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) 408 группы

специальности 34.02.01 Сестринское дело

очной формы обучения

Франц

Надежды

Сергеевны

Преддипломная практика проходила в форме ЭО и ДОТ с 11.05.2020г по 08.06.2020г

Руководители практики:

Бодров Ю.И

Филенкова Н.Л

Овчинникова Т.В

Красноярск 2020

**Целью преддипломной практики является** проверка профессиональной готовности будущего специалиста к самостоятельной трудовой деятельности и сбор материалов для написания выпускной квалификационной работы.

**Задачи:**

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

**В результате проеддипломной практики обучающийся должен**:

**Приобрести практический опыт:**

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

**Освоить умения:**

* Обучать население принципам здорового образа жизни,
* Проводить и осуществлять оздоровительные и профилактические мероприятия;
* Консультировать пациента и его окружение по вопросам иммунопрофилактики;
* Консультировать по вопросам рационального и диетического питания;
* Организовывать мероприятия по проведению диспансеризации;
* Готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
* Осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях;
* Консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;

**Знать**:

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | Наименование разделов и тем практики | | Всего часов |
|  | Сестринское дело в терапии(работа в терапевтическом стационаре или и поликлинике) | | 50 |
|  | Сестринское дело в педиатрии (Работа в педиатрическом отделении или детской поликлинике) | | 50 |
|  | Сестринское дело в хирургии | | 36 |
| **Вид промежуточной аттестации** | | Дифференцированный зачет | 8 |
| **Итого** | | | **144** |

###### 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:**

* 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.
* Необходимо мыть руки до и после любого контакта с пациентом.
* Работать с кровью и жидкими выделениями всех пациентов только в перчатках.
* 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.
* 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).
* Рассматривать всё бельё, загрязнённое кровью или другими жидкими выделениями пациентов, как потенциально инфицированное.
* Рассматривать все образцы лабораторных анализов как потенциально инфицированные. Транспортировку биоматериала осуществлять в специальных контейнерах.
* Разборку, мойку и полоскание инструментов, лабораторной посуды и всего, соприкасавшегося с кровью или другими жидкими выделениями пациента проводить только после дезинфекции, в перчатках.
* В рабочих помещениях, где существует риск инфицирования, запрещено есть, пить, курить, наносить косметику и брать в руки контактные линзы.
* Пользоваться электроприборами и оборудованием разрешается только после дополнительного инструктажа по технике безопасности на рабочем месте, под руководством непосредственного руководителя практики и при условии полной исправности приборов. В случае обнаружения любых неисправностей необходимо срочно сообщить непосредственному руководителю практики, не предпринимая попыток устранить неисправность.
* Необходимо использовать индивидуальные средства защиты при работе с дезинфицирующими и моющими средствами (перчатки, халат, маска, респиратор при необходимости, очки).
* Соблюдать универсальные меры предосторожности при работе с бьющимися острыми и режущими предметами.
* Соблюдать правильную биомеханику тела для предотвращения травм опорно-двигательного аппарата при транспортировке пациентов и уходе за ними.

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

* Использованные перчатки подлежат дезинфекции перед утилизацией.
* Сменная рабочая одежда стирается отдельно от другого белья, при максимально допустимом температурном режиме, желательно кипячение.
* Сменная обувь обрабатывается дезинфицирующим средством, после окончания работы необходимо принять гигиенический душ.

**4. Требования безопасности в аварийной ситуации:**

* 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.
* 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 отделения.
* При попадании крови на кожу рук, немедленно вымыть руки дважды под тёплой проточной водой, затем обработать руки 70% раствором спирта.
* При попадании крови на слизистую оболочку глаз – немедленно промыть водой и обработать 1% раствором борной кислоты или 0,05% раствором перманганата калия.
* При попадании крови на слизистую оболочку носа – не заглатывая воду, промыть нос проточной водой, затем закапать 1% раствор протаргола.
* При попадании крови на одежду место загрязнения немедленно обработать раствором дезинфектанта, затем снять загрязненную одежду погрузить её в дезинфицирующий раствор. Кожу рук и других участков тела под загрязненной одеждой обработать спиртом. Обувь обрабатывается путём двукратного протирания ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе.
* При загрязнении кровью или другими биологическими жидкостями поверхностей необходимо обработать их раствором дезинфектанта.
* При попадании дезинфицирующих и моющих средств на кожу или слизистые немедленно промыть их водой. При попадании в дыхательные пути прополоскать рот и носоглотку водой и выйти на свежий воздух.

**5. Требования безопасности при пожаре и аварийной ситуации:**

* Немедленно прекратить работу, насколько это позволяет безопасность пациента.
* Сообщить о случившемся администрации отделения или дежурному персоналу.
* В кратчайшие сроки покинуть здание.

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

Печать ЛПУ

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 11.05.2020 | **Хирургия. измерение артериального давления**   1. Усадить или уложить пациента в зависимости от его состояния 2. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца 3. Подложить валик или кулак под локоть пациента 4. Наложить манжету тонометра на плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба (между манжеткой и рукой пациента должен свободно проходить палец) 5. Найти пальпаторно на локтевой аптерии пульсацию, приложить фонендоскоп 6. Соединить манжету с тонометром 7. Нагнетать постепенно воздух баллоном до исчезновения пульсации +20-30 мм ртутного столба сверх того 8. С помощью вентиля баллона снижать постепенно движение в манжетке, приоткрыв вентиль большим и указательным пальцами правой руки против часовой стрелки 9. Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона - это систолическое давление 10. Отметить по шкале на тонометре прекращение последнего громкого тона, при постепенном снижении давления - это диастолическое давление. 11. Записать данные в лист динамического наблюдения.   **Педиатрия. Техника подачи увлажнённого кислорода**   1. Подготовить к работе аппарат Боброва: налить в чистую стеклянную ёмкость нужный раствор на 2/3 объёма (высота столба жидкости 10 – 15 см), температура 30 – 40. Обеспечить герметичность соединений при помощи винта на пробке. 2. Проинформировать ребёнка/родственников, получить согласие 3. Вымыть руки, надеть перчатки 4. При необходимости очистить носовые ходы ребёнка 5. Присоединить носовые канюли к соединительным трубкам аппарата Боброва 6. Ввести носовые канюли и зафиксировать их 7. Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи кислорода (на кислородную подушку положить груз для создания давления подачи кислорода) 8. Закрыть вентиль источника кислорода по истечению срока времени подачи 9. Удалить канюли из полости носа 10. Отправить канюли на дезинфекцию. 11. Вымыть и осушить руки |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11.05. 2020 | **Терапия. Техника сбора мочи по Нечипоренко**   1. Объяснить пациенту цель, ход предстоящей манипуляции, получить добровольное согласие пациента на выполнение манипуляции;   2. Обучить пациента технике туалета промежности;  3. Предупредить пациентку, что во время кровянистых выделений влагалище необходимо закрыть тампоном;  4. Обучить пациента технике сбора мочи на исследование:   * После туалета промежности, выделить первую струю мочи в унитаз на счет «1», «2» и задержать мочеиспускание; * Выделить мочу в емкость в количестве не менее 10 мл.и задержать мочеиспускание; * Завершить мочеиспускание в унитаз; * Закрыть емкость крышкой;  1. Убедиться, что пациент понял полученную информацию, отдать пациенту емкость для сбора мочи; 2. После сбора мочи, обработать руки на гигиеническом уровне надеть перчатки; 3. Поместить емкость с мочой в контейнер для транспортировки биологической жидкости, доставить вместе с заполненным направлением на диагностическое исследование в лабораторию; 4. Снять перчатки, маску, обработать руки на гигиеническом уровне; 5. Инфекционная безопасность:  * замочить перчатки в 3% р-р хлорамина-60 мин. * замочить маску в 3% р-р хлорамина - 120 мин; * замочить лоток для отраб. материала в 3% р-р хлорамина – 60 мин;  1. Обработать руки на гигиеническом уровне.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Измерение артериального давления, числа сердечных сокращений, пульса и анализ состояния пациента. | | озн | | Подача кислорода через маску и носовой катетер | | озн | | Сбор мочи для анализов: общий, по Нечипоренко, по  Зимницкому, на бак. посев. | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 12.05.2020  12.05. 2020 | **Хирургия. Подача** **увлажненного кислорода пациенту**  1. Объяснить пациенту (когда возможно) цель оксигенотерапии и ее последовательность.  2. Подготовить к работе аппарат Боброва.  3. Вымыть руки, осушить, надеть перчатки, обработать их спиртом.  4. Определить длину вводимой части катетера (от мочки уха до крыльев носа), поставить метку.  5. Облить стерильным вазелиновым маслом вводимую часть катетера.  6. Осмотреть зев, придавив шпателем корень языка. Убедиться, что кончик ка-тетера виден при осмотре зева.  7. Поместить шпатель в дезинфицирующий раствор.  8. Зафиксировать наружную часть катетера лейкопластырем к щеке.  9. Прикрепить катетер к источнику увлажненного кислорода (аппарату Бобро-ва).  10. Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи.  11. Проверять состояние источника кислорода через каждые 8 часов и осматри-вать слизистую носа пациента для выявления раздражения.  12. Провести итоговую оценку состояния пациента в удовлетворении потребно-стей в нормальном дыхании.  13. Удалить катетер и продезинфицировать.  14. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор.  15. Вымыть руки, осушить их.  **Педиатрия. Проведение дезинфекции предметов ухода за больными.**  Выполнение дезинфекции методом полного погружения**:**   * + 1. Погрузить полностью предмет ухода, заполняя его полости дезинфицирующим раствором.   2. Снять перчатки.  3. Отметить время начала дезинфекции.  4. Выдержать необходимое время процесса дезинфекции данным средством.  5. Надеть перчатки.  6. Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить.  7. Вылить дезинфицирующий раствор в канализацию  8. Хранить предмет ухода в специально отведённом месте.  9. Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.  **Метод двукратного протирания:**  1. Протереть последовательно, двукратно, предмет ухода дезинфицирующим средством.  2. Следить, чтобы не оставалось необработанных промежутков на предмете ухода.  3. Дать высохнуть.  4. Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить.  5. Вылить дезинфицирующий раствор в канализацию.  6. Хранить предмет ухода в специально отведенном месте.  7. Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.  **Терапия. Сбор кала на все виды исследований**   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  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Подача увлажненного кислорода пациенту | | озн | | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | | озн | | Сбор кала на анализы: на яйца паразитов, на  копрологическое исследование, на скрытую кровь. | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 13.05. 2020  13.05. 2020 | **Хирургия. Уход за стомами**  **Подготовка к процедуре**  1. Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой.  2. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.  3. Обеспечить возможность для соблюдения конфедициальности — поставить ширму, помочь пациенту занять положение лёжа.  4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  5. Подготовить необходимое оснащение и оборудование.  6. Обернуть пациента простыней или пелёнкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля. Расположить зеркало нужным образом, чтобы создать видимость для пациента.  7. Приготовить чистый калоприемник: на верхней стороне бумаги, которая прилипает к коже, начертить окружность диаметром на 3—4 мм шире, чем стома (размер стомы 2,5—3,5 см);  8. Использовать специальный шаблон со стандартными отверстиями, для подбора к размерам стомы. Наложить шаблон с вырезанным отверстием на защитное бумажное покрытие клеевого слоя калоприемника и, если оно не совпадает ни с одной из нанесенных линий, обвести карандашом или ручкой контур вырезанного отверстия. Вырезать отверстие в клеевом слое по нанесенному контуру, следя за тем, чтобы не прорезать калоприемник насквозь. При этом удобно пользоваться зеркалом. При стоме неправильной формы отверстие можно моделировать ножницами (удобно применять ножницы тупые конечные вертикально-изогнутые для избежания повреждения мешка).  9. Надеть нестерильные перчатки.  **Выполнение процедуры.**  1. Отсоединить и осторожно удалить старый калоприемник (сам мешочек и кожный барьер), одноразовый мешок сбросить в полиэтиленовый пакет для мусора, оставить закрывающее устройство для повторного использования. При повторном использовании калоприемника опорожнить мешочек в судно, предварительно пережать нижнюю часть мешочка зажимом и измерить объём масс. Обмыть зажим и вытереть его туалетной бумагой. Нанести дезодорирующее средство на нижнюю часть мешочка. Снятие калоприемника производить, начиная с верхнего края.  2. Обработать перчатки антисептическим раствором.  3. Аккуратно очистить область стомы и кожи вокруг неё водой с мягким (жидким) мылом, высушить её марлевой салфеткой.  4. Проверить состояние кожи, её цвет в области стомы и саму стому на наличие отёка или других изменений (мацерации).  5. Снять перчатки и поместить их в ёмкость для дезинфекции.  6. Обработать руки антисептиком и надеть новые перчатки .  7. Обработать кожу (при нарушении её целостности) защитным препаратом (цинковая мазь, стомагезин, паста Лассара или другим средством, применяемым в учреждении).  8. Снять защитное бумажное покрытие с нанесенной разметкой и, не торопясь, совместить нижний край вырезанного отверстия с нижней границей стомы.  9. Приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на кольцо калоприемника (при использовании многоразового) подальше от свежих разрезов в коже.  10.Приклеить, начиная с нижнего края пластины, калоприемник к коже в течение 1—2 минут, прижимая рукой край отверстия, прилежащий к стоме, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы.  11.Аккуратно расправить нижние края калоприемника (при применении многоразового).  12.При использовании многоразового калоприемника прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению пластырем. Присоединить пояс к кромке калоприемника.  **Окончание процедуры.**  Снять перчатки. Продезинфицировать и утилизировать использованный материал. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.  **Педиатрия. Подсчет дыхания**  Подготовка  1. Представиться пациенту, получить его согласие.  2. Приготовьте часы с секундомером или секундомер.  3. Вымойте руки, наденьте перчатки.  Выполнение  1. Попросите пациента лечь удобно, чтобы вы видели верхнюю часть передней поверхности грудной клетки.  2. Возьмите руку пациента, как для исследования пульса на лучевой артерии, чтобы пациент думал, что вы исследуете его пульс.  3. Смотрите на грудную клетку: вы увидите, как она поднимается и опускается.  4. Если вам не удается увидеть движение грудной клетки, положите свою руку на грудную клетку пациента, и вы почувствуете эти движения.  5. Подсчитайте частоту за 1 минуту (только количество вдохов).  Завершение  1. По окончании процесса измерения помогите пациенту сесть удобнее, уберите все лишнее.  2. Снимите перчатки, вымойте руки.  3. Зарегистрируйте данные измерения в температурном листе пациента.  **Терапия. Утренний туалет тяжелобольного пациента**   1. Приготовить всё необходимое для манипуляции 2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании). 3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один. 4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний 5. Обработать руки. Надеть перчатки. 6. Аккуратно приподнять голову пациента и подстелить под неё гигиеническую пелёнку. Прикрыть грудь пациента второй пелёнкой. 7. Смочить рукавичку в тёплой воде, слегка отжать и намылить мылом. 8. Надеть рукавичку на правую руку и протереть лицо пациента сверху вниз: лоб, веки, щёки, нос, подбородок, шея, ушные раковины и заушные пространства 9. Хорошо прополоскать рукавичку в тёплой воде, слегка отжать. Смыть мыло с лица пациента в той же последовательности. При необходимости смыть мыло несколько раз. 10. Промокательными движениями полотенцем осушить кожу лица пациента в той же последовательности. 11. Убрать рукавичку, гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок. 12. Придать удобное положение. Убрать ширму. 13. Снять перчатки. Обработать руки. 14. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Уход за стомами | | озн | | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | | озн | | Утренний туалет тяжелобольного пациента: умывание,  подмывание, уход за глазами, ушами, полостью рта,  кожей. | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 14.05 2020  14.05.2020 | **Хирургия. Наложение давящей повязки при венозном кровотечении**   1. Уложить или усадить пострадавшего в удобное положение. 2. Поднять конечность. 3. Обработать кожу вокруг раны кожным антисепиком. 4. Наложить стерильную салфетку и зафиксировать её 2 – 3 турами бинта. 5. Наложить валик. 6. Зафиксировать тем же бинтом тугой циркулярной повязкой, перекрещивая бинт над валиком. 7. Иммобилизировать конечность. 8. Успокоить пострадавшего**.** 9. Транспортировать в горизонтальном положении.   **Педиатрия. Обработка естественных складок новорожденного ребенка**   1. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки. Обработал пеленальный стол, снял перчатки 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 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 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.   **Терапия. Смена постельного белья**   * + 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.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Наложение давящей повязки при венозном кровотечении | | озн | | Обработка естественных складок новорожденного ребенка | | озн | | Смена постельного белья | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 15.05.2020  15.05.2020 | **Хирургия. Обработка гнойной раны**   1. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, получить информированное согласие. 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Уложить больного на кушетку, операционный стол. 4. Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть стерильные перчатки. 5. Снять пинцетом, придерживая сухим шариком кожу, поверхностные слои повязки, сбросить их в почкообразный лоток. Присохшую повязку от­слоить шариком, смоченным в 3% растворе перекиси водорода. 6. После снятия поверхностных слоев повязки обильно смочить внут­ренний слой 3% раствором перекиси водорода. Промокшие салфетки осто­рожно снять пинцетом. 7. Обработать кожу вокруг раны шариком, смоченным в растворе антисептика (спиртовый раствор хлоргексидина) от края раны к периферии. 8. Взять другой стерильный пинцет. 9. Произвести туалет раны: пинцетом или стерильным шариком уда­лить гной, промыть рану раствором антисептика (3% перекись водорода, фурацилин), осушить стерильным шариком. 10. Пинцетом положить на рану стерильные салфетки с лечебным средством (левосин, левомеколь, диоксидиновая мазь) в зависимости от стадии течения раневого процесса. 11. Закрепить повязку с помощью бинта, клея или лейкопластыря. 12. Снять перчатки, вымыть руки, сделать запись о выполненной манипупуляции.   **Педиатрия.** **Кормление новорожденных через зонд**  1.Объяснить маме цель и ход прове­дения процедуры.  2.Подготовить оснащение.  3.Обработать руки гигиеническим способом, маску и стерильные резиновые перчатки.  4.Уложить ребенка на бок с припод­нятым головным концом, зафиксиро­вать такое положение с помощью ва­лика, с помощью резиновой груши или электроотсоса отсосать слизь из ротовой полости и носа.  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.  **Терапия. Кормление тяжелобольного в постели.**   1. Предупредить пациента за 15 минут о приеме пищи, получить его согласие. 2. Проветрить помещение. Приготовить прикроватный столик. 3. Приподнять головной край кровати (подложить под голову и спину дополнительную подушку), 4. Помочь пациенту вымыть руки. 5. Прикрыть грудь пациента салфеткой. 6. Вымыть руки. Принести пациенту пищу (температура горячих блюд - 50°С). 7. Кормить медленно: называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту; наполнить на 2/3 ложку мягкой пищей; коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот; прикоснуться ложкой к языку, оставив пищу в полости рта; извлечь пустую ложку; дать время прожевать и проглотить пищу; предложить питье после нескольких ложек мягкой пищи; приложить "носик" поильника к нижней губе; вливать питье небольшими порциями. 8. Вытирать (при необходимости) губы пациента салфеткой. 9. Предложить пациенту прополоскать рот водой из поильника после приема пищи. 10. Убрать после еды из комнаты пациента посуду и остатки пищи. 11. Убрать дополнительную подушку и придать пациенту удобное положение.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Обработка гнойной раны | | озн | | Кормление новорожденных через зонд | | озн | | Кормление тяжелобольного в постели. | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 16.05.2020  16.05.2020 | **Хирургия. Профилактика пролежней**   1. Моют и сушат руки, надевают перчатки. 2. Пациента поворачивают на бок. 3. Обрабатывают кожу спины салфеткой, смоченной теплой водой 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 мазью на водорастворимой основе (Левосин, Левомеколь), ферментам (Трипсин, Химотрипсин, Ируксол) 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. 11. При смене постельного и нательного белья следят, чтобы на них в местах образования пролежней не было швов, заплаток, складок. 12. Места покраснения кожи обрабатывают слабым раствором перманганата калия, зеленки и присыпают присыпкой   **Педиатрия.**  **Закапывание капель в глаза**  1. Объяснить маме и ребенку цель и ход процедуры и получить 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 коньюктиве).  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 затем закапать лекарственное средство.  **Закапывание капель в ухо**  1. Объяснить маме и ребенку цель и ход процедуры и получить согласие.  2. Прочитать название лекарственного препарата, проверить пригодность и соответствие капель назначению врача.  3. Подогреть лекарственный препарат до температуры тела на водяной бане (поставить флакон в ёмкость с горячей водой, температуру контролировать водным термометром).  4. Вымыть руки.  5. Помочь (при необходимости) пациенту лечь на бок, или сидя наклонить голову в сторону.  6. Набрать в пипетку 2-3 капли лекарственного средства (если нужно закапать капли в одно ухо).  7. Оттянуть ушную раковину назад и вверх (ребенку до двух лет - вниз и назад) и закапать 2-3 капли ухо.  8. Спросить пациента о его самочувствии.  9. Помочь пациенту занять удобное положение.  10. Пипетку положить в лоток с дезинфицирующим раствором.  11. Вымыть руки.  **Терапия.** **Измерение температуры тела**   1. Осмотреть подмышечную впадину, при необходимости – вытереть насухо салфеткой или попросить пациента сделать это 2. Поместите термометр в подмышечную впадину так, чтобы он полностью соприкасался с кожей (пациент должен прижать плечо к грудной клетке). 3. Через 5 минут извлеките термометр и определите его показания. 4. Извлечь термометр из подмышечной впадины, произвести считывание показаний термометра, держа его горизонтально на уровне глаз 5. Сообщите пациенту результат термометрии. 6. Запишите показания термометра в температурный лист и лист динамического наблюдения за больным (в сестринской истории болезни). 7. Встряхните термометр и погрузите в дезинфицирующий раствор. 8. Вымойте руки, сделать запись в температурный лист 9. О лихорадящих пациентах сообщите дежурному врачу  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Профилактика пролежней | | озн | | Введение капель в глаза, нос, уши, | | озн | | Измерение температуры тела с графической регистрацией. Подсчет пульса. Подсчет частоты  дыхания. Измерение артериального давления. | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 18.05.2020 | **Хирургия.** **Надевание стерильных перчаток**  1. Медицинская сестра моет руки, высушивает, обрабатывает кожным анисептиком.  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.  **Педиатрия: обработка пупочной ранки:**  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.  **Терапия. Обучение пациента правилам проведения ингаляции.**  1. Продемонстрировать пациенту выполнение процедуры, используя пустой баллончик:  а) снять с ингалятора защитный колпачок;  б) перевернуть баллончик с аэрозолем вверх дном и встряхнуть его;  в) сделать глубокий выдох через рот;  г) взять в рот мундштук ингалятора, плотно обхватив его губами. Голову при этом слегка запрокинуть назад;  д) сделать глубокий вдох через рот и одновременно нажать на дно баллончика;  е) извлечь мундштук ингалятора изо рта, задержать дыхание на 5-10 сек;  ж) сделать свободный выдох.3  2. Дать пациенту и взять себе по пустому баллону.  3. Если состояние пациента позволяет, лучше выполнить процедуру стоя, так как дыхательная экскурсия легких при этом эффективнее. Если необходимо, предложить пациенту сесть на время обучения.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Надевание стерильных перчаток | | озн | | Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка. | | озн | | Обучение пациентов правилам проведения ингаляций, в том числе, небулайзерных. | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 19.05.2020 | **Хирургия.** **Катетеризация мочевого пузыря.** (женщине)   1. Предупредил пациентку о проведении манипуляции. Получил согласие на проведение процедуры. 2. Обеспечил изоляцию пациентки. 3. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки. 4. Попросил пациентку лечь на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны, при необходимости помог пациентке. Подложил под ягодицы пациента адсорбирующую пеленку, поставил судно. 5. Подготовил оснащение к подмыванию пациентки. 6. Взял в левую руку емкость с раствором для подмывания, в правую - корнцанг с салфетками. Подмыл пациентку движениями сверху вниз, последовательно от лобка к анальному отверстию, меняя салфетки. 7. Осушил кожу в той же последовательности. 8. Салфетки сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Корнцанг в емкость для дезинфекции. 9. Снял перчатки. Поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. Надел стерильные перчатки. 10. Подготовил оснащение для катетеризации: стерильный лоток, 2 стерильных пинцета, стерильные марлевые салфетки, стерильное вазелиновое масло, раствор водного антисептика. 11. Провел туалет половых органов - раздвинул левой рукой половые губы, правой рукой с помощью пинцета взял марлевые салфетки, смоченные в растворе антисептика на водной основе, и обработал отверстие мочеиспускательного канала движением сверху вниз между малыми половыми губами, использовал не менее двух салфеток. 12. Сменил марлевую салфетку. Приложил марлевую салфетку, смоченную в растворе антисептика на водной основе к отверстию мочеиспускательного канала. Сбросил салфетку и корнцанг в лоток для использованного материала. 13. Сменил пинцет. Взял пинцетом клюв мягкого катетера на расстоянии 4-6 см от его конца. Обвел наружный конец катетера над кистью и зажал между 4 и 5 пальцами правой руки. Облил конец катетера стерильным вазелиновым маслом над лотком. 14. Развел левой рукой половые губы, а правой ввел катетер пинцетом на 4-6 см, до появления мочи. Оставшийся конец катетера опустил в емкость для сбора мочи. Пинцет положил в лоток для использованного материала. 15. После прекращения мочевыделения струей, извлек катетер, одновременно надавливая на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой. 16. Катетер поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». Лотки, и пинцеты погрузил в емкости для дезинфекции. Одноразовую пеленку поместил в емкость для сбора отходов класса «Б». 17. Снял перчатки, маску, поместил в емкость для сбора отход   **Педиатрия.** **Обработка глаз.**   1. Объяснил маме цель и ход выполнения процедуры и получил его согласие. 2. Провел гигиеническую обработку рук, надел перчатки. 3. Осмотрел глаза пациента, оценил состояние. 4. Приготовил лоток с марлевыми шариками и часть залил стерильным вазелиновым маслом, другую часть водным антисептическим раствором или стерильной водой, можно использовать разные мензурки для масла и раствора. 5. Обработал отдельным марлевым шариком для каждого глаза, смоченным в вазелиновом масле, веки по направлению от наружного угла к внутреннему углу глаза с целью размягчения и отслойки корочек. Использованные шарики сбросил в лоток для использованного материала. 6. Обработал веки, в том же направлении сухими марлевыми шариками, используя для каждого глаза отдельный шарик для того, чтобы удалить отслоившиеся корочки. 7. Обработал шариками, смоченными в антисептическом растворе или стерильной воде, веки по направлению от наружного угла к внутреннему углу глаза, также используя отдельные шарики для каждого глаза. При промывании глаз шарики менял по мере необходимости. 8. Протер веки сухим марлевыми шариками в том же направлении, используя для каждого глаза отдельный шарик. Шарики сбросил в лоток для использованного материала. 9. Использованные лотки, пинцет, поместил в соответствующие емкости для дезинфекции. Марлевые шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». 10. Снял перчатки, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рукю   **Терапия. Постановка согревающего компресса.**   1. Представился. Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, получил его согласие. 2. Вымыл руки на гигиеническом уровне Надел чистые перчатки. 3. Достал чистый лоток для подготовки материала на четыре слоя компресса. 4. Отрезал ножницами необходимый ( соответствии с площадью области применения) кусок бинта , сложил бинт в 8 слоев и положил в лоток. 5. Вырезал слой компрессной бумаги на 2 см. больше с каждого края, чем бинт и положил ее в лоток. 6. Подготовил слой ваты, большего размера, чем компрессная бумага, и положил в лоток. 7. Достал чистый лоток и налил в него лекарственное средство для компрессов. 8. Смочил бинт в растворе, отжал его и наложил на область применения. 9. Укрыл бинт слоем компрессной бумаги 10. Обложил компресс слоем ваты и закрепил несколькими турами бинтования. 11. Проверил плотность прилегания компресса ( не смещается, не стесняет движений) 12. Поместил лоток в емкость для использованного инструментария 13. Снял перчатки и также поместил их в емкость с дезраствором. 14. Вымыл и обработал руки и сделал записи в соответствующих документах  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Катетеризация мочевого пузыря | | озн | | Обработка глаз | | озн | | Постановка согревающего компресса | | озн | |  |  |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 20.05.2020 | **Хирургия. Набор инструментов для первичной хирургической обработки.**   1. Маска, перчатки 2. Перевязочный материал 3. Шприцы 4. Резиновые дренажи 5. Антисептик 6. Р-р новокаина 7. Перекись водорода 3% 8. Р-р калий марганец 9. Стерильный лоток, нестерильный лоток 10. Пинцет, ножницы, скальпель 11. Кровеостанавливающий зажим 12. Иглодержатель 13. Крючки 2-3х острозубчатые 14. Костная ложечка Фолькмана 15. Зонд Кохера 16. Костные кусачки Листона 17. Пила Джигли 18. Иглы 19. Мазевые средства   **Педиатрия.** Обработка кожи новорожденному ребенку  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  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. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 20.05.2020 | **Терапия. Подача увлажненного кислорода пациенту**   1. Подготовить к работе аппарат Боброва: налить в чистую стеклянную ёмкость нужный раствор на 2/3 объёма (высота столба жидкости 10 – 15 см), температура 30 – 40. Обеспечить герметичность соединений при помощи винта на пробке. 2. Проинформировать ребёнка/родственников, получить согласие 3. Вымыть руки, надеть перчатки 4. При необходимости очистить носовые ходы ребёнка 5. Присоединить носовые канюли к соединительным трубкам 6. аппарата Боброва 7. Ввести носовые канюли и зафиксировать их 8. Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи кислорода (на кислородную подушку положить груз для создания давления подачи кислорода) 9. Закрыть вентиль источника кислорода по истечению срока времени подачи 10. Удалить канюли из полости носа 11. Отправить канюли на дезинфекцию. 12. Вымыть и осушить руки  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Составить набор инструментов для первичной хирургической обработки ран | | озн | | Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку | | озн | | Подача увлажненного кислорода пациенту | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | **Содержание работы** | Оценка | Подпись |
| 21.05.  2020 | **Хирургия.** Наложение повязки «чепец»  · Встать лицом к пациенту;  · Закрыть рану стерильной салфеткой, пользуясь пинцетом;  · Уложить приготовленный отрезок узкого бинта длинной 70 см на темени в виде ленты, так, чтобы его концы спускались вниз впереди ушных раковин;  · Попросить пациента или помощника удерживать их натянутыми и слегка разведенными в стороны;  · Сделать 2 закрепляющих циркулярных тура вокруг головы через лоб и затылок;  · Следующий тур идет вокруг отрезка бинта, удерживаемого пациентом, и направляется по затылочной области на противоположную сторону к другому концу бинта;  · Обернув тур вокруг противоположного конца бинта-завязки и повторить все действия, постепенно приближая каждый тур к центру головы, пока повязка не закроет всю теменную часть;  · Оставшийся конец бинта обернуть и завязать вокруг любого конца бинта-завязки и связать под подбородком с противоположной завязкой. Остатки бинта срезать ножницами.  **Педиатрия.** Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария  1. Подготовка к процедуре  1.1. Подготовить необходимое оснащение.  2. Последовательность выполнения процедуры  2.1. После использования, одноразовый медицинский инструментарий полностью погрузить в раствор дезинфицирующего средства, разрешенного к применению в РФ. 2.2. Выдержать в соответствии с экспозицией согласно нормативной документации и инструкции дезинфицирующего средства, разрешенного к применению в РФ. 2.3. Уложить в пакет или контейнер однократного применения с цветовой маркировкой, соответствующей классу медицинских  отходов Б или В.  3. Окончание процедуры  3.1. Емкость (пакет, контейнер) после заполнения на 3/4 объема упаковывают, маркируют и хранят в помещении для временного хранения медицинских отходов до окончания времени рабочей смены с целью последующего транспортирования к месту уничтожения или утилизации.  **Терапия:** **Подготовка пациента и проведение дуоденального**  **зондирования**  1. За 3 дня до проведения дуоденального зондирования на ночь давать больному стакан тёплого сладкого чая (за исключением больных сахарным диабетом) и ставить грелку на область правого подреберья (за исключением пациентов с подозрением на лямблиоз).  2. Усадить больного на стул таким образом, чтобы спина плотно прилегала к спинке стула, голову пациента слегка наклонить вперёд.  3. Осторожно поместить слепой конец зонда на корень языка больного и попросить его делать глотательные движения.  4. При достижении зондом желудка на его свободный конец наложить зажим.  5. Уложить больного на кушетку без подушки на правый бок, предложив ему согнуть ноги в коленях; под правый бок (на область печени) подложить тёплую грелку.  6. Попросить пациента продолжить заглатывание зонда в течение  20–60 мин до метки 70 см.  7. Опустить в пробирку конец зонда, снять зажим; если олива зонда находится в начальной части двенадцатиперстной кишки, в пробирку начинается поступление золотисто-жёлтой жидкости (порция А – «дуоденальная желчь»).  8. Собрать в течение 10 мин 2–3 пробирки поступаемой жидкости (порция А желчи), наложить на конец зонда зажим.  9. Если порция А желчи не поступает, нужно слегка потянуть зонд назад (возможен заворот зонда) или провести повторное зондирование под визуальным рентгенологическим контролем.  10. Уложить пациента на спину, снять зажим и через зонд шприцем ввести раздражитель желчного пузыря, попросить больного лечь на спину, на зонд наложить зажим.  11. Через 10–15 мин попросить больного лечь на правый бок, опустить зонд в следующую пробирку и снять с зонда зажим. В пробирку в течение  20–30 мин будет поступать густая жидкость темно-оливкового цвета – «пузырная желчь» (порция В, около 60 мл).  12. Если порция В желчи не поступает, вероятно, имеется спазм сфинктера Одди. Для его снятия следует ввести больному подкожно 1 мл 0,1 %-го раствора атропина (по назначению врача!).  13. Когда начнёт выделяться прозрачная жидкость золотисто-жёлтого цвета (порция С), опустить зонд в следующую пробирку – в течение 20–30 мин выделяется 15–20 мл желчи из желчных протоков печени (печёночная желчь).  14. Осторожно извлечь зонд и погрузить его в ёмкость с дезинфицирующим раствором.  15. Отправить полученные порции жёлчи в лабораторию   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Накладывать и снимать повязку: чепец | | озн | | Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария | | озн | | Подготовка пациента и проведение дуоденального  зондирования | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | **Содержание работы** | Оценка | Подпись |
| 22.05.2020 | **Хирургия. Повязка «дезо»**  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.  **Педиатрия. Антропометрия**  **Выполнение манипуляции:**  *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.  **Терапия.** **Постановка очистительной клизмы**   1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры, получить его согласие на процедуру. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Надеть фартук и перчатки. 4. Собрать систему, подсоединить к ней наконечник, закрыть систему зажимом. 5. Налить в кружку Эсмарха 1-1,5 литра воды температурой 20 °С. 6. Заполнить систему водой. 7. Подвесить кружку Эсмарха на подставку высотой 75-100 см. 8. Смазать наконечник вазелином. 9. Уложить пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка подведены к животу. 10. Выпустить воздух из системы. 11. Развести одной рукой ягодицы пациента. 12. Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку, проводя первые 3-4 см по направлению к пупку. 13. Открыть вентиль (зажим) и отрегулировать поступление жидкости в кишечник. 14. Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом 15. Закрыть вентиль после введения жидкости и осторожно извлеките наконечник. 16. Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5-10 минут. 17. Проводить пациента в туалетную комнату. 18. Разобрать систему, наконечник, кружку Эсмарха и клеенку подвергнуть дезинфекции. 19. При необходимости подмыть пациента. 20. Снять перчатки, опустить их в емкость для дезинфекции 21. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 22. Сделать соответствующую запись о результатах процедуры в медицинскую документацию.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Накладывать и снимать повязку : дезо | | озн | | Антропометрия | | озн | | Постановка очистительной клизмы | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | **Содержание работы** | Оценка | Подпись |
| 23.05.2020 | **Хирургия.** : колосовидная повязка 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.  **Педиатрия. Проведение контрольного взвешивания**   1. Перед кормлением положите малыша на весы и зафиксируйте массу тела. Ребенок может быть в одежде. Это на результаты не повлияет, поскольку нас интересует не точный вес ребенка, а прибавка веса после прикладывания к груди. Приложите ребенка к груди и покормите. 2. Положите малыша на весы. Если ребенок помочился или испражнился, снимать памперсы (одежду) не нужно.Запишите вес.Заполните графы таблицы, рассчитайте разницу в весе. 3. Разница в весе и есть количество съеденного молока. **Терапия.** **Постановка гипертонической клизмы** 4. Предложите пациенту лечь на левый бок с согнутыми в коленях и подтянутыми к животу ногами. 5. Под пациента подстелите клеенку, на нее — пеленку. 6. Вымойте руки, наденьте перчатки. 7. Наберите гипертонический раствор (температура 37 – 38 °С) в шприц Жане или грушевидный баллончик, и положите в приготовленный почкообразный лоток. В этот же лоток положите смазанную вазелином ректальную трубку и марлевую салфетку.Левой рукой разведите ягодицы и, осмотрев анальное отверстие, введите в прямую кишку на 15—20 см ректальную трубку. 8. Присоедините к трубке шприц Жане (или баллончик) и медленно вводите гипертонический раствор в прямую кишку. 9. Закончив введение, пережмите (перегибают) трубку и извлеките ее салфеткой из прямой кишки. Рекомендуют пациенту задержать раствор в кишечнике на 20 — 30 мин, для чего ему лучше лечь на спину. 10. Погрузите, использованный инструментарий в дезинфицирующий раствор.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Накладывать и снимать повязку : колосовидная на плечевой сустав | | озн | | Проведение контрольного взвешивания | | озн | | Постановка гипертонической клизмы | | озн | |  |  |
| Дата | **Содержание работы** | Оценка | Подпись |
| 25.05.2020 | **Хирургия. Повязка на культю**   1. Вымыть руки. Надеть перчатки. 2. Уложить или усадить пациента, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции. 3. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта – в правую, бинтовать слева направо. 4. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг конечности выше конца культи. 5. Перегнуть бинт под прямым углом и вести в продольном направлении по культе. 6. Обогнуть конец культи, провести по задней поверхности и у основания сделать перегиб (правой рукой бинтовать, левой – придерживать конечность и туры бинта). 7. Закрепить перегибы спереди и сзади круговым ходом бинта. 8. Повторить те же туры бинта до тех пор, пока вся культя не будет закрыта. 9. Закрепить повязку двумя закрепляющими турами вокруг конечности. 10. Разрезать концы бинта и завязать на узел. 11. Снять перчатки. Вымыть руки.   **Педиатрия.** **Педиатрия: Пеленание новорожденного**  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, вдругим обернул ребенка. Нижний край пеленки подвернул (оставив место для свободного движения ножек) и зафиксировал пеленку, расположив «замочек» спереди  **Терапия.** **Постановка масляной клизмы**  **I.ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ.**   1. Объясните пациенту цель предстоящей процедуры, получите его согласие на ее проведение, предупредите его, что после клизмы он не должен будет вставать с постели до утра. 2. Приготовьте:  * грушевидный баллон, * газоотводную трубку, * шпатель, * вазелин, * масло (вазелиновое, подсолнечное, оливковое) подогретое до 37° С, * перчатки.  1. Наденьте перчатки. 2. Наберите в грушевидный баллон 100 – 200 мл теплого масла. 3. Смажьте газоотводную трубку вазелином. 4. Уложите пациента на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами.   **II.ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.**   1. Раздвиньте ягодицы пациента, введите газоотводную трубку в прямую кишку на 15 – 20 см. 2. Подсоедините к трубке грушевидный баллон и медленно введите масло. 3. Не разжимая грушевидный баллон, отсоедините его от газоотводной трубки. 4. Извлеките газоотводную трубку и поместите ее вместе с грушевидным баллоном в лоток. 5. Помогите пациенту вытереть область анального отверстия.   **III.ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.**   1. Придайте пациенту удобное положение. Укройте его. Убедитесь, что пациент чувствует себя комфортно, поскольку эффект этой клизмы наступит через 6 – 10 часов. 2. Уберите предметы ухода. 3. Снимите перчатки. 4. Вымойте руки.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Накладывать и снимать повязку: на культю | | озн | | Пеленание | | озн | | Постановка масляной клизмы | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | **Содержание работы** | Оценка | Подпись |
| 26.05.2020 | **Хирургия. Повязка на один глаз.**   1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить , объяснить ход предстоящей манипуляции. 2. Возьми бинт, шириной 10-12 см. 3. Бинтовать левый глаз слева направо, правый – справа налево. 4. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта- в правую.   5. Возьми бинт шириной 10-12 см.  6. Сделай закрепляющий ход вокруг головы.  7. Опусти бинт вниз на затылок под ухо с больной стороны косо, через щечную область вверх, закрывая больной глаз ( 1 тур).  8. Закрепи косой ход круговым ( 2 тур).  9. Чередуя 1 и 2 тур закрой всю область глаза.  **Педиатрия. Гигиеническая ванна грудному ребенку**  **Подготовка к манипуляции:**  1. Объяснить маме ход и цель процедуры, получить согласие.  2. Помыть ванночку горячей водой с мылом, ополоснуть ее кипятком, поставить в устойчивое положение.  3. Положить на дно ванны пеленку, сложенную в несколько раз.  4. Наполнить ванночку водой температуры 37-38°С.  5. Набрать воду в кувшин для ополаскивания (Т 36,5 - 37,0°С).  6. Провести санитарную обработку рук.  ***Примечание:*** Определить температуру воды для купания только с помощью термометра (не допускается определение температуры воды путем погружения локтя в воду).  **Выполнение манипуляции:**  1. Взять ребенка так, чтобы голова и туловище пациента находилась на левом предплечье, а затем погрузить все тело ребенка до линии сосков.  2. Левой рукой поддерживать голову ребенка над поверхностью воды.  3. Помыть голову детским мылом.  4. Помыть все тело, используя ветошь (особенно тщательно промывать складки на шее, в подмышечных и паховых областях, между ягодицами).  5. Перевернуть ребенка кверху спиной.  6. Облить чистой водой из кувшина (за время купания вода для ополаскивания остывает до 34-35°С).  **Завершение манипуляции:**  1. Завернуть ребенка в мягкую теплую пеленку (махровое полотенце) и обсушить промокательными движениями.  2. Обработать естественные складки кожи стерильным растительным маслом.  3. Одеть ребенка, запеленать и уложить в кроватку.  4. Вымыть, осушить руки.  **Терапия. Постановка сифонной клизмы**  1. К кушетке ставят таз, на кушетку стелят клеенку так, чтобы один ее конец свисал в таз.  2. Укладывают пациента на кушетку на левый бок с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами.  3. Медицинская сестра надевает клеенчатый фартук.  4. Конец кишечной трубки смазывают вазелином и вводят в прямую кишку на глубину 30 - 40 см, соблюдая изгибы кишечника.  5. Воронку держат в наклонном положении немного выше уровня тела пациента, наполняют ее водой в количестве 1 л и поднимают выше уровня тела (до высоты 1 м).  6. Как только уровень убывающей воды достигает вершины конуса воронки, ее опускают над тазом, не переворачивая, и выжидают, пока вода с кишечным содержимым вернется к прежнему уровню воронки. При таком положении воронки хорошо видны пузырьки выходящего вместе с водой газа, движение которого можно наблюдать и в соединительной стеклянной трубке.  7. Содержимое воронки выливают в таз. Снова наполняют ее водой и повторяют промывание. При подозрении на кишечную непроходимость (если не было выделения газов) необходимо сообщить врачу.  8. Промывание проводят до тех пор, пока в ведре есть вода.  9. По окончании процедуры воронку снимают, а трубку оставляют на 10 - 20 мин в прямой кишке, опустив ее наружный конец в таз для стока оставшейся жидкости и отхождения газов.  10. Систему и воронку сразу после использования замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч и далее обрабатывают по ОСТ 42-21-2-85.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Накладывать и снимать повязку на один и два глаза | | озн | | Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку | | озн | | Постановка сифонной клизмы | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | **Содержание работы** | Оценка | Подпись |
| 27.05.2020 | **Хирургия. Повязка уздечка**  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.  **Педиатрия.** **Мытье рук.**  1. Снять все кольца с рук (углубления на поверхности ювелирных изделий являются местом размножения микроорганизмов).  2. Сдвинуть часы выше запястья или снять их.  3. Области под ногтями вычистить приспособлением для чистки ногтей под проточной водой.  4. Нанести на руки 3-5 мл жидкого мыла или тщательно намылить руки брусковым мылом.  5. Вымыть руки, используя следующую технику:  - энергичное механическое трение ладоней (повторить 5 раз);  - правая ладонь растирающими движениями моет тыльную сторону левой кисти, затем левая ладонь моет тыл правой кисти (повторить 5 раз);  - ладонь к ладони, пальцы одной руки в межпальцевых промежутках другой (повторить 5 раз);  - тыльная сторона пальцев к ладони другой руки (пальцы переплетены - повторить 5раз);  - чередующее вращательное трение больших пальцев одной руки ладонями другой, ладони сжаты (повторить 5 раз);  - переменное трение ладони одной руки сомкнутыми пальцами другой руки (повторить)  6. Промыть руки под проточной водой, держать их так, чтобы запястья и кисти были ниже уровня локтей и чтобы избежать загрязнения от прикосновения с раковиной, халатом и другими предметами.  7. Закрыть кран, берясь за него только через бумажное полотенце, так как он может быть источником загрязнения.  8. Просушить руки стерильной марлевой салфеткой.  8. Тщательно обработать кожу рук в течение 2-3 минут 2-мя тампонами, смоченными 70% спиртом или спиртосодержащим кожным антисептиком, обладающим вирулицидным действием (не менее одной минуты на каждую руку) или нанести на ладонные поверхности 5-8 мл 70% этилового спирта или спиртосодержащим кожным антисептиком, обладающим вирулицидным действием и втирать в кожу в течение 2 минут.  9. Использованные шарики выбросить в емкость для дезинфекции.  10. Надеть перчатки согласно алгоритму действий.  **Терапия. Неотложная помощь при желудочном кровотечении**  **Неотложная помощь:**  - Постельный режим, полный покой.  - Измерить АД, пульс.  - Внутривенная инфузия раствора натрия хлорида 0,9%.  - Лед на область желудка.  - Вызвать врача.  - Промыть желудок ледяной водой (можно залить аминокапроновую кислоту).  - Раствор [кальция](https://studopedia.ru/14_90523_neodikumarin.html) хлорида 10% 10 мл внутривенно струйно.  - Викасол 1% – 10 мл внутримышечно, этамзилат натрия 2,5% – 2 мл внутримышечно.  - Раствор [аминокапроновой кислоты](https://studopedia.ru/14_30726_farmakologicheskaya-gruppa-veshchestva-aminokapronovaya-kislota.html) 5% – 200 мл внутривенно капельно.  - Переливание одногруппной крови и [плазмы](https://studopedia.ru/7_8579_plazma-i-ee-raznovidnosti.html).   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Накладывать и снимать повязку уздечка | | озн | | Мытье рук, надевание и снятие перчаток | | озн | | Оказание сестринской помощи при неотложных  состояниях(желудочное кровотечение, приступ удушья при бронхиальной астме, приступ загрудинных болей при стенокардии) | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | **Содержание работы** | Оценка | Подпись |
| 28.05.2020 | **Хирургия.** **Наложение кровоостанавливающего жгута**  **Алгоритм последовательности  действий**  1   Помощник прижимает  артерию пальцем  2   Надеть медицинские перчатки  3  Придать возвышенное положение конечности  4   Наложить выше раны салфетку или расправить одежду пациента над раневой   поверхностью  5   Растянуть жгут в средней трети двумя руками, подвести под конечность  6   Наложить жгут в растянутом состоянии один виток, затем  2 – 3 витка до прекращения кровотечения, исчезновения пульсации на периферических сосудах  7   Накладывать туры жгута, так, чтобы они располагались рядом друг с другом, не перекрещивались и не ущемляли кожу  8   Закрепить конец жгута цепочкой или кнопочным замком  9    Определить правильность наложения  10   Поместить записку под один из туров жгута с указанием даты, времени наложения жгута (час, минуты)  11   Обработать раневую поверхность и наложить асептическую повязку, ввести анальгетики  12    Сделать иммобилизацию конечности  13    Снять перчатки и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором  15    Укутать конечность в холодное время года ввиду опасности отморожения  16    Транспортировать пациента в стационар в положении лежа на носилках  17    В лечебном учреждении решить вопрос о профилактике  столбняка  **Педиатрия.** **Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей.**  **Алгоритм выполнения:**  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 вымыть и осушить руки.  **Терапия. Подкожная инъекция**  **Алгоритм действий:**  1. Вымыть руки теплой водой с мылом  2. Надеть перчатки и обработать их шариком со спиртом  3. Обнажить место инъекции  4. Определить место инъекции  5. Обработать место инъекции стерильным шариком, смоченным 70-градусным спиртом площадью 10Х10 см в одном направлении  6. Обработать место инъекции вторым стерильным шариком со спиртом площадью 5Х5 см в одном направлении  7. Выпустить воздух из шприца  8. Взять шприц в правую руку, вторым пальцем придерживать муфту иглы 5-м пальцем поршень, остальными пальцами цилиндр  9. Сделать складку в месте инъекции, 1-м и 2-м пальцами левой руки  10. Ввести быстрым движением иглу под углом 30-40 градусов в основании складки на 2/3 длины иглы держа ее срезом вверх  11.Освободить левую руку, опустив складку  12.Оттянуть слегка пальцами левой руки поршень на себя, убедится, что игла не попала в сосуд (отсутствие крови в шприце)  13.Ввести медленно лекарственное вещество  14.Извлечь быстрым движением шприц с иглой  15.Прижать сухим стерильным шариком место инъекции  16.Использованные шприц, иглу, шарики, перчатки выбросить в коробку безопасной утилизации (КБУ)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Наложение кровоостанавливающего жгута | | озн | | Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей. | | озн | | Выполнение различных видов инъекций:подкожные | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | **Содержание работы** | Оценка | Подпись |
| 29.05.2020 | **Хирургия. Уход за подключичным катетером**  1. Ежедневно обрабатывать кожу пациента вокруг катетера спиртом и накладывать асептическую повязку в виде «штанишек», фиксировать лейкопластырем.  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 гепарина (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  **Педиатрия.** **Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований**  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. Стерильная упаковка с ватными шариками. 2 стерильных лотка, ножницы, пинцет в стерильной упаковке. Антисептический раствор. Чистые перчатки. Емкость для сбора мочи. Емкости с дезинфицирующим раствором. Детский мочеприемник в стерильной упаковке. Клеенка или непромокаемая пеленка. Пеленки. Направление. Стерильное вазелиновое или растительное масло.  8. Вымыть руки, надеть перчатки.  9. Постелить клеенку, пеленку.  10. Ребенка подмыть под проточной водой и вытереть на пеленальном столе. (Если это мальчик старше года – отодвинуть крайнюю плоть и обработать головку полового члена антисептическим раствором).  11. Расположить детский мочеприемник на уровне проекции уретры и зафиксировать. Накрыть ребенка пеленкой.  12. После мочеиспускания снять с ребенка пеленку, мочеприемник и перелить мочу в емкость, обрезав ножницами нижний край мочеприемника.  13. Ребенка подмыть, обсушить и обработать кожу в местах соприкосновения с мочеприемником стерильным вазелиновым или растительным маслом с помощью стерильных ватных шариков. Сбросить мочеприемник, шарики или салфетки из лотка в емкость для использованного материала.  14. Одеть ребенка и уложить в кроватку.  **Терапия. Внутримышечная инъекция**  1. Вымыть руки теплой водой с мылом  2. Надеть перчатки и обработайте их шариком ос спиртом  3. Определить место инъекции  4. Обработать место инъекции стерильным шариком, смоченным 70 - градусным спиртом площадью 10Х10 см в одном направлении  5. Обработать место инъекции вторым стерильным шариком со спиртом площадью 5Х5 см в той же последовательности  6. Выпустить воздух из шприца. Взять шприц в правую руку, расположить его перпендикулярно к поверхности тела пациента, 2-м пальцем придержать поршень, 5-й палец на муфте иглы, остальные пальцы на цилиндре  7. Растянуть кожу на месте прокола  8. Ввести быстрым движением иглу под углом 90 градусов на 2/3 длины иглы  9. Оттянуть поршень на себя, убедится в отсутствии крови в шприце  10. Ввести медленно лекарственное вещество  11. Извлечь быстрым движением шприц с иглой  12. Прижать сухим стерильным шариком место инъекции  13. Использованные шприц, иглу, шарики, перчатки выбросить в коробку безопасной утилизации (КБУ)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Обработка подключичного катетера | | озн | | Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований | | озн | | Выполнение различных видов инъекций: внутримышечные | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | **Содержание работы** | Оценка | Подпись |
| 30.05.2020 | **Хирургия.** **Накрытие стерильного стола процедурной медицинской сестры**  1. Перед накрытием стерильного стола медицинская сестра: моет руки, надевает маску, перчатки, обрабатывает дважды столик дезинфицирующим раствором 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 алгоритма).  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).  **Педиатрия.** **Забор кала на бакпосев**  1. Объяснил пациенту/маме/родственникам цель исследования, получил согласие.  2. Подготовил необходимое оснащение. Поставил стеклографом номер на пробирке, соответствующий номеру направления.  3. Установил пробирку с консервантом в штатив.  4. Провел гигиеническую обработку рук  5. Надел медицинские перчатки.  6. Обеспечил правильное положение пациента.  7. Ввел петлю в анальное отверстие на глубину 4-5 см.  8. Извлек петлю и поместил в стерильную пробирку с консервантом.  9. Плотно закрыл пробирку с консервантом ватномарлевым тампоном. 10. Снял перчатки и погрузил их в контейнер с маркировкой «Отходы. Класс Б». Провел гигиеническую обработку рук  **Терапия. Внутривенная струйная инъекция**  **Алгоритм действий:**  1. Вымыть руки теплой водой с мылом  2. Надеть перчатки и обработать их шариком со спиртом  3. Набрать лекарственное средство в шприц непосредственно из ампулы или через иглу, предварительно обработать ампулу шариком со спиртом.  4. Выпустить воздух из шприца  5. Положить шприц с лекарственным средством в стерильный лоток накрытый стерильной салфеткой  6. Взять 3 стерильных шарика (2 смоченных в спирте,1-сухой) и стерильную салфетку  7. Выпрямить руку пациента  8. Подложить клеенчатый валик под локтевой сгиб пациента  9. Наложить выше локтевого сгиба на 3-4 см жгут, концами вверх  10. Убедится, что пульс на лучевой артерии хорошо определяется  11. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак  12. Определить пальпаторно пунктируемую вену  13. Обработать область локтевого сгиба  14. Вторым стерильным спиртовым шариком обработать область пунктируемой вены в том же направлений  15. Снять сухим шариком излишек спирта  16. Взять шприц и убедится, что в нем нет пузырьков воздуха  17. Зафиксировать пальцами левой руки пунктируемую вену ниже обработанной области, не касаясь обработанной поверхности  18. Пропунктировать вену одним из способов (одномоментно или поэтапно)  19. Потянуть на себя поршень шприца, увидев появление крови, поймете, что вы попали в вену  20. Развязать свободной рукой жгут и попросить пациента разжать кулак.  Убедится еще раз, что игла не вышла из вены  21. Ввести лекарство, не меняя положения шприца, медленно, левой рукой, оставив в шприце 0,5 мл раствора  22. Извлечь иглу после введения лекарства быстрым движением  23. Прижать место пункции сухим стерильным шариком  24. Согнуть руку пациента в локтевом сгибе на 3-5 минут  25 Использованные шприц, иглу, шарики, перчатки выбросить в коробку безопасной утилизации (КБУ)     |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Накрывать стерильный стол | | озн | | Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь | | озн | | Выполнение различных видов инъекций: внутривенные струйные | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | **Содержание работы** | Оценка | Подпись |
| 01.06.2020 | **Хирургия. Кормление пациента через назогастральный зонд**  1. Приготовить всё необходимое  2. Объяснить пациенту (если это воз­можно) ход предстоящей манипуляции и получить его согласие.  3. Уточнить у пациента понимание хода манипуляции и его поведение во время нее.  4. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки.  5. Придать пациенту низкое положение Фаулера. Измерить расстояние от кончика носа до мочки уха и вниз по передней брюшной стенки так, чтобы конец зонда был на 2-5 см ниже мечевидного отростка грудины.  6. Прикрыть грудь пациента полотенцем или салфеткой.  7. Смазать зонд глицерином.  8. Взять зонд в руку как «писчее перо» и осторожно через нижний носовой ход ввести его на глубину 15-18 см.  9. Пальцем левой кисти определить положение зонда в носоглотке и прижать его к задней стенки глотки.  10. Слегка наклонить голову пациента вперед, попросить его пить маленькими глотками воду, заглатывая зонд, продвигаемый м/с.  **Если у пациента появился кашель, цианоз, выходит воздух из зонда во время выдоха, срочно подтянуть зонд назад и повторить процедуру.**  11. Ввести зонд до нужной метки и наложить зажим на  дистальный конец зонда. Проверить правильность введения зонда:  набрать в шприц воздух; присоединить шприц к зонду; поставить головку фонендоскопа на область желудка; снять зажим; ввести воздух через зонд в желудок под контролем фонендоскопа - вы услышите звуки, свидетельствующие о поступлении воздуха в желудок.  Значит, зонд находится в желудке.  Если звуков нет, необходимо зонд сместить.  12. Набрать пищу в шприц Жанэ и подсоединить его к зонду (или подсоединить ворону к зонду).  13. Пищу вливать в желудок небольшими порциями (30 мл), постепенно с интервалами между порциями в 1-3 мин.  14. Если используется воронка, то необходимо:  - опустить воронку до уровня желудка;  - наполнить ее питательной смесью;  - медленно приподнять ее выше уровня желудка;  - как только питательная смесь дойдет до устья воронки, опустить воронку до уровня желудка и снова наполнить ее питательной смесью.  15. По окончании кормления влить небольшое количество кипяченой воды для промывания зонда.  16. Отсоединить шприц Жанэ или воронку, поместить их в емкость с дезраствором.  17. Зонд закрыть заглушкой (в случае его дальнейшего использования по назначению врача) и зафиксировать его.  18. Помочь занять пациенту комфортное положение.  19. Снять перчатки, поместить их в дезраствор.  20. Вымыть и осушить руки.  21. Сделать отметку о проведении процедуры в медицинской документации.  **Педиатрия.** **Проведение ингаляций**  1. Проинструктировать пациента о поведении и дыхании во время процедуры;  2. Заполнить ёмкость ингалятора лекарством;  3. Усадить пациента у ингалятора;  4. Убедиться в его готовности.  1. Включить ингалятор.  2. Убедится в правильном поведении и дыхании пациента.  3. Вести наблюдение за пациентом.  4. В случае аллергических реакций (кашель, удушье) прекратить процедуру и вызвать врача.  1. Выключить ингалятор.  2. Снять наконечник и простерилизовать.  3. Предложить пациенту отдохнуть 10-15 мин.  4. Предупредить пациента о нежелательном курении, громком разговоре и охлаждении в течение 2-х часов.  **Терапия. Разведение и введение антибиотиков**  **Правила разведения антибиотиков:**  Растворители: 0,25% или 0,5% раствор новокаина, 0,9 % р-р натрия хлорида, стерильная вода для инъекций.  Наиболее популярным является антибиотик пенициллин (бензилпенициллина натриевая или калиевая соль). Он выпускается во флаконах по 250 000, 500 000, 1 000 000 ЕД. Дозируется в единицах действия.  Существует правило:  **В 1 мл раствора должно содержаться 100 000 ЕД пенициллина**  **Алгоритм действий медицинской сестры:**  1. Прочитайте на флаконе название лекарства, его дозировку, срок годности.  2. Отогните пинцетом металлический колпачок и обработайте спиртом резиновую пробку.  3. Наберите в шприц необходимое количество растворителя, проколите иглой большого диаметра пробку и введите растворитель во фла­кон.  4. Снимите флакон вместе с иглой с подигольного конуса и, встряхивая флакон, добивайтесь полного растворения порошка.  5. Наденьте иглу на подигольный конус.  4. Переверните флакон вверх дном, потяните поршень на себя — в шприц поступает лекарственное средство.  5. Набрав необходимое количество препарата, извлеките иглу из флакона.  Использованные шприц, иглу, шарики, перчатки выбросить в коробку безопасной утилизации   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Кормление пациента через зонд | | озн | | Проведение ингаляций | | озн | | Разведение и введение антибиотиков | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | **Содержание работы** | Оценка | Подпись |
| 02.06.2020 | **Хирургия.** **Обработка послеоперационных швов**  Для обработки послеоперационных швов необходимы:  пинцеты; бикс с перевязочным материалом; антисептические средства; 1% йодоната; 1:1000 фурацилина; 0,5% этиловый спирт; 0,5% хлоргексидина биглюконата; 70% этиловый спирт; 3% перекись водорода; 0,5% раствор перманганата калия.  Последовательность действий:  1. Помочь пациентке снять одежду и лечь на перевязочный стол.  2. Накрыть пациентку до пояса чистой простыней.  3. Налить в стерильные банки антисептические средства.  4. Снять старую повязку пинцетом вдоль раны, придерживая пинцетом с сухим шариком кожу, не давая ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% растворе перекиси водорода. Осмотреть рану и окружающую ее область. На 1-2-е сутки после операции края зашитой раны могут быть слегка отечны, но по цвету не должны отличаться от остальной кожи. Мелкие складки, свойственные данной области, также должны сохранять свой рисунок. Швы не должны врезаться в кожу. Места вколов и выколов иглы должны быть сухими, без каких-либо выделений.  5. Проводить туалет кожи в окружности раны стерильными шариками, смоченными 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата. Протирать кожу от краев раны к периферии. Обработать края раны промокательными движениями стерильным шариком, смоченным 1% раствором йодоната, затем шариком, смоченным 70% спиртом.  6. Сменить пинцет.  7. Наложить стерильные салфетки на раневую поверхность.  8. Зафиксировать стерильные салфетки клеевой или бинтовой повязкой, в зависимости от области поражения.  Если края раны покраснели, кожа напряжена, швы врезаются в края раны, а при пальпации определяется болезненность, то это говорит о наличии отека кожи и подкожной клетчатки, т. е. можно думать о начинающемся воспалительном процессе. В таких случаях после туалета кожи и смазывания краев раны йодонатом рекомендуется снять 1—2 шва в месте наибольшего отека и гиперемии и осторожно пуговчатым или желобоватым зондом раздвинуть края раны, чтобы выпустить скопившуюся там кровь, лимфу и т. п.  **Педиатрия. Введение газоотводной трубки**  1. Объяснить маме цель и ход прове­дения процедуры.  2. Подготовить оснащение.  3.Обработать руки гигиеническим способом, надеть фартук и стерильные резиновые перчатки.  4. Постелить на ровную поверхность клеенку и пеленку.  5. Взять газоотводную трубку, слепой конец смазать вазелиновым маслом.  6. Уложить ребенка на левый бок с прижатыми к животу ногами (до 6-ти месяцев - на спинку и поднять ножки).  7. Раздвинуть ятодицы пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в этом положении.  8. Пережав свободный конец газоотводной трубки, осторожно, не прилагая усилий ввести его в анус и продвинуть на 1-2 см по направлению к пупку, затем параллельно к позвоночнику.  9. Свободный конец газоотводной трубки опустить в емкость с водой.  10. [Помассажировать живот](https://studopedia.ru/4_73798_massazh-zhivota.html) ребенка поглаживающими круговыми движениями по направлению часовой стрелки.  11. По мере прекращения появления воздушных пузырьков в емкости с водой с помощью салфетки убрать газоотводную трубку.  12. После дефекации, ребенка следует подмыть, подсушить промокательны­ми движениями пеленкой и смазать естественные складки маслом. Одеть.  13. Убрать клеенку и пеленку, поместить в дезраствор.  14. Снять фартук, поместить в дезраствор.  15. Снять перчатки, сбросить в контейнер. Вымыть руки.  **Терапия.** **Выполнение внутривенного капельного введения лекарств**  **Подготовка к процедуре**.  1. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия.  2. Предложить пациенту опорожнить мочевой пузырь, учитывая длительность процедуры.  3. Вымыть рук .  4. Приготовить лекарственное средство. Убедиться в его соответствии назначению врача, в целостности емкости и отсутствии признаков его негодности. Нестерильным пинцетом вскрыть металлическую крышку флакона.  5. Приготовить систему для капельного введения растворов. Убедиться в целостности упаковки и отсутствии признаков негодности. Вскрыть упаковку нестерильными ножницами.  6. Надеть маску.  7. Тщательно вымыть руки с мылом тёплой проточной водой. Осушить индивидуальным полотенцем, предпочтительно одноразовым. Хорошо протереть руки спиртом или другим кожным антисептиком.  8. Взять со стерильного стола или упаковки со стерильным материалом стерильный лоток и стерильный пинцет, стерильным пинцетом взять из крафт – пакета или бязевой упаковки стерильные марлевые шарики (4 шарика) и стерильную салфетку. Над лотком полить шарики 70° спиртом или другим антисептиком, положить в лоток.  9. Стерильным влажным шариком протереть резиновую пробку флакона.  10. Заполнить капельную систему: правой рукой из упаковки достать систему, закрыть зажим. Снять колпачок с капельницы, ввести ее до упора во флакон. Открыть воздуховод. Перевернуть флакон и закрепить его на штативе. Заполнить капельницу, нажав на стенки, на ½ объема. Снять иглу с колпачком, не нарушая стерильность. Открыть зажим. Заполнить систему до полного вытеснения воздуха и появления жидкости из подигольного конуса. Надеть иглу, притереть ее. Проверить проходимость иглы, открыв зажим и выпустив несколько капель жидкости в колпачок. Расположить систему на штатив.  11. Доставить в палату манипуляционный столик с размещенным на нем необходимым оснащением (пластырь, стерильный лоток с шариками и стерильной салфеткой) и штатив для инфузионных вливаний.  12. Предложить /помочь пациенту занять удобное положение (выбор положения зависит от состояния пациента и вводимого препарата).  13. Надеть перчатки.  14. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой венепункции для избегания возможных осложнений.  15. Наложить жгут в средней трети плеча  **II. Выполнение процедуры.**  1. Обработать область венепункции марлевым шариком, смоченным антисептиком, или салфеткой движениями в одном направлении, определяя более наполненную вену. Затем другим шариком непосредственно место инъекции. Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько шариков, сколько нужно. Все использованные ватные шарики положить в рабочий лоток или непромокаемый пакет.  2. Повторно проверить проходимость иглы.  3. Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену (кончиками пальцев левой руки оттянуть кожу локтевого сгиба в сторону предплечья примерно на 5 см ниже места инъекции).  4. Пунктировать вену иглой с подсоединенной к ней системой на слабом токе жидкости. При появлении крови в канюле попросить пациента разжать кулак. Развязать/ослабить жгут.  5. Открыть винтовой зажим. Отрегулировать скорость поступления раствора (согласно назначению врача).  6. Закрепить иглу и систему лейкопластырем выше соединительной трубки. Прикрыть иглу стерильной салфеткой.  7. Наблюдать в течение нескольких минут, не появятся ли вокруг вены припухлость и болезненность.  8. Снять перчатки, положить их в непромокаемый пакет или рабочий лоток.  9. Обработать руки антисептиком.  10. Наблюдать за пациентом на протяжении всей процедуры.  **III. Окончание процедуры.**  1. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика), надеть перчатки.  2. Закрыть винтовой зажим. Прижать к месту инъекции стерильный шарик с кожным антисептиком. Извлечь иглу. Руку пациента согнуть в локтевом суставе на несколько минут до полной остановки кровотечени   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Обработка послеоперационных швов | | озн | | Проведение очистительной и лекарственной клизмы, введение газоотводной трубки | | озн | | Выполнение внутривенного капельного введения лекарств | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | **Содержание работы** | Оценка | Подпись |
| 03.06.2020 | **Хирургия.** **Уход за мочевым катетером**  **I Подготовка к процедуре:**  1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры.  2) Обеспечить конфиденциальность процедуры.  3) Опустить изголовье кровати.  4) Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами.  5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  6) Надеть перчатки.  **II Выполнение процедуры:**  1) Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем.  2) Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см.  3) Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает.  4) Осмотреть кожу промежности идентифицируя признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое).  5) Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута.  6) Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости.  **III Окончание процедуры:**  1) Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал  2) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  4) Уточнить у пациента его самочувствие.  5) Сделать соответствующую запись о выполнен- ной процедуре в медицинской документации.  **Педиатрия. Разведение и введение антибиотиков**  **Правила разведения антибиотиков:**  Растворители: 0,25% или 0,5% раствор новокаина, 0,9 % р-р натрия хлорида, стерильная вода для инъекций.  Наиболее популярным является антибиотик пенициллин (бензилпенициллина натриевая или калиевая соль). Он выпускается во флаконах по 250 000, 500 000, 1 000 000 ЕД. Дозируется в единицах действия.  Существует правило:  **В 1 мл раствора должно содержаться 100 000 ЕД пенициллина**  **Алгоритм действий медицинской сестры:**  1. Прочитайте на флаконе название лекарства, его дозировку, срок годности.  2. Отогните пинцетом металлический колпачок и обработайте спиртом резиновую пробку.  3. Наберите в шприц необходимое количество растворителя, проколите иглой большого диаметра пробку и введите растворитель во фла­кон.  4. Снимите флакон вместе с иглой с подигольного конуса и, встряхивая флакон, добивайтесь полного растворения порошка.  5. Наденьте иглу на подигольный конус.  4. Переверните флакон вверх дном, потяните поршень на себя — в шприц поступает лекарственное средство.  5. Набрав необходимое количество препарата, извлеките иглу из флакона.  Использованные шприц, иглу, шарики, перчатки выбросить в коробку безопасной утилизации  **Терапия.** **Постановка периферического венозного катетера**  1. Проверить целостность упаковки катетера, дату изготовления. 2. Обеспечить хорошее освещение при выполнении манипуляции. 3. Помочь пациенту лечь на спину, принять удобное положение. 4. Успокоить, объяснить ход предстоящейманипуляции. 5. Приготовить контейнер для утилизации острых предметов. 6. Вымыть руки и осушить их, [надеть резиновые перчатки](http://kbmk.info/blog/college/209.html). 7. Выбрать место предполагаемой катетеризации вены: наложить жгут на 10-15 см выше предполагаемой зоны катетеризации; попросить пациента поработать кистью; выбрать вену путем пальпации. 8. Обработать место катетеризации 700 спиртом двукратно, дать высохнуть. 9. Взять катетер и снять защитный чехол (если на чехле расположена дополнительная заглушка, чехол не выбрасывать, а держать его между пальцами свободной руки). 10. Зафиксировать вену, прижав ее пальцами ниже предполагаемого места введения катетера. 11. Ввести иглу катетера под углом 150 к коже, наблюдая за появлением крови в индикаторной камере. 12. Зафиксировать иглу-стилет, канюлю медленно до конца сдвинуть с иглы в вену (игла-стилет полностью из катетера пока не удаляется). 13. Снять жгут. Примечание. Не допускать введения иглы-етилета в катетер после смещения его в вену. 14. Пережать вену пальцем выше места введения катетера для снижения кровотечения. 15. Окончательно удалить иглу из катетера; утилизировать иглу. 16. Снять заглушку и присоединить инфузионную систему. 17. Убрать палец с вены. 18. Зафиксировать катетер с помощью фиксирующей повязки (лейкопластыря).   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Уход за мочевым катетером | | озн | | Разведение и введение антибиотиков | | озн | | Постановка периферического венозного катетера | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | **Содержание работы** | Оценка | Подпись |
| 04.06.2020 | **Хирургия. Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке**    1) Прекратить введение аллергена, наложение жгута проксимальнее места введения аллергена;  2) Обколоть место инъекции (или укуса) 0,5 мл 0,1% адреналина гидрохлорида (в разведении с изотоническим раствором на­трия хлорида 1:10), положить лед (кусочек).  3) Обеспечить проходимость дыхательных путей; при невоз­можности интубации трахеи – коникотомия.  4) Придать ногам возвышенное положение  5) Ингаляция 100% кислорода (не более 30 минут); обеспечить доступ к вене.  6) Если аллергическая реакция развилась на введение пенициллина, ввести 1000000 ЕД пенициллиназы в 2 мл изотонического раствора натрия хлорида.  7) Начать внутривенное струйное введение жидкости (полиглюкин, реополиглюкин, 0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы).  8) Ввести адреналин 1 мл в 20 мл любого раствора внутри­венно (при необходимости повторить).  9) При распространении отека на область гортани ввести адреналин эндотрахеально 2-3 мл в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида.  10) Ввести глюкокортикоидные гормоны внутривенно (преднизолон 90-120 мг или гидрокортизона гемисукцинат 300-600 мг (в капельницу или струйно); при неэффективности – повторить.  11) Ввести внутривенно 2 мл 1% раствора димедрола или 1-2 мл раствора супрастина в/м.  12) При появлении признаков сердечной недостаточности ввести коргликон - 1 мл 0,06% раствора в изотоническом растворе хлорида атрия, лазикс (фуросемид) 40-60 мг внутривенно струйно быстро в изотоническом растворе натрия хлорида.  13) При бронхоспазме ввести внутривенно медленно 10 мл 2,4% раствора эуфиллина.  14) После стабилизации состояния – транспортировка в стационар.  15) При необходимости – сердечно-лёгочная реанимация.  **Педиатрия.** **Взятие крови из вены для биохимического исследовании**  1. Объяснить маме и ребенку цель и ход процедуры получить согласие  2. Вымыть руки, высушить, надеть маску, очки или пластиковый экран, перчатки, обработав их спиртом.  3. Собрать стерильный шприц с иглой и положить на стерильный лоток.Уточнить у пациента, не принимал ли он пищу.  4. Выше локтевого сгиба, поверх одежды или салфетки, наложить резиновый жгут. (у новорожденных берут кровь из вен на голове, мать держит ребенка при напряжении вены надуваются, жгут не нужен)  5. Прощупать пульс на лучевой артерии (он должен быть сохранен).  6. Предложить пациенту сжать-разжать кулак, затем зажать.  7. Пропальпировать вену и обработать левой рукой стерильным спиртовым шариком снизу вверх широко, затем другим - узко.  8. Третий шарик со спиртом зажать в левой руке.  9. Большим пальцем левой руки натяните кожу вниз, ниже места пункции, за-фиксируйте вену  10. Взять шприц в правую руку и пропунктировать вену, потянув поршень на себя левой рукой, убедитесь, что игла в вене и набрать 5-10 мл крови (медленно).  11. Развязать жгут и разжать кулак.  12. Слегка прижать к месту пункции третий ватный шарик, смоченный спиртом, и быстрым движением извлечь иглу из вены.  10. Предложить пациенту согнуть руку в локтевом сгибе на 3-5 минут.  11. Кровь аккуратно перелить по стенке в пробирку и закрыть пробкой.  12. Написать на пробирке номер пациента, соответствующий в направлении.  15. Продезинфицировать использованные ватные шарики, шприц, иглу.  16. Пробирки с кровью поместить в штатив, а затем в контейнер. Отдельно положить в полиэтиленовый пакет направления.  17. Снять перчатки, замочить в дезинфицирующем растворе.  18. Вымыть руки.  19. Материал для исследования доставить в лабораторию.  **Терапия. Введение инсулина.**  1. Объясните пациенту цель и ход процедуры и получите его согласие на проведение.  2. Проведите деконтаминацию рук на гигиеническом уровне, обработайте их кожным антисептиком, наденьте перчатки.  3. Прочитайте надпись на флаконе название, дозу, срок годности, сверьте с листом назначений.  4. Проведите визуальный контроль качества флакончика с инсулином. Обратите внимание на концентрацию препарата, т.е. на число ЕД инсулина в 1 мл. Внимательно изучите маркировки инсулина и шприца. Рассчитайте сколько единиц инсулина содержится в одном делении шприца, исходя из концентрации.  5. Покатайте между ладонями флакон с инсулином продленного действия в течение 3-5 минут, чтобы раствор стал равномерно мутным (не встряхивать!). Инсулин короткого действия прозрачный, его перемешивать не нужно.  6. Подогрейте флакончик с инсулином до температуры тела 360- 370 С в водяной бане.  7. Возьмите инсулиновый шприц в упаковке. Проверьте срок годности и герметичность упаковки. Вскройте упаковку, соберите шприц.  8. Вскройте пинцетом металлическую обкатку флакона.  9. Обработайте резиновую пробку ватным шариком со спиртом двукратно, отставьте флакончик в сторону, дайте высохнуть спирту.  10. Возьмите в руки инсулиновый шприц, оттяните поршень шприца на сколько, сколько ЕД необходимо набрать. При этом в шприц набирается воздух. Количество воздуха должно равно вводимой дозе инсулина.  11. Введите набранный Вами воздух во флакон с инсулином.  12. Предложите пациенту лечь или сесть.  13. Обработайте место инъекции последовательно двумя ватными шариками, смоченными спиртом: вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции. Дайте коже высохнуть.  14. Снимите колпачок со шприца, перед введением его выпустите воздух и доведите количество инсулина до нужной дозы.  15. Возьмите шприц в правую руку.  16. Соберите I и II пальцами левой руки обработанный участок кожи в треугольную складку основанием вниз.  17. Введите быстрым движением иглу под углом 300 – 450 в середину подкожно - жирового слоя на длину иглы в основание складки, держа ее срезом вверх.  18. Освободите левую руку, опустите складку.  19. Вводите инсулин медленно, проверив, не попала ли игла в кровеносный сосуд...  20. Быстрым движением извлеките иглу, приложите сухой стерильный ватный шарик к месту инъекции. Снимите перчатки.  21. Накормите пациента.  22. Поместите использованный шприц, ватные шарики, перчатки в КБУ.  23. Вымойте и осушите руки.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке и при других острых аллергических реакциях | | озн | | Забор крови для биохимического и гормонального исследования | | озн | | Введение инсулина. | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | **Содержание работы** | Оценка | Подпись |
| 05.06.2020 | **Хирургия.** **Проведение премедикации**  **Утренняя премедикация проводится за 30 – 40 мин до операции (перед экстренными операциями можно за 15 – 20 мин):**  1. Больному предлагают справить свои физиологические потребности, снять часы, съемные протезы, кольца, бреют операционное поле сухим методом.  2. В постели больному вводят следующие лекарственные вещества или их сочетания:  - наркотические анальгетики (1 мл 1% раствора промедола, пантопона, омнопона внутримышечно);  - десенсибилизирующие (1 мл 1% раствора димедрола внутримышечно, 1 мл 1% раствора супрастина внутримышечно);  - М-холинолитики (1 мл 0,1% раствора атропина внутримышечно, подкожно, 1 мл 0,2% раствора платифилина подкожно);  **По необходимости:**  - транквилизаторы малые (0,005 г внутрь, 1 мл 0,5% раствора реланиума внутримышечно);  - транквилизаторы большие или нейролептики (1 мл 0,25% раствора дроперидола внутримышечно).  После премедикации больному запрещают вставать.  **Педиатрия.** **Обработка слизистой полости рта при стоматите**  **Алгоритм действия:**  1. Объясните маме цель и ход проведения процедуры  2. Подготовьте оснащение  3. Обработайте руки гигиеническим способом, наденьте перчатки  4. На второй палец правой руки обмотайте марлевую салфетку, кончик которого необходимо зафиксировать большим пальцем  5. Большим пальцем левой руки осторожно надавите на подбородок и откройте рот ребенку (при необходимости примените шпатель)  6. Салфетку промокнуть в готовом растворе и промокательными движениями обработайте полость рта.  **Примечание:** Наберите в стерильный резиновый баллончик один из растворов для обработки полости рта.   1. Орошайте слизистую так, чтобы вода стекала в лоток. Проводите данную процедуру пе­ред и после каждого кормления. 2. После орошения перед кормлением смажьте слизистые полости рта анестезиновой мазью с целью обезболивания.   **При обработке полости рта следует соблюдать следующие правила:**   * 1. Обрабатывать слизистую полости рта только промокательными движениями.   2. Температура лекарственного раствора должна быть 37-36гр.С.   3. Обработку полости рта проводить не менее 4-5 раз в сутки (лучше после каждого кормления).   4. В острый период использовать растворы меньшей концентрации по сравнению с концентрацией лечебного раствора в период заживления.   **Терапия. Введение гепарина**   1. Объясните пациенту ход проведения манипуляции, получите от него согласие. 2. Наденьте чистый халат, маску, обработайте руки на гигиеническом уровне, наденьте перчатки. 3. Прочитайте название, дозировка в 1 мл раствора гепарина 5 000 ЕД. 4. Посмотрите дату, срок годности – должен соответствовать. 5. Проверить целостность упаковки. 6. Вскройте упаковку с выбранным шприцом, выложите его в стерильный лоток. 7. Вскройте алюминиевую крышку, обрабатывая её 70 % спиртом двукратно. 8. 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. 9. Смените иглу. Выпустите воздух из шприца. 10. Положите шприц на стерильный лоток, приготовьте 2 ватных шарика, смоченных 70% спиртом. 11. Выберите место для инъекции (осмотрите, пропальпируйте). 12. Обработайте кожу сначала 1м ватным шариком большую зону, затем 2м - место укола и зажмите его в левой руке за мизинцем. 13. Соберите кожу в складку треугольной формы левой рукой. 14. Введите иглу в основание складки под углом 45 ° на глубину 1-2 см (на 2/3 иглы), держа шприц в правой руке. 15. Введите гепарин, надавливая на поршень большим пальцем левой руки. 16. Прижмите место укола ватным шариком и извлеките иглу, придерживая ее за канюлю (сильно надавливать и массировать нельзя). 17. Сбросьте одноразовый шприц и иглу в ёмкости c 3% хлорамином на 60 мин. 18. Снимите перчатки, поместите вёмкость с дезинфицирующим раствором. 19. Вымойте и осушитеруки.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Проведение премедикации | | озн | | Обработка слизистой полости рта при стоматите | | озн | | Введение гепарина. | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | **Содержание работы** | Оценка | Подпись |
| 06.06.2020 | **Хирургия.** **Надевание стерильного халата**  1. Медицинская сестра обрабатывает руки гигиеническим способом.  2. Используя ножную педаль, открывает крышку бикса.  3. Проверяет вид индикатора на стерильность (цвет согласно эталона) и достает 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 делает 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 алгоритма, чтобы они закрывали тесемки рукавов.  **Педиатрия. Применение пузыря со льдом.**  **. Подготовка к процедуре:**  Приготовьте оборудование:  · пузырь для льда.  · лед в лотке.  · ложка,  · емкость с водой (14-16°С),  · полотенце  1. Объясните пациенту ход предстоящей процедуры, получите согласие па проведение процедуры.  2. Заполните пузырь мелко наколотым льдом, долейте воды, вытесните воздух, завинтите пробку. Проверьте герметичность, перевернув пузырь крышкой вниз.  **II. Выполнение процедуры:**  1. Оберните пузырь со льдом полотенцем, и положите на нужный участок тела.  2. Через 20-30 минут обязательно снимите пузырь и сделайте перерыв на 10-15 минут.  **III. Окончание процедуры:**  1. Уберите пузырь для льда, вылейте воду из него и продезинфицируйте пузырь. Спросите у больного о его самочувствии.  2. Вымойте и осушите руки (с использованием мыла или антисептика).  3. Сделайте отметку о выполнении манипуляции в листе динамического наблюдения за пациентом.  **Терапия. Забор крови вакутейнером.**   1. Подготовьте пробирки, соответствующие заявленным тестам или необходимым пациенту лабораторным исследованиям, иглу, держатель, спиртовые салфетки или ватный тампон, пластырь. 2. Наложите пациенту жгут на рубашку или пеленку на 7-10 см выше места венепункции. Попросить пациента сжать кулак. 3. Выберите место венепункции. 4. Возьмите иглу и снимите колпачок со стороны мембраны из резины. Вставьте иглу в держатель и завинчивайте до упора. 5. Продезинфицируйте место венепункции марлевой салфеткой. 6. Снимите защитный колпачок с другой стороны. Введите вакуумную систему «держатель-игла» в вену в соответствии с алгоритмом обычного взятия крови с помощью шприца. 7. Вставьте пробирку до упора в держатель. 8. Жгут необходимо снять или ослабить сразу же после начала поступления крови в вакутейнер. 9. После остановки поступления крови пробирку извлекают из держателя. Мембрана приходит в исходное положение, ток крови по игле перекрывается. При необходимости к держателю можно подсоединять другие пробирки для забора нужного объема крови.. 10. После заполнения последней пробирки отсоедините ее от держателя и выньте систему «держатель-игла» из вены. 11. На место пункции прикладывается стерильная салфетка/ватный шарик, смоченный антисептиком, или наклеивается бактерицидный пластырь. 12. Пробирки маркируются и помещаются в специальный контейнер для транспортировки в лабораторию.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Надевание стерильного халата и перчаток на себя | | озн | | Применение пузыря со льдом | | озн | | Проведение забора крови из вены на биохимическое  исследование с помощью вакутейнера | | озн | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | **Содержание работы** | Оценка | Подпись |
| 08.06.2020 | **Хирургия.** **Набор инструментов для трахеостомии**   1. Стерильный материал 2. Перчатки, маска 3. Лейкопластырь 4. Антисептик 5. Р-р новокаина 6. Перекись водорода 3% 7. Р-р калий марганец 8. Стерильный лоток, нестерильный лоток 9. Шприцы 10. Кровеостанавливающий зажим 11. Трахеорасширитель Труссо 12. Иглодержатель 13. Пуговичный зонд 14. Пинцет 15. Ножницы 16. Скальпель 17. Трахеостомическая трубка 18. Иглы   **Педиатрия. Закапывание капель в ухо**  1. Проинформировал пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.  2. Приготовил необходимое оснащение: - перчатки; - ватные жгутики; - стерильная пипетка; - стерильный лоток; - нестерильный лоток.  3.Уложил или усадил пациента, повернув голо­ву на здоровую сторону.  4. Вымыл руки бытовым способом, осушил, надел перчатки.  5. При наличии отделяемого из уха очистил слуховой ход ватными жгутиками.  6. Набрал капли в пипетку и кап­нул одну каплю на тыльную по­верхность своего лучезапястного сустава (проверка температуры капель).  7. Выпрямил наружный слуховой проход: а) если ребенок до года оттянуть мочку уха вниз; б) если ребенок старше года - оттянуть ушную раковину кзади и вверх.  8.Ввел пипетку в наружный слуховой проход и закапал по наружной стенке назначенное врачом количество капель лекарственного средства.  9. Положил пипетку в лоток для отработанного материала.  10. Нажал несколько раз на козелок уха ребенка (при невыраженном болевом синдроме).  11. Заложил в ухо ватный жгутик на 10-15 минут.  12. Предупредил ребенка/родствен­ников, что в течение 10-15 минут го­лова должна оставаться повернутой на здоровую сторону.  13. Снял перчатки, вымыл и осушил руки.  **Терапия.** **Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке**  1. Прекратить введение препарата, вызвавшего шок, если игла в вене ее не вынимать, подсоединить шприц с физиологическим раствором и терапию проводить через эту иглу.  2. Сообщить врачу отделения реанимации.  3. Уложить больного в горизонтальное положение с приподнятым ножным концом. Тепло укрыть. Положить голову набок, выдвинуть челюсть вперед при западении языка.  4. Измерить пульс, АД, поставить термометр.  5. Наложить жгут на место выше введения препарата, если это возможно.  6. Провести осмотр кожных покровов.  7. Обеспечить доступ свежего воздуха или дать кислород. При выраженной дыхательной недостаточности - ИВЛ.  8. Положить лед на место инъекции.  9. Приготовить систему для внутривенных вливаний с 400 мл физиологического раствора 2,5 и 10 мл шприцы 5 - 6 штук, ампулы с адреналином, димеролом, преднизолоном.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Кол-во | | Составить набор инструментов для трахеостомии | | озн | | Закапывание капель в ухо | | озн | | Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке и при других острых аллергических реакциях | | озн | |  |  |

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

По разделу: Сестринский уход в хирургии (стационар)

Ф.И.О. обучающегося \_\_\_\_\_Франц Надежды Сергеевны

Группы 408 специальности Сестринское дело

408

Проходившего (ей) преддипломную практику с 11.05.2020 по 08.06.2020г

За время прохождения практики мною выполнены следующие виды работ:

1. Цифровой отчет

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | Виды работ | **Количество** |
|  | Измерение артериального давления, числа сердечных сокращений, пульса и анализ состояния пациента. | ознакомлена |
|  | Подача увлажненного кислорода пациенту | ознакомлена |
|  | Уход за стомами | ознакомлена |
|  | Наложение давящей повязки при венозном кровотечении | ознакомлена |
|  | Обработка гнойной раны | ознакомлена |
|  | Профилактика пролежней | ознакомлена |
|  | Надевание стерильных перчаток | ознакомлена |
|  | Составить набор инструментов для первичной хирургической обработки ран | ознакомлена |
|  | Накладывать и снимать повязки :   * Чепец * Уздечка * Колосовидная на плечевой сустав * Дезо * На культю * На один глаз, на оба глаза | ознакомлена |
|  | Составить набор инструментов для трахеостомии | ознакомлена |
|  | Наложение кровоостанавливающего жгута | ознакомлена |
|  | Обработка подключичного катетера | ознакомлена |
|  | Накрывать стерильный стол | ознакомлена |
|  | Кормление пациента через зонд | ознакомлена |
|  | Обработка послеоперационных швов. | ознакомлена |
|  | Уход за мочевым катетером | ознакомлена |
|  | Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке и при других острых аллергических реакциях | ознакомлена |
|  | Проведение премедикации | ознакомлена |
|  | Надевание стерильного халата и перчаток на себя | ознакомлена |
|  | Катетеризация мочевого пузыря | ознакомлена |

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

По разделу: Сестринский уход в педиатрии (стационар)

Ф.И.О. обучающегося \_\_\_\_\_Франц Надежды Сергеевны

Группы 408 специальности Сестринское дело

408

Проходившего (ей) преддипломную практику с 11.05.2020 по 08.06.2020г

За время прохождения практики мною выполнены следующие виды работ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | Виды работ | **Количество** |
|  | Подача кислорода через маску и носовой катетер | ознакомлена |
|  | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | ознакомлена |
|  | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления | ознакомлена |
|  | Обработка естественных складок новорожденного ребенка | ознакомлена |
|  | Кормление новорожденных через зонд | ознакомлена |
|  | Введение капель в глаза, нос, уши, | ознакомлена |
|  | Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка. | ознакомлена |
|  | Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку | ознакомлена |
|  | Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария | ознакомлена |
|  | Антропометрия | ознакомлена |
|  | Проведение контрольного взвешивания | ознакомлена |
|  | Пеленание | ознакомлена |
|  | Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку | ознакомлена |
|  | Мытье рук, надевание и снятие перчаток | ознакомлена |
|  | Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей. | ознакомлена |
|  | Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований | ознакомлена |
|  | Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь | ознакомлена |
|  | Проведение ингаляций | ознакомлена |
|  | Проведение очистительной и лекарственной клизмы, введение газоотводной трубки | ознакомлена |
|  | Разведение и введение антибиотиков | ознакомлена |
|  | Забор крови для биохимического и гормонального исследования | ознакомлена |
|  | Обработка слизистой полости рта при стоматите | ознакомлена |
|  | Применение пузыря со льдом | ознакомлена |
|  | Закапывание капель в ухо | ознакомлена |
|  | Обработка глаз | ознакомлена |

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

По разделу: Сестринский уход в терапии (стационар)

Ф.И.О. обучающегося \_\_\_\_\_Франц Надежды Сергеевны

Группы 408 специальности Сестринское дело

408

Проходившего (ей) преддипломную практику с 11.05.2020 по 08.06.2020г

За время прохождения практики мною выполнены следующие виды работ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | Виды работ | **Количество** |
|  | Сбор мочи для анализов: общий, по Нечипоренко, по  Зимницкому, на бак. посев. | ознакомлена |
|  | Сбор кала на анализы: на яйца паразитов, на  копрологическое исследование, на скрытую кровь. | ознакомлена |
|  | Утренний туалет тяжелобольного пациента: умывание,  подмывание, уход за глазами, ушами, полостью рта,  кожей. | ознакомлена |
|  | Смена постельного белья | ознакомлена |
|  | Кормление тяжелобольного в постели. | ознакомлена |
|  | Измерение температуры тела с графической регистрацией. Подсчет пульса. Подсчет частоты  дыхания. Измерение артериального давления. | ознакомлена |
|  | Обучение пациентов правилам проведения ингаляций, в том числе, небулайзерных. | ознакомлена |
|  | Подача увлажненного кислорода пациенту | ознакомлена |
|  | Подготовка пациента и проведение дуоденального  зондирования | ознакомлена |
|  | Постановка очистительной клизмы | ознакомлена |
|  | Постановка гипертонической клизмы | ознакомлена |
|  | Постановка масляной клизмы | ознакомлена |
|  | Постановка сифонной клизмы | ознакомлена |
|  | Постановка периферического венозного катетера | ознакомлена |
|  | Оказание сестринской помощи при неотложных  состояниях(желудочное кровотечение, приступ удушья при бронхиальной астме, приступ загрудинных болей при стенокардии) | ознакомлена |
|  | Выполнение различных видов инъекций:  -подкожные,  -внутримышечные,  -внутривенные струйные | ознакомлена |
|  | Выполнение внутривенного капельного введения  лекарств | ознакомлена |
|  | Разведение и введение антибиотиков | ознакомлена |
|  | Введение инсулина. | ознакомлена |
|  | Введение гепарина. | ознакомлена |
|  | Проведение забора крови из вены на биохимическое  исследование с помощью вакутейнера | ознакомлена |
|  | Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке и при других острых аллергических реакциях | ознакомлена |
|  | Постановка согревающего компресса | ознакомлена |

2. Текстовой отчет

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

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

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

Я хорошо овладел(ла) умениями \_\_\_внутривенное введение лекарственных средств, наложение повязок,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Недостаточно освоены все компетенции освоены в полной мере

Замечания и предложения по прохождению практики

Замечаний и предложений нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Студент **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Франц Н.С**.**

подпись (расшифровка)

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

подпись (расшифровка)

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

подпись (расшифровка)

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

подпись (расшифровка)

М.П.организации

