

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

подпись (расшифровка

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

подпись

(расшифровкаМ.П.организации

**Задача**

В поликлинику на прием обратился пациент 60 лет по поводу обострения хронического бронхита. Предъявляет жалобы на кашель с отделением вязкой слизисто-гнойной мокроты. Пользуется карманной плевательницей. Пациента беспокоит неприятный запах мокроты, от которого он безуспешно старается избавиться с помощью ароматизированной жевательной резинки. Из-за кашля, усиливающегося в ночные и особенно предутренние часы, плохо спит, поэтому на ночь самостоятельно решил принимать препараты, подавляющие кашель (либексин). С техникой эффективного откашливания не знаком. Для улучшения отхождения мокроты выкуривает натощак сигарету.

Частота дыхания 24 в минуту, пульс 84 в минуту удовлетворительного наполнения, АД 130/80 мм рт. ст.

***Задания***

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

2. 2. Обучите пациента методике постурального дренажа.

3. 3. Продемонстрируйте на муляже технику постановки горчичников.

Проблемы пациента  
*Настоящие:*  
- пациент не понимает необходимости и не умеет правильно откашливать мокроту.  
- плохо спит.  
*Приоритетная проблема:*пациент не умеет правильно откашливать мокроту и не понимает, что это необходимо.  
*Цель:* пациент будет правильно и регулярно откашливать мокроту в течение всего времени заболевания.

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. М/с рекомендует прием обильного щелочного питья. | Для разжижения мокроты |
| 2. М/с побеседует с родственниками об обеспечении усиленного питания пациента | Для компенсации потерь белка и укрепления организма |
| 3. М/с обеспечит пациенту позиционный дренаж по 20 мин. в день | Для лучшего отхождения мокроты |
| 4. М/с обучит пациента технике эффективного кашля и будет контролировать в дальнейшем ее применение | Для стимуляции кашля и улучшения дренажа бронхов |
| 5. М/с будет проводить массаж грудной клетки ежедневно по 10 минут в течение недели | Для улучшения кровообращения в легких и стимуляции оттока мокроты |
| 6 М/с будет осуществлять контроль за цветом и количеством мокроты | Для [контроля за динамикой кашля](https://topuch.ru/testi-bazisnogo-kontrolya/index.html) |
| 7. М/с будет проводить беседы с пациентом о способах профилактики застоя мокроты, а также о вреде курения и самолечения на фоне продуктивного кашля | Для обеспечения информированного согласия пациента |

*Оценка эффективности:* пациент отметил улучшение отхождения мокроты к концу недели и демонстрирует знания о методах профилактики застоя мокроты. Цель достигнута.

Постуральный дренаж

1. Пациента помещают на кушетку. Положение: лежа на боку на той стороне, где легкие здоровы. Это необходимо, чтобы вся жидкость из пораженных бронхов смогла переместиться в нижние отделы легких и попасть в дыхательные каналы.
2. Дренажные положения для отхождения мокроты захватывают и положение нижних конечностей. Ноги должны быть приподняты на 20 см от кушетки. Для этого под них можно поместить одеяло или валик. Такое положение позволит жидкости переместиться из нижних отделов легких в центральные, что значительно облегчит и ускорит процесс отделения мокроты.
3. Создание дренажных положений продолжается: больному необходимо прижать ноги к торакальному участку туловища (груди), при этом наклонив тело немного вперед. Свободную верхняя конечность пациента поднимает вверх, далее перемещает ее вперед.
4. Такое дренажное положение больной удерживает в течение получаса.

Процедура завершается процессом отхаркивания мокроты больным. В это время врач совершает массажные манипуляции со спиной и грудью пациента, чтобы улучшить отхождение слизи.

ПОСТАНОВКА ГОРЧИЧНИКОВ

Цель: расширение кровеносных сосудов, болеутоляющий, отвлекающий эффект, ускоряется рассасывание некоторых воспалительных процессов.

Показания:

- острые воспалительные процессы органов дыхания:

пневмония, бронхиты, плевриты.

- заболевания мышц; нервной системы (невралгии, невриты; остеохондроз);

- гипертонический криз; при болях в сердце.

Противопоказания:

- кровотечение;

- заболевания кожи;

- опухоли различной этиологии;

- аллергические реакции на эфирные масла;

- нарушение целостности кожных покровов:

- гипертермия; лихорадка.

- туберкулез

Оснащение:

- горчичники;

- лоток с водой температурой 40-45 °С;

- лоток для отработанного материала;

- индивидуальное полотенце;

- салфетки;

- водный термометр.

Последовательность выполнения

1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры и получить его согласие.

2. Вымыть руки.

3. Проверить пригодность горчичников: горчица не должна осыпаться с бума-ги и иметь специфический запах.

4. Налить в лоток горячую (40-45 °С) воду.

5. Опустить изголовье кровати.

6. Помочь пациенту лечь на живот и попросить его обхватить руками подуш-ку, голову повернуть в сторону.

7. Погрузить горчичник в горячую воду на 5 секунд каждый, стряхнуть и плотно прижать к коже стороной, покрытой горчицей.

8. Накрыть полотенцем, затем одеялом.

9. Снять горчичники через 10 - 15 минут и положить в лоток для использо-ванных материалов.

10. Смочить салфетку в теплой воде и снять с кожи остатки горчицы.

11. Вытереть кожу насухо.

12. Помочь пациенту надеть нижнее белье, укрыть одеялом на 20-30 минут.

13. Вымыть руки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10 К ДИФФ,ЗАЧЕТУ ПО ПЕДИАТРИИ

Посещение медсестрой ребенка 3-х месяцев. Ребенок с 1.5 мес. находится на искусственном вскармливании, страдает запорами. Два дня не было стула. Ребенок беспокоен, кричит, ножки прижаты к животу, сучит ножками. Кожные покровы чистые, живот умеренно вздут, газы не отходят. Температура 36.7 гр. С., пульс 132 уд/мин, ЧДД 44 в мин.

ЗАДАНИЕ:

1. Определите проблемы пациента, сфирмулируйте цели, составьте план сестринского ухода с мотивацией.

2.Проведите беседу с мамой о рациональном вскармливании

3.Очистительная клизма грудному ребенку (напишите чек-лист)

1. Нарушены потребности: есть, пить, выделять, спать, отдыхать, быть здоровым.

Проблемы пациента:

*настоящие:*

- нарушения опорожнения кишечника (запор),

- нарушения питания, беспокойство.

*потенциальные:*

- риск жизнедеятельности, связанный с нарушением опорожнения кишечника,

- риск возникновения осложнений.

2. Приоритетная проблема – нарушение опорожнения кишечника (запор).

Краткосрочная цель: у пациента будет стул не реже 1 раза в день (время индивидуальное).

Долгосрочная цель: родственники продемонстрируют знания о способах борьбы с запорами.

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| Медицинская сестра: |  |
| 1. обеспечит кисло-молочно-растительную диету (творог, кефир, овощной отвар, фруктовые соки и пюре);  2. обеспечит достаточный приём жидкости (кисломолочные продукты, соки) в зависимости от аппетита;  3. попытается выработать у пациента условный рефлекс на дефекацию в определённое время суток (например, утром после приёма пищи);  4. обеспечит массаж, гимнастику, воздушные ванны;  5. обеспечит постановку очистительной клизмы, газоотводной трубки, по назначению врача;  6. будет регистрировать ежедневно кратность стула в медицинской документации;  7.обучит родственников особенностям питания при запорах;  8. рекомендует расширение режима двигательной активности. | 1. Для нормализации моторики кишечника. 2. Для нормализации моторики кишечника.  3. Для регулярного опорожнения кишечника.  4. Для улучшения общего состояния пациента.  5. Для опорожнения кишечника.  6. Для наблюдения за опорожнением кишечника.  7. Для профилактики запоров.  8. Для нормализации моторики кишечника. |

Оценка: у пациента стул нормализуется (1 раз в день). Цель будет достигнута.

Схема введения прикорма детям первого года жизни

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

1.

ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА

1.Объяснить матери  цель и ход проведения процедуры, получить согласие.

2.Провести гигиеническую антисептическую обработку рук.

3. Надеть нестерильные перчатки, очки, фартук.

4. Постелить клеенку, накрыть пеленкой.

5. Набрать в резиновый баллон воду 20-22 С ( комнатной температуры):

– новорожденному-25-30 мл;

– детям грудного возраста- 50-250 мл;

- детям 1-3 года- 150-250 мл,

6. Смазать наконечник вазелиновым маслом методом полива.

7. Уложить ребенка до 6 мес. на спину , поднять обе ноги вверх, после 6 мес. Повернуть на левый бок , ноги согнуть в коленях.

8. 1 и 2 пальцами левой руки раздвинуть ягодицы и зафиксировать в данном положении.

9.Расположить резиновый баллончик наконечником вверх, нажать на него снизу большим пальцем правой руки.

10. Не разжимая баллончик , ввести наконечник осторожно без усилий в анальное отверстие и продвинуть его в прямую кишку сначала к направлению к пупку, затем параллельно копчику.

11.Медленно нажимая на баллончик снизу ввести воду и не разжимая его извлечь наконечник из прямой кишки.

12. Левой рукой сжать ягодицы ребенка на 3-5 мин.

13. Уложить ребенка на спину, прикрыв промежность пеленкой до появления стула или позывов на дефекацию.

14. Подмыть ребенка после акта дефекации, подсушить, обработать складки стерильным растительным маслом.

15. Использованные предметы сложить в емкость с дезинфицирующим раствором.

16.Снять перчатки, поместить в КБУ.

17. Вымыть и осушить руки.

ХИРУРГИЯ.

Задача № 5. В проктологическое отделение поступил пациент с жалобами на боли в области заднего прохода, усиливающиеся при дефекации, запоры, стул в виде «ленты», на каловых массах алая кровь. При локальном осмотре определяется дефект слизистой оболочки заднего прохода в виде неглубокой трещины на 6 часах. Края трещины мягкие, кожа вокруг с небольшим отеком, гиперемирована. Задания.

1.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели сестринского вмешательства

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

3. Дайте рекомендации пациенту по профилактике трещин заднего прохода.

4.Объясните пациенту режим питания для данного заболевания.

5. Наложите Т-образную повязку на промежность.

Ответ:

*1.Проблемы пациента.*

Настоящие проблемы:

· Боль в области заднего прохода, усиливающаяся при дефекации;

· Кровотечение из прямой кишки;

· Нарушение акта дефекации. Приоритетная проблема:

· Боль в области заднего прохода, усиливающаяся при дефекации. Потенциальная проблема:

· Риск инфицирования трещины заднего прохода;

· Риск возникновения анемии. Краткосрочная цель:

· У пациента уменьшится боль в области заднего прохода. Долгосрочная цель:

· Боль в области заднего прохода уменьшилась, стул нормализовался.

*2.План сестринских вмешательств.*

План Мотивация

1.М/с. обеспечит физический и

психический покой, пригласит врача

и информирует его о жалобах

больного. Для обеспечения психоэмоционального воздействия на пациента и снятие тревоги и получения назначений

2. М/с. провести беседу с пациентом

о принципах лечения заболевания,

предполагаемом исходе лечения. С целью, пополнить знания о заболевании, ознакомить с планом лечения.

3.М/с. обеспечит пациенту диету с

достаточным количеством клетчатки

и продуктов, обладающих

послабляющим действием. Для нормализации стула.

4. М/с. обеспечит гигиенический

туалет в области заднего прохода

после каждого акта дефекации и при

перевязках. Для профилактики инфицирования трещины.

5.М/с. обеспечит наложение

асептической повязки с

лекарственными препаратами. Для уменьшения травматизации трещины и дополнительного инфицирования.

6. М/с. сделает пациенту очистительную или масляную клизму по назначению врача. Для облегчения акта дефекации.

7.М/с. обеспечит наблюдение за

повязкой, соблюдением диеты

пациентом, стулом. Контроль состояния пациента и эффективности лечения.

1. 8.М/с. обеспечит контроль за

температурой тела, пульсом, АД,

общим состоянием пациента. Для объективной оценки состояния больного и профилактики возможных осложнений.

*3. Дайте рекомендации пациенту по профилактике трещин заднего прохода.*

Причинами возникновения трещин заднего прохода являются запоры, механические травмы, геморрой, физическое напряжение, инфекционные заболевания, ректальные инструментальные исследования. Профилактика трещин заднего прохода:

1.Соблюдать диету, способствующую нормализации стула.

2.Исключить прием острой пищи, алкоголя;

3.Добиться ежедневного регулярного стула;

4.После каждого акта дефекации и на ночь – гигиенический туалет заднего прохода (подмывание, восходящий душ);

5.Носить хлопчатобумажные трусы, ежедневно менять их.

*4.Объясните пациенту режим питания для данного заболевания*.

Трещина заднего прохода является весьма неприятной и деликатной проблемой, которая требует своевременного лечения, соблюдения правил в питании, а также определенной диеты.

Питание во время трещины прямой кишки должно быть сбалансированным и полноценным, которое позволит урегулировать и наладить ваш стул. Необходимо включить в ежедневный рацион питания фрукты и овощи – клетчатка, которая содержится в них, улучшает перистальтику в кишечнике, что будет способствовать формированию и увеличению каловых масс. Нужно учесть во внимание тот факт, что соленная и острая пища не только раздражает кишечник человека, но также при трещине заднего прохода вызывает боль и неприятные ощущения, кроме этого, травмирует стенки в анальном канале. Нужно полностью исключить употребление пряностей, копченостей, алкогольных напитков, острых и соленых продуктов, полуфабрикатов и фастфуда — эти продукты являются запрещенными, они имеют раздражающее действие, способствуют усилению трещин, зуда, тем самым вызывая кровоточивость. Нужно всегда помнить о том,

что пища, которая поступает в организм человека, не должна создавать проблемы в пищеварении, а наоборот стимулировать и регулировать работу желудочно-кишечного тракта. Для укрепления стенок анального канала рекомендуется натощак пить отвар из шиповника, он является отличным укрепляющий средством, повышает иммунитет.

Диета при трещине прямой кишки полностью исключает продукты, которые провоцируют появление запоров. К таким продуктам можно отнести тяжелую белковую пищу – жирные сорта рыбы и мяса, яйца, творог и т.д. Также на некоторое время следует исключить употребление крепкого мясного бульона, те экстрактивные вещества, что в нем содержаться вызывают болезненные и неприятные ощущения при дефекации. Отличной альтернативой станет суп из овощей или овощное рагу.

5. НАЛОЖЕНИЕ Т - ОБРАЗНОЙ ПОВЯЗКИ НА ПРОМЕЖНОСТЬ

Цели: наложить Т-образную повязку на промежность.

Показания: заболевания травмы промежности.

Противопоказаний: нет.

Осложнение: нарушение кровообращения тугой повязкой.

Оснащение: кожный антисептик, маска, перчатки, лечебные растворы, стерильный материал, пинцеты, бинты.

№ Последовательность действий (этапы) Обоснование

1. Убедитесь в наличии раны или ушиба. Определение показаний к манипуляции

2. Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте пациента. Психологическая подготовка пострадавшего

3. Уложите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. Возможность контроля за состоянием пострадавшего

4. Обработать кожу вокруг раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положить на травмированное место (рану) стерильную салфетку. Профилактика инфицирования.

5. Из бинта или ткани изготавливают поясок и фиксируют вокруг талии пострадавшего или делают (2-3 тура бинта)вокруг талии. Последовательное исполнение манипуляции, гарантирует хорошую фиксацию.

6. К пояску по середине привязывают начало бинта, проводят его через промежность и закрепляют его за поясок (среднюю часть) с противоположной стороны.

7. Делают петлю вокруг пояска, и операцию повторяют обратным путем до полного закрепления салфетки в области промежности. Качественно выполненная манипуляция способствует улучшению состояния пострадавшего.

8. Проверяем правильность, эффективность, эстетичность данной повязки Профилактика осложнений

