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) 4 курса 409 группы

специальности 34.02.01.Сестринское дело

очной формы обучения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тарбанова Ангелина Евгеньевна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

База производственной практики: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Руководители практики:

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

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

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

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

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

Методический руководитель: Филенкова Надежда Леонидовна

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

###### Инструктаж по технике безопасности

1. Перед началом работы в отделении стационара или поликлиники необходимо переодеться. Форма одежды: медицинский халат, медицинская шапочка, медицинская маска, сменная обувь (моющаяся и на устойчивом каблуке), при необходимости сменная хлопчатобумажная одежда (при работе в оперблоке, блоке интенсивной терапии, в реанимационном и хирургическом отделении). Ногти должны быть коротко острижены, волосы убраны под шапочку, украшения не должны касаться одежды. Кроме того, украшения запрещается носить в учреждениях педиатрического профиля.При повреждении кожи рук, места повреждений должны быть закрыты лейкопластырем или повязкой.  
2. Требования безопасности во время работы:  
1. Всех пациентов необходимо рассматривать как потенциально инфицированных ВИЧ-инфекцией и другими инфекциями, передающимися через кровь. Следует помнить и применять правила безопасности для защиты кожи и слизистых при контакте с кровью и жидкими выделениями любого пациента.   
2. Необходимо мыть руки до и после любого контакта с пациентом.   
3. Работать с кровью и жидкими выделениями всех пациентов только в перчатках.  
4. Сразу после проведения инвазивных манипуляций дезинфицировать инструменты, приборы, материалы в соответствии с требованиями санитарно-противоэпидемического режима. Не производить никакие манипуляции с использованными иглами и другими режущими и колющими инструментами, сразу после использования – дезинфицировать их.  
5. Пользоваться средствами защиты глаз и масками для предотвращения попадания брызг крови и жидких выделений в лицо (во время хирургических операций, манипуляций, катетеризаций и других лечебных процедур).  
6. Рассматривать всё бельё, загрязнённое кровью или другими жидкими выделениями пациентов, как потенциально инфицированное.  
7. Рассматривать все образцы лабораторных анализов как потенциально инфицированные. Транспортировку биоматериала осуществлять в специальных контейнерах.

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

Печать ЛПУ

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 12.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **1. Алгоритм: Постановка сифонной клизмы**  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен. 2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, фартук, перчатки. 3. Поставил таз около кушетки. Положил на кушетку адсорбирующую пеленку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод. 4. Попросил пациента принять правильное положение, при необходимости помог пациенту. 5. Вскрыл упаковку с толстым зондом, и воронкой. Обработал перчатки антисептическим раствором. 6. Взял в руку зонд, смазал слепой конец зонда вазелиновым маслом. Ввел закругленный конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см. 7. Присоединил воронку к другому концу зонда, держал ее слегка наклонно на уровне ягодиц пациента. 8. Налил в воронку 0,5-1 л воды. Емкость с чистой водой стоит так, чтобы в нее не попали брызги промывных вод. Поднял воронку выше ягодиц так, чтобы вода ушла в кишечник до устья воронки. 9. Опустил воронку ниже ягодиц, не переворачивая до тех пор, пока вода из кишечника не заполнила воронку полностью. 10. Слил воду из воронки в приготовленную емкость (при необходимости в лабораторную посуду для исследования). Промывание повторял до чистых промывных вод, с использованием не более 10-12 л воды. 11. Отсоединил воронку, оставил зонд в кишечнике на 10-20 минут. Воронку погрузил в емкость для дезинфекции. 12. Извлек зонд из кишечника через салфетку или туалетную бумагу. Помог пациенту провести туалет анального отверстия. У женщин обязательно кзади. Зонд и салфетку положил 13. Промывные воды слил в канализацию. Адсорбирующую пеленку сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». 14. Все использованные емкости подверг дезинфекции. Обработал рабочие поверхности и фартук. 15. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук  **2 Введение капель в глаза, нос, уши,**  **Закапывание капель в нос:**  1. Усадить пациента со слегка запрокинутой головой или уложить на спину без подушки.  2. Вымыть руки, надеть перчатки.  3. Набрать в пипетку лекарственный раствор из флакона в объеме достаточном для проведения процедуры.  4. Наклонить голову пациента к правому плечу, если пациент сидит, повернуть вправо - если лежит.  5. Приподнять кончик носа пациента большим пальцем левой руки.  6. Ввести пипетку в правый носовой ход на глубину 1-1,5 см, стараясь не касаться слизистой носа и закапать 3-4 капли.  7. Аналогично через 20-30 секунд закапать лекарственный раствор в левый носовой ход.  8. Провести дезинфекцию пипетки.  9. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим средством, вымыть руки.  **Закапывание капель в ухо**  1. Поставить флакон с лекарственным раствором в емкость с горячей водой и подогреть до температуры тела (36-37°С).  2. Уложить пациента на бок.  3. Вымыть руки, надеть перчатки.  4. Набрать в пипетку лекарственный раствор.  5. Проверить температуру лекарственного раствора (нанести раствор на тыльную поверхность ладони).  6. Оттянуть левой рукой ушную раковину верх и назад (для выпрямления наружного слухового прохода).  7. Закапать 2-3 капли лекарственного раствора в ухо.  8. При наличии перфорации барабанной перепонки слегка надавить несколько раз на козелок с целью распределения лекарственного препарата в барабанной полости.  9. Ввести в наружный слуховой проход пациента марлевый тампон.  10. Попросить пациента полежать в данном положении 10-15 минут.  11. Спросить пациента о самочувствии.  12. Аналогично закапать лекарственный раствор в другое ухо.  13. Провести дезинфекцию предметов ухода.  14. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим средством, вымыть руки.  Осложнение: ожог слизистой оболочки барабанной перепонки и барабанной полости.  **Закапывание капель в глаза**  1. Усадить пациента или уложить на спину без подушки лицом к источнику- света со слегка запрокинутой головой.  2. Вымыть руки, надеть перчатки.  3. Набрать правой рукой в пипетку лекарственный раствор.  4. Взять в левую руку стерильный марлевый шарик.  5. Попросить пациента посмотреть вверх.  6. Оттянуть нижнее веко левой рукой с помощью марлевого шарика.  7. Закапать в нижний конъюктевальный мешок 1-2 капли лекарственного раствора ближе к носу (не подносить пипетку близко к конъюнктиве!).  8. Попросить пациента закрыть глаза и повращать глазное яблоко для равномерного распределения лекарственного раствора.  9. Промокнуть шариком остатки капель у внутреннего угла глаза.  10. Аналогично закапать капли в другой глаз.  11. Спросить пациента о самочувствии.  12. Поместить весь использованный материал в соответствующие емкости с дезинфицирующими средствами.  13. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим средством, вымыть руки.  Примечание:  1. Для каждого лекарственного препарата нужна отдельная пипетка;  2. Флаконы с лекарственным раствором, если они хранятся в холодильнике, необходимо вынуть не менее, чем за 2 часа до применения.  **3. Приготовление и наложение транспортных шин**  1. шины накладывать на месте происшествия, не перенося пациента  2. использовать стандартные шины: лестничные металлические Крамера, деревянные Дитерихса, пластмассовые, пневматические  3. перед наложением шины следует ввести пострадавшему анальгетики (можно наркотические) и объяснить ему предстоящие действия  4. следует фиксировать шиной не менее двух суставов, соседних с местом перелома, а при переломах плеча и бедра – не менее трёх суставов  5. моделирование шин осуществлять по здоровой конечности пациента  6. шины накладывать поверх одежды и обуви, не снимая их, а при подозрении на открытый перелом следует разрезать одежду по шву и осмотреть место травмы  7. при наличии раны неотложную помощь начинать с проведения временного гемостаза, наложив жгут или асептическую давящую повязку  8. при повреждении конечности следует придать ей функционально выгодное положение (физиологическое)  9. фиксирование шины следует выполнять бинтами, начиная с места перелома и далее от периферии к центру  10. при вывихах иммобилизацию следует проводить в положении конечности с наименьшей болезненностью  11. при переломах и вывихах необходимо проверить пульс на артериях повреждённой конечности и её чувствительность ниже повреждения  12. при отсутствии стандартных транспортных шин следует использовать подручные средства: палки, дощечки, картон, пучки хвороста, рейки, бруски, лыжи, лопаты  13. при отсутствии средств иммобилизации необходимо осуществить аутоиммобилизацию – прибинтовать повреждённую руку к туловищу, а ногу к здоровой ноге   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Постановка сифонной клизмы |  | |  | 2. Введение капель в глаза, нос, уши,  Закапывание капель в нос: |  | |  | 3. Приготовление и наложение транспортных шин |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 13.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **1. Алгоритм: Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции.**  1. Собрал набор инструментов и медикаментов для Проведения манипуляции .2. Доброжелательно и уважительно представился. Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, уточнил аллергологический анамнез, и получил информированное согласие. 3. Пригласил пациента в манипуляционный кабинет и усадил на стул в «позе наездника» 4. Провел гигиеническую обработку рук. 5. Надел стерильные перчатки 6. Подготовил инструменты и медикаменты для проведения обезболивания и пункции 7. Подготовил ампулы, набрал анестетик в шприц и сменил иглу. 8. Обработал большое, малое инъекционное поле и подал шприц врачу 9. После полного обезболивания обработал операционное поле для проведения пункции троекратно: спиртом, йодом и вновь спиртом. 10. Достал иглу ДЮФО и наложил зажим на трубку иглы, подал иглу с зажимом врачу. 11. Присоединил к канюле шприц Жане и по команде врача снимал и накладывал зажим 12. Плевральную жидкость вылил в стерильный контейнер с соблюдением мер предосторожности 13. Остальную плевральную жидкость вылил в емкость с дезраствором. 14. Одновременно с удалением иглы из плевральной полости наложил на место прокола окклюзионную. 15. Плевральную жидкость с направлением отправил в лабораторию. 16. Отходы собрал в пакет для отходов класса «Б  **2.** **Пеленание**  1. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки. Обработал пеленальный стол, снял перчатки и поместил в емкость для отходов класса «Б»  2. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение  3. Обработал руки, надел стерильные перчатки  4. Уложил на пеленальном столе пеленки послойно (снизу вверх: фланелевая, тонкая и подгузник) приготовил распашонки, тонкую вывернул швами наружу  5. Распеленал ребенка в кроватке (при необходимости подмыли осушил), положил на пеленальный стол  6. Надел на ребенка тонкую распашонку разрезом назад, а фланелевую – разрезом вперед  7. Надел треугольный (одноразовый) подгузник, проведя широкий угол между ножек ребенка, а узкие концы обернул вокруг туловища.  8. Завернул ребенка в тонкую пеленку, проведя один край между ножек, в другим обернул ребенка. Нижний край пеленки подвернул (оставив место для свободного движения ножек) и зафиксировал пеленку, расположив «замочек» спереди  9. Завернул ребенка в теплую пеленку, расположивее верхний край на уровне козелка ребенка. Зафиксировал нижний край пеленки на уровне середины плеч ребенка, «замочек» расположил спереди  10. Уложил ребенка в кроватку, протер рабочую поверхность стола дез.раствором  11. Снял перчатки, маску поместил их в емкость длясбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **3. Остановка артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности в суставе**  1При кровотечении из подключичной, подмышечной, плечевой артерий: оба плеча пациента отвести назад до возможного их соприкосновения и зафиксировать в таком положении с помощью жгута, ремня или косынки над локтевыми суставами;  2. При кровотечении из артерий кисти и предплечья: в локтевой сгиб поместить ватно- марлевый валик, максимально согнуть верхнюю конечность пациента в локтевом суставе и зафиксировать плечо и предплечье на уровне средней трети с помощью жгута, ремня или косынки;  3. При кровотечении из артерий голени, стопы, подколенной артерии: в подколенную ямку поместить ватно-марлевый валик, максимально согнуть конечность в коленном суставе и зафиксировать конечность в таком положении с помощью жгута, ремня или косынки;  4. При кровотечении из бедренной артерии: в паховую область поместить ватно-марлевый валик, максимально согнуть нижнюю конечность пациента в тазобедренном суставе и зафиксировать бедро к туловищу с помощью жгута, ремня или косынки.  4. Прикрепить записку с указанием времени, фамилии и инициалов лица, оказавшего помощь.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции. |  | |  | 2. Пеленание |  | |  | 3. Остановка артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности в суставе |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | | Оценка | | Подпись |
| 14.05.2020 | **1.Алгоритм: Разведение и введение антибиотиков**  1. Ознакомился с назначением врача .2. Пригласил и проинформировал пациента. Выяснил аллергоанамнез. Получил согласие на проведение процедуры.3. Провел гигиеническую обработку рук (студент проговаривает, но не выполняет). Надел маску. Надел перчатки.4. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.5. Подготовил шприц к работе. Подготовил лекарственный препарат: 6. сверил лекарственный препарат с листом врачебных назначений; проверил срок годности лекарственного средства; визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности; Развел антибактериальное средство и набрал лекарственный препарат в шприц: 7. обработал наружную крышку флакона с лекарственным препаратом (порошком), вскрыл центральную часть металлической крышки флакона нестерильным пинцетом при ее наличии, обработал резиновую пробку ватным шариком; 8. Обработал ампулу с растворителем и вскрыл ее.9. Набрал в шприц из ампулы необходимое количество растворителя по инструкции антибактериального препарата;10. Ввел под углом 90° иглу во флакон с лекарственным средством (порошком), резиновую пробку, выпустил растворитель во флакон с порошком антибиотика, придерживая канюлю иглы, снял иглу вместе с флаконом с подыгольного конуса, соблюдая инфекционную безопасность, положил шприц в стерильный лоток, перемешал аккуратно лекарственное средство во флаконе до полного его растворения; 11. Набрал содержимое флакона (по назначению врача) в шприц, сменил иглу, вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок с иглы, готовый шприц положил в стерильный лоток.12. Придал пациенту удобное положение. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.13. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.14. Ввел иглу под углом 90 градусов к поверхности кожи, в мышцу и ввел лекарственное средство.15. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, смоченный антисептиком, быстрым движением извлек иглу, придерживая канюлю.16. Снял иглу со шприца при помощи иглосъемника. Шприц и ватные шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Лоток и пинцет погрузил в емкости для дезинфекции. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» флаконы – отходы класса «Б».17. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость длясбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **2. Проведение ингаляций**  1. Подготовка к процедуре:  2. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки  3. Открыть небулайзер  4.Перелить жидкость из небулы (специального контейнера с лекарственным препаратом) или накапать раствор из флакона (разовую дозу препарата);  5. Добавить физиологический раствор до нужного объема 2-3 мл (по инструкции к небулайзеру);  6. Собрать небулайзер, проверить его работу  7. Присоединить мундштук или лицевую маску;  8. Выполнение процедуры:  9. Объяснить ребѐнку/родственникам ход и суть выполнения манипуляции, получить согласие  10. Усадить ребѐнка в удобном положении перед аппаратом или уложить  11. Соединить небулайзер и компрессор, включить компрессор;  12. Выполнить ингаляцию до полного расходования раствора (20 – 30 мнут, при необходимости с перерывом в 5 –10 минут)  13. Завершение процедуры:  14. Прополоскать ребѐнку полость рта тѐплой кипячѐной водой, обеспечить покой, рекомендовать воздержаться от кашля и не разговаривать 20 – 30 минут  15. Разобрать и обработать небулайзер  16. Вымыть и осушить руки  **3. Остановка артериального кровотечения пальцевыми прижатием артерии к кости**  1. Оценить общее состояние пациента и область ранения  2. Придать пациенту положение лёжа или сидя.  3. Очень плотно прижать артерию четырьмя пальцами выше места кровотечения к кости на 5-10 мин.  4. Проверить пульсацию ниже места кровотечения.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Остановка артериального кровотечения пальцевыми прижатием артерии к кости |  | |  | 2. Проведение ингаляций |  | |  | 3. Разведение и введение антибиотиков |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | | Оценка | Подпись | |
| 15.05.2020 | **1. Обработка слизистой полости рта при стоматите**  1. Объясните маме цель и ход проведения процедуры  2. Подготовьте оснащение  3. Обработайте руки гигиеническим способом, наденьте перчатки  4. На второй палец правой руки обмотайте марлевую салфетку, кончик которого необходимо зафиксировать большим пальцем  5. Большим пальцем левой руки осторожно надавите на подбородок и откройте рот ребенку (при необходимости примените шпатель)  6. Салфетку промокнуть в готовом растворе и промокательными движениями обработайте полость рта.  Примечание: Наберите в стерильный резиновый баллончик один из растворов для обработки полости рта.  1. Орошайте слизистую так, чтобы вода стекала в лоток. Проводите данную процедуру перед и после каждого кормления.  2. После орошения перед кормлением смажьте слизистые полости рта анестезиновой мазью с целью обезболивания.  При обработке полости рта следует соблюдать следующие правила:  1. Обрабатывать слизистую полости рта только промокательными движениями.  2. Температура лекарственного раствора должна быть 37-36гр.С.  3. Обработку полости рта проводить не менее 4-5 раз в сутки (лучше после каждого кормления).  4. В острый период использовать растворы меньшей концентрации по сравнению с концентрацией лечебного раствора в период заживления.  **2. Обработка послеоперационных швов**  1. Помочь пациенту снять одежду и лечь на перевязочный стол.  2. Накрыть пациента до пояса чистой простыней.  3. Снять старую повязку пинцетом вдоль раны, придерживая пинцетом с сухим шариком кожу, не давая ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% растворе перекиси водорода. Осмотреть рану и окружающую ее область. На 1-2-е сутки после операции края зашитой раны могут быть слегка отечны, но по цвету не должны отличаться от остальной кожи. Мелкие складки, свойственные данной области, также должны сохранять свой рисунок. Швы не должны врезаться в кожу. Места вколов и выколов иглы должны быть сухими, без каких-либо выделений.  4. Проводить туалет кожи в окружности раны стерильными шариками, смоченными 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата. Протирать кожу от краев раны к периферии. Обработать края раны  промокательными движениями стерильным шариком, смоченным 1% раствором йодоната, затем шариком, смоченным 70% спиртом.  6. Сменить пинцет.  7. Наложить стерильные салфетки на раневую поверхность.  8. Зафиксировать стерильные салфетки клеевой или бинтовой повязкой, в зависимости от области поражения.  **3.Забор крови вакуумной системой**  1. Пригласил и проинформировать пациента, получил согласие на проведение процедуры. 2. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки. 3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.4. Собрал систему вакуумного забора крови Vacuette.5. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.6. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.7. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента, надел очки. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком. 8. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции (вкола). 9. Провел пунктирование вены. Вставил пробирку в держатель до упора. Ослабил жгут, как только кровь начала поступать в пробирку.10. Извлек пробирку после прекращения тока крови из держателя. Вынул держатель с иглой из вены, предварительно приложив к месту венепункции ватный шарик, или спиртовую салфетку. Пробирку поставил в штатив.11.Вакутейнер сбросил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий, класса «Б», ватные шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б», пинцет и лоток погрузил в емкости для дезинфекции, обработал очки, жгут. 12. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1 Забор крови вакуумной системой |  | |  | 2Обработка послеоперационных швов |  | |  | 3Обработка слизистой полости рта при стоматите |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | | | Подпись |
| 16.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **1. Смена постельного белья**  1. Установил доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получил согласие на проведение манипуляци 2. Подготовил комплект чистого белья, чистую простыню свернул в поперечный рулон.3. Провел гигиеническую обработку рук, надел перчатки. 4. Определил в палате «чистую» зону для чистого белье Приготовил емкость для сбора грязного белья. 5. Снял (выполняет помощник) с одеяла пациента пододеяльник, укрыл пациента пододеяльником на время смены белья. Сложил одеяло и отложил его в «чистую» зону. 6. Убрал подушку из-под головы пациента, снял с нее грязную наволочку, поместил в емкость для сбора грязного белья (выполняет помощник), надел чистую наволочку и положил в чистую зону. Высвободил края грязной простыни из-под матраца (выполняет помощник). 7. Приподнял пациента за голову и плечи, удерживал пациента. (Выполняет помощник) одной рукой скатал грязную простыню до середины кровати.8. Расстелил чистую. На чистую простыню положил подушку и опустил на нее голову пациента.9. Согнул пациенту ноги, попросил его приподнять таз, или помог пациенту, сдвинул грязную простыню к ногам пациента (выполняет помощник), расправил чистую. 10. Поместил грязную простыню в емкость для сбора грязного белья 11. Раскрутил чистую простыню, тщательно разгладил, чтобы не было складок, заломов и других неровностей, подстелил подкладную пелѐнку. Заправил края чистой простыни под матрац.12. Надел чистый пододеяльник на одеяло13. Убрал грязный пододеяльник в емкость для сбора грязного белья 14. Накрыл пациента одеялом с чистым пододеяльником. Убедился, что пациенту комфортно. Поднял поручни кровати.15. Убрал ширму. Емкость, для сбора грязного белья увез в санитарную комнату. Обработал поверхности в палате дезинфицирующим раствором.16. Снял перчатки, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук. 17. Сделал запись о проведенной процедуре.  **2 Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления:**  Подсчет частоты дыхания (ЧД) у детей  Подсчет проводить в состоянии покоя ребенка (лучше, когда малыш спит).  Положить руку на грудную клетку ребенка. Произвести подсчет дыхания строго за одну минуту, так как дыхание у детей аритмичное (вдох и выдох расценивается как одно дыхательное движение).  Оценка результата: новорожденный - 40 - 60 в минуту; грудной возраст - 30 - 35 в минуту; старший возраст - 15 - 20 в минуту.  Измерение пульса у детей  Проводить в спокойном состоянии ребенка.  Лучшее место, где обнаруживается пульс у ребенка до года - плечевая артерия. Искать ее надо на внутренней стороне верхней конечности посередине между локтем и плечом.  Слегка надавить двумя пальцами в сторону кости, одновременно поддерживая наружную часть руки большим пальцем.  У детей старше года пульс можно искать на сонной артерии. Нащупайте адамово яблоко (выступ в середине гортани) при помощи двух пальцев. Переместите пальцы от адамова яблока в сторону углубления между ним и мышцами шеи. Нажмите на шею, чтобы почувствовать пульс  Чаще всего пульс измеряется на лучевой артерии. Кончиками 2-3-4 пальцев правой руки нащупайте пульс на лучевой артерии в области запястья.  Подсчет пульс, а у детей проводится строго за одну минуту, так как он у детей аритмичен.  Оценка результата:  новорожденный - 120 - 140 в минуту; грудной возраст - 110 - 120 в минуту; старший возраст - 70 - 100 в минуту.  Измерение артериального давления (АД) у ребенка  Придать удобное положение ребенку.  Положить руку ребенка ладонью вверх.  Взять манжетку, соответствующую возрасту ребенка (размер манжетки должен составлять 2/3 длины измеряемой поверхности).  Наложить манжетку на плечо ребенка на 2 см выше локтевого сгиба;  Приложить фонендоскоп на область локтевого сгиба на плечевую артерию (без надавливания).  Закрыть клапан резинового баллончика.  Резиновым баллончиком накачать воздух в манжетку до исчезновения пульса на плечевой артерии.  Медленно открывая клапан баллончика, начать выпускать воздух из манжетки.  Зафиксировать цифру на шкале манометра в момент появления тонов (максимальное = систолическое АД).  Зафиксировать цифру на шкале манометра в момент исчезновения тонов (минимальное = диастолическое АД).  **3. Кормление пациента через зонд**  Подготовка к кормлению  1. Ввести назогастральный зонд (если он не введен заранее).  2. Сообщить пациенту, чем его будут кормить.  3. Перевести пациента в положение Фаулера.  4. Проветрить помещение.  5. Подогреть питательную смесь на водяной бане до 38–40 оС.  6. Вымыть руки.  7. Набрать в шприц Жанэ питательную смесь (300 мл).  8. Наложить зажим на дистальный конец зонда.  9. Соединить шприц зондом, подняв его на 50 см выше туловища пациента, чтобы рукоятка поршня была направлена вверх.  Кормление  10. Снять режим с дистального конца зонда и обеспечить постепенный ток питательной смеси. При затруднении прохождения смеси использовать поршень шприца, смещая его вниз.  Внимание! 300 мл питательной смеси следует вводить в течение 10 мин!  Завершение кормления  11. После опорожнения шприца пережать зонд зажимом.  12. Над лотком отсоединить шприц от зонда.  13. Присоединить к зонду шприц Жанэ емкостью 50 мл с кипяченой водой.  14. Снять зажим и промыть зонд под давлением.  15. Отсоединить шприц и закрыть заглушкой дистальный конец зонда.  16. Прикрепить зонд к одежде пациента безопасной булавкой.  17. Помочь пациенту занять комфортное положение.  18. Вымыть руки.  19. Сделать запись о проведении кормления.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Смена постельного белья |  | |  | 2. Измерение АД, ЧДД, ЧСС. |  | |  | 3. Кормление через зонд |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 18.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **1. Постановка очистительной клизмы**  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен. 2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, фартук, перчатки. 3. Извлек кружку Эсмарха из упаковки, упаковку поместил в емкость для сбора отходов класса «А». 4. При помощи запорного устройства перекрыл удлинительную трубку, заполнил мешок-емкость 1,5 л. воды, предварительно измерив ее температуру при помощи водного термометра. Подвешал кружку на штативе, на уровне одного метра от пола. Горловину мешка плотно закрыл крышкой. 5. Открыл запорное устройство и удалил воздух из системы, закрыл запорное устройство, закрепил трубку на штативе. 6. Положил адсорбирующую пеленку на кушетку так, чтобы она свисала в таз, попросил пациента принять правильное положение, оголить ягодицы. При необходимости помог пациенту. 7.Снял колпачок с дистального конца трубки, сбросил в отходы класса «А». Облил дистальный конец трубки вазелиновым маслом. 8. Раздвинул ягодицы и осторожно ввел дистальный конец трубки в прямую кишку: вначале по направлению к пупку на 3-4 см, а затем параллельно позвоночнику на 6-8 см. 9. Открыл запорное устройство на системе и ввел необходимое количество жидкости, оставив на дне мешка немного воды, закрыл кран, регулирующий поступление воды. 10. Извлек дистальный конец трубки из прямой кишки через салфетку или туалетную бумагу. 11. Попросил пациента в течение 10 минут полежать на спине, удерживая воду в кишечнике, затем опорожнить кишечник в унитаз или судно. 12. Погрузил систему, адсорбирующую пеленку в емкость для сбора отходов класса «Б». 13. Снял фартук, провел его дезинфекцию, снял перчатки, поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». 14. Провел гигиеническую обработку рук. 15. После дефекации пациента, убедился, что процедура проведена успешно.  **2. Проведение контрольного взвешивания**  Подготовка к процедуре:  1. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  2. Обработать весы дез. раствором.  3. Отрегулировать весы.  Выполнение процедуры:  4. Завернутого ребенка взвесить.  5. Провести кормление в течение 15-20 минут.  6. Взвесить ребенка после кормления.  Окончание процедуры:  7. Определить разницу в массе до и после кормления, которая будет соответствовать количеству высосанного молока.  8. Повторно обработать весы дез. раствором.  9. Обработать руки гигиеническим способом, осушить их.  10. Сделать запись о манипуляции в медицинской документации.  ПРИМЕЧАНИЕ: проводить контрольное взвешивание в спокойной, доброжелательной обстановке, в часы, соответствующие режиму кормления данного ребенка. Желательно провести данную процедуру не менее 3-х раз в разное время дня.  **3.** **Наложение окклюзионной повязки**  1. Снять одежду, обнажить рану  2. Края раны обработать йодом  3. Разорвать резиновую оболочку пакета по шву  4. Внутреннюю поверхность (стерильную) приложить к отверстию грудной клетки  5. Сверху клеенки положить обе подушечки  6. Прибинтовать циркулярными турами бинта.  При сквозных ранениях клеенка разрезается и накладывается на оба отверстия, подушечки также на оба отверстия   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Постановка очистительной клизмы |  | |  | 2. Проведение контрольного взвешивания |  | |  | 3. Наложение окклюзтонной повязки |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | | Оценка | | Подпись |
| 19.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **1. Раздача медикаментов пациентам**  1. Поставьте на передвижной столик емкости с лекарственными препаратами (твердыми и жидкими), пипетки (отдельно для каждого флакона с каплями), мензурки, графин с водой, ножницы, листки назначений.2. Подойдя к пациенту, убедитесь, что перед вами пациент, фамилия которого указана в листе назначений. Будьте внимательны при наличии однофамильцев.3. Внимательно прочитайте назначение: название лекарственного вещества, его дозировку и способ применения.4. Проверьте соответствие этикеток на упаковке и на лекарственном средстве. Упаковку с таблетками из фольги или бумаги отрежьте ножницами; таблетки из флакона аккуратно вытряхните в ложку.5. Жидкие лекарственные средства необходимо перемешать, а затем налить в мензурку необходимое количество и дать выпить. Если препарат назначен в каплях то необходимое количество капель накапывают в мензурку или ложку с водой.6. Пациент должен принять соответствующим способом препараты в вашем присутствии. При необходимости научите пациента принимать различные лекарственные формы перорально и сублингвально. 7. Сделайте отметку в листе назначений о приеме препаратов. Перейдите к другому пациенту.  **2.** **Кормление новорожденных через зонд**  Подготовка к процедуре  1. Рассчитайте необходимое количество молока,  2. Вымойте руки с антисептическим мылом,  3. Налейте в чистую бутылку молоко,  4. Возьмите небольшую кастрюлю или металлическую кружку:  - прикройте дно кастрюли марлевой салфеткой,  - налейте в кастрюлю горячую воду t-60 градусов,  5. Поставьте бутылочку в кастрюлю так, чтобы уровень воды закрывал уровень молока в бутылочке,  6. Температура молока для бутылочки 40-45 градусов. Определите температуру молока, капнув несколько капель на кожу тыла кисти или внутренней поверхности предплечья,  7. Подготовьте ребенка к кормлению: перепеленайте, проведите туалет носа, положите ребенка на спину, повернув голову набок,  8. Вымойте руки, наденьте перчатки,  9. Возьмите одноразовый зонд:  - измерьте расстояние от переносицы ребенка до мечевидного отростка,  - сделайте отметку на зонде,  - положите зонд в стерильный лоток,  - возьмите шприц из стерильного лотка в правую руку.  10. Наберите молоко в шприц:  - возьмите в левую руку зонд,  - откройте зонд,  - заполните зонд молоком,  - отсоедините шприц, положите в лоток,  - закройте зонд заглушкой или зажимом.  11. Смочите конец зонда в молоке или в р-ре буры в глицерине.  Выполнение процедуры  12. Возьмите зонд в правую руку на расстоянии 7-8 см от конца,  13. Введите зонд в носовой ход и продвиньте зонд до отметки.  ЗАПОМНИТЕ! Не начинайте кормить ребенка не убедившись, что зонд находится в желудке! Контролируйте дыхание и цвет кожи ребенка!  14. Откройте зонд и подсоедините к нему шприц с остатком молока:  - введите медленно молоко в желудок  - отсоедините шприц и положите в лоток  - закройте зонд  15. Наберите в другой шприц 1-2 мл кипяченой воды:  - откройте зонд,  - подсоедините шприц к зонду и промойте зонд кипяченой водой,  - отсоедините шприц и положите в лоток,  - закройте зонд.  Окончание процедуры.  16. Закрепите зонд на щечке лейкопластырем до следующего кормления,  17. Положите ребенка в кроватку на бочок.  **3.** **Обработка рук хирургическим, современным методом**  1 этап– механическая очистка рук.  Руки моются с мылом в течение одной минуты.  Порядок мытья рук.  Ладонь к ладони;  Правая ладонь над тыльной стороной левой;  Левая ладонь над тыльной стороной правой;  Ногтевые ложа;  Ладонь к ладони, пыльцы одной руки в межпальцевых промежутках другой;  Вращательное трение больших пальцев;  Вращательное трение ладоней.  Каждое движение повторяется 5 раз.  Затем руки тщательно ополаскиваются теплой водой и насухо промокаются стерильной салфеткой.  2 этап– дезинфекция рук кожным антисептиком.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Раздача медикаментов пациентам |  | |  | 2. Кормление новорожденных через зонд |  | |  | 3. Обработка рук хирургическим, современным методом |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | | Подпись | |
| 20.05.2020 | **1.** **Подача кислорода пациенту**  1. Объяснить цель и ход предстоящей манипуляции. 2. Получить согласие пациента на процедуру. 3. Обработать руки на гигиеническом уровне. 4. Подсоединить источник кислорода к трубке, идущей к увлажнителю.5. Включить регулятор подачи кислорода и повернуть его до появления пузырьков воздуха в увлажнителе.6. Отрегулировать поток кислорода по назначению.7. Надеть кислородную маску поверх носа, рта и подбородка, отрегулировать металлическую полоску на переносице, добившись ее плотного прилегания, затянуть эластичный ремешок вокруг головы.8. При использовании носовых канюль ввести вилкообразные канюли в носовые ходы пациента (предварительно очистить носовые ходы от секреций увлажненным шариком).9. При использовании катетера смочить его конец теплой водой и ввести по нижнему носовому ходу и далее в глотку, чтобы конец катетера был виден при осмотре зева.10. Закрепить трубки за ушами пациента и под подбородком, соединить с увлажнителем и дозиметром.11. Открыть вентиль и начать подачу кислорода.12. Перекрыть подачу кислорода.13. Извлечь катетер (снять маску), поместить в емкость с дезраствором.14. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).15. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.  **2. Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка.**  1. Информировал маму о проведении процедуры.  Подготовил необходимое оснащение.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки.  3. Обработал пеленальный стол, снял перчатки, обработал руки и надел стерильные перчатки.  4. Уложил ребенка на пеленальном столике.  5. Хорошо растянул края пупочной ранки пальцами и капнул в нее раствор 3% перекиси водорода.  6. Удалил образовавшуюся «пену» стерильной ватной палочкой движение изнутри кнаружи.  7. Обработал ранку палочкой, смоченной 70% спиртом, затем кожу вокруг ранки (от центра к периферии).  8. По необходимости обработал ранку (не затрагивая кожу) перманганатом калия с помощью ватной палочки Можно обрабатывать ранку пенкообразующими антисептиками (лифузоль).  9. Запеленал ребенка и передал его маме. отработанный материал поместил в емкость для отходов класса «Б».  10. Обработал пеленальный столик.  11. Снял перчатки, поместил их в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **3. Накрытие стерильного стола**  1. протереть стол раствором хлорамина (3 %) (горизонтальные поверхности, затем вертикальные дважды с интервалом 15-20 минут)  2. Обработать руки хирургическим способом и открыть стерильный бикс  3. Надеть стерильное белье и перчатки  4. Накрыть стол стерильной клеенкой (клеенку держать за центр, не касаясь стороной, на которой будут лежать инструменты, стола)  5. Расстелить нижнюю простыню  6. Расстелить верхнюю простыню  7. Верхнюю половину верхней простыни сложить гармошкой  8. Половину стерильного полотенца разложить на столе и на ней распределить инструменты и перевязочный материал (зажимы с зажимами, крючки с крючками и т.д. так, чтобы при взятии одного инструмента он не зацеплял другие)  9. Накрыть другой половиной полотенца  10. Надеть 2 цапки на углы верхней простыни; под одну из них прикрепить ярлычок (дата и время накрывания стола)  11. Расправить гармошку  12. В журнале перевязочной записать время накрывания стерильного стола и поставить подпись медсестры   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Подача кислорода пациенту |  | |  | 2. Обработка пупчной ранки новорожденного |  | |  | 3. Накрытие стерильного стола |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 21.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Выписки направлений на консультации специалистов**  Оснащение**:**бланки, этикетки.  Последовательность действий:  В бланке направления в лабораторию поликлиники укажите:  1) Название лаборатории (клиническая, биохимическая, бактериологическая и т.д.).  2) Фамилию, имя, отчество пациента.  3) Возраст.  4) Номер истории болезни.  5) Название отделения, номер палаты, (при амбулаторном обследовании - домашний адрес).  6) Материал.  7) Цель исследования.  8) Дату; подпись медицинской сестры, оформляющей направление.  Примечания:  - При направлении в лаборатории крови от пациентов, перенесших ОВГ или контактных по [гепатиту](https://studopedia.ru/2_69341_virusniy-gepatit-a.html), сделать маркировку.  - При оформлении мазков из зева и носа на BL (возбудителя дифтерии) обязательно укажите дату и час забора материала.  В направлении на процедуру укажите:  1) Фамилию, имя, отчество пациента.  2) Возраст.  3) Диагноз.  4) Куда направлен.  5) Цель (массаж, ЛФК и т.д.).  6) Подпись врача (назначившего процедуру).  На этикетке в лабораторию стационара напишите:  1) Номер или название отделения, номер палаты, номер истории болезни.  2) Фамилию, имя, отчество и возраст пациента.  3) Вид исследования.  4) Дату и подпись медицинской сестры.  Примечание:  - учет направлений в лаборатории, на консультации и на процедуры регистрируется в соответствующем журнале.  **Кормление тяжелобольного в постели**  Подготовка к манипуляции:  1. Уточните у пациента любимые блюда и согласуйте меню с лечащим врачом или диетологом.  2. Предупредите пациента за 15 минут о том, что предстоит прием пищи, и поду­чите ею согласие  3. Проветрите помещение, освободите место на тумбочке, протрите ее или при­двиньте прикроватный столик, протрите его  4. Расскажите пациенту, какое блюдо приготовлено для него  5. Вымойте руки  Выполнение манипуляции:  1. Помогите пациенту принять положение Фаулера (если нет противопоказаний).  2. Помочь пациенту вымыть руки, причесаться, поправить одежду.  3. Шею и грудь пациента покроите салфеткой.  4. Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол.  5. Расположить тарелки с пищей в соответствии с пожеланиями пациента. При нарушении моторики подложить под тарелки нескользящие салфетки. При нарушении координации использовать посуду с защитным бортиком или иную посуду, рекомендованную специалистом по восстановительной медицине.  6. Предложить пациенту воспользоваться столовым прибором, в том числе специальной посудой для пациентов с нарушенными моторными функциями.  7. Если пациент готов есть самостоятельно.  8. При необходимости использовать вспомогательные приспособления для предплечья, облегчающие подъем руки до уровня рта (например, подвижные подставки для предплечья; поддерживающие ремни, одеваемые через голову); протезные или ортопедические приспособления.  9. Наблюдать за процессом питания; эффективностью пережевывания и глотания.  10. По мере необходимости заменять тарелки.  11. Дайте небольшой глоток воды и попросите его прополоскать рот.  12. Вытри губы пациента салфеткой  **Пользование стерильным биксом**  Укладка производится в подготовленный бикс в определённом порядке:  1. Проверить исправ­ность бикса.  2. Изнутри бикс протереть спиртово-марлевым тампоном. Дно и стенки застелить простынёй, на которую укладывать материал. На дно на простыню положить стеритест.  3. Изделия перед укладкой в бикс упаковать в бумагу или бязевую упаковку. На упаковку можно наклеивать стеритест.  4. Материал укладывать рыхло, чтобы пар свободно проникал в глубину и обеспечивал надёж­ную стерилизацию.  5. В каждый загруженный бикс поместить индикатор стерилизации (на дно, посередине, сверху) для контроля режима стерилизации на 3 уровня (стеритест или медтест). Количество тестов зависит от объема бикса.  6. Каждый предмет кладут так, чтобы он занимал, как можно меньше места и его легко можно было взять, не нарушая укладку (послойно и секторально). Уложенные в бикс изделия должны занимать не более 2/3 объёма бикса.  7. После загрузки бикса края простыни не заворачивать, а по­крыть материал сверху. На простыню положить стеритест и пинцет.  8. Укладывать определённое количество заранее приготовленного материала в соответствии с нормами загрузки биксов. Лучше укладывать пачками по 10 штук однородного материала. Пачку перевязывать полоской бинта, марлевые шарики завязывать в марлевые мешочки.  9.Каждый бикс маркировать: на этикетке указать наименование отделения, дату укладки, наименование предметов, количество, фамилию ответственного лица.  10.На боковую стенку бикса (с двух сторон) с наружной стороны приклеить полоски стериконт для контроля режима стерилизации.  11.Доставку бикса в ЦСО проводить во влагостойком мешке, подлежащем стерилизации, обратно транспортировать в стерильном мешке. Мешок должен быть маркирован.  Перед извлечением стерильного материала и инструментов:  1. Визуально оценить плотность закрытия крышки бикса или целостность стерилизационной упаковки однократного применения.  2. Проверить цвет индикаторных меток на стериконтах, в т.ч. на стерилизационных упаковочных материалах.  3. Проверить дату стерилизации.  4. Стерильный бикс должен быть промаркирован с указанием названия отделения, материала, количества, даты и времени стерилизации, подписи м/с, ответственной за стерилизацию, боковые отверстия простого бикса закрыты, цвет индикатора изменился согласно стандарту.  5. На этикетке отметить дату и время открывания бикса, подпись открывавшего.  6. Данные стерилизации фиксируются в журнале ф.257-у. Отработанные стериконты подклеиваются в журнал (для контроля и анализа данных).  7. Стерильный материал из бикса брать стерильными пинцетами, закрывая каждый раз крышку бикса; при извлечении из бикса нельзя касаться внутренних стенок бикса руками.  8. Вскрытый бикс использовать в течение рабочей смены в процедурном кабинете, при условии упаковки в бумагу.  9. В перевязочном кабинете можно все изделия сразу извлекать из бикса на стерильный столик.  10. Извлечённый из бикса материал назад не возвращать.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Выписка направлений на консультации специалистов |  | |  | 2. Кормление тяжелобольного в постели |  | |  | 3. Пользование стерильным биксом |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | | Оценка | Подпись | |
| 22.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Выполнение дезинфекции методом полного погружения:**  1.Погрузить полностью предмет ухода, заполняя его полости дезинфицирующим раствором.  2.Снять перчатки.  3.Отметить время начала дезинфекции.  4.Выдержать необходимое время процесса дезинфекции данным средством.  5.Надеть перчатки.  6.Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить.  7.Вылить дезинфицирующий раствор в канализацию  8.Хранить предмет ухода в специально отведённом месте.  9.Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.  **Метод двукратного протирания:**  1.Протереть последовательно, двукратно, предмет ухода дезинфицирующим средством.  2.Следить, чтобы не оставалось необработанных промежутков на предмете ухода.  3.Дать высохнуть.  4.Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить.  5.Вылить дезинфицирующий раствор в канализацию.  6.Хранить предмет ухода в специально отведенном месте.  7.Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.  **Терапия:**  **Сбор мочи на общий анализ**  1. Посуду для сбора мочи подготовьте с вечера (тщательно вымойте ее и высушите, наклейте этикетку с указанием вида анализа, ФИО, отделения и № палаты).  2. Мочу берут утром, после сна.  3. Перед сбором мочи пациент должен тщательно подмыться (тяжелобольных пациентов подмывает медсестра), при наличии белей или выделений из влагалища - необходимо закрыть вход ватным тампоном и только после этого помочиться.  4. Собрать в посуду «среднюю порцию» мочи, т.е. начиная с середины мочеиспускания в количестве 100-200 мл.  5. Закончить мочеиспускание в унитаз.  6. Отправить собранную мочу в клиническую лабораторию на исследование.  **Сбор мочи по Нечипоренко**  1. Приготовить чистую, сухую посуду с направлением на исследование.  2. Произвести тщательный туалет области промежности (у женщин), или области наружного отверстия мочеиспускательного канала (у мужчин).  3. Отверстие влагалища закрыть тампоном.  4. Начать мочеиспускание в унитаз.  5. Продолжить мочеиспускание в подготовленную емкость 50-100 мл (для исследования нужно 2-3 мл).  6. Завершить мочеиспускание в унитаз.  7. Закрыть емкость с мочой крышкой.  8. Вымыть руки.  9. Доставить в клиническую лабораторию с сопроводительным документом.  **Сбор мочи по Зимницкому**  1. В 6 ч. утра пациент опорожняет мочевой пузырь (эту мочу не собирают).  2. Пациент последовательно собирает мочу в 8 банок; в зависимости от частоты мочеиспускания мочится в каждую банку один или несколько раз, но только в течение 3 ч. Если за этот промежуток времени у пациента нет позывов к мочеиспусканию, медсестра напоминает ему о необходимости опорожнить мочевой пузырь (если мочи не окажется, банка остается пустой); если банка наполнена мочой до истечения 3-часового промежутка, пациент берет банку без номера и мочится в нее (он должен проинформировать об этом медсестру).  3. Утром следующего дня все банки отправляют в клиническую лабораторию, заполнив необходимую документацию.  **Хирургия:**  **Подсчет пульса**  Подготовка к процедуре: 1.Объяснить пациенту суть и ход исследования. 2.Получить его согласие на процедуру. 3.Вымыть руки. Выполнение процедуры: 1.Во время процедур пациент может сидеть или лежать. 2.Предложить расслабить руку, при этом кисти и предплечье не должны быть «на весу». 3.Прижать 2,3,4- м пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента (1 палец находится со стороны тыла кисти), почувствовать пульсацию. 4.Если при одновременном исследовании пульсовых волн появляются различия, то определение других его свойств проводят при исследовании той лучевой артерии, где пульсовые волны выражены лучше. 5.Взять часы или секундомер. 6.Определить ритм пульса в течение 30 секунд по интервалам между пульсовыми волнами. Если интервалы равные – пульс ритмичный, если промежутки между пульсовыми волнами различны – пульс аритмичный. 7.С помощью часов или секундомера определить частоту пульса – количество пульсовых волн в 1 минуту. Если пульс ритмичный частоту можно исследовать в течение 30 секунд и показатели умножить на два. Если пульс неритмичный – определять частоту в течение 1 минуты. Нормальные показатели частоты пульса 60-80 уд/мин. Завершение процедуры: 1.Помочь пациенту занять удобное положение или встать. 2.Вымыть руки. 3.Записать результат в температурный лист.  **Подсчет частоты дыхательных движений**  1.[Взять часы с секундной стрелкой или секундомер](https://topuch.ru/laboratornaya-rabota-100-izmerenie-elektronnim-sekundomerom-in/index.html) 2. Выполнять манипуляцию сухими и теплыми руками 3.Психологически подготовить пациента к манипуляции, преднамеренно предупредив его, что будут определяться свойства пульса; 4.Попросить пациента занять удобное положение и не разговаривать; 5.Положить пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса;  6.Подсчитать частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки или брюшной стенки;  7.Обратить внимание на глубину и ритмичность дыхания;  8.Зарегистрировать частоту дыханий за минуту в температурном листе.  **Измерение артериального давления**  Выполнение процедуры:  1.Уложить руку пациента в разогнутом положении (под локоть можно положить сжатый кулак кисти свободной руки или валик). Освободить руку от одежды. 2.На обнаженное плечо пациента наложить манжету на 2 – 3 см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты). Между плечом и манжетой должен проходить 1 палец. 3.Вставить фонендоскоп в уши и одной рукой поставить мембрану фонендоскопа на область локтевого сгиба (место нахождения плевой артерии). 4.Проверить положение стрелки манометра относительно «0»-й отметки шкалы и другой рукой закрыть вентиль «груши», повернуть его вправо, этой же рукой нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации на лучевой артерии + 20-30 мм.рт.ст. (т.е. несколько выше предполагаемого АД).  5.Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм.рт.ст. в 1 секунду, повернуть вентиль влево. 6.Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны на шкале манометра соответствующую систолическому АД. 7.Продолжить выпускать воздух из манжеты отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова. 8.Выпустить весь воздух из манжетки и повторить процедуру через 1 – 2 минуты. 9.Сообщить пациенту результат измерения.  Завершение процедуры:  1.Данные измерения округлить и записать АД в виде дроби, в числительном – систолическое давление, в знаменателе – диастолическое давление (АД 120/80 мм.рт.ст.).  2.Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной спиртом.  3.Вымыть руки.  4.Записать данные в принятую медицинскую документацию.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария |  | |  | 2.Сбор мочи для анализов: общий, по Нечипоренко, по зимницкому, на бак посев |  | |  | 3. Подсчет пульса дыхания, измерение АД. |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 23.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку**  Гигиеническая ванна:  1. Вымыть и просушить руки.  2. Расположить на пеленальном столе пеленки, распашонки (одежду).  3. Поставить ванночку в устойчивое и удобное положение.  4. Обработать внутреннюю поверхность ванночки. В стационаре двукратно обеззаразить ванночку дезинфицирующим раствором, ополоснуть водой, вымыть с мылом и щеткой, ополоснуть свежеприготовленным раствором перманганата калия (1 : 10000 или 1 мл 5% раствора на 100 мл воды). В домашних условиях ванночку вымыть щеткой с мылом и содой, ополоснуть кипятком.  5. Наполнить ванночку водой на 1/2 или 1/3 объема. Вначале налить холодную, затем горячую воду небольшими порциями попеременно во избежание образования водяного пара в помещении и возможного ожога кожи.  6. Измерить температуру воды водным термометром. Показания фиксируют, не вынимая термометр из воды. Нежелательно определять температуру погружением локтя в воду, так как полученный результат недостоверен.  7. Раздеть ребенка. После дефекации следует подмыть его проточной водой. Грязное белье сбросить в бак для использованного белья. Вымыть руки.  8. Зафиксировать ребенка левой рукой, охватив кистью руки его левую подмышечную область (4 пальца расположить в подмышечной впадине, большим пальцем охватить плечо сверху и снаружи; затылок и голова ребенка опираются на предплечье медсестры). Большим и средним пальцами правой руки охватить ножки ребенка на уровне голеностопных суставов, указательный палец поместить между ними.  9. Медленно погрузить ребенка в ванночку: сначала ягодицы, затем нижние конечности и туловище. Подобное положение обеспечивает наибольшее расслабление мышц. При первых гигиенических ваннах новорожденного опускают в воду, завернутого в пеленку. Ножки после погружения оставляют свободными, головку и туловище продолжают поддерживать левой рукой. Правая рука остается свободной для мытья ребенка. Уровень погружения в воду должен доходить до сосков, верхняя часть груди остается открытой.  10. Надеть «рукавичку» на правую руку. Использовать при купании губку не рекомендуется, так как эффективное обеззараживание ее затруднено.  11. Намылить тело мягкими круговыми движениями и сразу ополоснуть намыленные участки. Вначале вымыть голову (ото лба к затылку, чтобы мыло не попало в глаза, а вода – в уши), затем шею, подмышечные области, верхние конечности, грудь, живот, нижние конечности. Особенно тщательно промыть естественные складки. В последнюю очередь обмыть половые органы и межъягодичную область.  12. Снять «рукавичку».  13. Извлечь ребенка из воды в положении лицом книзу.  14. Ополоснуть тело и вымыть лицо водой из кувшина. Кувшин держит помощник.  15. Набросить на ребенка полотенце и положить на пеленальный стол, осушить кожу осторожными промокательными движениями.  16. Смазать естественные складки стерильным растительным маслом (детским кремом, маслом «Джонсон») или припудрить детской присыпкой (с помощью тампона).  17. Обработать новорожденному при необходимости пупочную ранку.  18. Запеленать (одеть) ребенка.  19. Слить воду и обработать ванночку. В лечебном учреждении ванночку обеззараживают дезинфицирующим раствором, моют мыльно-содовым раствором и ополаскивают проточной водой. Ванночку дезинфицируют после купания каждого ребенка. В домашних условиях ее моют щеткой с мылом и содой, ополаскивают кипятком.  Лечебная ванна:  1. Вымыть (обработать) руки на гигиеническом уровне.  2. Подготовить оснащение: Вода из крана. Кувшин для ополаскивания. Ванночка. Водный термометр. Стерильное масло. Настои ромашки (100 гр. сухой травы на ванну), хвои (один брикет на ванну); морская соль (100 гр. на ванну) в зависимости от заболевания ребенка. Комплект белья. Пеленальный столик Перчатки.  3. На пеленальном столике разложить комплект белья. Поставить в устойчивое положение ванночку (обработанную дез. раствором или вымытую с детским мылом). Облить ванночку кипятком.  4. Ванну заполнить - на 1/2 или 1/3. Измерить Т ° воды термометром. Температура воды в ванне 37, 0-38,0 град.С. Заполнить кувшин водой из ванны Т 36,0 – 37,0 град. В ванну добавить приготовленный заранее лечебный раствор. Т воздуха в помещении- 22-24 град.С.  5. Вымыть руки, надеть перчатки.  6. Раздеть ребенка. После дефекации подмыть проточной водой. Грязное белье сбросить в бак для использованного материала.  7. Взять ребенка двумя руками: положить на левую руку взрослого, так, чтобы голова находилась на локтевом сгибе, фиксируя этой же рукой левое бедро ребенка. После погружения его в воду, левая рука переносится на левое плечо ребенка. Уровень погружения – до сосков.  8. В течение проведения ванны обливать ребенка водой из ванны.  9. Умыть его, зачерпнув рукой воду из кувшина. Ополоснуть ребенка водой из кувшина, приподняв его над водой.  10. Набросить полотенце или пеленку на ребенка, положить на пеленальный столик, осушить кожу промокательными движениями. Мокрую пеленку бросить в бак. Обработать кожные складки, запеленать и положить в кроватку.  11. Слить воду и обработать ванночку. Снять перчатки и погрузить их в емкость с дез. раствором в соответствующей концентрации с последующей утилизацией в пакетах для отходов класса «В».  12. Вымыть (обработать) руки на гигиеническом уровне.  **Постановка гипертонической клизмы**  1. Объясните пациенту ход и цель процедуры, получите его согласие.  2. Постелите на кушетку клеенку, сверху пеленку, отгородите пациента ширмой.  3. Наденьте халат, маску, клеенчатый фартук.  4. Наберите в грушевидный баллончик или шприц Жане 50 – 100 мл гипертонического раствора, подогретого на «водяной» бане до t0 – 380С.  5. Смажьте слепой конец газоотводной трубки вазелиновым маслом на протяжении 20 – 30 см.  6. Уложите пациента на левой бок, правая нога должна быть согнута в коленном суставе и слегка приведена к животу.  7. Раздвиньте ягодицы I и II пальцами левой руки, а правой рукой осторожно легкими вращательными движениями введите газоотводную трубку в заднепроходное отверстие, продвигая ее в прямую кишку, вначале по направлению к пупку 3 - 4 см, а затем параллельно позвоночнику на глубину 20 - 30 см.  8. Присоедините к наружному концу газоотводной трубки грушевидный баллончик или шприц Жане, предварительно выпустив воздух, и медленно введите гипертонический раствор.  9. Наложите на наружный конец газоотводной трубки зажим или пережмите ее.  10. Извлеките газоотводную трубку правой рукой, одновременно левой рукой прощупывайте трубку, чтобы вывести лекарственное вещество из трубки.  11. Вытрите салфеткой кожу в направлении спереди назад (от промежности к анальному отверстию).  12. Попросите пациента повернуться на спину и задержать раствор в кишечнике в течение 20 – 30 минут. Спросите пациента о самочувствии.  13. Погрузите наконечник, газоотводную трубку в емкость сдезраствором.  14. Снимите перчатки.  15. Поместите салфетки, перчатки в отходы класса Б.  16. Вымойте и осушите руки.  **Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных**  1. Объясните пациенту ход предстоящей процедуры, получите согласие па проведение процедуры.  2. Заполните пузырь мелко наколотым льдом, долейте воды, вытесните воздух, завинтите пробку. Проверьте герметичность, перевернув пузырь крышкой вниз.  3. Оберните пузырь со льдом полотенцем, и положите на нужный участок тела.  4. Через 20-30 минут обязательно снимите пузырь и сделайте перерыв на 10-15 минут.  5. Уберите пузырь для льда, вылейте воду из него и продезинфицируйте пузырь. Спросите у больного о его самочувствии.  6. Вымойте и осушите руки (с использованием мыла или антисептика).  7. Сделайте отметку о выполнении манипуляции в листе динамического наблюдения за пациентом.  ПРИМЕЧАНИЕ: По мере таяния льда в пузыре воду сливают, а кусочки льда добавляют. Замораживать пузырь, заполненный водой в морозильной камере нельзя, т.к. это может привести к обморожению.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку |  | |  | 2. Постановка гипертонической клизмы |  | |  | 3. Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 25.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Антропометрия**  **Измерение массы тела на электронных медицинских весах**  1.Установить весы на неподвижной поверхности (обычно на тумбочку возле пеленального стола).  2.Включить вилку сетевого провода в сеть, при этом на цифровом индикаторе засветится рамка. Через 35-40 сек. на табло появятся цифры (нули). Оставить весы включенными на 10 мин.  3.Проверить весы: нажать рукой с небольшим усилием в центр лотка – на индикаторе высветятся показания соответствующие усилию руки; отпустить грузоподъемную платформу – на индикаторе появятся нули.  4.Обработать поверхность весов дезинфицирующим раствором. Вымыть и просушить руки.  5.Положить на грузоподъемную платформу пеленку – на индикаторе высветится ее вес. Сбросить вес пеленки в память машины, нажав кнопку «Т» – на индикаторе появятся нули.  6.Раздеть ребенка.  7.Осторожно уложить на платформу сначала ягодичками, затем плечиками и головой. Ножки следует придерживать. Через некоторое время на индикаторе высветится значение массы ребенка, слева от значения массы значок «0», обозначающий, что взвешивание закончено. При перегрузке весов на табло высветится надпись «END». Спустя 5-6 с можно сбросить полученный результат. Значение массы фиксируется 35-40 с, затем, если не нажать кнопку «Т», показания весов автоматически сбрасываются на «0».  8.Снять с весов пеленку. Весы автоматически устанавливаются на «0».  9.Обеззаразить рабочую поверхность весов.  10.Вымыть и просушить руки.  **Измерение длины тела у детей раннего возраста**  1.Установить горизонтальный ростомер на стол шкалой к себе.  2.Обработать ростомер дезинфицирующим раствором. Вымыть и просушить руки. Постелить на ростомер пеленку.  3.Ребенка уложить на ростомер так, чтобы голова плотно прикасалась теменем к неподвижной планке, верхний край козелка уха и нижнее веко находились в одной вертикальной плоскости. Ноги ребенка должны быть выпрямлены легким нажатием на колени и прижаты к доске ростомера.  4.Придвинуть к стопам, согнутым под прямым углом по отношению к голени, подвижную планку ростомера.  5.Определить по шкале длину тела ребенка. Длина тела равна расстоянию между неподвижной и подвижной планками ростомера.  6.Обеззаразить рабочую поверхность ростомера.  7.Вымыть и просушить руки.  **Измерение окружности головы и грудной клетки**  1.Уложить (усадить) ребенка.  2.Провести сантиметровую ленту через затылочный бугор сзади и по надбровным дугам спереди.  3.Определить по ленте величину окружности головы.  4.Наложить сантиметровую ленту сзади под нижним углом лопаток, спереди – по нижнему краю околососковых кружков.  5.Определить по ленте величину окружности грудной клетки. При этом рекомендуется натянуть ленту и слегка прижать мягкие ткани.  6.Обеззаразить сантиметровую ленту, промыть под проточной водой с мылом, просушить.  7.Записать в лист манипуляций.  **Терапия:**  **Обучение пациентов правилам проведения ингаляций, в том числе небулайзерных**  Правила пользования карманным ингалятором:  1.Снять с баллончика защитный колпачок, повернув баллончик вверх дном;  2.Баллончик хорошо встрянуть;  3.Сделать глубокий выдох;  4.Баллончик с аэрозолем взять в руку и обхватить губами мундштук;  5.Сделать глубокий вдох и одновременно сильно нажать на дно баллончика: в этот момент выдается доза аэрозоля;  6.Задержать дыхание на несколько секунд, затем вынуть мундштук изо рта и сделать медленный выдох (если глубокий вдох в результате тяжести состояния больного невозможен, то первая доза аэрозоля распыляется в полости рта);  7.После ингаляции надеть на баллончик защитный колпачок.  Количество доз аэрозоля определяет врач. После вдыхания глюкокортикоидов больной должен прополоскать рот водой для профилактики развития кандидоза полости рта.  Правила пользования небулайзером:  1. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки  2. Открыть небулайзер  3. Перелить жидкость из небулы (специального контейнера с лекарственным препаратом) или накапать раствор из флакона (разовую дозу препарата);  4. Добавить физиологический раствор до нужного объема 2-3 мл (по инструкции к небулайзеру);  5. Собрать небулайзер, проверить его работу  6. Присоединить мундштук или лицевую маску;  7. Объяснить ребѐнку/родственникам ход и суть выполнения манипуляции, получить согласие  8. Усадить ребѐнка в удобном положении перед аппаратом или уложить  9. Соединить небулайзер и компрессор, включить компрессор;  10. Выполнить ингаляцию до полного расходования раствора (20 – 30 мнут, при необходимости с перерывом в 5 –10 минут)  11. Прополоскать ребѐнку полость рта тѐплой кипячѐной водой, обеспечить покой, рекомендовать воздержаться от кашля и не разговаривать 20 – 30 минут  12. Разобрать и обработать небулайзер  13. Вымыть и осушить руки  **Надевание стерильного халата и перчаток на себя**  1. Проверить бирку стерилизации бикса.  2. Бикс закрепить на подставке и приоткрыть крышку.  3. Обработать руки.  4. Открыть бикс ножной педалью подставки.  5. Не касаясь поверхности бикса, извлечь полотенце и осушить руки.  6. Обработать руки стерильной салфеткой, смоченной спиртом.  7. Проверить качество стерилизации белья, достав индикатор.  8. Развернуть края пеленки, выстилающей внутреннюю поверхность бикса.  9. Извлечь халат, развернуть его изнаночной стороной к себе, следя за тем, чтобы наружная поверхность стерильного халата не коснулась соседних предметов и вашей одежды.  10. Взять халат за края ворота так, чтобы левая кисть была прикрыта халатом, и осторожно набросить его на правую руку и предплечье.  11. Правой рукой с уже надетым стерильным халатом взять халат за левый край ворота так, чтобы правая кисть была прикрыта халатом, и вдевают левую руку.  12. Медицинская сестра вытягивает руки вперед и вверх, а санитарка подходит сзади, берет халат за тесемки, натягивает и завязывает их.  13. Медицинская сестра сама завязывает тесемки у рукавов своего стерильного халата, обернув 2 – 3 раза обшлаг рукава.  14. Сестра берет стерильный пояс из кармана халата и развертывает его, держа на расстоянии 30 – 40 см от себя, таким образом, чтобы санитарка смогла сзади захватить оба конца пояса, не касаясь стерильного халата и рук сестры, и завязать его.  15. Маску сестра прикладывает к лицу и удерживает ее за концы тесемок так, чтобы санитарка сзади смогла захватить тесемки и завязать их.  **Надевание стерильных перчаток**  1.Надеть маску, обработать руки хирургическим способом, надеть стерильный халат, обработать руки антисептиком.  2.Из раскрытой помощником упаковки, не касаясь краев, достать стерильную упаковку с перчатками (предварительно проверив срок годности)  3.Расположить перчатки на отдельном столике на стерильной пеленке  4.Развернуть упаковку с перчатками (где они уложены парами), в которой перчатки лежат ладонной поверхностью кверху, а края перчаток отвернуты кнаружи в виде манжет.  5.Взять правую перчатку за отворот левой рукой так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки.  6.Сомкнуть пальцы правой руки и ввести ее в перчатку.  7.Разомкнуть пальцы правой руки и натянуть перчатку на пальцы, не нарушая ее отворота.  8.Завести под отворот левой перчатки II, III и IV пальцы правой руки, уже одетой в перчатку так, чтобы I палец правой руки был направлен в сторону I пальца на левой перчатке.  9.Держать левую перчатку II, III, IV пальцами правой руки вертикально.  10.Сомкнуть пальцы левой руки и ввести ее в перчатку.  11.Расправить отворот вначале на левой перчатке, натянув ее на рукав, затем на правой с помощью II, III пальцев, подводя их под подвернутый край перчатки, натянув их на рукава.  12.Руки в стерильных перчатках следует держать согнутыми в локтевых суставах и приподнятыми вперед на уровне выше пояса.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Антропометрия |  | |  | 2. Обучение пациентов правилам проведения ингаляций, в том числе небулайзерных |  | |  | 3. Надевание стерильного халата и перчаток на себя |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | | Оценка | | Подпись |
| 26.06.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Забор кала на копрограмму, бак. исследование, яйца глистов и скрытую кровь**  Забор кала на копрограмму:  1. Приготовить одноразовую емкость для сбора кала с герметичной крышкой, оформить направление. На емкости указать Ф.И.О., дату рождения пациента, дату и время сбора материала, отделение, № палаты.  2. Вымыть руки, надеть перчатки.  3. Взять кал шпателем из нескольких участков памперса без примесей мочи и воды в количестве 5-10 гр, поместить его в подготовленную емкость, закрыть крышкой.  4. К емкости с фекалиями прикрепить направление, поместить ее в контейнер для транспортировки.  5. Обработать использованный материал и перчатки в соответствии с требованиями санэпидрежима.  6. Провести гигиеническую обработку рук.  7. Доставить в клиническую лабораторию емкость с фекалиями.  Взятие кала на бакпосев:  1.Представиться маме, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, получить информированное согласие на ее проведение.  2.Обработать руки гигиеническим способом, осушить их, надеть перчатки.  3.Уложить ребенка на спину до одного года или на левый бок старшего возраста.  4.Извлечь петлю из пробирки (держать ее только за наружную поверхность ватно-марлевого тампона, плотно закрывающего пробирку).  5.Развести ягодицы ребенка левой рукой, осторожно ввести петлю в анальное отверстие, продвигая ее в прямую кишку круговыми движениями на 1-2 см., затем осторожно удалить петлю, или взять кал из горшка (судна) в местах скопления слизи и крови.  6.Опустить петлю в стерильную пробирку с консервантом, не касаясь краев и наружной поверхности; пробирки. Поставить пробирку в штатив.  7.Снять перчатки, обработать руки гигиеническим способом, осушить их.  8.Оформить соответствующее направление: Ф.И.О. ребенка, возраст, №палаты, название отделения, дата, цель исследования.  9.Отправить материал и направление в бак. лабораторию.  10.Сделать запись о манипуляции в медицинской документации.  Взятие кала на яйца глистов:  1. Обьяснить маме/ ребенку цель и ход процедуры.  2. Обработать руки гигиеническим способом, надеть стерильные резиновые перчатки.  3. Подготовить необходимые оснащение.  4. Собрать кал непосредственно перед исследованием в чисто вымытый, ошпаренный кипятком горшок.  5. Чистым деревянным щпателем забрать свежевыпущенный кал ( 5-10 г ) из нескольких мест последней порции и поместить его чистую сухую баночку ( после чего погружают шпатель в дезрастворе).  **6.** Выписать направление, отправить материал в лабораторию в течение 1 часа.  7. Горшок после забора материала замочить в дезрастворе, затем промыть под проточной водой и осушить.  8. Снять перчатки, выбросить в контейнер.  9. Вымыть и осушить руки.  Взятие кала на скрытую кровь:  1. Проведите инструктаж с матерью о порядке сбора кала на исследование. Пациент в течение 3-х дней до предстоящего анализа должен находиться на специальной диете (исключить из рациона мясо, рыбу, все виды зеленых овощей, гранаты, помидоры, яйца, свеклу, лекарственные вещества, содержащие железо, магний, висмут, йод, бром, а также карболен).  2. Объясните маме, что кал следует брать утром в день исследования.  3. Уточните у мамы, нет ли у ребенка другого источника кровотечения, приводящего к ложноположительному результату.  4. В случае положительного ответа дайте рекомендации, позволяющие исключить попадание крови в фекалии.  - не следует чистить зубы щеткой в течение 3-х дней;  - если пациент страдает носовым или геморроидальным кровотечениями, исследование не проводят.  5. Перед взятием кала надеть перчатки.  6. Разъясните, что ребенок должен опорожнить кишечник в памперс без воды.  7. После акта дефекации возьмите 5-10 г. кала лопаточкой из темных разных участков и поместите в контейнер, закройте крышку.  8. Доставьте контейнер с содержимым в лабораторию с направлением (отделение, № палаты. ФИО пациента, цель исследования, дата, подпись м/с).  9. Снимите перчатки, поместите их в отходы класса Б.  10. Вымойте и осушите руки.  **Терапия:**  1. Постановка масляной клизмы  2. Объясните пациенту цель предстоящей процедуры, получите его согласие на ее проведение, предупредите его, что после клизмы он не должен будет вставать с постели до утра.  3. Наденьте перчатки.  4. Наберите в грушевидный баллон 100 – 200 мл теплого масла.  5. Смажьте газоотводную трубку вазелином.  6. Уложите пациента на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами.   1. 7. Раздвиньте ягодицы пациента, введите газоотводную трубку в прямую кишку на 15 – 20 см. 2. 8 Подсоедините к трубке грушевидный баллон и медленно введите масло. 3. 9.Не разжимая грушевидный баллон, отсоедините его от газоотводной трубки. 4. 10. Извлеките газоотводную трубку и поместите ее вместе с грушевидным баллоном в лоток. 5. 11. Помогите пациенту вытереть область анального отверстия. 6. 12. Придайте пациенту удобное положение. Укройте его. Убедитесь, что пациент чувствует себя комфортно, поскольку эффект этой клизмы наступит через 6 – 10 часов.   Уберите предметы  **Хирургия:**  **Наложение давящей повязки при венозном кровотечении**  1. Обработайте руки спиртом.  2. Наденьте резиновые перчатки.  3. Осмотрите пациента, успокойте, уложите больного.  4. Оцените состояние пациента и раны.  5. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.  6. Придайте удобное положение пациента с хорошим доступом к ране.  7. Обработайте края раны раствором 10% повидоном.  8. Просушите салфеткой.  9. Наложите на рану стерильные салфетки.  10. Наложите поверх салфетки ватно-марлевый тампон.  11. Закрепите тампон бинтовой повязкой (в зависимости от локализации раны).  12. Транспортируйте пациента в стационар, во время транспортировки следите за АД, ЧДД, пульсом, сознанием, состоянием повязки.  13. Снять перчатки и отпустите в емкость отходов класса Б   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Забор как на копрологию, бак.исследование, яйца глистов и скрытую кровь. |  | |  | 2. Постановка масляной клизмы |  | |  | 3. Наложение давящей повязки при венозном кровотечении |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 27.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Применение мази, присыпки, постановка компресса**  Применение присыпки:   1. Кожу новорожденного нужно очистить и просушить. Если средство попадает на влажный кожный покров, он быстро скатывается комками. 2. Необходимую часть присыпки растереть ладонями, чтобы не осталось комков. Припудрить складочки осторожными, похлопывающими движениями. Растирать присыпку не рекомендовано. Ее разрешается наносить при помощи шарика из поролона или ваты, но тогда она будет активно распыляться. Да и прикосновения мамы куда лучше! 3. Не рекомендуется насыпать сразу на новорожденного. Повышается вероятность распыления в воздухе или на кожный покров новорожденного попадет лишнее количество средства. Во избежание пересыхания кожи не припудривать толстым слоем. 4. Для полного высыхания присыпки и кожи нужно подержать ребенка без одежды несколько минут. 5. Обрабатывать важно не только места, где одет подгузник. Нужно припудрить складки под мышками, на ручках, под коленями, в области шеи. 6. Рекомендовано производить чередование порошкового средства с детским кремом. 7. Если замечена негативная реакция в виде покраснения или сыпи на коже, использование следует прекратить.   Применение мази:  1. Прочитайте название мази.  2. Информируйте маму о ходе манипуляции и о лекарственном препарате.  3. Помогите ребенку занять удобное для процедуры положение.  4. Вымойте руки.  5. Выдавите из тюбика на стеклянную лопаточку (или возьмите шпателем из большой емкости) нужное для пациента количество мази.  6. Нанесите мазь тонким слоем на кожу, пользуясь стеклянной лопаточкой; не делайте это руками, т. к. некоторые мази всасываются и через неповрежденную кожу.  7. Скажите маме ребенка подержать поверхность кожи с нанесенной мазью 10 – 15 минут открытой.  8. Осмотрите ребенка, не испытывает ли он дискомфорта в связи с процедурой.  9. Вымойте руки.  10. Осмотрев кожу, убедитесь, что мазь впиталась.  Постановка компресса:  1.Проведите психологическую подготовку ребенка (мамы), объясните ход процедуры. 2.Удобно усадите ребенка ( на стул или на колени маме - по возрасту). 3.Вымойте руки теплой водой с мылом и высушите чистым полотенцем. 4.Освободите больное ухо: уберите волосы, снимите серьги.  5.Налейте в лоток растительного масло или спирт 30-40 (водка), или спирт 70-96 с водой 1:1. 6. Смочите марлевую салфетку. 7. Отожмите.  8. Наденьте влажный слой на ухо.  9. Наденьте изолирующий слой на ухо.  10. Приложите вату к уху так, чтобы были закрыты все нижележащие слои.  11. Зафиксируйте компресс бинтом относительно плотно, чтобы не проходил воздух.  12. Вымойте руки. 13. Через 2 часа проверьте правильность постановки компресса (внутренний слой должен быть теплым и влажным), 14. через 4-6 ч снимите компресс, 15. Протрите осторожно кожу ватой, смоченной в теплой воде, если использовали растительное масло, 16. Протрите кожу насухо, 17. Наденьте ребенку шапочку или косынку.  **Терапия:**  **Постановка периферического венозного катетера**  1. Объяснить цель и ход процедуры, убедиться в отсутствии противопоказаний, уточнить информированность о лекарственном средстве, получить согласие на процедуру.  2. Подготовить необходимое оснащение.  3. Помочь пациенту лечь, принять удобное положение.  4. Выбрать и осмотреть вену в локтевой ямке методом пальпации. Убедиться, что в месте инъекции нет болезненности, местного повышения температуры, высыпаний.  5. Подложить под локоть клеенчатую подушечку, помочь максимально разогнуть руку в локтевом суставе.  6. Вымыть руки, надеть чистые перчатки.  7. В стерильном лотке подготовить 3 ватных шарика, обработанных антисептиком, 2 стерильные салфетки.  8. Упаковку катетера обработать антисептиком.  9. Наложить резиновый жгут (на рубашку или пелёнку) в средней трети плеча.  10. Проверить пульс на лучевой артерии, убедится в его наличии.  11. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кисть в кулак; одновременно обработать область венепункции ватным шариком, смоченным антисептиком, делая мазки в направлении от периферии к центру, двукратно.  12. Снять защитный чехол катетера.  13. Снять колпачок с иглы катетера, крылышки разогнуть, 3-мя пальцами доминантной руки взять катетер: 2-й, 3-й палец доминантной руки охватывают канюлю иглы в области крылышек, 1-й палец поместите на крышке заглушки.  14. Фиксировать вену большим пальцем левой руки, натянув кожу над местом венепункции.  15. Пациент оставляет кисть сжатой.  16. Ввести иглу катетера срезом вверх под углом 15 гр. к коже, наблюдая за появлением крови в индикаторной камере.  17. При появлении в канюле крови уменьшают угол наклона иглы-стилета и на несколько миллиметров вводят иглу в вену.  18. Придерживая стальную иглу-стилет на месте, осторожно ввести тефлоновый катетер в сосуд (сдвигать с иглы в вену).  19. Снять жгут. Пациент разжимает кисть.  20. Пережать вену для снижения кровотечения (прижать пальцем) и полностью извлечь стальную иглу, утилизировать иглу.  21. Снять заглушку с защитного чехла и закрыть катетер (можно сразу присоединить шприц или инфузионную систему).  22. Зафиксировать катетер фиксирующей повязкой.  23. Провести регистрацию катетеризации вены согласно требованиям лечебного учреждения.  **Хирургия:**  **Применение холода для остановки кровотечения**  1. Установить доверительные отношения с пациентом.  2. Объяснить цель, ход процедуры, уточнить понимание, получить согласие на процедуру.  3. Подготовить необходимое оснащение.  4. Заполнить пузырь для льда мелкими кусочками льда, залить их холодной водой.  5. Положить пузырь на горизонтальную поверхность, завинтить пробку.  6. Завернуть пузырь в полотенце, салфетку.  7. Приложить на нужный участок тела: область головы на 5 минут (с интервалом 5 минут); область брюшины на 15-20 минут (с интервалом 30 минут).  8. Зафиксировать время.  9. По мере таяния льда, воду сливать, и подкладывать новые кусочки льда.  10. Убрать пузырь со льдом, вылить воду и удалить остатки льда.  11. Пациенту создать покой и удобное положение  12. Обработать пузырь дезинфицирующим раствором.  13. Вымыть и осушить руки.  Примечание: При нарушении целостности кожных покровов медсестре необходимо перед началом процедуры надеть перчатки, а после окончания – снять их и продезинфицировать.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Применение мази, присыпки, постановка компресса. |  | |  | 2. Постановка периферического венозного катетера |  | |  | 3. Применение холода для остановки кровотичения |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | | Подпись |
| 28.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Подача кислорода через маску и носовой катетер**  **Оксигенотерапия с помощью носовых катетеров:**  1. Вымыть руки, надеть перчатки;  2. Придать ребенку удобное положение;  3. При необходимости очистить носовые ходы;  4. Измерить глубину введения катетера (от крыла носа до конца уха);  5. Взять катетер, как писчее перо, увлажненный водой конец катетера  6. Ввести по нижнему носовому ходу до метки (катетер держать перпендикулярно поверхности лица);  7. Катетер введен правильно, если его кончик виден в зеве и находится на один сантиметр ниже малого язычка;  8. Закрепить наружную часть катетера на щеке.  **Дача кислорода через маску Амбу:**  Вымыть руки, надеть перчатки  1. Обработать маску: протереть ватным тампоном, смоченным 70% спиртом, а затем, протереть стерильным изотоническим раствором.  2. Очисть рот и глотку от слизи.  3. Запрокинуть голову и выдвинуть нижнюю челюсть ребенка.  4. Плотно фиксировать левой рукой маску к лицу больного и быстро сжать мешок.  5.Разжать мешок для заполнения его новой порцией воздушно-кислородной смесью (для доношенных – 60% кислород, для недоношенных – 40%).  6.Контролировать визуально дыхательные движения грудной клетки.  7.Контролировать свободную проходимость дыхательных путей.  **Введение инсулина**  1. Объясните пациенту ход проведения манипуляции, получите от него согласие.  2. Наденьте чистый халат, маску, обработайте руки на гигиеническом уровне, наденьте перчатки.  3. Прочитайте название инсулина, дозировку (40,80,100 ЕИ в 1 мл) – должен соответствовать назначению врача.  4. Посмотрите дату, срок годности – должен соответствовать.  5. Проверить целостность упаковки.  6. Вскройте упаковку с выбранным стерильным инсулиновым шприцом, выложите его в стерильный лоток.  7. Вскройте алюминиевую крышку, обрабатывая её 70 % спиртом двукратно.  8. Проколите резиновую крышку флакона после высыхания спирта, наберите инсулин (дозу, назначенную врачом и плюс 2 ЕИ).  9. Смените иглу. Выпустите воздух из шприца (2 ЕД уйдут в иглу).  10. Положите шприц на стерильный лоток, приготовьте 3 стерильных, ватных шарика (2 смоченных 70% спиртом, 3-ий - сухой).  11. Обработайте кожу сначала 1-м, затем 2-м ватным шариком (со спиртом), 3-ий (сухой) зажмите в левой руке.  12. Соберите кожу в складку треугольной формы.  13. Введите иглу в основание складки под углом 45° на глубину 1-2 см (на 2/3 иглы), держа шприц в правой руке.  14. Введите инсулин.  15. Прижмите место укола сухим ватным шариком.  16. Извлеките иглу, придерживая ее за канюлю.  17. Сбросьте одноразовый шприц и иглу в ёмкости c 3% хлорамином на 60 мин.  18. Снять перчатки, поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.  19. Вымыть руки, осушить.  **Определение группы крови, пробы на индивидуальную резус совместимость, биологическая проба** **Определение группы крови:** Нанести цоликлоны анти-А, анти-В на специальный планшет по одной большой капле (0,1 мл), под соответствующими надписями.  Рядом с ними капнуть исследуемую кровь (0,01–0,03 мл) по одной маленькой капле. Перемешать их и наблюдать за наступлением или отсутствием реакции агглютинации в течение 3 мин. При сомнительном результате добавить 1 каплю 0,9% физиологического раствора.  Расшифровка результатов определения группы крови  - если реакция агглютинации наступила с анти-А цоликлоном, то исследуемая кровь относится к группе А (II);  - если реакция агглютинации наступила с анти-B цоликлоном, то исследуемая кровь относится к группе B (III);  - если реакция агглютинации не наступила с анти-А и с анти-B цоликлонами, то исследуемая кровь относится к группе 0 (I);  - если реакция агглютинации наступила с анти-А и с анти-B цоликлонами, то исследуемая кровь относится к группе AB (IV).  **Определение резус-фактора цоликлоном Анти-D**  На планшете смешивают большую каплю (0,1 мл) анти-D цоликлона и маленькую каплю (0,01 мл) исследуемой крови пациента. За наступлением реакции агглютинации или её отсутствием наблюдают в течение 3 мин.  - если реакция агглютинации наступила с цоликлоном анти-D , то исследуемая кровь относится к резус-положительной (Rh+)  - если реакция агглютинации не наступила с цоликлоном анти-D, то исследуемая кровь относится к резус-отрицательной (Rh—).  **Проба на индивидуальную совместимость по системе АВ0**  На белую поверхность (тарелку, пластинку) на­носят крупную каплю {0,1 мл) сыворотки крови реципиента и маленькую капельку (0,01 мл) крови донора из флакона и смешивают их между собой, периодически покачивая тарелку (пластинку). Реакция проводится при температуре 15 - 25°С, ре­зультаты оценивают через 5 минут:  - отсутствие агглютинации эритроцитов донора свидетельствует о совместимости крови донора и реципиента по системе АВО.  Появление агглютинации указывает на их несовместимость — такую кровь данному больному переливать нельзя.  **Биологическая проба**   1. 1. Объяснить пациенту суть предстоящий манипуляции, получить его информированное согласие. 2. 2. Вымыть руки с мылом, осушить индивидуальным полотенцем. 3. 3. Обработать руки кожным антисептиком и надеть стерильные перчатки. 4. 4. Подготовить систему для внутривенного вливания крови. 5. 5. Подсоединить систему к локтевой вене. 6. 6. Однократно переливается 10 мл гемотрансфузионной среды со скоростью 2 – 3 мл (40-60 капель) в минуту, затем переливание прекращают и в течение 3 минут наблюдают за реципиентом. Такую процедуру проводят еще дважды   **Оценка результата:**  а) если у реципиента не отмечается нарушений гемодинамики и нет жалоб – проба отрицательная, переливание производить можно;  б) при наличии беспокойства, болей в пояснице, озноба, мелькание «мушек» перед глазами и других жалоб, пробу следует оценить как положительную, переливание необходимо прекратить. Больного берут под наблюдение.  **Окончание манипуляции:**   1. 1. Уточнить у пациента о его самочувствии. 2. 2. Снять перчатки, поместить их в дезинфицирующий раствор. 3. 3. Вымыть руки, осушить полотенцем. 4. 4. Заполнить протокол гемотрансфузии.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1.Подача кислорода через маску и носовой катетер |  | |  | 2.Введение инсулина |  | |  | 3. Определение группы крови, пробы на индивидуальную резус совместимость биологическая проба |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |
| 29.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **1. Снятие швов с послеоперационной раны**  1. Объяснил пациенту цель и ход предстоящей процедуры  2. Одел колпак, маску, стерильные перчатки  3. Кожу вокруг раны обработал антисептиком.  4. Подтянул за усики узла анатомическим пинцетом, извлек часть нити из кожи, пока не появился участок нити белого цвета, который находился в ткани, и в этом месте нить пересек остроконечными ножницами или скальпелем и извлек еѐ, подтягивая в направлении раны, таким образом швы снимаем через один или два подряд, если собираемся вводить в этом месте дренаж  5. После снятия швов кожу обработал антисептиком, наложил стерильную повязку  **2. Термометрия**  1. Получил согласие пациента (родственников ребенка) 2. Вытер салфеткой кожу подмышечной области насухо 3. Извлек термометр из контейнера с маркировкой «чистые термометры», встряхнул, проверил шкалу деления 4. Поместил термометр нижним концом в подмышечную область так, чтобы резервуар ртути со всех сторон соприкасался с кожей 5. Зафиксировал/привел к груди руку 6. Засек время 7. Извлек термометр из подмышечной области 8. Определил показания термометра 9. Термометр встряхнул и поместил в емкость для дезинфекции 10. Снял перчатки и погрузил их в контейнер с маркировкой «Отходы. Класс Б». 11. Провел гигиеническую обработку рук. 12. Записал результат в температурный лист  3. **Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенка**  1. Провел гигиеническую обработку рук. Надел перчатки. Обработал пеленальный стол, снял перчатки и поместил в емкость для отходов класса «Б»  2. Объяснил маме цель и ход процедуры, приготовил оснащение  3. Обработал руки, надел стерильные перчатки  4. Уложил 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.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Снятие швов с послеоперационной раны |  | |  | 2. Термометрия |  | |  | 3. Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенка |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | | Оценка | Подпись |
| 30.05.2020 | Непосредственный руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей**  **Обработка волосистой части головы при гнейсе:**  1. Объяснить маме/родственникам цель и ход проведения процедуры.  2. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки, постелить пелёнку на пеленальный стол (предварительно обработанный дезинфицирующим раствором)  3. Уложить или усадить ребёнка на пеленальный стол.  4. Ватным тампоном, обильно смоченным стерильным вазелиновым (растительным) маслом, обработать волосистую часть головы промокательными движениями в местах локализации гнейса (для размягчения себорейных корочек).  5. Для лучшего размягчения и отслоения корочек положить на обработанную поверхность марлевые салфетки и надеть шапочку (минимум на 2 часа).  6. Через 2 часа провести гигиеническую ванну.  7. После проведения гигиенической ванны осторожно удалить корочки с помощью мягкой щёточки.  Примечание: если не удалось удалить все корочки – повторить процедуру в течение нескольких дней. Плотно «сидящие на волосах» корочки срезаются ножницами вместе с волосами  8. Убрать пелёнку с пеленального стола и поместить её в мешок для грязного белья. Снять перчатки и осушить руки.  **Обработка ногтей:**  1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход проведения процедуры; 2. Подготовить необходимое оснащение; 3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки; 4. Обрабатывать режущую часть ножниц ватным тампоном, смоченным в спирте; 5. Удобно зафиксировать ребенка у себя на руках. Выполнение процедуры: Постричь ногти ребенку: - на руках округло; - на ногах - прямолинейно. Окончание процедуры: Уложить ребенка в кроватку и передать его маме. Инфекционный контроль: 1. Использованные ножницы обработать 70% этиловым спиртом, 2. Снять перчатки, замочить их в 3% р-ре хлорамина на 60 минут, 3. Обработать руки.  **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.  **Уход за стомами**  **Уход за колостомой:**  1. Несколько шариков кладут в тазик и заливают перекисью водорода.  2. Берут шарик пинцетом, обрабатывают кожу вокруг выступающей части слизистой оболочки кишки красного цвета (колостомы) движениями от периферии к отверстию. Повторяют обработку несколько раз.  3. Обрабатывают кожу вокруг колостомы шариком, смоченным спиртом. 4. Шпателем на кожу вокруг колостомы наносят толстым слоем (0,5 см) изолирующую мазь или пасту. 5. Накладывают повязку: смачивают стерильную салфетку вазелиновым маслом, кладут на стому, а поверх нее - еще несколько салфеток с ватой. 6. Укрепляют повязку бинтами, а лучше с помощью бандажа или специального пояса. Уход за трахеостомой: 1. Каждые 2 - 3 ч в трахеотомическую трубку вливают две-три капли стерильного масла или 4% раствора натрия гидрокарбоната, чтобы она не забилась слизью. Извлекают канюлю из трубки 2 - 3 раза в сутки, очищают, обрабатывают, смазывают маслом и снова вводят в наружную трубку.  2. Если пациент с трахеостомой сам не может хорошо откашляться, то периодически отсасывают содержимое трахеи.  3. Чтобы избежать мацерирования кожи вокруг трахеостомы, необходимо, не вынимая трубки, обрабатывать кожу. Для этого следует: а) положить в стерильный почкообразный тазик достаточное количество ватных шариков и залить их раствором фурацилина; б) используя стерильный пинцет, обработать кожу вокруг стомы шариками, смоченными фурацилином; в) после обработки кожи антисептическим раствором нанести пасту Лассара или цинковую мазь, затем наложить асептическую повязку, для чего две стерильные салфетки разрезать до половины на две равные части и подвести под трубку с одной и другой стороны.  **Уход за гастростомой:**  **После каждого введения пищи через гастростомическую трубку необходимо:** 1) положить в тазик несколько ватных шариков и залить раствором фурацилина или перекиси водорода; 2) обработать шариками, надетыми на пинцет, кожу вокруг трубки, затем обработать кожу вокруг стомы шариком, смоченным спиртом; 3) нанести на кожу вокруг трубки с помощью шпателя изолирующую мазь; 4) наложить сухую асептическую повязку, для чего стерильную салфетку разрезают на две части до половины и, раздвинув, кладут вокруг трубки, вторую салфетку кладут с другой стороны; 5) зафиксировать повязку пластырем или с помощью пояса из ткани с отверстием для трубки.  **Уход за цитостомой:**  Манипуляцию выполняют в перчатках. 1. На водяной бане до +38 °С подогревают раствор фурацилина или нитрата серебра и набирают в шприц Жане 100 - 150 мл. 2. Отсоединяют контейнер для мочи от катетера Пеццера.  3. Присоединяют к катетеру шприц Жане и промывают мочевой пузырь раствором антисептика, выводя раствор после промывания в мочеприемник.  4. Промывают контейнер для мочи или берут новый и соединяют с катетером.  5. Кожу вокруг катетера обрабатывают раствором перекиси водорода с помощью ватных шариков, которые держат пинцетом.  6. Кожу вокруг цистостомы обрабатывают спиртом.  7. Накладывают сухую асептическую повязку. Для этого стерильную салфетку разрезают пополам до середины и кладут вокруг катетера. Так же подготавливают вторую салфетку и кладут с противоположной стороны.  8. Салфетки фиксируют лейкопластырем или бандажом.  9. Снять перчатки и утилизировать в отходы класса В, обработать руки антисептиком.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей |  | |  | 2. Подготовка пациента и проведение дуоденального зондирования |  | |  | 3. Уход за стомами |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 01.06.2020 | **Уход за кожей (профилактика пролежней) слизистыми (глаз, полостью рта) и т.д. Уход за подключичным катетером**   * профилактика пролежней   1. Моют и сушат руки, надевают перчатки  2. Пациента поворачивают на бок  3. Обрабатывают кожу спины салфеткой, смоченной теплой водой или раствором уксуса  4. Обсушивают кожу сухим полотенцем  5. Делают массаж мест, в которых часто образуются пролежни  6. Смазывают кожу стерильным вазелиновым или прокипяченным растительным маслом  7. Образовавшиеся пролежни обрабатывают кварцеванием, начиная с 1 - 2 мин и постепенно увеличивая время экспозиции до 5 - 7 мин  8. Под места образования пролежней подкладывают ватно-марлевые круги или резиновые круги в наволочке  9. Осматривают постель пациента, удаляют крошки после приема пищи  10. Мокрое и загрязненное постельное и нательное белье немедленно меняют  12. При смене постельного и нательного белья следят, чтобы на них в местах образования пролежней не было швов, заплаток, складок  13. Места покраснения кожи обрабатывают слабым раствором перманганата калия   * уход за глазами   1. Объяснил пациенту 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 рук. Сделал запись о проведенной процедуре.   * Уход за ротовой полостью   1. объяснить цель и ход манипуляции получить согласие  2. грудь пациента прикройте полотенцем  3. придать пациенту удобное положение  4. поставьте лоток для сбора промывной воды или раствора  5. попросите больного широко открыть рот.  6. Смочите щетку в приготовленном антисептическом растворе. При отсутствии щетки можно использовать марлевую салфетку, закрепленную на зажиме или пинцете  7. Произведите чистку зубов, начиная с задних, последовательно вычистить внутреннюю, верхнюю и наружную поверхность, выполняя движения вверх-вниз в направлении от задних зубов к передним.  8. Повторить те же действия с другой стороны рта. Процедура повторяется не менее двух раз  9. Сухими тампонами промокнуть ротовую полость пациента для удаления остатков жидкости и выделений из полости рта  10. Попросите больного высунуть язык. Если он не может этого сделать, то оберните язык стерильной салфеткой и левой рукой осторожно вытянуть ее изо рта  11. Смочите салфетку антисептическим раствором и, снимая налет протрите язык, в направлении от корня языка к его кончику, меняя салфетки 2-3 раза. Отпустите язык.  12. Оберните конец шпателя стерильной салфеткой  13. Левой рукой введите шпатель в полость рта. Отведите им кверху верхнюю губу. Обработайте слизистую оболочку и зубы верхней челюсти пациента вторым шпателем, обернутым стерильной салфеткой и смоченной антисептическим раствором. Смените салфетку, обработайте её, отодвинув нижнюю губу, слизистую оболочку и зубы нижней челюсти  14. Смените салфетку  15. Оросите рот пациента из резинового баллончика и попросите сплюнуть в лоток  16. Трещины на языке и губах смажьте глицерином  17. Убрать полотенце. Удобно уложить пациента  18. Снимите перчатки, поместите их в дезраствор, вымойте руки   * Уход за подключичным катетером   1. Обработать руки на гигиеническом уровне, при контакте с катетером использовать перчатки.  2.Осматривать кожные покровы вокруг катетера и сам катетер не менее 2-х раз в сутки: - катетер должен быть закрыт стерильной повязкой или плёнчатым одноразовым фиксатором (место введения катетера должно быть доступно визуальному осмотру без удаления повязки); - конец или все концы катетера (если он многопросветный) должны быть закрыты инъекционными колпачками.  3.Проводить смену лейкопластырной повязки в соответствии с врачебными назначениями 2-3 раза в неделю, при промокании - немедленно. Обрабатывать кожу вокруг катетера одним из антисептических растворов. Указывать дату и время перевязки, фамилию медсестры.  **2. Постановка масляной клизмы**  1. Объяснил пациенту цель и ход выполнения процедуры и получить его согласие, если пациент контактен.  2. Приготовил масло, подогрев его на водяной бане, измерил температуру раствора водным термометром, 38°С.  3. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки. 4. В грушевидный баллон набрал масло 100-200 мл.5. Отгородил пациента ширмой, положил адсорбирующую клеенку на постель. Попросил пациента принять правильное положение. 6. Обработал перчатки антисептическим раствором. 7. Извлек газоотводную трубку из упаковки и облил вазелиновым маслом закругленный конец газоотводной трубки. 8. Ввел газоотводную трубку на глубину 20-30 см. 9. Выпустил остатки воздуха из баллона. Присоединил к газоотводной трубке грушевидный баллон и медленно ввел набранный раствор. 10. Отсоединил, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки. 11. Марлевой салфеткой провел туалет анального отверстия, у женщин обязательно кзади. Напомнил пациенту, что эффект наступит через 10-12 часов. Адсорбирующую пеленку оставил под пациентом.12. По окончании процедуры газоотводную трубку, марлевые салфетки поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». Флакон из-под масла поместил в емкость для сбора отходов класса «А». 13. Грушевидный баллон поместил в емкость для дезинфекции. 14. Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.15. После дефекации убедился, что процедура прошла успешно.  3. **. Мытье рук, надевание и снятие перчаток**  1. Проверьте целостность кожных покровов.  2. Снимите с рук украшения и часы.  3. Откройте кран и отрегулируйте струю и температуру воды.  4. Вымойте барашки крана мылом и закройте их бумажной или марлевой салфеткой, тем самым предотвратить контакт чистых рук с микроорганизмами при закрытии крана.  5. Намыльте дважды руки мылом (при использовании кускового мыла ополоснуть его и положить в мыльницу с решеткой).  6. Мойте руки путем механического трения друг об друга, начиная с кончиков пальцев ладонные поверхности.  7. Затем вымойте межпальцевые промежутки тыльной стороны левой руки правой рукой и наоборот.  8. Вымойте поочередно круговыми движениями большие пальцы рук.  9. Промойте руки теплой водой до полного удаления мыла.  10. Держите руки так, чтобы кисти находились выше локтей и не касались края раковины.  11. Закройте кран.  12. Высушите руки стерильными марлевыми салфетками.  13. Тщательно обработайте руки в течение 2-3 мин тампоном или марлевой салфеткой, смоченной 70% этиловым спиртом или спиртсодержащим кожным антисептиком, разрешенным к применению для этих целей.  14. Погрузите использованный тампон в специальную емкость.  Разверните упаковку с перчатками (можно положить упаковку на стол).  -Возьмите перчатку за отворот левой рукой так, чтобы ваши пальцы не касались внутренней поверхности перчатки.  -Сомкните пальцы правой руки и введите их в печатку.  -Введите под отворот левой перчатки I, III и IV пальцы правой руки, уже одетой в перчатку так, чтобы I палец правой руки был направлен в сторону 1 пальца на левой перчатке.  -Держите левую перчатку II – IV пальцами правой руки вертикально.  -Сомкните пальцы левой руки и введите ее в перчатку.  -Расправьте отворот вначале на левой перчатке надев ее на рукав, затем на правой с помощью II и III пальцев, подводя их под подвернутый край перчатки.  Примечание. В зависимости от ситуации перчатки лучше надевать на рукава халата. В тех случаях, когда не требуется халат с длинными рукавами, перчатки закрывают запястье и часть предплечья.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1.Уход за кожей слизистыми и т.д. уход за подключичным катетером |  | |  | 2. Постановка масляной клизмы |  | |  | 3. Мытье рук, надевание и снятие перчаток |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.06.2020 | **1. Приготовление перевязочного материала (салфеток, шариков)**   |  |  | | --- | --- | | * Приготовление салфеток   1. Края раскроенного куска марли заложить внутрь профилактика попадания нитей в рану  2 Салфетки складывают пополам вдоль и по ширине вчетверо |  | |  | |  |  * Приготовление марлевого шарика  |  |  | | --- | --- | |  | | | 1. | 1. Противоположные стороны марлевой салфетки подвернуть внутрь на 2-4 см, получая марлевую полоску | | | . | 2. Марлевую полоску укладывают на ногтевые фаланги 2-го и 3-го пальцев правой кисти. Складывают кульком. | | | 3. | Вложить свободные концы один в другой | |   **2 Оказание сестринской помощи при желудочном кровотечении.**  1) вызвать врача через третье лицо, для оказания квалифицированной помощи  2) не давать пить и есть  3) уложить больного на спину, повернуть голову набок, под голову клеёнку, пелёнку, лоток.  4) на эпигастрий - пузырь со льдом - сужение сосудов, уменьшение кровопотери  5) контроль АД, ЧДД, пульса и температуры через каждые 15-30мин. -диагностика осложнений  6) дать 20-30% кислород, установить степень кровопотери  Зависимые вмешательства:  7) физ. раствор 500мл в/в капельно  8) гидроксиэтилкрахмал 6% 500мл в/в капельно- восстановление ОЦК  9) аминокапроновая кислота 200мл в/в капельно  10) дицинон (этамзилат) 12,5% 2-4мл в/в струйно с 16-18мл физраствора -остановка кровотечения  11) взять кровь из вены для клинического и биохимического анализа- диагностика осложнений  12) транексамовая кислота по 1,0-1,5 г., 3-4 раза в сутки в/в капельно  13) переливание свежезамороженной плазмы- остановка кровотечения.  3. **Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований**  1. Провести идентификацию пациента.  2. Объяснить маме цель и ход проведения процедуры, получить согласие.  3. Выписать направление в клиническую лабораторию.  4. Провести гигиеническую антисептическую обработку рук.  5. Надеть нестерильные одноразовые перчатки ,  6. Положить на постель пеленку.  7. Подмыть ребенка (девочку спереди назад) под проточной водой.  8. Просушить половые органы полотенцем , промокательными движениям.  9. Положить ребенка на спину, раздвинуть ножки и убедиться , что промежность сухая.  10. Открыть упаковку и развернуть мочеприемник, снять защитную пленку с клейкой поверхности.  11. У мальчиков опустить пенис и мошонку малыша в отверстие мочеприемника, плотно прижать клеевую часть к коже в области промежности и вокруг половых органов. При этом направление резервуара значения не имеет.  12. Для девочки приклеить мочеприемник, резервуаром вниз, начиная от точки между половыми губами и анальным отверстием и двигаясь вверх к лобковой зоне.  13. Липкую ленту наклеивать плотно, полностью захватывая зону выделения мочи, но с тем расчетом, чтобы не повредить нежную кожу ребенка.  14. Надев мочеприемник, подождать, пока ребенок помочится.  15. Когда материал для анализа будет собран, снова подмыть ребенка, обсушить кожу и наденьте подгузник.  16 Поместить мочеприемник в устойчивую емкость.  17 Снять перчатки, сбросить в КБУ.  18 Вымыть и осушить руки.  19 Организовать транспортирование полученного материала в лабораторию не позднее одного часа.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Приготовление перевязочного материала |  | |  | 2. Оказание сестринской помощи при желудочном кровотечении |  | |  | 3. Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.06.2020 | **1. Уход за мочевым катетером**  1. Установить доверительные отношения с пациентом. Уточнить понимание цели, хода предстоящей процедуры. Получить согласие. Оградить пациента ширмой.  2. Вымыть руки, надеть маску, фартук, перчатки.  3. Вымыть половые органы и промежность по принятой методике.  4. Вымыть катетер стерильной салфеткой, смоченной антисептическим раствором, затем высушить 10 см катетера (от участка, где он выходит из уретры).  5. Осмотреть область уретры вокруг катетера. Обработать антисептиком, осушить стерильной салфеткой. Убедиться, что моча не подтекает.  Если происходит подтекание мочи мимо катетера, проверьте, не образовались ли мочевые камни внутри катетера.  6. Осмотреть состояние дренажной системы (катетер+мочеприёмник).  Наличие оттока мочи, проходимость дренажных трубок.  7. Убедиться в надёжной фиксации мочеприемника к бедру пациента или кровати.  8. Снять перчатки. Вымыть руки и обработать антисептиком.  9. Обеспечить физический и психологический покой пациенту. После манипуляции пациент находится в постели 30-60 минут.  10. Сделать запись в документации.  **2. 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 в ёмкость с дезинфицирующим раствором. 19.Вымойте и осушите руки.  **3. Составление плана сестринского ухода за больным**  I этап (сестринское обследование)  II этап (сестринская диагностика)  Сестринские диагнозы, связанные с различными нарушениями  III этап (постановка целей и планирование вмешательств)  IV этап (реализация)  V этап (оценка результатов)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Уход за мочевым катетером |  | |  | 2. Введение гепарина |  | |  | 3. Составление плана сестринского ухода за больным |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4.06.2020 | **1. Туалет гнойной раны**  1.надеть клеенчатый фартук и стерильные перчатки  2. Снимает старую повязку с помощью пинцетов, вдоль раны, придерживая сухим шариком кожу и не давая ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% р-ре перекиси водорода.  3. После снятия поверхностных слоев повязки обильно смачивает внутренний слой 3% р-ром перекиси водорода или раствором любого антисептика, промокшие салфетки осторожно снимает пинцетом  4. Осматривает рану и прилежащие участки  5. Производит туалет кожи вокруг раны марлевыми шариками от краев раны к периферии  6. Меняет пинцет, производит туалет раны (удаление гноя промыванием растворами перекиси водорода или фурациллина)  7. При наличии гнойно-некротических процессов производит дренирование раны  8. Накладывает повязку с необходимым препаратом по назначению врача и фиксирует ее.  9. Контроль состояние пациента.  **2. : Подготовка пациента и ассистирование врачу при**  **плевральной пункции.**  1 .Собрал набор инструментов и медикаментов для Проведения манипуляции .2. Доброжелательно и уважительно представился. Уточнил у пациента понимание цели и хода процедуры, уточнил аллергологический анамнез, и получил информированное согласие. 3. Пригласил пациента в манипуляционный кабинет и усадил на стул в «позе наездника» 4. Провел гигиеническую обработку рук. 5. Надел стерильные перчатки 6. Подготовил инструменты и медикаменты для проведения обезболивания и пункции 7. Подготовил ампулы, набрал анестетик в шприц и сменил иглу. 8. Обработал большое, малое инъекционное поле и подал шприц врачу 9. После полного обезболивания обработал операционное поле для проведения пункции троекратно: спиртом, йодом и вновь спиртом. 10. Достал иглу ДЮФО и наложил зажим на трубку иглы, подал иглу с зажимом врачу. 11. Присоединил к канюле шприц Жане и по команде врача снимал и накладывал зажим 12. Плевральную жидкость вылил в стерильный контейнер с соблюдением мер предосторожности 13. Остальную плевральную жидкость вылил в емкость с дезраствором. 14. Одновременно с удалением иглы из плевральной полости наложил на место прокола окклюзионную. 15. Плевральную жидкость с направлением отправил в лабораторию. 16. Отходы собрал в пакет для отходов класса «Б»  3. **Забор крови для биохимического и гормонального исследования**  1. Объясните пациенту цель и ход процедуры, получите согласие. Уточните, не позавтракал ли пациент.  2. Напишите направление в лабораторию, пронумеруйте пробирку.  3. Помогите пациенту занять удобное положение.  4. Проведите деконтаминацию рук на гигиеническом уровне, обработайте их кожным антисептиком.  5. Наденьте маску и перчатки, защитные очки, передник.  6. Вскройте упаковку шприца однократного применения, соберите его, выпустите воздух, не снимая колпачок с иглы, положите шприц во внутреннюю поверхность упаковки.  7. Подложите под локоть пациента клеенчатую подушечку.  8. Наложите резиновый жгут на среднюю треть плеча на салфетку или на нательное белье.  9. Завяжите жгут так, чтобы свободные концы были направлены вверх, а петля вниз.  10.Прощупайте пульс на лучевой артерии ( пульс должен быть сохранен).  11.Исследуйте вену. Найдите наиболее наполненную вену.  12.Попросите пациента несколько раз сжимать и разжимать кулак для наполнения вены, затем зажать его.  13.Обработайте область локтевого сгиба, место инъекции последовательно двумя ватными шариками, смоченными в спирте, сбросьте их в КБУ. Третий ватный шарик держите в левой руке между IV и V пальцами.  14.Возьмите шприц в правую руку: II палец на канюле иглы, а III, IV пальцы охватывают цилиндр сверху, I палец снизу.  15.Зафиксируйте вену ниже предполагаемого места прокола большим пальцем левой руки.  16.Снимите колпачок с иглы и пунктируйте вену, как обычно ( кулак пациента при этом сжат).  17.Потяните поршень на себя, убедитесь, что игла в вене.  18.Наберите в шприц 5-7 мл крови, левой рукой медленно оттягивая поршень на себя.  19.Снимите жгут, кулак пациент должен разжать, быстрым движением извлеките иглу из вены.  20.Приложите ватный шарик со спиртом на место инъекции на 3-5 минут, попросив пациента слегка согнуть руку в локтевом суставе.  21.Снимите иглу со шприца, поместите в непрокалываеммый контейнер отхода класса «Б»  22.Выпустите кровь из шприца медленно без напора в пробирку по стенке, не допуская ее разбрызгивания.  23.Закройте пробирку непромокаемой пробкой.  24.Пробирку с кровью вместе со штативом поставьте в контейнер, плотно закройте его.  25.Помогите пациенту встать или занять комфортное положение.  26.Убедитесь, что кровь не выделяется из места прокола вены, возьмите у пациента ватный шарик и поместите его в КБУ.  27.Отправьте контейнер и направление в биохимическую лабораторию.  28. Снимите перчатки, поместите в КБУ.  29. Вымойте и осушите руки.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Туалет гнойной раны |  | |  | 2. Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции |  | |  | 3. Забор крови для биохимического и гормонального исследования |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5.06.2020 | **1. Приготовление столика медсестры анестезиологического кабинета**  Стетофонендоскоп, аппарат для измерения артериального давления, наборы стерильных одноразовых шприцев, одноразовые системы для переливания крови и кровезаменителей, набор масок для наркоза, ларингоскоп с набором клинков для интубации, набор эндотрахеальных трубок с манжетками и баллончиками для их раздувания, воздуховоды, языкодержатель, роторасширитель, стерильная трахеостомичекая трубка.  Медикаменты: жидкие ингаляционные наркотики, наркотические и ненаркотические аналгетики, миорелаксанты, кровезаменители, гемостатики, гипотензивные препараты, антидоты миорелаксантов, сердечные аналептики, диуретики, гормональные препараты  **2. ПОСТАНОВКА КОМПРЕССА.**  Выполнение манипуляции:  1. Смочите марлю в 45◦спирте, хорошо отожмите ее  2. Приложите салфетку к поверхности кожи  3. Поверх салфетки положите компрессную бумагу  4. Поверх бумаги положите слой ваты  5. Закрепите компресс бинтом, так чтобы он плотно прилегал к телу, но не стеснял движений  6. Через 2 часа проверьте степень влажности нижней салфетки  7. Снимите компресс через 6 часов  Окончание .Манипуляции  1. Вытрите кожу насухо, наложите сухую повязку  2. Спросите больного о самочувствии.  3. Вымойте руки  ПРИМЕЧАНИЕ: Каждый последующий слой компресса должен быть больше предыдущего на 2см. Перед наложением лекарственного компресса кожу необходимо смазать дет­ским кремом или вазелином. На кожу, смазанную йодом, согревающий компресс накладывать нельзя, это может вызвать ожоги.  Горячий компресс – используется горячая вода (60-70◦ С) на 10 минут (салфетка, бумага компрессная или кленка, вата). Через 10 минут заменить.  Холодный компресс – применяется холодная вода на 2-3 минуты. Когда салфетка согревается, ее сменяют. Механизм действия такой же, как и у пузыря со льдом.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Приготовление столика медсестры анестезиологического кабинета |  | |  | 2. Постановка компресса |  | |  | 3. Утренний туалет тяжелобольного пациента уход за глазами |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   3. Утренний туалет тяжелобольного пациента уход за глазами  1. Объяснил пациенту 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 рук. Сделал запись о проведенной процедуре. |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6.06.2020 | **1. проведение премедикации**  Вечерняя премедикация проводится перед сном на ночь:  1. Больному предлагают справить свои физиологические потребности.  2. В постели больному вводят лекарства, благотворно влияющие на ЦНС:  - успокаивающие, снотворные, транквилизаторы малые, транквилизаторы большие или [нейролептики](https://studopedia.ru/5_64725_neyroleptiki-antipsihoticheskie-sredstva.html), наркотические анальгетики, десенсибилизирующие  Утренняя премедикация проводится за 30 – 40 мин до операции  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, десенсибилизирующие, М-холинолитики  2. **Проведение очистительной и лекарственной клизмы, введение газоотводной трубки**  *Алгоритм действия очистительной клизмы:*  1. Объяснить матери цель и ход проведения процедуры, получить согласие.  2.Провести гигиеническую антисептическую обработку рук.  3. Надеть нестерильные перчатки, очки, фартук.  4. Постелить клеенку, накрыть пеленкой.  5. Набрать в резиновый баллон воду 20-22 С ( комнатной температуры):  – новорожденному-25-30 мл;  – детям грудного возраста- 50-250 мл;  - детям 1-3 года- 150-250 мл,  6. Смазать наконечник вазелиновым маслом методом полива.  7. Уложить ребенка до 6 мес. на спину , поднять обе ноги вверх, после 6 мес. Повернуть на левый бок , ноги согнуть в коленях.  8. 1 и 2 пальцами левой руки раздвинуть ягодицы и зафиксировать в данном положении.  9.Расположить резиновый баллончик наконечником вверх, нажать на него снизу большим пальцем правой руки.  10. Не разжимая баллончик , ввести наконечник осторожно без усилий в анальное отверстие и продвинуть его в прямую кишку сначала к направлению к пупку, затем параллельно копчику.  11.Медленно нажимая на баллончик снизу ввести воду и не разжимая его извлечь наконечник из прямой кишки.  12. Левой рукой сжать ягодицы ребенка на 3-5 мин.  13. Уложить ребенка на спину, прикрыв промежность пеленкой до появления стула или позывов на дефекацию.  14. Подмыть ребенка после акта дефекации, подсушить, обработать складки стерильным растительным маслом.  15. Использованные предметы сложить в емкость с дезинфицирующим раствором.  16.Снять перчатки, поместить в КБУ.  17. Вымыть и осушить руки.  *Лекарственной клизмы*  1. Постелить клеенку, накрыть ее пеленкой.  2. Вымыть и осушить руки, надеть фартук, пер­чатки, маску.  3. Подогреть лекарственный препарат до 37°— 38°С и набрать его в резиновый баллончик.  4. Смазать конец газоотводной трубки маслом ме­тодом полива.  5. Уложить ребенка на левыйбок с согнутыми и приведенными к животу ногами.  6. Раздвинуть ягодицы ребенка I и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном по­ложении.  7. Ввести газоотводную трубку в анальноеотвер­стие, пережавее свободный конец.  8. Продвинуть трубку в прямую кишкуна 10 -12 см, напрявляя сначала к пупку, а затем, преодо­лев сфинктеры, параллельно копчику.  9. Выпустить воздух из резинового баллончика, подняв наконечник кверху и нажав на него снизу большим пальцем правой руки.  10. Присоединить баллончик к газоотводной труб­ке.  11. Разжать свободный конец газоотводной трубки.  12. Ввести медленно лекарственную жидкость в кишечник ребенка, нажимая на баллончик снизу.  13. Отсоединить баллончик, не разжимая его, от газоотводной трубки, предварительно пережав ее свободый конец.  14. Извлечь осторожно газоотводную трубку из прямой кишки, пропустив ее через салфетку.  15. Сжать ягодицы ребенка на10 минут.  16. Уложить ребенка на живот на 30 минут.  17. Обработать перианальную область тампоном, смоченным вазелиновым маслом.  18. Снять фартук, перчатки, поместить в дезра-створ.  19. Поместить в лоток для отработанного мате­риала баллончик, газоотводную трубку, салфетку.  20. Вымыть и осушить руки. Примечание:  — Лекарственную клизму ставить через 30-40 ми­нут после очистительной клизмы или акта дефекации.  — Лекарственный препарат вводить в изотоничес­ком растворе во избежание раздражения кишечника.  — Ребенка до 6 месяцев можно уложить на спи­ну и приподнять ноги вверх.  — Необходимое количество лекарственного пре­парата берется из расчета 10 мл на год жизни, но не более50 мл.  *Постановка газоотводной трубки*  1. Постелить клеенку,накрыв ее пеленкой.  2. Вымыть и осушитьруки, надетьхалат, пер­чатки, маску.  3. Уложить ребенка на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами.  4. Смазать конец газоотводной трубки маслом ме­тодом полива.  5. Раздвинуть ягодицы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном по­ложении.  6. Ввести газоотводную трубку в анальное отвер­стие, пережав ее свободный конец.  7. Продвинуть трубку в прямую кишкуна 10 — 12 см, направляя сначала к пупку, а затем, преодо­лев сфинктеры, параллельно копчику.  8. Разжать свободный конец трубки и поместить его в лоток с водой.  9. Извлечь трубку через20 — 30 минут, пропус­тив ее через салфетку.  10. Обработать перианальную область тампоном смоченным маслом.  11. Поместить газоотводную трубкув емкость сдезинфицирующим раствором.  12. Снять перчатки, халат, маску,вымыть руки.  13. Поместить перчатки в емкость с дезраство-ром, а халат в непромокаемый мешок.  Примечание: Процедуру можно повторить через 2-3 часа.  **3 Измерение водного баланса у пациента**  1. Приготовить все необходимое.2. . Объяснить цель и ход предстоящей манипуляции. 3. Убедиться, что пациент сможет проводить учет жидкости.4. Объяснить пациенту необходи­мость соблюдения обычного вод­но-пищевого и двигательного ре­жима.5. Убедиться, что пациент не при­нимал диуретики в течение 3 дней до исследования.6. Дать подробную информацию о порядке записей в листе учета вод­ного баланса, убедиться в умении заполнять лист.7. Объяснить примерное процент­ное содержание воды в продуктах питания для облегчения учета вод­ного баланса.  Примечание: твердые продукты питания могут содержать от 60 до 80% воды.8. Объяснить, что в 6.00 необходимо выпустить мочу в унитаз.9. Собирать мочу после каждого моче­испускания в градуированную емкость, измерять диурез.10. Фиксировать количество выделенной жидкости в листе учета.11. Фиксировать количество поступив­шей жидкости в листе учета.12. Объяснить, что необходимо указы­вать время приема или введения жидко­сти, а также время выделения жидкости в листе учета водного баланса в течение суток, до 6.00 следующего дня.13. В 6.00 следующего дня сдать лист учета медицинской сестре.14. Сравнить количество выделенной жидкости с количеством рассчитанной жидкости (в норме).15. Сделать записи в листе учета водного баланса.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Проведение премедикации |  | |  | 2. Проведение очистительной и лекарственной клизмы введение газоотводной трубки |  | |  | 3. Измерение водного баланса у пациента |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8.06.2020 | **1. Наложение мягких повязок «на различные участки тела»**   * Наложение повязки «варежка»   1. Объяснил пациенту цель и ход предстоящей процедуры  2. Встал лицом к пациенту  3. Обработал кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положил на травмированное место (рану) стерильную салфетку и салфетку между пальцев  4. Фиксирующий тур наложил в области лучезапястного сустава.  5. Далее бинт перегнул и повел по тыльной стороне кисти до кончиков пальцев.  6. Затем по ладонной стороне до нижней трети предплечья и вновь перегнул.  7. Несколькими возвращающимися турами полностью закрыл пальцы.  8. Повязку закончил спиральными восходящими оборотами бинта от пальцев на кисть и закрепил на предплечье фиксирующим туром.  9. Проверил правильность, эффективность и эстетичность данной повязки.   * Наложение повязки на молочную железу   1. Объяснил пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Усадил пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встал лицом к нему.  2. Обработал кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положил на травмированное место (рану) стерильную салфетку.  3. Первый тур бинта фиксирующий, наложил вокруг грудной клетки под обеими грудными железами. Затем тур бинта перевел на заднюю поверхность грудной клетки косо вверх на противоположное надплечье.  4. Огибая надплечье, спустил косо вниз на больную сторону, прикрывая положенную салфетку на грудной железе, начиная с нижних отделов. Последующие туры бинта повторяются в такой же последовательности до полного закрытия раны железы.  5. Проверил правильность, эффективность и эстетичность данной повязки   * Наложение повязки на культю   1. Объяснил пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Уложил пострадавшего на перевязочный стол и во время выполнения манипуляции и встал лицом к нему.  2. Обработал кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положил на травмированное место (рану) стерильную салфетку.  3. Наложил фиксирующие круговые туры бинта выше культи, бинт перегнул под прямым углом и провел в продольном направлении по культе, обогнув конец культи, провел бинт по задней поверхности, где снова перегнул.  4. Закрепил перегиб круговым ходом бинта. Туры бинта повторял до тех пор, пока вся культя не была закрыта.  5. Повязку закрепил на циркулярном туре. Проверил правильность, эффективность и эстетичность данной повязки   * Наложение повязки на промежность   1. Объяснил пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Уложил пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встал лицом к нему.  2. Обработал кожу вокруг раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положил на травмированное место (рану) стерильную салфетку.  3. Из бинта или ткани изготовил поясок и фиксировал вокруг талии пострадавшего или сделал (2-3 тура бинта) вокруг талии.  4. К пояску по середине привязал начало бинта, провел его через промежность и закрепил его за поясок (среднюю часть) с противоположной стороны.  5. Сделал петлю вокруг пояска, и операцию повторил обратным путем до полного закрепления салфетки в области промежности.  6. Проверил правильность, эффективность и эстетичность данной повязки  **2. Подкожная инъекция**  1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры.  2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки. 3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками (4) и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком. 4. Приготовил стерильный шприц, положил его в стерильный лоток. 5. Подготовил лекарственный препарат (проверил срок годности лекарственного средства, целостность ампулы). 6. Обработал ватным шариком ампулу (флакон) с лекарственным средством. Вскрыл ампулу (флакон), набрал лекарственное средство в приготовленный шприц. 7. Сменил иглу для инъекции, вытеснил воздух (не снимая колпачок). 8. Придал пациенту удобное положение. Пропальпировал место инъекции. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком. 9. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле движением сверху вниз. Обработал другим ватным шариком место инъекции. 10. Левой рукой собрал участок кожи наружной поверхности плеча в треугольную складку основанием вниз. 11. Ввел иглу в основание складки срезом вверх на 2/3 длины снизу вверх под углом 45 градусов к поверхности кожи. 12. Отпустил складку, освободившуюся руку перенес на поршень, медленно ввел лекарственное средство. 13. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлек иглу.  14. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в соответствующие ѐмкости для сбора отходов класса «Б».  15. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»). 16. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции. 17. Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.  **3. Проведение проветривания и кварцевания**  Использованные ветошь, салфетки и т.д. можно продезинфицировать также способом кипячения. Ерши, щетки замачивают в дезинфицирующем растворе на определенный срок, после чего споласкивают водопроводной водой. Генеральные уборки в ЛПУ проводятся в соответствии с планом-графиком.  В каждом подразделении должно быть определенное количество наборов уборочного инвентаря, в зависимости от числа помещений, в которых должна проводиться уборка. Генеральную уборку проводят в отсутствие больных при открытых фрамугах.  Сначала из помещения удаляют мусор и медицинские отходы, собранные в контейнеры.  Мебель отодвигают от стен. Тщательно моют стены, двери и т.д. уделяя особое внимание выключателям, дверным ручкам, замкам. Ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе, протирают светильники, арматуру, отопительные батареи, мебель, поверхности аппаратов, приборов, освобождая их от пыли. Один раз в месяц моют изнутри окна (снаружи окна моют 1 раз в полгода).   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Итог дня:** | Выполненные манипуляции | Количество | |  | 1. Наложение мягких повязок на разные участки тела |  | |  | 2. Подкожная инъекция |  | |  | 3. Проведение проветривания и кварцевания |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |

Место печати МО

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

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

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

**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

**По разделу: Сестринское дело в педиатрии**

Ф.И.О. обучающегося Тарабанова Ангелина Евгеньевна

Группы 409 специальности сестринское дело

Проходившего (ей) преддипломную практику с 12.05 по 08.06.2020г

За время прохождения практики мною выполнены следующие объемы работ:

**1. Цифровой отчет**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | Виды работ | **Количество** |
| 1. | Постановка сифонной клизмы | освоено |
| 2. | Подсчет пульса, дыхания, измерение артериального давления ребенку | освоено |
| 3. | Приготовление и наложение транспортных шин | освоено |
| 4. | Составление плана сестринского ухода за больным | освоено |
| 5 | Проведение дезинфекции предметов ухода за больными и инструментария | освоено |
| 6 | Выписка направлений на консультации специалистов | освоено |
| 7 | Кормление новорожденных из рожка и через зонд | освоено |
| 8 | Введение капель в глаза, нос, уши, | освоено |
| 9 | Обработка пупочной ранки новорожденного ребенка. | освоено |
| 10 | Обработка кожи и слизистых новорожденному ребенку | освоено |
| 11 | Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции | освоено |
| 12 | Остановка артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности в суставе | освоено |
| 13 | Остановка артериального кровотечения пальцевым прижатием артерии к кости | освоено |
| 14 | Забор крови вакуумной системой | освоено |
| 15 | Антропометрия | освоено |
| 16 | Проведение контрольного взвешивания | освоено |
| 17 | Обработка послеоперационных швов | освоено |
| 18 | Пеленание | освоено |
| 19 | Проведение гигиенической и лечебной ванны грудному ребенку | освоено |
| 20 | Мытье рук, надевание и снятие перчаток | Освоено |
| 21 | Обработка волосистой части головы при гнейсе, обработка ногтей. | Освоено |
| 22 | Смена постельного белья | Освоено |
| 23 | Проведение проветривания и кварцевания | Освоено |
| 24 | Сбор мочи на анализ у детей разного возраста для различных исследований | Освоено |
| 25 | Забор кала на копрограмму, бак исследование, яйца глистов, скрытую кровь | Освоено |
| 26 | Проведение ингаляций | Освоено |
| 27 | Проведение очистительной и лекарственной клизмы, введение газоотводной трубки | Освоено |
| 28 | Измерение АД, ЧДД, ЧСС | Освоено |
| 29 | Разведение и введение антибиотиков | Освоено |
| 30 | Постановка очистительной клизмы | Освоено |
| 31 | Забор крови для биохимического и гормонального исследования | Освоено |
| 32 | Подача кислорода через маску и носовой катетер | Освоено |
| 33 | Обработка слизистой полости рта при стоматите | Освоено |
| 34 | Применение мази, присыпки, постановка компресса | Освоено |
| 35 | Наложение окклюзионной повязки | Освоено |
| 36 | Кормление через зонд | Освоено |
| 37 | Раздача медикаментов пациентам | Освоено |
| 38 | Обработка рук хирургическим, современным методом | Освоено |
| 39 | Подача кислорода пациенту | Освоено |
| 40 | Накрытие стерильного стола | Освоено |
| 41 | Наложение мягких повязок на разные участки тела | Освоено |
| 42 | Подкожная иньекция | Освоено |
| 43 | Проведение премедикации | Освоено |
| 44 | Измерение водного баланса у пациента | Освоено |
| 45 | Приготовление столика м/с анестезиологического кабинета | Освоено |
| 46 | Утренний туалет тяжелобольного пациента уход за глазами | Освоено |
| 47 | Туалет гнойной раны | Освоено |
| 48 | Подготовка пациента и ассистирование врачу при плевральной пункции | Освоено |
| 49 | Кормление тяжелобольного в постели | Освоено |
| 50 | Пользование стерильным биксом | Освоено |
| 51 | Сбор мочи для анализов | Освоено |
| 52 | Постановка гипертонической клизмы | Освоено |
| 53 | Применение пузыря со льдом у послеоперационных больных | Освоено |
| 54 | Обучение пациентов правилам проведения ингаляций | Освоено |
| 55 | Надевание стерильного халата и перчаток на себя | Освоено |
| 56 | Наложение давящей повязки при венозном кровотечении | Освоено |
| 57 | Постановка масляной клизмы | Освоено |
| 58 | Уход за мочевым катетером | Освоено |
| 59 | Введение гепарина | Освоено |
| 60 | Приготовление перевязочного материала | Освоено |
| 61 | Оказание сестринской помощи при желудочном кровотечений | Освоено |
| 62 | Уход за кожей слизистыми и т.д. уход за подключичным катетером | Освоено |
| 63 | Постановка масляной клизмы | Освоено |
| 64 | Подготовка пациента и проведение дуоденального зондирования | Освоено |
| 65 | Уход за стомами | Освоено |
| 66 | Снятие швов с послеоперационной раны | Освоено |
| 67 | Термометрия | Освоено |
| 68 | Введение инсулина | Освоено |
| 69 | Определение группы крови | Освоено |
| 70 | Применение холода для остановки кровотичения | Освоено |
| 71 | Постановка периферического венозного катетера | освоено |

# 

# 2. Текстовой отчет

При прохождении производственной практики мною самостоятельно были проведены: Измерение АД, ЧДД, ЧСС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Я хорошо овладел(ла) умениями Забор крови вакуумной системой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Измерение АД, ЧДД, ЧСС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

подпись (расшифровка

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

подпись (расшифровка

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

подпись (расшифровка

М.П.организации

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3 К ДИФФ ЗАЧЕТУ ПО ПЕДИАТРИИ**

Ребенку 1 месяц. Мать жалуется на беспокойство ребенка, плохой сон. Ребенок от первой беременности, нормально протекавшей. Масса при рождении 3400гр, длина 51 см. Находится на естественном вскармливании, но кормления проводятся беспорядочно. После кормления беспокоен. Стул 1 раз в день, кашицеобразный, без примесей. Температура тела нормальная, масса 3500гр., рост 54 см. кожа бледная, тургор снижен. При контрольном взвешивании выяснено, что за кормление высасывает 60-80 мл. Молока в молочной железе после кормления не остается. Ребенку поставлен диагноз: дистрофия, по типу гипотрофия 1 степени.

ЗАДАНИЕ:

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

2.Объясните матери необходимость соблюдения режима питания и обучите ее правилам ведения докорма.

3.Расскажите о технике контрольного взвешивания.

**1.** Проблемы пациента:

Настоящие:

- беспокойство ребенка после кормления из-за недостаточного количества молока у матери

- тревожный сон

- низкая прибавка массы

Приоритетная проблема: беспокойство ребенка после кормления из-за недостаточного количества молока у матери

Потенциальная: отставание в физическом, нервно-психическом развитии,

- развитие иммунодефицита.

Цель: нормализовать питание ребенка

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. провести контрольное кормление | 1. для определения дозы высасываемого молока, выяснения дефицита массы |
| 2. определить возрастную суточную и разовую дозу молока, дозу докорма | 2. для выявления дефицита питания и его устранения |
| 3. дасть рекомендации матери по режиму кормления ребенка | 3. для выработки условного рефлекса у малыша на кормление |
| 4. по назначению врача порекомендовать введение докорма (в виде адаптированной смеси) | 4. для устранения недостающего объема питания |
| 5. рекомендовать кормящей женщине увеличить объем употребляемой жидкости до 3-х литров, включить в пищу продукты, стимулирующие лактацию (по назначению врача) | 5. для устранения гипогалактии |

**Оценка:** мать свободно ориентируется в вопросах рационального питания ребенка, режима кормления. При проведении контрольного взвешивания наблюдается положительная динамика в прибавке массы.

Студент демонстрирует правильно выбранный уровень общения с родителями, доступно объясняет им необходимость соблюдения режима питания. Студент демонстрирует правильно выбранную методику обучения матери правилам введения докорма.

* 2. Вводить новый продукт (пюре) надо постепенно. Начинаем с 0,5 – 1 чайной ложки на одно кормление, затем порцию увеличиваем до 80 – 100 мл. Докорм следует давать до прикладывания малыша к груди. Если ребенок сначала насытится грудным молоком, он может отказаться от нового вида пищи. Не следует вводить сложные пюре, которые содержат несколько компонентов. Это необходимо для того, что бы в случае аллергической реакции знать, что именно ее вызвало. Каждый раз, когда Вы пробуйте новый вид пюре, в течение суток внимательно наблюдайте за своим малышом. Смотрите, не появилась ли у него сыпь. Если Вы заметили признаки аллергии,- откажитесь от данного вида пюре.
* Во-первых, прием пищи изо дня в день в строго определенное время способствует цикличной выработке пищеварительных соков: желудочного сока, ферментов поджелудочной железы. Это важно как для деток с плохим аппетитом, так и для малышей с избыточной массой тела. Аппетит у ребенка улучшается, и пища усваивается лучше.

Соблюдение режима питания позволяет вам оптимально планировать своё время. Так, если вы знаете, что ребенок обедает в 13 часов плюс минус 15 минут, то вы запланируете визит к врачу или выполнение массажа на предобеденное время. Также вы знаете, когда именно давать лекарства ребенку в случае его болезни, ведь прием большинства препаратов соотнесен со временем приёма пищи.

Соблюдение режима питания поможет в адаптации ребёнка в детском саду. Ведь многое здесь будет новым — обстановка, люди. А режим дня, в том числе прием пищи, будет понятным и знакомым, как дома. В то время как для безрежимного ребенка садовский режим на первых порах может стать определенным стрессом.

**3.** Алгоритм контрольное взвешивание

Подготовка к процедуре:

1. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

2. Обработать весы дез. раствором.

3. Отрегулировать весы.

Выполнение процедуры:

4. Завернутого ребенка взвесить.

5. Провести кормление в течение 15-20 минут.

6. Взвесить ребенка после кормления.

Окончание процедуры:

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

8. Повторно обработать весы дез. раствором.

9. Обработать руки гигиеническим способом, осушить их.

10. Сделать запись о манипуляции в медицинской документации.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7 К ДИФФ ЗАЧЕТУ ПО ХИРУРГИИ**

Больной оперирован по поводу гнойника, развившегося на месте лимфатических паховых желез. При дополнительном обследовании была выявлена гнойная рана в области передней поверхности коленного сустава.

Задания.

1.Есть ли взаимосвязь этих двух процессов?

2.Какой вид инфекции имеет место в данном случае?

3. Каковы пути ее распространения?

4. Обработать гнойную рану.

**Ответ:**

1.Взаимосвязь прямая.

2.Эндогенная инфекция;

3.гематогенный и лимфогенный путь.

4. ОБРАБОТКА ГНОЙНОЙ РАНЫ

Цель: обработка гнойной (ожоговой) раны.

Показания: нагноение ожоговой поверхности разной степени и тяжести.

Осложнения: развитие септического шока.

Противопоказаний: нет.

Оснащение: маска, перчатки, кожный антисептик, 3% перекись водорода, мазевые средства, 3% ра-р перманганата калия, стерильный материал (шарики, салфетки, стерильные лотки, контейнеры для отработанного материала), ра-р 0,25% новокаина, пинцеты, ножницы, скальпель, раствор 1:5000 фурациллина, бинты, (перевязочные индивидуальные пакеты).

№ Последовательность действий (этапы) Обоснование

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

2. Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость Психологическая подготовка

ее выполнения. Успокойте его. пострадавшего

3. Одеваем маску, убираем волосы под чепчик, моем руки под проточной водой. Профилактика инфицирования

4. Обрабатываем руки кожным антисептиком, одеваем перчатки. Соблюдение норм асептики

5. Кожным антисептиком обрабатываем края раны от периферии к центру. Соблюдение норм асептики

6. Промываем рану перекисью водорода, просушиваем стерильной салфеткой и вставляем дренаж по показаниям. Профилактика осложнений

7. Накладываем салфетки, смоченные в гипертоническом растворе и сверху асептическую салфетку и фиксируем бинтом. Качественность исполнения манипуляции.

8 Проверяем правильность, эффективность, эстетичность данной повязки Профилактика осложнений

9. Проводить пациента до палаты, помочь ему лечь в постель Забота о пациенте

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К ДИФФ ЗАЧЕТУ ПО ТЕРАПИИ**

Пациент 60 лет поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение по поводу ИБС, осложнённой хронической сердечной недостаточностью. Предъявляет жалобы на отеки нижних конечностей, значительное увеличение в размере живота, сердцебиение, слабость, незначительную одышку в покое. Одышка усиливается в горизонтальном положении, из-за чего плохо спит. Почти ничего не ест, страдает от необходимости ограничения жидкости, иногда  пьёт воду «взахлёб». Считает себя обезображенным из-за больших размеров живота. Тревожен, на контакт идет с трудом. Боится предстоящей абдоминальной пункции.

Положение в постели вынужденное - ортопноэ. Кожные покровы цианотичные. Пациент неорятен. Отеки стоп и голеней, ЧДД 22 в минуту, пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств, АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме.

***Задания***

1. Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
2. Обучите пациента правилам определения водного баланса.
3. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии с применением носового катетера.

Настоящие проблемы пациента:

-отеки нижних конечностей

-асцит

-одышка,

-слабость

-сердцебиение

-плохой сон из-за одышки

-страх перед абдоминальной пункцией

Потенциальные проблемы:

-риск развития сердечной астмы

*Приоритетные проблемы:* отеки, асцит.

*Цель:*

краткосрочная: уменьшить отеки

долгосрочная: отеки беспокоить не будут

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. обеспечить соблюдение постельного режима | Для уменьшения нагрузки на сердце |
| 2. обеспечить строгое соблюдение диеты № 10 с ограничением соли и жидкости (суточный диурез + 400 мл), | Для уменьшения задержки жидкости в организме |
| 3.обеспечить положение в постели с возвышенным головным концом в кровати. | Для облегчения дыхания и улучшение сна |
| 4.обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты по 20 минут 3 раза в день. | Для обогащения воздуха кислородом |
| 5.обеспечить взвешивание пациента 1 раз в 3 дня. | Для контроля уменьшения задержки жидкости в организме |
| 6.обеспечить подсчёт водного баланса. | Для контроля отрицательного водного баланса |
| 7.обеспечить уход за кожей и слизистыми. | Для профилактики пролежней и появления трофических язв |
| 8. наблюдать за внешним видом, пульсом, АД больного. | Для контроля за состоянием больного и возможного ухудшения состояния |
| 9. проконтролировать прием лекарственных препаратов | Для эффективного лечения |
| 10.подготовитьзхз пациента к абдоминальной пункции | Для выведения жидкости из брюшной полости |

*Оценка:* отеки беспокоить не будут.

**2.** Измерение водного баланса

1. Приготовить все необходимое.

2. Объяснить цель и ход предстоящей манипуляции.

3. Убедиться, что пациент сможет проводить учет жидкости.

4. Объяснить пациенту необходи­мость соблюдения обычного воднопищевого и двигательного режима.

5. Убедиться, что пациент не принимал диуретики в течение 3 дней до исследования.

6. Дать подробную информацию о порядке записей в листе учета вод­ного баланса, убедиться в умении заполнять лист.

7. Объяснить примерное процент­ное содержание воды в продуктах питания для облегчения учета вод­ного баланса.

Примечание: твердые продукты питания могут содержать от 60 до 80% воды.

8. Объяснить, что в 6.00 необходимо выпустить мочу в унитаз.

9. Собирать мочу после каждого моче­испускания в градуированную емкость, измерять диурез.

10. Фиксировать количество выделенной жидкости в листе учета.

11. Фиксировать количество поступив­шей жидкости в листе учета.

12. Объяснить, что необходимо указы­вать время приема или введения жидко­сти, а также время выделения жидкости в листе учета водного баланса в течение суток, до 6.00 следующего дня.

13. В 6.00 следующего дня сдать лист учета медицинской сестре.

14. Сравнить количество выделенной жидкости с количеством рассчитанной жидкости (в норме).

15. Сделать записи в листе учета водного баланса.

**3. оксигенотерапия с применением носового катетера.**

поставить ширму; вымыть (гигиенический уровень), осушить руки и надеть перчатки;

- очистить носовые ходы пациента;

- вскрыть упаковку, извлечь катетер и определить длину, на которую он должен быть введён (расстояние от мочки уха до кончика носа);

- смочить катетер стерильным глицерином;

- ввести катетер в нижний носовой ход до нужной метки;

- осмотреть зев и убедиться, что конец катетера виден;

- зафиксировать катетер лейкопластырем, чтобы он не выпал и не причинял неудобств;

- соединить катетер с дозиметром, заполненным водой; открыть вентиль дозиметра и отрегулировать скорость поступления кислорода (4-5 литра в минуту);

- контролировать состояние пациента и периодически проверять состояние катетера;

- наблюдать за тем, чтобы увлажняющий сосуд был постоянно полон;

- осматривать слизистую носа пациента для выявления её возможного раздражения;

- по назначению врача извлечь катетер и осмотреть слизистую носа пациента;

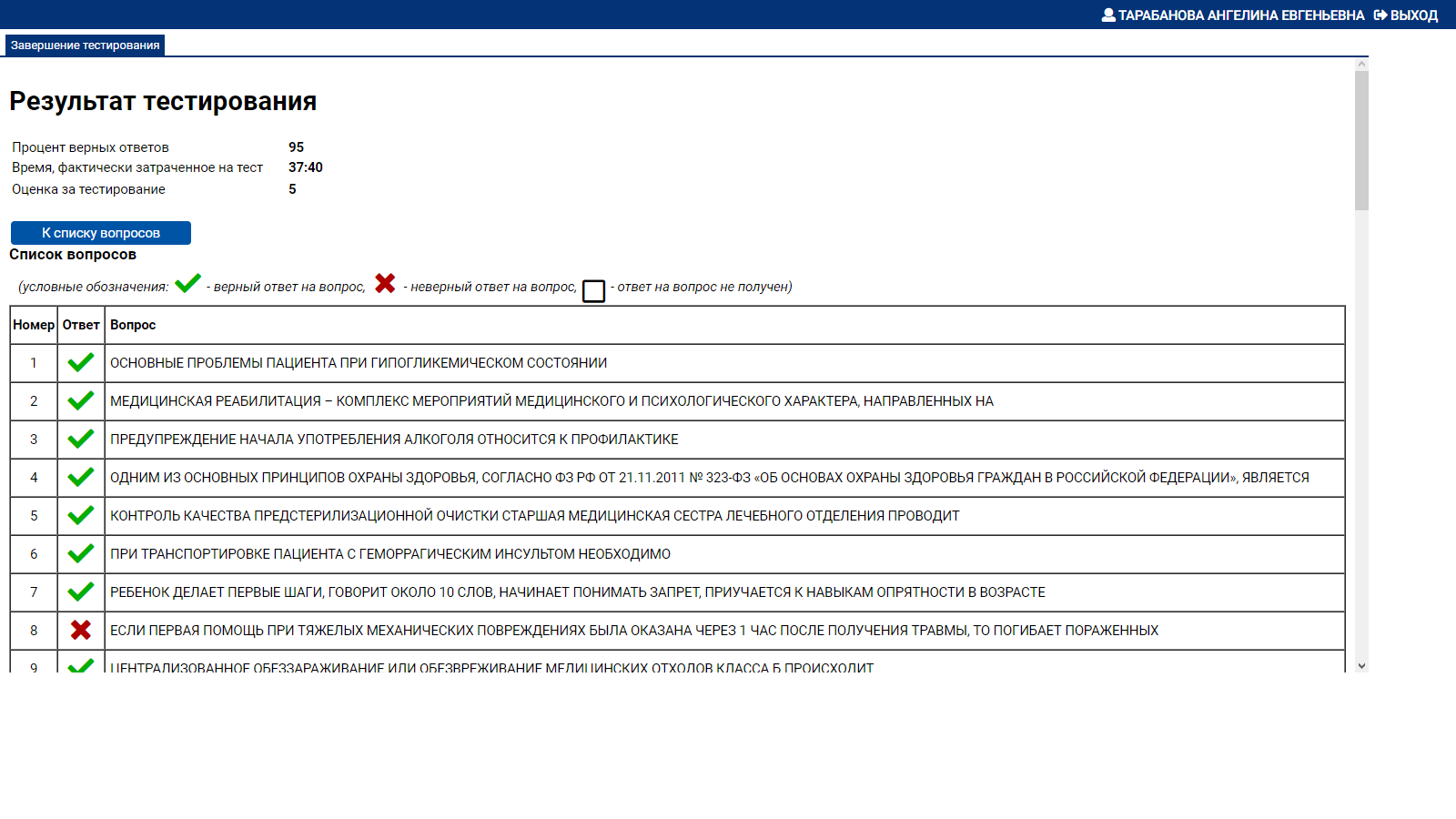
- после окончания терапии провести дезинфекцию оснащения и утилизацию одноразового инструментария;

- снять перчатки и опустить их в контейнер;

- вымыть (гигиенический уровень) и осушить руки;

- заполнить документацию.

-Кожа в области носа, соприкасающаяся с катетером, нуждается в тщательном уходе.

****