АЛГОРИТМЫ МАНИПУЛЯЦИЙ ПО ОСНОВАМ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

СОДЕРЖАНИЕ

**ОСНОВНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ ПО ОСД**

ИЗМЕРЕНИЕ РОСТА № 1/18

**Цель: Измерить пациенту рост и зарегистрировать в температурном листе.**

**Показания: Необходимость исследования физического развития и по назначению врача.**

**Противопоказания: Тяжелое состояние пациента.**

**Оснащение:**

1. Pocтомep.
2. Температурный лист.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Пациент возбужден.
2. Негативно настроен к вмешательству.
3. У пациента тяжелое состояние или он с физическим ущербом (слепой, нет конечности) и т. д.

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Продезинфицируйте клеенку в соответствии с действующими приказами и положите на ростомер.
3. Поставьте пациента спиной к стойке, чтобы он касался ее затылком, лопатками, ягодицами и пятками.
4. Наклоните голову, чтобы наружный угол глаза был на уровни верхнего края козелка уха.
5. Опустите планку на голову и отметьте рост в соответствии с делениями на стойке ростомера.
6. Зарегистрируйте данные роста в температурном листе.

**Оценка достигнутых результатов: Получены данные о росте, результаты занесены в температурный лист.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА № 2/19

**Цель: Измерить пациенту вес и зарегистрировать в температурном листе.**

**Показания: Необходимость исследования физического развития и по назначению врача.**

**Противопоказания: Тяжелое состояние пациента.**

**Возможные проблемы пациента:**

1. Пациент возбужден.
2. Негативно настроен к вмешательству.
3. Тяжелое состояние.

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Проверьте исправность весов.
3. Постелите на площадку весов чистую клеенку.
4. Откройте затвор весов и уравновесьте их с помощью большой и малой гири.
5. Закройте затвор.
6. Помогите пациенту встать на середину площадки весов (без обуви).
7. Откройте затвор.
8. Уравновесьте вес пациента с помощью гирь.
9. Закройте затвор.
10. Помогите пациенту сойти с весов.
11. Зафиксируйте результаты в истории болезни.
12. Обработайте клеенку в соответствии с требованиями санэпидрежима.

**Оценка достигнутых результатов: Получены данные о весе и результаты занесены в температурный лист.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действии медицинской сестры.**

ПОДСЧЕТ ЧАСТОТЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ № 3/20

**Цель: Подсчитать ЧДД за 1 минуту.**

**Показания:**

1. Оценка физического состояния пациента.
2. Заболевания органов дыхания.
3. Назначение врача и др.

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение.**

1. Часы с секундной стрелкой или секундомер.
2. Ручка.
3. Температурный лист.

**Возможные проблемы пациента: Психоэмоциональные (возбуждение и т.д.)**

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Приготовьте часы с секундомером или секундомер.
2. Вымойте руки.
3. Попросите пациента лечь удобно, чтобы вы видели верхнюю часть передней поверхности грудной клетки.
4. Возьмите руку пациента, как для исследования пульса на лучевой артерии, чтобы пациент думал, что вы исследуете его пульс.
5. Смотрите на грудную клетку: вы увидите, как она поднимается и опускается.
6. Если вам не удается увидеть движение грудной клетки, положите свою руку на грудную клетку пациента, и вы почувствуете эти движения.
7. Подсчитайте частоту за 1 минуту (только количество вдохов).
8. По окончании процедуры помогите пациенту сесть удобнее, уберите все лишнее.
9. Вымойте руки.
10. Зарегистрируйте данные измерения в температурном листе пациента.

**Оценка достигнутых результатов: ЧДД подсчитано, зарегистрировано в температурном листе.**

**Примечания:**

1. В норме дыхательные движения ритмичные (т.е. повторяются через равные промежутки времени). Частота дыхательных движений у взрослого человека в покое составляет 16-20 в минуту, причем у женщин она на 2-4 дыхания чаще, чем у мужчин. Во время сна дыхание обычно становиться реже (до 14 - 16 уд в минуту), дыхание учащается при физической нагрузке, эмоциональном возбуждении.
2. Учащение ЧДД называется тахипноэ; урежение ЧДД - брадипноэ; апноэ - отсутствие дыхания.
3. Типы дыхания: грудное - у женщин, брюшное - у мужчин, смешанное - у детей.
4. Проводя подсчет ЧДД, обратите внимание на глубину и ритм дыхания, а также продолжительность вдоха и выдоха, запищите тип дыхания.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПУЛЬСА № 4/21

**Цель: Исследовать пульс пациента и зафиксировать показания в температурном листе.**

**Показание:**

1. Оценка состояния сердечно-сосудистой системы.
2. Назначение врача.

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение.**

1. Часы с секундной стрелкой.
2. Авторучка.
3. Температурный лист.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Негативный настрой к вмешательству.
2. Наличие физического ущерба.

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента об исследовании у него пульса, объясните смысл вмешательства.
2. Охватите пальцами правой руки левое предплечье пациента, пальцами левой руки правое предплечье пациента в области лучезапястных суставов.
3. Расположите 1-й палец на тыльной стороне предплечья; 2, 3, 4-й последовательно от основания большого пальца на лучевой артерии.
4. Прижмите артерию к лучевой кости и прощупайте пульс
5. Определите симметричность пульса. Если пульс симметричен, дальнейшее исследование можно проводить на одной руке. Если пульс не симметричен, дальнейшее исследование проводите на каждой руке отдельно.
6. Определите ритмичность, частоту, наполнение и напряжение пульса.
7. Производите подсчет пульсовых ударов не менее 30 секунд. Полученную цифру умножьте на 2. При наличии аритмичного пульса подсчет производите не менее 1 минуты.
8. Зарегистрируйте полученные данные в температурном листе.

**Оценка достигнутых результатов. Пульс исследован. Данные занесены в температурный лист.**

**Обучение пациента пли его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечания:**

1. Места исследования пульса:
* лучевая артерия
* бедренная артерия
* височная артерия
* подколенная артерия
* сонная артерия
* артерия тыла стопы.
1. Чаще пульс исследуют на лучевой артерии.
2. В покое у взрослого здорового человека частота пульса 60-80 ударов в 1 минуту.
3. Увеличение частоты пульса (более 90 ударов в минуту) - тахикардия.
4. Уменьшение частоты пульса (менее 60 ударов в минуту) - брадикардия.
5. Уровень самостоятельности при выполнении вмешательства - 3.

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ № 5/22

**Цель: Измерить артериальное давление тонометром на плечевой артерии.**

**Показания: Всем больным и здоровым для оценки состояния сердечно-сосудистой системы (на профилактических осмотрах, при патологии сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем; при потере сознания пациента, при жалобах, на Головную боль, слабость, головокружение).**

**Противопоказания: Врожденные уродства, парез, перелом руки, на стороне удаленной грудной железы.**

**Оснащение: Тонометр, фонендоскоп, ручка, температурный лист.**

**Возможные проблемы пациента:**

1. Психологические (не хочет знать величину артериального давления, боится и т.д.).
2. Эмоциональные (негативизм ко всему) и др.

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Положите правильно руку пациента: в разогнутом положении ладонью вверх, мышцы расслаблены. Если пациент находится в положении сидя, то для лучшего разгибания конечности попросите его подложить под локоть сжатый кулак кисти свободной руки.
3. Наложите манжетку на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба; одежда не должна сдавливать плечо выше манжетки; закрепите манжетку так плотно, чтобы между ней и плечом проходил только один палец.
4. Соедините манометр с манжеткой. Проверьте положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы.
5. Нащупайте пульс в области локтевой ямки и поставьте на это место фонендоскоп.
6. Закройте вентиль на груше и накачивайте в манжетку воздух: нагнетайте воздух, пока давление в манжетке по показаниям манометра не превысит на 25-30 мм рт столба уровень, при котором перестала определяться пульсация артерии.
7. Откройте вентиль и медленно выпускайте воздух из манжетки. Одновременно фонендоскопом выслушивайте тоны и следите за показаниями шкалы манометра.
8. Отметьте величину систолического давления при появлении над плечевой артерией первых отчетливых звуков,
9. Отметьте величину диастолического давления, которая соответствует моменту полного исчезновения тонов.
10. Запишите данные измерения артериального давления в виде дроби ( в числителе - систолическое давление, а в знаменателе - диастолическое), например, 120\75 мм рт. ст.
11. Помогите пациенту лечь или сесть удобно.
12. Уберите все лишнее.
13. Вымойте руки.
14. Зарегистрируйте полученные данные в температурном листе.

**Запомните! Артериальное давление нужно измерять 2-3 раза на обеих руках с промежутками в 1-2 минуты за достоверный брать наименьший результат. Воздух из манжетки надо выпускать каждый раз полностью.**

**Оценка достигнутых результатов: Артериальное давление измерено, данные занесены в температурный лист.**

**Примечание. В норме у здоровых людей цифры артериального давления зависят от возраста. Показания систолического давления колеблется в норме от 90 мм рт ст. до 149 мм рт ст., диастолическое давление - от 60 мм рт ст. до 90 мм рт ст. Повышение артериального давления называется артериальной гипертензией. Понижение артериального давления называется гипотензией.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медсестры.**

ОБРАБОТКА РУК ДО И ПОСЛЕ ЛЮБОЙ МАНИПУЛЯЦИИ № 7/33

**Цель: Обеспечить инфекционную безопасность пациента и медперсонала, профилактику внутрибольничной инфекции.**

**Показания:**

1. Перед и после выполнения манипуляции.
2. Перед и после осмотра пациента.
3. Перед едой.
4. После посещения туалета.
5. После надевания и после снятия перчаток.

**Противопоказания: Нет**

**Оснащение:**

1. Мыло разовое.
2. Индивидуальное сухое полотенце.
3. Перчатки
4. Дезинфицирующее средство: этиловый спирт 70 градусный или другое, предложенное учреждением в соответствии с нормативными документами (АХД - 2000, АХД - специаль и др.).

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Откройте кран и отрегулируйте капор воды,
2. Вымойте барашки крана.
3. Намыльте руки мылом, начиная с запястья.
4. Мойте правую ладонь левой, а затем левую правой.
5. Мойте межпальцевые промежутки тыльной стороны левой руки правой рукой и наоборот.
6. Сделайте замок из пальцев с ладонной стороны и потрите их, моя ногтевые ложа.
7. Потрите круговыми движениями каждый палец на левой руки, затем на правой.
8. Ополосните руки теплой проточной водой, начиная с запястья.
9. Закройте кран.
10. Высушите руки индивидуальным или разовым полотенцем, начиная с кончиков пальцев.
11. Выбросите использованное разовое полотенца.
12. Наденьте чистые перчатки, если этого требует манипуляция.

**Оценка достигнутых результатов: Руки вымыты и готовы к манипуляциям.**

**Примечания.**

1. Руки моют двукратным намыливанием.
2. Если нужно проводить инвазивные процедуры, то руки сразу после мытья обрабатывают одним из дезинфицирующих средств (70% этиловый спирт, АХД 2000, АХД 2000 специаль) и одевают перчатки.

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

ПРИГОТОВЛЕНИЕ МОЮЩИХ И ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ
РАСТВОРОВ РАЗНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ № 8/35

**Цель: Приготовить 10% раствор хлорной извести.**

**Показания. Для дезинфекции.**

**Противопоказания: Аллергическая реакция на хлорсодержащие препараты.**

**Оснащение:**

1. Длинный хирургический халат.
2. Резиновый фартук.
3. Респиратор (или 8-слойная маска).
4. Очки.
5. Шапочка.
6. Резиновые перчатки.
7. Весы или мерная емкость.
8. Сухая хлорная известь 1 кг.
9. Эмалированная емкость с крышкой.
10. Бутыль из темного стекла с притертой пробкой.
11. Деревянная лопатка.
12. Этикетка.
13. Холодная вода -10 литров.
14. Марлевая салфетка или сито.

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Наденьте второй халат, клеенчатый фартук, резиновые перчатки, респиратор или восьмислойную маску.
2. Возьмите 1 килограмм сухой хлорной извести
3. Высыпьте ее осторожно в эмалированную емкость, измельчите ее деревянной лопаткой.
4. Перемешайте все и осторожно вливайте холодную воду до отметки 10 литров.
5. Закройте крышкой и поставьте на 24 часа (в течение этого времени несколько раз перемешайте) для выделения активного хлора, получится маточный раствор.
6. Перелейте через 24 часа полученный раствор через 4 слоя бинта (марли) в бутыль из темного стекла с маркировкой "10% раствор хлорной извести".
7. Закройте пробкой.
8. Поставьте на этикетке дату приготовления раствора, его концентрацию, свою должность и фамилию.
9. Снимите защитную одежду.
10. Вымойте руки с мылом.

**Оценка достигнутых результатов. Приготовлен 10% раствор хлорной извести (осветленный).**

**Примечание:**

1. Хлорсодержащие растворы готовят в специальном помещении с хорошей вентиляцией.
2. 10% раствор можно хранить 5-7 суток в темном месте.
3. Раствор необходимо хранить в недоступном для пациента месте.

Приготовление рабочих растворов хлорной извести:

1. 0.5% - 500 мл 10% раствора хлорной извести на 9,5 литра воды;
2. 1% - 1 литр 10% раствора хлорной извести на 9 литра воды;
3. 2% - 2литра 10% раствора хлорной извести на 8 литра воды;

**Формула приготовления хлорной извести:**

1. Y = (% кол-во литров). Y - количество осветленного раствора хлорной извести.

Рабочий раствор хлорамина (готовится перед применением)

1. 1% -10 г хлорамина на 990 мл воды;
2. 2% - 20 г хлорамина на 980 мл воды;
3. 3% - 30 г хлорамина на 970 мл воды;
4. 5% - 50 г хлорамина на 950 мл воды.

ПРОВЕДЕНИЕ ВЛАЖНОЙ УБОРКИ ПОМЕЩЕНИЯ ЛПУ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДЕЗИНФЕЦИРУЮЩИХ РАСТВОРОВ № 10/37

**Цель: Провести генеральную уборку процедурного кабинета.**

**Показания: В соответствии с графиком (один раз в неделю).**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Халат с маркировкой "для уборки".
2. Перчатки.
3. Маска.
4. Уборочный инвентарь (ведро, швабра, тряпка, ветошь) с соответствующей маркировкой.
5. Дезинфицирующий и моющий раствор (приготовленный в соответствии с действующими нормативными документами по СЭР).

**Последовательность действий:**

1. Наденьте халат, перчатки, маску и наденьте удобную обувь.
2. Приготовьте 10 л 0,5% моющего средства (50г CMC на 10 л воды).
3. Приготовьте 10 л 1% хлорамина и добавьте 40 мл нашатырного спирта (для активизации хлора).
4. Освободите максимально помещение от оборудования.
5. Вымойте стены, пол моющим раствором.
6. Вымойте стены, пол, плинтуса 1% раствором активированного хлорамина.
7. Протрите через час стены и пол чистой, сухой ветошью.
8. Занесите УФ свет на 2 часа.
9. Замочите уборочный инвентарь в 1% растворе хлорамина на 60 минут (в том же ведре, которое использовали для уборки), прополощите и высушите.
10. Снимите халат, перчатки, маску.
11. Вымойте руки.

**Оценка результата: Генеральная уборка проведена в соответствии с приказом №408, 720. ОСТ 42-21-2-85.**

**Примечания:**

1. Уборка палат производится не реже 2 раз с применением 0,5% раствора, моющего средства.
2. Уборка помещений буфетной и столовой производится после каждой раздачи пищи.

ОСМОТР И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ САНИТАРНОЙ ОБРАБОТКИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПЕДИКУЛЕЗА № 15/43

**Цель: Осмотреть волосистые части тела пациента и при выявлении педикулеза осуществить санитарную обработку.**

**Показания: Профилактика внутрибольничной инфекции.**

**Противопоказания:**

1. Возбуждение пациента.
2. Крайне тяжелое состояние пациента.

**Оснащение: 3 укладки.**

1. Для медсестры: халат, перчатки, косынка.
2. Для пациента: пелерина, 2 косынки (х/б, п/э), клеенка.
3. Для обработки: карбофос 0,15 % раствор (1 мл 50% раствора на 200 мл Н20) или др. инсектицидов.
4. Мыло туалетное или шампунь.
5. Гребень.
6. Ножницы.
7. Машинка для стрижки волос.
8. Станок для бритья.
9. Спички.
10. Спиртовка.
11. Таз или противень.
12. Уксус столовый 6 %-9 %.
13. 2 мешка (х/б и клеенчатый).

**Возможные проблемы пациента: Негативно настроен к вмешательству.**

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Осмотрите волосистые части тела пациента.
3. Наденьте второй халат, косынку, перчатки при выявлении педикулеза у пациента.
4. Усадите пациента на стул или кушетку, покрытую клеенкой,
5. Наденьте пелерину на пациента.
6. Обработайте волосы пациента одним из дезинсектантов.
7. Покройте волосы пациента полиэтиленовой косынкой, а затем обычной на 20 минут.
8. Промойте волосы пациента теплой водой.
9. Ополосните волосы пациента 6%-9% раствором уксуса.
10. Вычешите волосы пациента частым гребнем (над тазом или противнем).
11. Промойте волосы теплой водой и вытрите их.
12. Осмотрите волосы на наличие гнид (если обнаружены единичные, то удалите их механически, если их много, то обработайте волосы 9% раствором уксуса и покройте волосы косынкой на 20 минут), затем повторите с 6 пункта.
13. Соберите белье пациента в один мешков, халат медицинской сестры в другой и отправьте в дезинсекционную камеру.
14. Снимите перчатки и обработайте их в соответствии с требованиями санэпидрежима.
15. Вымойте руки.
16. Сделайте отметку на титульном листе истории болезни о выявленном педикулезе, (Р(+)) и запишите эпид. номер.

**Оценка достигнутых результатов: При осмотре пациента выявлен педикулез, проведена санитарная обработка.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПОЛНОЙ ИЛИ ЧАСТИЧНОЙ САНИТАРНОЙ ОБРАБОТКИ ПАЦИЕНТА № 16/44

**Цель: Осуществить полную или частичную санитарную обработку пациента.**

**Показания: По назначению врача.**

**Противопоказания: Тяжелое состояние пациента и др.**

**Оснащение:**

1. Маркированные емкости для чистых и грязных мочалок.
2. Чистое белье для пациента.
3. Полотенце.
4. Водяной термометр.
5. Мыло или шампунь.
6. CMC, 1% раствор хлорамина.
7. Мешки - 2 (х/б, клеенчатый).
8. Упор для ног,
9. Температурный лист.
10. Фартук клеенчатый.
11. Перчатки - 2 пары.

**Возможные проблемы пациента: Невозможность самообслуживания.**

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды при подготовке и проведении гигиенической ванны пациенту:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения.
2. Определите температуру воздуха б ванной комнате (она должна быть не менее 25 градусов Цельсия).
3. Наденьте перчатки и фартук.
4. Вымойте ванну щеткой с любым моющим раствором, затем обработайте 1% раствором хлорамина. Ополосните ванну горячей водой.
5. Снимите перчатки.
6. Наполните ванну сначала холодной водой, а замет горячей до 1/2 объема ванны. Температура воды должна быть не ниже 36- 37 градусов Цельсия.
7. Помогите пациенту удобно расположиться в ванне, чтобы пациент не соскользнул, поставьте подставку для упора ног,
8. Наденьте перчатки.
9. Вымойте пациента: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность.
10. Помогите пациенту выйти из ванны.
11. Вытрите пациента и оденьте.
12. Снимите перчатки и обработайте в соответствии с требованиями санэпидрежима.
13. Вымойте руки.
14. Отведите пациента в палату.
15. Сделайте отметку в истории болезни, температурном листе.

**Последовательность действий при подготовке и проведении гигиенического душа.**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Наденьте перчатки и фартук.
3. Обработайте ванну с помощью дезинфицирующих средств.
4. Снимите перчатки.
5. Поставьте в ванну скамейку и усадите на нее пациента.
6. Наденьте перчатки.
7. Помогите пациенту помыться в следующей последовательности: голова, туловище, верхние и нижние конечности, промежность.
8. Снимите перчатки и обработайте в соответствии с требованиями санэпидрежима.
9. Вымойте руки.
10. Помогите пациенту вытереться полотенцем и одеться.
11. Сделайте отметку в листе истории болезни, температурном листе.

**Последовательность действий при обтирании пациента (частичная санитарная обработка)**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Отгородите пациента щирмой, наденьте перчатки.
3. Подложите клеенку под пациента.
4. "Варежкой" или губкой смоченной в воде, оботрите пациенту шею, грудь, руки.
5. Вытрите эти части тела полотенцем насухо и прикройте его одеялом.
6. Оботрите затем живот, потом спину и нижние конечности и вытрите их насухо и закройте одеялом.
7. Уберите клеенку, щирму, снимите перчатки.
8. Обработайте губку, перчатки, клеенку в соответствии и требованиями санэпидрежима.

**Оценка достигнутых результатов. Приведена частичная или полная' санитарная обработка пациента.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечания:**

1. Способ санитарной обработки определяет врач.
2. Присутствие медсестры во время санитарной обработки пациента обязательно.
3. Окажите первую медицинскую помощь при ухудшении состояния и сообщите врачу.
4. Контролируйте температуру воды рукой при направлении ее на пациента.

ОФОРМЛЕНИЕ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА "МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ" СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО № 17/45

**Цель: Собрать информацию о пациенте и оформить титульный лист учебной и стационарной истории болезни.**

**Показания: Для регистрации вновь поступающего пациента в стационар.**

**Оснащение: Учебная история болезни, история болезни стационара.**

**Возможные проблемы пациента: При невозможности сбора информации у пациента (глухонемой, в коме и так далее) собрать информацию из документации пациента, у сопровождающих и других запрашивается медицинская карта из поликлиники.**

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о необходимости ведения истории болезни.
2. Дата и время поступления (для экстренных пациентов с точностью до минуты), номер истории болезни,
3. Фамилия Имя Отчество.
4. Год рождения.
5. Домашний адрес и телефон.
6. С кем живет или адрес и телефон родственников.
7. Профессия и место работы, рабочий телефон.
8. Откуда и кем доставлен, телефон ЛПУ.
9. Диагноз направившего учреждения.
10. Куда отправлен пациент из приемного отделения.
11. Имеет ли аллергические реакции и на что.
12. Контакты с другими больными в быту или где-либо еще.

**На титульном листе дополнительно делают отметки:**

1. Педикулез - Pd (+) эпид №, дата регистрации и время обработки, подпись медицинской сестры, Pd (-), разновидность Pd.
2. Гепатит - если болел, то ставится год, месяц и Д, форма перенесенного гепатита.
3. Чесотка - (Sk), эпид №, дата регистрации и подпись медицинской сестры.

**Оценка достигнутых результатов. Собранная информация о пациенте является достоверной. Заполнены титульные листы учебной и стандартной истории болезни.**

ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА В ЛЕЧЕБНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №18/51

**Цель: Безопасно транспортировать пациента в зависимости от состояния: на носилках, кресле-каталке, на руках, пешком в сопровождении медработника.**

**Показания: Состояние пациента.**

**Возможные проблемы пациента:**

1. Возбуждение пациента.
2. Бессознательное состояние пациента.
3. Необходимость в соблюдении определенного положения и др.

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

Транспортировка пациента на каталке (носилках, вдвоем)

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе её выполнения.
2. Подготовьте каталку к транспортировке, проверьте ее исправность, продезинфицируйте.
3. Постелите в каталку одеяло с простыней. Подушку (при необходимости - клеенку).
4. Поставьте каталку ножным концом под углом к головному концу Кушетки или другим способом, более удобным в данной ситуации,
5. Приподнимите пациента: один медработник подводит руки под шею пациента и туловище, другой - под поясницу и бедра.
6. Поднимите пациента, вместе с ним повернитесь на 90 градусов в сторону каталки или носилок и уложите его.
7. Укройте пациента второй половиной одеяла или простыней.
8. Встаньте: один медработник спереди каталки спиной к пациенту, другой - сзади каталки, лицом к пациенту.
9. Транспортируйте пациента в отделение с историей болезни.
10. Поставьте каталку к кровати, в зависимости от площади палаты.
11. Снимите одеяло с кровати.
12. Переложите пациента на кровать, используя безопасную методику.
13. Продезинфицируйте каталку в соответствии с действующими приказами.

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Подготовьте кресло-каталку к транспортировке, проверьте ее исправность.
3. Наклоните кресло-каталку вперед, наступив на подставку для ног
4. Попросите пациента встать спиной к креслу на подставку для ног и, поддерживая, усадите его в кресло.
5. Опустите кресло каталку в исходное положение, прикройте одеялом.
6. Транспортируйте пациента так, чтобы его руки не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки.
7. Обработайте кресло-каталку в соответствии с действующими приказами.

**Оценка достигнутых результатов. Пациент доставлен в отделение (кабинет для обследования) на средствах транспортировки, которые были назначены врачом с соблюдением необходимых предосторожностей.**

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечания:**

1. Вниз по лестнице пациента несут ногами вперед, причем передний конец носилок приподнят, а задний опущен, для того чтобы достигнуть горизонтального положения носилок.
2. Вверх по лестнице пациента несут головой вперед и также в горизонтальном положении.
3. При транспортировке пациента на носилках надо идти не в ногу, короткими шагами слегка сгибая ногу в коленях и удерживая носилки в горизонтальном положении.
4. При любом способе транспортировки сопровождающий пациента обязан передать пациента и его историю болезни палатной медицинской сестре.

ПРИГОТОВЛЕНИЕ ПОСТЕЛИ ПАЦИЕНТУ № 21/55

**Цель: Приготовить постель.**

**Показания: Необходимость в приготовлении кровати для пациента.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Кровать.
2. Матрац.
3. Наматрацник.
4. Подушки (2 шт.)
5. Одеяло (шерстяное или байковое).
6. Простыня.
7. Наволочки (2 шт.)
8. Полотенце.
9. Клеенка, подкладная.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Потеря сознания.
2. Возбуждение.
3. Негативное отношение к вмешательству.
4. Недостаточность самоухода.

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Объясните пациенту последовательность ваших совместных действий при перестилке постели.
2. Наденьте перчатки.
3. Продезинфицируйте кровать.
4. Снимите перчатки.
5. Положите на кровать матрац с наматрацником.
6. Постелите простыню, подогнув ее края под матрац.
7. Наденьте наволочки на подушки.
8. Расположите подушки так, чтобы нижняя лежала прямо и выдалась немного из-под верхней, а верхняя упиралась в спинку кровати.
9. Наденьте пододеяльник на одеяло.
10. Положите одеяло на кровать.
11. Повесьте полотенце на спинку кровати.

**Оценка достигнутых результатов: Постель приготовлена.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечания:**

1. Если пациент находится на строгом или постельном режимах, необходимо на матрац надевать клеенчатый наматрацник и на простыню в области крестца положить клеенку и пеленку.
2. Постель поправляется регулярно, утром и перед сном, и меняется у тяжелобольных по мере загрязнения.

СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО И НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ № 22/56

**Цель: Сменить постельное и нательное белье пациенту.**

**Показания: После санитарной обработки пациента и у тяжелобольных по мере загрязнения.**

**Противопоказания: Нет**

**Оснащение:**

1. Наволочки (2 штуки).
2. Простынь.
3. Пододеяльник.
4. Клеенка.
5. Подкладная (пеленка).
6. Полотенце.
7. Рубашка.
8. Мешок для грязного белья.
9. Перчатки.

**Возможные проблемы пациента: Индивидуально, выявляются в процессе вмешательства.**

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Наденьте перчатки.
3. Скатайте чистую простыню по длине до половины и отложите в сторону.
4. Смените пододеяльник и отложите его в сторону.
5. Поднимите голову пациента и уберите из-под нее подушку, снимите наволочку.
6. Пододвиньте пациента к краю кровати, повернув его набок.
7. Скатайте грязную простынь по длине по направлению к пациенту, вместе с клеенкой и подкладной.
8. Расстелите чистую простыню на освободившейся части '' постели, вместе с истой клеенкой и подкладной.
9. Поверните пациента на спину, а затем на другой бок, чтобы он оказался на чистой простыне.
10. Уберите грязную простынь в мешок и расстелите чистую простынь и подкладную.
11. Подоткните края простыни под матрац.
12. Положите подушки под голову пациента.
13. Снимите перчатки, вымойте руки.

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Скатайте чистую простынь в поперечном направлении.
3. Смените пододеяльник и отложите его в сторону.
4. Наденьте перчатки, приготовьте непромокаемый мешок для грязного белья.
5. Поднимите голову пациента, смените наволочки у подушек.
6. Скатайте грязную простыню со стороны изголовья кровати до поясницы, положив на освободившуюся часть кровати чистую простыню.
7. Положите подушку на чистую простыню и опустите на нее голову пациента.
8. Приподнимите таз, а затем ноги пациента, снимите грязную простыню, продолжая расправлять чистую, а также клеенку с подкладной. Опустите таз и ноги пациента, заправьте края простыни и подкладной под матрац.
9. Уберите грязную простыню в мешок.
10. Снимите перчатки, вымойте руки.

**Последовательность действий при смене рубашки пациента с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Приподнимите верхнюю половину туловища пациента.
3. Скатайте грязную рубашку до Затылка и снимите ее через голову.
4. Освободите руки пациента.
5. Положите грязную рубашку в мешок.
6. Наденьте рукава чистой рубашки.
7. Перекиньте ее через голову,
8. Расправьте ее на пациенте.

**Оценка достигнутых результатов: Пациенту сменили постельное и нательное белье.**

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечание: При смене рубашки пациенту с травмой правой руки:**

1. Наденьте рукав рубашки на поврежденную руку.
2. Наденьте второй рукав рубашки на здоровую руку.
3. Помогите пациенту застегнуть пуговицы.
4. Вымойте руки.

ПРОВЕДЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОЛЕЖНЕЙ №23/58

**Цель: Предупреждение образования пролежней.**

**Показания: Риск образования пролежней.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Перчатки.
2. Фартук.
3. Мыло.
4. Постельное белье.
5. Подкладной резиновый круг, помещенный в чехол.
6. Ватно-марлевые круги - 5 шт.
7. Раствор камфорного спирта 10 % или 0,5 % раствор нашатырного спирта, 1%-2 % спиртовой раствор танина.
8. Подушки, наполненные поролоном или губкой.
9. Полотенце.

**Возможные проблемы пациента: Невозможность самоухода.**

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки.
3. Наденьте перчатки и фартук.
4. Осмотрите кожу пациента в местах возможного образования пролежней.
5. Обмойте эти участки кожи теплой водой утром и вечером и по мере необходимости.
6. Протирайте их ватным тампоном, смоченным 10 % раствором камфорного спирта или 0,5 % раствором нашатырного спирта или 1%-2% спиртовым раствором танина. Протирая кожу, этим же тампоном делайте легкий массаж.
7. Следите, чтобы на простыне не было крошек, складок.
8. Меняйте немедленно мокрое или загрязненное белье.
9. Используйте подушки наполненные поролоном или губкой для уменьшения давления на кожу в местах соприкосновения пациента с кроватью (или под крестец и копчик подкладывайте резиновый круг, помещенный в чехол, а под пятки, локти, затылок - ватно-марлевые круги) или используйте противопролежневый матрац.
10. Снимите перчатки и фартук, обработайте их в соответствии с требованиями санэпидрежима.
11. Вымойте руки.

**Оценка достигнутых результатов: У пациента нет пролежней.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА, НОСА, ГЛАЗАМИ № 26/64

1 .Уход за полостью рта.

**Цель: Обработать полость рта пациента.**

**Показания:**

1. Тяжёлое состояние пациента.
2. Невозможность самоухода.

**Противопоказания: нет.**

**Оснащение:**

1. Антисептический раствор (раствор фурациллина 1:5000, перманганата калия 1:10000)
2. Шпатели.
3. Глицерин.
4. Стерильные марлевые салфетки.
5. Кипяченая теплая вода.
6. Емкость 100-200 мл.
7. Два почкообразных лотка.
8. Резиновый баллон.
9. Полотенце.
10. Стерильные палочки с ватными тампонами.

**Возможные проблемы пациента: Негативный настрой к вмешательству.**

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки, наденьте перчатки.
3. Приподнимите голову пациента.
4. Накройте грудь пациента полотенцем.
5. Подставьте почкообразный лоток.
6. Налейте в емкость антисептический раствор.
7. Отведите шпателем щеку пациента.
8. Смочите антисептическим раствором ватный тампон и обработайте зубы с одной и с другой стороны, меняя тампоны.
9. Оберните шпатель стерильной марлевой салфеткой, смочите ее антисептическим раствором.
10. Возьмите левой рукой стерильной марлевой салфеткой кончик языка пациента и выведите его изо рта.
11. Снимите шпателем налет с языка в направлении от корня к кончику.
12. Отпустите язык.
13. Наберите в резиновый баллон теплой кипяченой воды,
14. Поверните голову пациента набок.
15. Отведите угол рта шпателем.
16. Оросите рот пациента из баллона теплой водой и попросите сплюнуть.
17. Повторите процедуру с противоположной стороны.
18. Смажьте трещины на языке и губах глицерином.
19. Обработайте емкость, резиновый баллон и отработанный материал в соответствии с действующими нормативными документами по санитарно-эпидемиологическому режиму.

**Оценка достигнутых результатов. Полость рта чистая. Трещины смазаны.**

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

2. Уход за носом. № 64

**Цель: Туалет полости носа при наличии корочек, слизи.**

**Показания:**

1. Тяжелое состояние пациента.
2. Невозможность самоухода.

**Противопоказания: нет.**

**Оснащение.**

1. Ватные турунды.
2. Мензурка.
3. Прокипяченное растительное масло.

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

При наличии корочек:

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе её выполнения.
2. Вымойте руки, наденьте перчатки.
3. Налейте в мензурку масло.
4. Смочите ватную турунду и отожмите о край мензурки.
5. Запрокиньте слегка назад голову пациента.
6. Поднимите кончик носа пациента левой рукой.
7. Введите правой рукой вращательными движениями смоченную масляным раствором ватную турунду в носовой ход.
8. Оставьте её на 2-3 минуты для, размягчения корочек.
9. Удалите ватную турунду вращательными движениями.
10. Обработайте мензурку и отработанный материал в соответствии с действующими нормативными документами по санитарно-зпидемиологическому режиму.

При наличии слизи:

1. Предложите пациенту высморкаться, последовательно зажимая правую и левую ноздрю.

**Оценка достигнутых результатов: Носовые ходы чистые от корочек, слизи.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

3.Уход за глазами. № 64

**Цель: Утренний туалет глаз.**

**Показания:**

1. Тяжелое состояние больного.
2. Выделение из глаз склеивающее ресницы.
3. Невозможность самоухода.

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Шесть марлевых тампонов.
2. Мензурка.
3. Лоток, перчатки.
4. Кипяченая вода (раствор фурациллина 1:5000).

**Возможные проблемы пациента: Негативней настрой к вмешательству и др.**

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки, наденьте перчатки.
3. Налейте кипяченую воду в мензурку.
4. Смочите марлевые тампоны, излишки отожмите о край мензурки.
5. Протрите глаза однократно, в одном направлении от наружного края к внутреннему (каждый глаз отдельным тампоном).
6. Сбросьте эти тампоны.
7. Повторите действия при необходимости.
8. Возьмите сухой тампон и протрите глаза в той же последовательности, меняя тампон для каждого глаза.
9. Промойте глаза антисептическим раствором при наличии белых выделений в углах глаз.
10. Обработайте мензурку, пипетку и отработанный материал в соответствии с требованиями санэпидрежима.

**Оценка достигнутых результатов. Утренний туалет глаз произведен.**

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

ОЧИЩЕНИЕ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА № 27/66

**Цель: Вычистить уши пациенту**

**Показания: Невозможность самообслуживания.**

**Противопоказания: Нет.**

**Возможные осложнения: При пользовании жесткими предметами повреждение барабанной перепонки или наружного слухового прохода.**

**Оснащение:**

1. Ватные турунды.
2. Пипетка.
3. Мензурка.
4. Кипяченая вода.
5. 3% раствор перекиси водорода.
6. Дезинфицирующие растворы.
7. Емкости для дезинфекции.
8. Полотенце.

**Возможные проблемы пациента: Негативный настрой к вмешательству и др.**

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки.
3. Наденьте перчатки.
4. Налейте кипяченую воду в мензурку,
5. Смочите ватные турунды.
6. Наклоните голову пациента в противоположную сторону.
7. Оттяните левой рукой ушную раковину вверх и назад.
8. Извлеките серу ватной турундой вращательными движениями.
9. Обработайте мензурку и отработанный материал в соответствии с требованиями санэпидрежима.
10. Вымойте руки.

**Оценка достигнутого. Ушная раковина чистая, наружный слуховой проход свободен.**

**Обучение пациента или родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечания. При наличии небольшой серной пробки закапайте по назначению врача в ухо несколько капель 3% раствора перекиси водорода. Через несколько минут удалите пробку сухой турундой. Не пользуйтесь жесткими предметами для удаления серы из ушей.**

МЫТЬЕ ГОЛОВЫ № 28/67

**Цель: Вымыть голову пациенту.**

**Показания:**

1. Тяжелое состояние пациента.
2. Невозможность самообслуживания.

**Противопоказания: Выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой.**

**Оснащение:**

1. Таз для воды.
2. Специальный подголовник.
3. Кувшин с теплой водой (37-38 градусов).
4. Водный термометр.
5. Туалетное мыло или шампунь.
6. Полотенце.
7. Клеенка.
8. Расческа с редкими зубьями.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Негативный настрой к манипуляции.
2. Ухудшение общего состояния пациента.

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения.
2. Приподнимите голову и верхнюю часть туловища пациента вместе с матрацем.
3. Подставьте подголовник.
4. Подложите под шею пациента клеенку.
5. Запрокиньте голову пациента назад.
6. Подставьте таз у головного конца постели.
7. Смочите волосы теплой водой.
8. Намыльте хорошо волосы мылом или шампунем.
9. Промойте хорошо волосы теплой водой и ополосните, повторив намыливание дважды.
10. Вытрите голову пациента полотенцем насухо.
11. Расчешите волосы редкой расческой.
12. Наденьте на голову сухую косынку.
13. Уберите таз, подставку и клеенку.
14. Уложите удобно пациента на подушку.
15. Вымойте руки.

**Оценка достигнутых результатов: Голова пациента вымыта:**

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Возможные осложнения.**

1. Ожог головы при пользовании горячей водой.
2. Ухудшение общего состояния пациента.

**Примечание: Длинные волосы начинайте расчесывать с концов, а короткие - от корня.**

УХОД ЗА НАРУЖНЫМИ ПОЛОВЫМИ ОРГАНАМИ И ПРОМЕЖНОСТЬЮ № 31/70а

**Цель: Подмыть пациента**

**Показания: Дефицит самоухода.**

**Противопоказания: нет**

**Оснащение:**

1. Клеенки
2. Судно.
3. Кувшин с водой (температура 35 - 38 градусов Цельсия).
4. Ватные тампоны или салфетки.
5. Корнцанг или пинцет.
6. Перчатки.
7. Ширма

**Возможные проблемы пациента:**

1. Психоэмоциональные.
2. Невозможность самоухода.

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

При подмывании мужчин:

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Оградите ширмой пациента.
3. Наденьте перчатки.
4. Оттяните крайнюю плоть пациента, обнажив головку полового члена.
5. Протрите головку полового члена салфеткой смоченной в воде.
6. Протрите кожу полового члена и мошонки, затем просушите ее.
7. Снимите перчатки, вымойте руки.
8. Уберите ширму.

При подмывании женщин:

1. Информируйте пациентку о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Оградите пациентку ширмой.
3. Наденьте перчатки.
4. Постелите клеенку под таз пациентки и поставьте на нее судно.
5. Помогите пациентке лечь на судно, согнув ноги в коленях и чуть раздвинув.
6. Встаньте сбоку от пациентки, держа кувшин в левой руке, а корнцанг с салфеткой в правой, лейте теплую воду (t 35-38°) на половые органы, а салфеткой производите движения сверху вниз от лобка к анальному отверстию, меняйте салфетки после каждого движения сверху вниз.
7. Осушите сухой салфеткой половые органы и кожу промежности.
8. Уберите судно и клеенку.
9. Укройте пациентку.
10. Обработайте судно в соответствии с требованиями санэпидрежима.
11. Снимите перчатки, вымойте руки.
12. Уберите ширму.

**Оценка достигнутых результатов: Пациентка подмыта.**

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

ПОДАЧА СУДНА И МОЧЕПРИЕМНИКА, ПРИМЕНЕНИЕ ПОДКЛАДНОГО КРУГА № 32/70

**Цель: Подать судно, мочеприемник, подкладной круг пациенту.**

**Показания:**

1. Удовлетворение физиологических потребностей.
2. Профилактика пролежней.

**Противопоказания: нет.**

**Оснащение:**

1. Ширма.
2. Судно (резиновое, эмалированное).
3. Мочеприемник (резиновый, стеклянный).
4. Подкладной круг.
5. Клеенка.
6. Кувшин с водой.
7. Корнцанг.
8. Ватные тампоны.
9. Салфетки, бумага.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Стеснительность пациента и др.
2. Определение степени недостаточности самоухода.

**Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента об использовании - судна и мочеприемника.
2. Отгородите его ширмой от окружающих.
3. Наденьте перчатки.
4. Ополосните судно теплой водой, оставив в нем немного воды.
5. Помогите пациенту повернуться слегка набок, ноги его при этом слегка согнуты в коленях.
6. Подведите правой рукой судно под ягодицы пациента, поверните его на спину так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна.
7. Подайте мужчине мочеприемник.
8. Снимите перчатки.
9. Укройте пациента одеялом и оставьте его одного.
10. Поправьте подушки, чтобы пациент находился в положении "полусидя".
11. Наденьте перчатки.
12. Выньте судно правой рукой из-под пациента, прикройте его.
13. Вытрите область анального отверстия туалетной бумагой.
14. Поставьте чистое судно пациенту.
15. Подмойте пациента, осушите промежность, уберите судно, клеенку, помогите пациенту удобно лечь.
16. Уберите ширму.
17. Вылейте содержимое судна в унитаз.
18. Обработайте судно в соответствии с требованиями санэпидрежима.
19. Снимите перчатки, вымойте руки.

**Оценка достигнутых результатов:**

1. Судно и мочеприемник поданы.
2. Резиновый круг подложен.

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

ИСКУССТВЕННОЕ ПИТАНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ №33/71

**Цель: Накормить пациента.**

**Показания: Непроходимость пищевого и кардиального отдела желудка.**

**Противопоказания: Стеноз привратника.**

**Оснащение.**

1. Воронка.
2. Зажим для зонда.
3. Стакан с кипяченой водой.
4. Паста Лассара или 1% раствор бриллиантового зеленого.
5. Салфетки марлевые стерильные.
6. Бинт.
7. Клеол.
8. Ножницы.
9. Емкости для дезинфекции.
10. Полотенце.

**Возможные проблемы пациента: беспокойство и страх пациента.**

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Подготовьте пищу для кормления.
3. Вымойте руки.
4. Присоедините воронку к зонду.
5. Вливайте в воронку жидкую пищу, подогретую до 37-38 градусов Цельсия, малыми порциями.
6. Промойте зонд небольшим количеством кипяченой воды.
7. Отсоедините воронку.
8. Пережмите зажимом дистальный конец зонда.
9. Обработайте кожу вокруг гастростомы 1% раствором бриллиантового зеленого или смажьте пастой Лассара.
10. Наложите сухую стерильную марлевую салфетку и закрепите клеолом.
11. Закрепите зонд с помощью бинта на теле пациента.
12. Вымойте руки.
13. Обработайте воронку в соответствии с требованиями санэпидрежима.

**Оценка достигнутых результатов: Пациент получил необходимое количество пищи с учетом ее калорийности.**

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

КОРМЛЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО № 34/73

**Цель: Накормить пациента.**

**Показания: Невозможность самостоятельно принимать пищу.**

**Противопоказания:**

1. Невозможность принимать пищу естественным путем.
2. Выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой.
3. Высокая температура

**Оснащение.**

1. Пища (полужидкая, жидкая t-400 С).
2. Посуда, ложки.
3. Поильник.
4. Халат с маркировкой "Для раздачи пищи".
5. Салфетки, полотенца.
6. Емкость для мытья рук.
7. Емкость с водой.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Отсутствие аппетита.
2. Непереносимость некоторых, продуктов.
3. Психомоторное возбуждение и др.
4. Психическое заболевание - анарексия.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящем приеме пищи,
2. Проветрите палату.
3. Вымойте руки с мылом.
4. Наденьте халат промаркированный "Для раздачи пищи".
5. Придайте пациенту удобное положение.
6. Вымойте руки пациенту.
7. Накройте шею и грудь пациента салфеткой или полотенцем.
8. Доставьте пищу в палату.
9. Кормите пациента с ложечки маленькими порциями, не торопитесь.
10. Предложите пациенту прополоскать рот и вымыть руки после приема пищи.
11. Стряхните крошки с кровати.
12. Уберите грязную посуду.
13. Снимите халат с маркировкой "Для раздачи пищи",
14. Вымойте руки.

**Оценка достигнутых результатов: Пациент накормлен.**

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

ПОСТАНОВКА БАНОК № 37/78

**Цель: Поставить банки.**

**Показания: Бронхит, миозит.**

**Противопоказания.**

1. Заболевания и повреждения кожи в местах постановки банок.
2. Общее истощение организма.
3. Высокая лихорадка.
4. Двигательное возбуждение пациента.
5. Легочное кровотечение.
6. Детям до 3-х лет.
7. Туберкулез легких.
8. Новообразования.
9. Другие выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой.
10. Повышенная чувствительность кожи, повышенная проницаемость капилляров.

**Оснащение.**

1. Лоток с банками 12-15 штук.
2. Вазелин.
3. Спирт 96° - 70°.
4. Корнцанг с ватным тампоном.
5. Спички.
6. Полотенце.
7. Салфетки.
8. Шпатель.
9. Сосуд с водой.
10. Чистая вата.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Страх, беспокойство.
2. Негативный настрой к вмешательству и др.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Проверьте целостность краев банок
3. Вымойте руки.
4. Поставьте лоток с банками у постели пациента.
5. Освободите необходимый участок тела от одежды,
6. Уложите пациента на живот, голову поверните в сторону, волосы покройте полотенцем.
7. Наложите на место постановки банок тонкий слой вазелина и разотрите его.
8. Приготовьте фитиль и смочите его спиртом, излишки спирта отожмите о край флакона.
9. Закройте и отставьте в сторону флакон со спиртом.
10. Подожгите фитиль.
11. Возьмите в левую руку 1-2 банки, в другую горящий фитиль.
12. Внесите горящий фитиль в банку, не касаясь краев и дна банки.
13. Извлеките фитиль из банки и быстро приложите банку к коже.
14. Поставьте необходимое количество банок на расстоянии 1-2 см друг от друга.
15. Опустите горящий фитиль в сосуд с водой.
16. Проверьте герметичность присасывания банок, проведя по ним рукой сверху вниз.
17. Накройте пациента одеялом.
18. Узнайте ощущение пациента через 5 минут и проверьте реакцию кожи (гиперемию)
19. Оставьте банки на 10 - 15 минут с учетом индивидуальной чувствительности кожи пациента.
20. Снимите банки, подведя палец под край банки, наклонив ее в противоположном направлении.
21. Вытрите салфеткой кожу на месте постановки банок.
22. Укройте пациента и оставьте его в постели не менее чем на 30 минут.
23. Обработайте использованные банки в соответствии с действующими нормативными документами по СЭР.

**Оценка достигнутых результатов: В местах постановки банок есть потенциальные кровоизлияния округлой формы.**

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечание:**

1. Банки ставят на грудную клетку спереди и сзади.
2. Нельзя ставить банки на область сердца, грудину, молочные железы, позвоночник, лопатки, родимые пятна.
3. При интенсивном оволосении перед вмешательством волосы сбривают.

**Возможные осложнения. Ожог кожи, порезы кожи.**

ПОСТАНОВКА ПИЯВОК № 38/79

**Цель: Поставить пациенту пиявки для кровоизвлечения или введения кровь гирудина.**

**Показания: По назначению врача.**

**Противопоказания:**

1. Кожные заболевания.
2. Склонность к кровотечениям или лечению антикоагулянтами.
3. Аллергические реакции.
4. Анемия.

**Оснащение:**

1. 6-8 подвижных пиявок.
2. Пробирки или мензурки.
3. Стерильный лоток.
4. Стерильный перевязочный материал.
5. Пинцет.
6. Кувшин с горячей водой (38°-50° С).
7. Ватные тампоны.
8. Глюкоза 40%.
9. Перчатки.
10. Спирт 70%.
11. Полотенце.
12. Нашатырный спирт или раствор хлорида натрия.
13. Раствор хлорамина 3 %.
14. Станок для бритья.
15. Емкости для дезинфекции.
16. Раствор перекиси водорода 3 %.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Негативное отношение к манипуляции.
2. Страх.
3. Брезгливость к пиявкам.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Уложите пациента в удобную позу.
3. Осмотрите кожу на месте постановки пиявок:
* сосцевидные отростки,
* область сердца,
* область печени,
* область копчика,
* область анального отверстия,
* вдоль тромбированной вены (отступив от нее 1-2 см).
1. Сбрейте на кануне при необходимости волосы на месте постановки пиявок.
2. Наденьте перчатки.
3. Обработайте кожу горячей водой и разотрите ее до покраснения.
4. Смочите место постановки пиявок раствором 40% глюкозы.
5. Захватите пинцетом пиявку за головной конец и поместите ее в пробирку или мензурку хвостовой частью.
6. Поднесите и приставьте плотно отверстие пробирки или мензурки " нужному участку кожи.
7. Проследите за появлением волнообразных движений пиявки, чтобы пиявка присосалась.
8. Замените пиявку другой, если она долго не присасывается.
9. Положите салфетку под заднюю присоску.
10. Снимите пиявку через 30 минут, проведя по ее спине тампоном со спиртом, и поместите её в емкость с хлоридом натрия.
11. Обработайте ранки на коже пациента 3 % раствором перекиси водорода.
12. Наложите асептическую ватно-марлевую давящую повязку на 12-24 часа.
13. Снимите перчатки.
14. Обработайте использованные пиявки, перчатки, перевязочный материал в соответствии с требованиями санэпидрежима
15. Вымойте руки.

**Оценка достигнутых результатов: Пиявки поставлены.**

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА БОБРОВА И КИСЛОРОДНОЙ ПОДУШКИ № 39/80

**Цель: Дать пациенту кислород.**

**Показания:**

1. Гипоксия.
2. Назначение врача.
3. Одышка.

Подача кислорода через носовой катетер

**Противопоказания: Выявляются в процессе обследования пациента.**

**Оснащение:**

1. Стерильные носовые катетеры.
2. Аппарат Боброва.
3. Перчатки.
4. Лейкопластырь.
5. Вода дистиллированная или фурациллин (в аппарат Боброва).
6. Дезинфицирующий раствор и емкость.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Нежелание принимать процедуру.
2. Страх.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Наденьте перчатки, возьмите стерильный катетер.
3. Определите расстояние, на которое надо ввести катетер, оно равно расстоянию от крыла носа до козелка ушной раковины.
4. Заполните аппарат Боброва водой или раствором фурациллина на 1/3 объема.
5. Подсоедините катетер к аппарату Боброва.
6. Введите катетер по нижнему носовому ходу до задней стенки глотки на длину, определенную выше.
7. Убедитесь, что кончик введенного катетера виден при осмотре зева.
8. Прикрепите катетер к щеке или к носу пациента лейкопластырем, чтобы он не выскользнул из носа или не попал в пищевод.
9. Откройте вентиль дозиметра централизованной подачи и подавайте кислород со скоростью 2-3 л/мин, контролируя скорость по шкале дозиметра.
10. Спросите у пациента, удобно ли он лежит.
11. Извлеките катетер по окончании процедуры.
12. Снимите перчатки.
13. Обработайте катетер, перчатки, аппаратуру в соответствие с требованиями санэпидрежима.

Подача кислорода из кислородной подушки.

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Кислородная подушка.
2. Воронка (мундштук)
3. Марлевая салфетка.
4. Вата.
5. Спирт 70%.
6. Дезинфицирующий раствор.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки.
3. Возьмите кислородную подушку, наполненную кислородом.
4. Обработайте спиртом воронку.
5. Сложите марлевую салфетку в 4 слоя и смочите его водой.
6. Оберните воронку марлевой салфеткой и закрепите её.
7. Приложите воронку (мундштук) ко рту пациента.
8. Откройте вентиль кислородной подушки.
9. Сворачивайте подушку равномерно с угла, противоположно воронке.
10. Обработайте воронку по окончании процедуры в соответствии с требованиями санэпидрежима.

**Оценка достигнутых результатов: Пациент получил кислород. Состояние его улучшилось.**

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечание. Введение кислорода с помощью кислородной подушки не является эффективным способом оксигенотерапии, но ещё используется в поликлиниках, где нет централизованной подачи, на дому и т. д.**

ПРИМЕНЕНИЕ ГОРЧИЧНИКОВ № 40/81

**Цель: Поставить горчичники.**

**Показания: Бронхит, пневмония, миозит.**

**Противопоказания.**

1. Заболевания и повреждение кожи на данном участке.
2. Высокая лихорадка.
3. Снижение или отсутствие кожной чувствительности.
4. Непереносимость горчицы.
5. Легочное кровотечение.
6. Другие выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой.

**Оснащение:**

1. Горчичники, проверенные на пригодность.
2. Почкообразный тазик.
3. Водный термометр.
4. Вода 40 - 45 градусов Цельсия,
5. Салфетка
6. Полотенце.
7. Бязь или гигроскопичная бумага.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Снижение кожной чувствительности.
2. Негативный настрой к вмешательству.
3. Психомоторное возбуждение.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции, ходе ее выполнения и правилах поведения.
2. Возьмите необходимое количество горчичников.
3. Налейте в почкообразный лоток воды (температура 40 - 45 градусов Цельсия).
4. Уложите пациента в удобное положение и обнажите нужный участок тела.
5. Погрузите горчичник в воду на 5 секунд горчицей вверх.
6. Извлеките его из воды, слегка стряхните.
7. Приложите плотно горчичник к коже через гигроскопичную бумагу или бязь стороной, покрытой горчицей.
8. Укройте пациента полотенцем и сверху одеялом.
9. Узнайте ощущения пациента и степень гиперемии через 5 минут.
10. Оставьте горчичники на 5 - 15 минут, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице.
11. Снимите горчичники.
12. Укройте одеялом и оставьте пациента в постели не менее 30 минут.

**Оценка достигнутых результатов: В местах постановки горчичников есть покраснение кожи (гиперемия).**

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечание. Места постановки горчичников:**

1. На грудную клетку спереди и сзади.
2. На область сердца при ИБС.
3. На затылок, икроножные мышцы.

Нельзя ставить горчичники на позвоночник, лопатки, родимые пятна, молочные железы у женщин.

**Возможные осложнения. Ожог кожи.**

ПРИМЕНЕНИЕ ПУЗЫРЯ СО ЛЬДОМ № 41/82

**Цель: Поставить пузырь со льдом на нужный участок тела.**

**Показания:**

1. Кровотечение.
2. Ушибы в первые часы и сутки.
3. Высокая лихорадка.
4. При укусах насекомых.
5. По назначению врача.

**Противопоказания: Выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой.**

**Оснащение:**

1. Пузырь для льда.
2. Кусочки льда.
3. Полотенце - 2 шт.
4. Молоток для колки льда.
5. Растворы дезинфицирующие.

**Техника безопасности: Не используется лед единым конгломератом во избежание переохлаждения или отморожения.**

**Информирование пациента о предстоящем вмешательстве и ходе его выполнения. Медицинская сестра информирует пациента о необходимости постановки пузыря со льдом на нужное место, о ходе и продолжительности вмешательства.**

**Возможные проблемы пациента: Снижение или отсутствие кожной чувствительности, непереносимость холода и др.**

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Приготовьте кусочки льда.
2. Положите пузырь на горизонтальную поверхность и вытесните воздух.
3. Снимите крышку с пузыря и заполните пузырь кусочками льда на 1/2 объема и налейте 1 стакан холодной воды 14°-16°.
4. Выпустите воздух.
5. Положите пузырь на горизонтальную поверхность и вытесните воздух.
6. Завинтите крышку пузыря со льдом.
7. Оботрите пузырь со льдом полотенцем.
8. Оберните пузырь со льдом полотенцем в 4 слоя (толщина прокладки не менее 2 см).
9. Положите пузырь со льдом на нужный участок тела.
10. Оставьте пузырь со льдом на 20-30 минут.
11. Снимите пузырь со льдом.
12. Сделайте перерыв на 15-30 минут.
13. Слейте из пузыря воду и добавьте кусочки льда.
14. Положите пузырь со льдом (по показанию) к нужному участку тела еще на 20-30 минут.
15. Обработайте пузырь в соответствии с требованиями санэпидрежима.
16. Вымойте руки.
17. Храните пузырь в сухом виде и открытой крышкой.

**Оценка достигнутых результатов: Пузырь со льдом поставлен на нужный участок тела.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечания. При необходимости пузырь со льдом подвешивается над пациентом на расстоянии 2-3 см.**

ПРИМЕНЕНИЕ ГРЕЛКИ № 41/82

**Цель: Применить резиновую грелку по показаниям.**

**Показания.**

1. Согревание пациента.
2. По назначению врача.

**Противопоказания:**

1. БОЛИ в животе (острые воспалительные процессы в брюшной полости).
2. Первые сутки после ушиба.
3. Нарушение целостности кожных покровов в месте приложения грелки.
4. Кровотечения.
5. Новообразования.
6. Инфицированные раны.
7. Другие выявляются, в процессе обследования врачом и медицинской сестрой.

**Оснащение:**

1. Грелка.
2. Горячая вода (температура 60 - 80 градусов Цельсия).
3. Полотенце.
4. Водный термометр.

**Возможные проблемы пациента: Снижение или отсутствие кожной чувствительности (отеки).**

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Возьмите грелку в левую руку за узкую часть горловины.
3. Заполните грелку водой t° - 60° на 2/3 объема.
4. Вытесните из грелки воздух, сжав ее у горловины.
5. Завинтите пробку.
6. Проверьте на герметичность, перевернув грелку пробкой вниз.
7. Оботрите грелку и оберните ее полотенцем.
8. Приложите грелку к нужному участку тела.
9. Узнайте через 5 минут об ощущениях пациента.
10. Прекратите процедуру через 20 минут.
11. Осмотрите кожу пациента.
12. Обработайте грелку в соответствии с требованиями санэпидрежима.
13. Повторите процедуру через 15-20 минут при необходимости.

**Оценка достигнутых результатов. Пациент отмечает положительные ощущения (субъективно). На коже, с которой соприкасалась грелка, отмечается легкое покраснение (объективно).**

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Возможные осложнения. Ожог кожи.**

**Примечание. Помните, что эффект от применения грелки зависит не столько от температуры грелки, сколько от продолжительности ее воздействия. При отсутствии стандартной грелки можно воспользоваться бутылкой, заполненной горячей водой.**

ПРИМЕНЕНИЕ СОГРЕВАЮЩЕГО КОМПРЕССА № 42/83

**Цель. Поставить согревающий компресс.**

**Показания: По назначению врача.**

**Противопоказания.**

1. Заболевания и повреждения кожи.
2. Высокая лихорадка.
3. Кровотечения.
4. Другие противопоказания выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой.

**Оснащение:**

1. Салфетка (льняная в 4 слоя пли марлевая в 6-8 слоев).
2. Вощеная бумага.
3. Серая вата.
4. Бинт.
5. Почкообразный тазик.
6. Растворы: этиловый спирт 40 - 45%, или вода комнатной температуры 38 40 градусов и др.

**Возможные проблемы пациента: Негативный настрой к вмешательству и др.**

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки.
3. Сложите салфетку так, чтобы ее размеры по периметру были на 2 см больше очага поражения.
4. Смочите салфетку в растворе и хорошо ее отожмите.
5. Приложите на нужный участок тела.
6. Положите поверх салфетки вощаную бумагу большего размера (на 2 см со всех сторон)
7. Положите поверх бумаги слой серой ваты, который полностью закроет два предыдущих слоя.
8. Закрепите компресс бинтом так, чтобы он плотно прилегал к телу, но не стеснял движений пациента.
9. Спросите пациента о его ощущениях через 20 - 30 минут.
10. Оставьте компресс (на 8-10 часов - водный, на 4-6 часов - спиртовой)
11. Снимите компресс и наложите сухую теплую повязку (вата, бинт).

**Оценка достигнутых результатов.**

1. При снятии компресса салфетка влажная и теплая; кожа гиперемирована, теплая
2. Улучшение самочувствия пациента.

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечание. При наложении компресса на ухо в салфетке и бумаге сделайте разрез по середине для ушной раковины.**

ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В ПОДМЫШЕЧНОЙ ВПАДИНЕ И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ПАЦИЕНТА № 45/87

**Цель: Измерить температуру тела пациента и зафиксировать результат в температурном листе.**

**Показания:**

1. Наблюдение за показателями температуры в течение суток.
2. При изменении состояние пациента.

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение.**

1. Медицинские термометры.
2. Температурный лист.
3. Емкости для хранения чистых термометров со слоем ваты на дне.
4. Емкости для дезинфекции термометров.
5. Дезинфицирующие растворы
6. Часы.
7. Полотенце.
8. Марлевые салфетки.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Негативный настрой к вмешательству.
2. Воспалительные процессы в подмышечной впадине.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

Измерение температуры тела в подмышечной впадине.

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Возьмите чистый термометр, проверьте его целостность
3. Встряхните термометр до t <35 градусов Цельсия.
4. Осмотрите и вытрите область подмышечной впадины пациента сухой салфеткой.
5. Поставьте термометр в подмышечную впадину и попросите пациента придать его рукой.
6. Измеряйте температуру в течение 10 минут.
7. Извлеките термометр, определите температуру тела.
8. Зарегистрируйте результаты температуры сначала в общем температурном листе, а затем в температурном листе истории болезни.
9. Обработайте термометр в соответствии с требованиями санэпидрежима.
10. Вымойте руки
11. Храните термометры в сухом виде в емкости для чистых термометров.

Измерение температуры тела в ротовой полости.

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Возьмите чистый медицинский термометр, проверьте его целостность.
3. Встряхните термометр до t <35 градусов Цельсия.
4. Поставьте термометр под язык пациента на 5 минут (пациент губами удерживает корпус термометра).
5. Извлеките термометр, определите температуру тела.
6. Зарегистрируйте полученные результаты сначала в общем температурном листе, затем в температурном листе истории болезни.
7. Обработайте термометр в соответствии с требованиями санэпидрежима.
8. Вымойте руки.
9. Храните термометры в чистом и сухом виде в специальной емкости для измерения температуры в ротовой полости.

**Оценка достигнутых результатов. Температура тела измерена (разными способами) и зарегистрирована в температурных листах.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действия медицинской сестры.**

**Примечание.**

1. Не измеряйте температуру у спящих пациентов.
2. Температуру измеряют, как правило, два раза в день: утром натощак (с 7 до 9 часов) и вечером (с 17 до 19). По назначению врача температура может измеряться через каждые 2-3 часа.

ВЫБОР НАЗНАЧЕНИЙ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 46/88

**Цель. Выбрать назначения из истории болезни и записать в соответствующую документацию.**

**Показания: Назначение врача.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. История болезни.
2. Листы назначений.
3. Листы раздачи лекарственных препаратов.
4. Журнал для инъекций, в/в вливаний,
5. Журнал консультаций.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Выбирайте назначения из истории болезни ежедневно в удобное для медицинской сестры время, свободное от ухода за пациентом, после завершения обхода всех больных врачами и записей назначений в историю болезни.
2. Выбирайте назначения для процедурной медицинской сестры и записывайте их в журнал для инъекций.
3. Выбирайте отдельно назначение на консультации, исследование и заносите их в соответствующие журналы.
4. Убедитесь в правильности понимания ваших записей при передаче дежурства.

Оценка достигнутых результатов. Назначения выбраны из истории болезни и переписаны в соответствующую документацию.

РАСКЛАДКА И РАЗДАЧА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ № 48/90.

**Цель. Подготовить лекарственные средства к раздаче и приему пациентами.**

**Показания: Назначение врача.**

**Противопоказания. Выявляются в процессе обследования пациента медицинской сестрой.**

**Оснащение:**

1. Листы назначений.
2. Лекарственные средства для внутреннего употребления.
3. Передвижной столик для раскладки лекарственных средств.
4. Мензурки, пипетки (отдельно для каждого флакона с каплями).
5. Емкость с кипячёной водой.
6. Ножницы.
7. Дезинфицирующие растворы.
8. Емкость для дезинфекции.
9. Полотенце.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Необоснованный отказ.
2. Рвота.
3. Аллергия.
4. Бессознательное состояние.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды.**

При введении лекарственных средств через рот:

1. Вымойте руки и вытрите их насухо.
2. Ознакомьтесь внимательно с листами назначений.
3. Прочтите внимательно название лекарственного средства и дозировку на упаковке, сверьте его с листом назначения.
4. Обратите внимание на срок годности лекарственного средства.
5. Разложите назначенные лекарственные средства по ячейкам на каждого пациента на один прием.
6. Не оставляйте лекарственные средства на тумбочках у постели пациента (за исключением нитроглицерина или валидола).
7. Информируйте пациента о назначенных ему лекарственных средствах, о правилах его приема и о возможных побочных действиях.
8. Проследите, чтобы пациент принял назначенные лекарственные средства в вашем присутствии.
9. Обработайте использованные мензурки и пипетки в соответствии с требованиями санэпидрежима.

**Оценка достигнутых результатов: Лекарственные средства разложены в соответствии с листами назначений и обеспечен своевременный прием их пациентами.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечания.**

1. Нельзя заменять лекарственное средство другим без согласования с врачом.
2. Нельзя хранить лекарственные средства без этикеток.
3. Перед приемом порошка пациентом разведите его предварительно водой.
4. Водные растворы (микстуры, отвары, настои) давайте из ложки (1 ст. ложка - 15 г, 1 д.л. - 10 г, 1 ч.л. – 5 г) или мензурки.
5. Запрещается любое перетаривание лекарственных средств.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ИНГАЛЯЦИОННЫМ СПОСОБОМ ЧЕРЕЗ РОТ И НОС № 52/96

**Цель: Обучить пациента технике ингаляции с помощью ингаляционного баллончика.**

**Показания: Бронхиальная астма (для улучшения проходимости бронхов).**

**Противопоказания: Выявляются в процессе обследования пациента.**

**Оснащение:**

1. Ингалятор с лекарственным веществом.
2. Ингалятор без лекарственного вещества.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Страх, перед применением ингалятора или лекарственного вещества.
2. Снижение интеллектуальных возможностей и др.
3. Затрудненный вдох при введении лекарственного вещества через рот.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о пользовании ингалятора.
2. Информируйте пациента о лекарственном средстве.
3. Проверьте название и срок годности лекарственного вещества.
4. Вымойте руки.
5. Продемонстрируйте пациенту выполнение процедуры, используя ингаляционный баллончик без лекарственных веществ.
6. Усадите пациента.
7. Снимите с мундштука баллончика защитный колпачок.
8. Поверните баллончик с аэрозолем вверх дном.
9. Встряхните баллончик,
10. Сделайте глубокий выдох.
11. Возьмите мундштук баллончика в рот, плотно обхватив его губами.
12. Сделайте глубокий вдох через рот и одновременно нажмите на дно баллончика.
13. Задержите дыхание на 5-10 сек.
14. Извлеките мундштук изо рта.
15. Сделайте спокойный выдох.
16. Продезинфицируйте мундштук.
17. Предложите пациенту самостоятельно выполнить процедуру с ингалятором, наполненным лекарственным веществом.
18. Закройте ингалятор защитным колпачком.
19. Вымойте руки.

**Оценка достигнутых результатов: Пациент правильно продемонстрировал технику ингаляции с помощью ингаляционного баллончика.**

**Примечание: Количество ингаляций определяет врач. Если состояние пациента позволяет, то лучше эту процедуру проделать стоя, так как дыхательная экскурсия при этом эффективнее.**

ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ЧЕРЕЗ ПРЯМУЮ КИШКУ № 53/97

**Цель: Введение в прямую кишку жидких лекарственных средств.**

**Показания. По назначению врача.**

**Противопоказания. Нет.**

**Оснащение.**

1. Упаковка суппозитория.
2. Ширма.
3. Перчатки.
4. Емкость для дезинфекции.
5. Дезинфицирующие средства.
6. Полотенце.
7. Клеенки.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Психологические.
2. Невозможность самоухода.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Достаньте из холодильника упаковку суппозитория,
3. Прочтите название и срок годности.
4. Отгородите пациента ширмой (если в палате он не один).
5. Подложите под пациента клеенку.
6. Уложите пациента на левый бок с согнутыми в коленях ногами,
7. Наденьте перчатки.
8. Вскройте оболочку, в которую упакован суппозиторий, не извлекая суппозитория из оболочки.
9. Попросите пациента расслабиться, разведите ягодицы одной рукой, а другой введите суппозиторий в анальное отверстие (оболочка останется у вас в руке).
10. Предложите пациенту принять удобное положение для него.
11. Снимите перчатки.
12. Обработайте их в соответствии с требованиями санэпидрежима.
13. Уберите ширму.
14. Вымойте руки.

**Оценка достигнутых результатов: Суппозитории введены в прямую кишку.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

СБОРКА ШПРИЦА СО СТЕРИЛЬНОГО ЛОТКА И СТЕРИЛЬНОГО СТОЛА, ИЗ КРАФТ-ПАКЕТА № 54/99а

**Цель: Собрать шприц.**

**Показания. Необходимость введения пациенту лекарственного вещества по назначению врача,**

**Оснащение.**

1. Стерильный лоток, стол, крафт-пакет.
2. Стерильный бикс.
3. Пинцет, лоток.
4. Стерильная емкость с дезинфицирующим раствором для стерильного пинцета.
5. Стерильный флакон с 70 градусным спиртом (АХД или другими антисептиками).
6. Стерильные шприцы и иглы.
7. Стерильный пинцет.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Обработайте руки.
2. Проверьте бирку на биксе.
3. Поставьте дату вскрытия бикса и подпись, откройте бикс, проверьте индикатор.
4. Возьмите из бикса бязевую упаковку с пинцетами.
5. Выньте из бязевой упаковки 1 пинцет и положите его в стерильный лоток.
6. Выньте из бикса бязевую упаковку со шприцами и иглами.
7. Проверьте бирку на упаковке.
8. Вскройте наружную упаковку руками.
9. Возьмите в правую руку стерильный пинцет и вскройте внутреннюю упаковку.
10. Выньте цилиндр шприца из упаковки.
11. Переложите его в левую руку, держа за середину цилиндра.
12. Возьмите правой рукой пинцетом поршень шприца за рукоятку
13. Введите с помощью пинцета поршень в цилиндр шприца.
14. Возьмите правой рукой пинцетом иглу за канюлю.
15. Наденьте иглу с помощью пинцета на подыгольный конус шприца, не касаясь руками острия иглы.
16. Положите пинцет в емкость с дезинфицирующим раствором.
17. Притрите канюлю иглы к подыгольному конусу шприца пальцами правой руки.
18. Проверьте проходимость иглы.
19. Положите готовый шприц на внутреннюю поверхность бязевой упаковки или стерильного лотка.
20. Шприц готов к набору лекарства.

**Оценка достигнутых результатов. Шприц собран.**

НАБОР ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ИЗ АМПУЛ И ФЛАКОНОВ №55/100.

**Цель: Набрать лекарственное вещество.**

**Показание: Необходимость введения пациенту лекарственного вещества по назначению врача,**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Ампулы или флаконы с лекарственным веществом.
2. Стерильный шприц и игла.
3. Стерильный пинцет,
4. Стерильный бикс с шариками и салфетками.
5. 70-гардусный спирт.
6. Пилочка.
7. Стерильный лоток.

**Набор лекарственного вещества из ампулы.**

1. Приготовьте нужное лекарство.
2. Проверьте на упаковке срок годности лекарства и его Дозировку, обратив внимание на способ введения.
3. Обратите внимание на прозрачность и цвет лекарства.
4. Встряхните слегка ампулу так, чтобы весь раствор оказался в широкой ее части.
5. Возьмите в правую руку стерильный пинцет.
6. Достаньте стерильным пинцетом из стерильного бикса шарик, смочите его 70 градусным спиртом.
7. Обработайте узкую часть ампулы шариком со спиртом.
8. Положите узкую часть ампулы на подушечку указательного пальца левой руки на шарик.
9. Возьмите пилочку и надпилите узкую часть ампулы.
10. Отломите шариком кончик ампулы и выбросите его в лоток,
11. Поставьте вскрытую ампулу на стол.
12. Возьмите приготовленный шприц в правую руку, придерживая муфту иглы 2-м пальцем, цилиндр - 1-м, 3-м и 4-м пальцами, поршень - 5-м.
13. Возьмите приготовленную ампулу в левую руку между 2-м и 3-м пальцами ("вилочка"),
14. Введите осторожно иглу в ампулу.
15. Придержите первым и пятым пальцами левой руки цилиндр, 4-м - муфту иглы.
16. Обхватите рукоятку шприца 1-м, 2-м, 3-м пальцами правой руки.
17. Потяните поршень на себя.
18. Наберите нужное количество лекарства.
19. Поставьте ампулу на стол.
20. Смените иглу на нужную иглу для данной инъекции.
21. Притрите иглу к конусу пальцами правой руки.
22. Возьмите шприц в левую руку, придерживая канюлю иглы 2-м пальцем, цилиндр - 3-м и 4-м пальцами, а поршень - 5-м.
23. Поверните шприц вертикально вверх и уладите из него воздух, придерживая канюлю иглы.
24. Положите шприц на стерильный лоток и прикроите его стерильной салфеткой или оставьте шприц на стерильной части внутренней упаковки бязи и прикройте его стерильной частью.

**Оценка достигнутых результатов: Назначенное лекарственное вещество набрано в шприц,**

РАЗВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ № 56/101

**Цель: Развести антибиотики.**

**Показания: По назначению врача.**

**Противопоказания: Индивидуальная непереносимость.**

**Оснащение:**

1. Шприцы стерильные.
2. Иглы стерильные для в/м инъекций и для набора лекарственных веществ.
3. Раствор хлорида натрия 0,9%, стерильный.
4. Шарики стерильные.
5. Спирт 70%.
6. Флаконы с антибиотиками.
7. Лоток для сброса.
8. Пилочки.
9. Пинцет не стерильный (или ножницы).
10. Пинцет стерильный.
11. Полотенце.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Вымойте руки и обработайте шариком со спиртом.
2. Возьмите флакон с антибиотиком.
3. Прочтите надпись на флаконе (название, доза, срок годности).
4. Вскройте алюминиевую крышку в центре не стерильным пинцетом.
5. Обработайте шариком со спиртом резиновую пробку.
6. Возьмите ампулу с растворителем 0,9 % раствор хлорида натрия, прочтите еще раз название.
7. Обработайте ампулу шариком со спиртом.
8. Надпилите и вскройте ампулу с растворителем.
9. Наберите в шприц нужное количество растворителя из расчета 1 мл (0,5 мл) растворителя на каждые 100 000 ЕД. антибиотика.
10. Возьмите флакон и введите в него набранный растворитель.
11. Отсоедините шприц, иглу оставьте во флаконе.
12. Встряхните флакон с иглой до полного растворения антибиотика.
13. Наденьте иглу с флаконом на подыгольный конус шприца.
14. Поднимите флакон вверх дном и наберите содержимое флакона или его часть в шприц.
15. Снимите флакон вместе с иглой с подыгольного конуса шприца.
16. Наденьте и закрепите на подыгольном конусе шприца иглу для в/м инъекций.
17. Проверьте проходимость этой иглы, пропустив немного раствора через иглу.

**Оценка достигнутых результатов: Антибиотики разведены.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

ВЫПОЛНЕНИЕ ВНУТРИКОЖНЫХ ИНЪЕКЦИЙ № 57/102

**Цель: Ввести внутрикожно лекарственное вещество.**

**Показания: По назначению врача.**

**Противопоказания: Выявляются в процессе обследования.**

**Оснащение:**

1. Шприц стерильный 1 мл.
2. Иглы стерильные для в/к инъекции и для набора лекарственных веществ.
3. Лекарственные вещества для введения (сыворотки, аллергены, анатоксины, антибиотики и др.).
4. Спирт 70 %.
5. Шарики ватные стерильные.
6. Пинцет стерильный.
7. Пилочки.
8. Перчатки резиновые.
9. Лоток для сброса
10. Емкость с дез. растворами.
11. Полотенце.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Непереносимость лекарственного вещества.
2. Страх инъекции.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Информируйте пациента о вводимом лекарственном веществе.
3. Помогите пациенту занять нужное положение.
4. Вымойте руки.
5. Наденьте перчатки и обработайте их шариком со спиртом.
6. Соберите шприц и наберите в него нужное количество лекарственного вещества.
7. Обработайте место инъекции спиртом, делая мазки в одном направлении.
8. Обхватите левой рукой предплечье пациента снаружи и натяните кожу в месте инъекции.
9. Возьмите шприц с иглой в правую руку.
10. Введите в кожу конец иглы, держа ее срезом вверх почти параллельно коже.
11. Перенесите на поршень левую руку и введите назначенную дозу лекарственного вещества.
12. Извлеките быстрым движением иглу и приложите сухой стерильный шарик.
13. Обработайте шприц, иглы, использованные шарики в соответствии с требованиями санэпидрежима.
14. Объясните пациенту, что на место инъекции не должна попадать вода в течение определенного времени (если инъекция выполнялась с диагностической целью).

**Оценка достигнутых результатов: Лекарственное вещество введено внутрикожно.**

**Примечания. Внутрикожная инъекция делается в среднюю треть внутренней поверхности предплечья. Пробу читает врач или специально обученная медицинская сестра.**

ВЫПОЛНЕНИЕ ПОДКОЖНЫХ ИНЪЕКЦИЙ № 58/103

**Цель: Ввести лекарственное вещество подкожно.**

**Показание: По назначению врача.**

**Противопоказание: Индивидуальная непереносимость вводимого лекарственного вещества.**

**Оснащение:**

1. Шприц стерильный 1-2 мл.
2. Ампулы с лекарственным веществом.
3. Лоток стерильный.
4. Иглы стерильные для подкожного введения и набора лекарственного вещества.
5. Шарики ватные стерильные.
6. Спирт 70%.
7. Пилочки.
8. Перчатки резиновые.
9. Лоток для сброса.
10. Емкости с дез. растворами.
11. Полотенце.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Страх перед инъекцией.
2. Индивидуальная непереносимость вводимого лекарственного вещества.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Сообщите пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате.
3. Помогите пациенту занять нужное положение.
4. Обнажите у пациента место инъекции.
5. Вымойте руки, наденьте перчатки, обработайте их шариком со спиртом.
6. Наберите в шприц назначенное лекарственное вещество.
7. Определите место инъекции.
8. Обработайте место инъекции стерильным шариком, смоченным спиртом, площадью 10х10 см в одном направлении.
9. Обработайте место инъекции вторым стерильным шариком ее спиртом площадью 5х5 см в одном направлении.
10. Выпустите воздух из шприца.
11. Возьмите шприц в правую руку, вторым пальцем придерживайте муфту иглы, пятым пальцем поршень, а остальными цилиндр.
12. Возьмите кожу в месте инъекции в складку первым и вторым пальцами левой руки.
13. Введите иглу под кожу в основание кожной складки под углом 30-45 градусов к поверхности кожи срезом вверх на 2/3 длины иглы.
14. Перенесите левую руку на поршень.
15. Оттяните слегка поршень на себя, убедитесь, что игла не попала в сосуд (отсутствие крови в шприце).
16. Введите медленно лекарственное вещество.
17. Прижмите сухим стерильным шариком место инъекции и быстрым движением извлеките иглу.
18. Спросите пациента о самочувствии.
19. Снимите перчатки.
20. Обработайте шприц, иглу, шарики, перчатки в соответствии с требованиями санэпидрежима.
21. Вымойте руки.

**Оценка достигнутых результатов: Лекарственное вещество введено подкожно.**

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечания. Места для подкожных инъекций:**

1. Верхняя наружная поверхность плеча.
2. Верхняя наружная поверхность бедра.
3. Подлопаточная область.
4. Передняя брюшная стенка.

ВЫПОЛНЕНИЕ ВНУТРИМЫШЕЧНЫХ ИНЪЕКЦИЙ № 59/104

**Цель: Ввести лекарственный препарат внутримышечно.**

**Показания: По назначению врача, в соответствии с листом назначений.**

**Противопоказания. Выявляются в процессе обследования: инфаркт, абсцесс, непереносимость лекарственных веществ.**

**Оснащение:**

1. Стерильный лоток.
2. Лоток для использованных шприцов.
3. Стерильный шприц со стерильными иглами.
4. Лекарственное вещество.
5. Бикс со стерильными ватными шариками в упаковке.
6. Спирт 70% или другими дезинфицирующими среде вами.
7. Емкость с дезинфицирующими средствами.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Пациент негативно настроен к вмешательству.
2. Инфильтрат или другое поражение кожи на месте предстоящей инъекции.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируете пациента о вводимом лекарственном препарате;
2. Спросите пациента, не нужно ли его отгородить ширмой (если он в палате не один).
3. Помогите пациенту принять нужное положение.
4. Помогите пациенту освободить от одежды нижний участок тела.
5. Вымойте руки.
6. Наденьте перчатки и обработайте их шариком со спиртом.
7. Определите место инъекции.
8. Обработайте место инъекции площадью 10х10 см шариком со спиртом в одном направлении.
9. Обработайте место инъекции 5х5 см другим шариком ее спиртом в одном направлении.
10. Выпустите воздух из шприца.
11. Возьмите шприц в правую руку, расположите его перпендикулярно к поверхности тела пациента, 2-м пальцем придержите поршень, 5-й расположите на канюле иглы, остальные пальцы на цилиндре.
12. Фиксируйте кожу на месте прокола.
13. Введите иглу в мышцу под углом 90 градусов на 2/3 длины иглы.
14. Оттяните левой рукой поршень на себя, убедитесь в отсутствии крови в шприце (обязательно при введении масляных растворов).
15. Введите лекарственное вещество.
16. Прижмите сухим стерильным шариком место инъекции.
17. Извлеките быстрым движением шприц с иглой.
18. Положите шприц в лоток для использованных инструментов.
19. Помогите пациенту занять удобное для него положение.
20. Обработайте шприц, иглы, шарики, перчатки в соответствии с требованиями санэпидрежима.
21. Вымойте руки.

**Оценка результатов: Назначенный лекарственный препарат введен в/м.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечания:**

1. Внутримышечную инъекцию производят в верхний наружный квадрант ягодицы и среднюю треть наружной поверхности бедра (латеральная широкая мышца бедра).
2. Зону, пригодную для инъекции, можно установить по костным ориентирам. Для этого мысленно проведите линию от остистого отростка пятого поясничного позвонка к большому вертелу бедренной кости. Седалищный нерв расположен ниже этой линии, и инъекцию можно делать выше нее.
3. При выполнении инъекции у маленьких детей и истощенных взрослых следует взять кожу и мышцу в складку, чтобы быть уверенным, что лекарственный препарат попал именно в мышцу.
4. Масляные растворы перед введением необходимо подогреть на водяной бане до температуры 38° С.
5. Бициллин (антибиотик пролонгированного действия) разводить физиологическим раствором (меньше пенится), вводить сразу же, так как суспензия быстро кристаллизируется.
6. После введения масляных растворов и бициллина к месту инъекции приложить грелку.

ВЫПОЛНЕНИЕ ВНУТРИВЕННЫХ ИНЪЕКЦИЙ № 60/105

**Цель: Ввести лекарственное вещество в вену с помощью шприца.**

**Показания: Необходимость быстрого действия лекарственного вещества, невозможность использовать другой путь введения для данного вещества и др.**

**Противопоказания:**

1. Плохое состояние вен.
2. Психическое возбуждение пациента.

**Оснащение:**

1. Стерильный лоток.
2. Ватные шарики 4-5 штук.
3. Полотенце.
4. Этиловый спирт 70°.
5. Стерильные салфетки.
6. Жгут.
7. Валик.
8. Шприц 10-20 мл.
9. Игла для в/в.
10. Емкости для дезинфекции.
11. Дезинфицирующие средства.
12. Набор "Анти-СПИД".
13. Перчатки.
14. Маска.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Отказ пациента от инъекции.
2. Страх перед инъекцией.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки.
3. Усадите или уложите пациента так, чтобы рабочая рука была в разогнутом состоянии ладонью вверх.
4. Положите под локоть валик.
5. Наденьте стерильные перчатки.
6. Наложите жгут на 5 см выше локтевого сгиба через полотенце или одежду пациента.
7. Попросите пациента поработать кулаком, сделайте массирующие движения от ладони к локтевому сгибу, нагнетая кровь.
8. Обследуйте локтевой сгиб, найдите подходящую для пункции вену.
9. Обработайте локтевой сгиб широко 10х10 спиртовым шариком - сверху вниз от центра периферии.
10. Обработайте 2-м спиртовым шариком в той же последовательности.
11. Высушите место обработки сухим стерильным шариком.
12. Обработайте перчатки шариком со спиртом.
13. Убедитесь в том, что в шприце нет воздуха, а игла хорошо держится на подыгольном конусе.
14. Фиксируйте вену локтевого сгиба натяжением кожи, с помощью большого пальца левой руки.
15. Фиксируйте шприц и иглу правой рукой, как для подкожной инъекции. Игла срезом вверх.
16. Введите иглу, осторожно, параллельно вене на 1/3 длины.
17. Пунктируйте вену осторожно.
18. Оттяните поршень на себя левой рукой по поступлению крови в шприц. Убедитесь, что вы находитесь в вене.
19. Снимите левой рукой жгут, попросите пациента разжать кулак.
20. Введите лекарственное вещество, соблюдая необходимую скорость в кровяное русло, надавливая на поршень левой рукой, оставив в шприце один 0,1- 0,2 мл лекарственного вещества.
21. Закончив введение, приложите к месту введения шарик со спиртом и обратным быстрым, но аккуратным движением удалите иглу из вены.
22. Согните руку пациента в локтевом сгибе. Шарик со спиртом оставьте на месте. Попросите пациента фиксировать руку в таком положении еще 5 мин.
23. Убедитесь в прекращении кровотечения.
24. Наложить давящую асептическую повязку на место инъекции, если пациент слаб или без сознания.
25. Снимите перчатки.
26. Обработайте шприц, иглы, перчатки, использованный перевязочный материал в соответствии с требованиями санэпидрежима.

**Оценка достигнутых результатов: Назначенное лекарственное веществе введено в вену с помощью шприца.**

ПОСТАНОВКА ГАЗООТВОДНОЙ ТРУБКИ № 61/107

**Цель: Вывести газы из кишечника.**

**Показания:**

1. Метеоризм.
2. Атония кишечника после операции на ЖКТ.

**Противопоказания. Кровотечение.**

**Оснащение:**

1. Газоотводная трубка.
2. Перчатки.
3. Судно.
4. Клеенка.
5. Вазелин.
6. Шпатель
7. Салфетка.
8. Полотенце, мыло.
9. Дезинфицирующие растворы.
10. Емкости для дезинфекции.
11. Ширма.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Негативное отношение пациента.
2. Психологический дискомфорт при проведении процедуры и др.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Отгородите пациента ширмой.
3. Вымойте руки.
4. Наденьте перчатки.
5. Смажьте узкий конец трубки вазелином.
6. Подстелите клеенку.
7. Уложите пациента на левый бок с приведенными к животу ногами.
8. Разведите левой рукой ягодицы пациента и осторожно вращательными движениями введите газоотводную трубку на глубину 20 - 30 см. Первые 3 - 4 см перпендикулярно пупку, а остальные параллельно позвоночнику.
9. Опустите наружный конец газоотводной трубки в подкладное судно или мочеприемник, заполненные на 1\3 водой, что обеспечит наблюдение за выделениями из кишечника.
10. Накройте пациента простыней или одеялом.
11. Извлеките газоотводную трубку по достижении эффекта.
12. Оботрите заднепроходное отверстие салфеткой.
13. Обработайте газоотводную трубку, перчатки, лоток, судно, клеенку в соответствии с требованиями санэпидрежима
14. Вымойте руки.

**Оценка достигнутых результатов. Из кишечника отошли газы, улучшилось самочувствие пациента.**

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечания.**

1. Положение пациента должно быть индивидуальным, удобным.
2. При длительном применении газоотводной трубки делается перерыв на 20-30 минут и вводится чистая газоотводная трубка.

ПОСТАНОВКА ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ № 62/108

**Цель: Очистить нижний отдел толстого кишечника от каловых масс и газов.**

**Показания:**

1. Задержка стула.
2. Отравления.
3. Подготовка к рентгенологическому и эндоскопическому исследованиям желудка, кишечника, почек.
4. Перед операциями, родами, абортами.
5. Перед введением лекарственной клизмы.

**Противопоказания:**

1. Воспалительные заболевания в области заднего прохода.
2. Кровоточащий геморрой.
3. Выпадение прямой кишки.
4. Опухоли прямой кишки.
5. Желудочное и кишечное кровотечение.
6. Острый аппендицит, перитонит.

**Оснащение:**

1. Система, состоящая из: кружки Эсмарха, соединительной трубки длиной 1,5 м с вентилем или зажимом, стерильного ректального наконечника.
2. Вода комнатной температуры 1-1,5 л.
3. Клеенка.
4. Перчатки.
5. Халат.
6. Фартук.
7. Полотенце.
8. Штатив.
9. Таз.
10. Вазелин, шпатель.
11. Дезинфицирующие растворы.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Психологический дискомфорт при проведении процедуры.
2. Негативное отношение к данному вмешательству.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Наденьте перчатки, халат, фартук.
3. Налейте в кружку Эсмарха 1-1,5 литра воды комнатной температуры.
4. Заполните систему водой.
5. Подвесьте кружку Эсмарха на штатив на высоту 75-100 см.
6. Уложите пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз.
7. Попросите пациента согнуть ноги в коленях и подтянуть к животу.
8. Выпустите воздух из системы.
9. Смажьте наконечник вазелином.
10. Встаньте слева от пациента.
11. Разведите левой рукой ягодицы пациента.
12. Введите правой рукой легкими вращательными движениями наконечник в прямую кишку, первые 3-4 см наконечника по направлению к пупку, а затем на 5-8 см параллельно позвоночнику.
13. Откройте вентиль (или зажим) и отрегулируйте поступление жидкости в кишечник.
14. Попросите пациента в этот момент расслабиться и медленно подышать животом.
15. Закройте вентиль или наложите зажим на резиновую трубку, оставив на дне кружки Эсмарха небольшое количество воды.
16. Извлеките наконечник.
17. Попросите пациента удерживать воду в кишечнике в течение 5-10 минут.
18. Сопроводите пациента в туалетную комнату.
19. Разберите систему и погрузите ее в дезинфицирующий раствор.
20. Снимите перчатки, фартук и халат.
21. Обработайте разобранную систему, перчатки, фартук и наконечник в соответствии с требованиями санэпидрежима.
22. Вымойте руки.

**Примечание. При необходимости подмойте пациента.**

**Оценка достигнутых результатов: Получены каловые массы.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

ПОСТАНОВКА СИФОННОЙ КЛИЗМЫ № 63/109

**Цель. Промыть кишечник.**

**Показания. Необходимость промывания кишечника:**

1. При отравлениях;
2. По назначению врача;
3. Подготовка к операции на кишечнике.

**Противопоказания:**

1. Кишечное кровотечение.
2. Другие выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой.

**Оснащение. Система, состоящая из:**

1. Резиновые кишечные трубки - 2, соединенные смотровым стеклом.
2. Воронка, вместительностью 1 л.
3. Вода 37 градусов Цельсия - 10 л (другие растворы по назначению врача).
4. Ведро или таз для сбора промывных вод.
5. Клеенка, фартук.
6. Перчатки.
7. Вазелин, шпатель.
8. Дезинфицирующие растворы.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Психологический дискомфорт перед и при проведении процедуры (страх, стыдливость и т.д.), агрессивное состояние, эпилептический статус.
2. Негативное отношение к данному вмешательству.
3. Боли внизу живота.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Наденьте перчатки, халат, фартук.
3. Соберите систему.
4. Смажьте вазелином слепой конец трубки.
5. Уложите пациента на левый бок с согнутыми в коленях ногами, приведенными к животу.
6. Разведите ягодицы пациента и вращательными движениями введите слепой конец трубки в кишечник в начале по направлению к пупку на глубину 4 см, а затем на глубину 20 - 40 см.
7. Опустите воронку ниже уровня тела пациента.
8. Наклоните ее и медленно наполните водой.
9. Поднимите медленно воронку вверх на I м выше тела пациента.
10. Опустите воронку ниже тела пациента, как только уровень убывающей воды достигнет сужения воронки.
11. Слейте содержимое воронки в таз.
12. Наполните вновь воронку водой.
13. Повторите процедуру несколько раз до появления чистых промывных вод.
14. Отсоедините воронку, и конец трубки опустите на 20 минут в таз для дальнейшего отхождения газов и воды.
15. Обработайте систему в разобранном виде, перчатки, фартук в соответствии с требованиями санэпидрежима.

**Оценка достигнутых результатов. Кишечник промыт, получены "чистые" воды.**

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

ПОСТАНОВКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ КЛИЗМЫ № 64/110

**Цель: Поставить гипертоническую клизму и очистить кишечник от каловых масс.**

**Показания:**

1. Запоры, связанные с атонией кишечника.
2. Запоры при общих отеках.
3. Неэффективность очистительной клизмы.

**Противопоказания:**

1. Воспаление в прямой кишке.
2. Трещины заднего прохода.

**Оснащение:**

1. Грушевидный баллон.
2. Вазелин.
3. Шпатель.
4. Раствор магния сульфата 25% 100-200 мл, температура 37 градусов.
5. Газоотводная трубка.
6. Перчатки.
7. Фартук,
8. Халат.
9. Клеенка.
10. Водяной термометр.
11. Дезинфицирующие растворы.
12. Емкости для дезинфекции.
13. Полотенце.

**Возможные проблемы пациента.**

1. Психологический дискомфорт при проведении процедуры.
2. Возможны боли при введении солевого раствора внизу живота.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки.
3. Наденьте халат, фартук, перчатки.
4. Постелите на кушетку клеенку.
5. Уложите пациента на левый бок с согнутыми в коленях ногами и слегка приведенными к животу.
6. Наберите в баллончик раствор магния сульфата 25% 100-200 мл, предварительно подогретый до 37 градусов Цельсия.
7. Введите в прямую кишку газоотводную трубку, смазанную вазелином на глубину 3-4 см по направлению к пупку, а затем на 10 - 15 см параллельно позвоночнику.
8. Выпустите воздух из резинового баллончика и присоедините его к газоотводной трубке.
9. Введите медленно солевой раствор.
10. Извлеките одномоментно, не разжимая резинового баллончика, газоотводную трубку с баллончиком.
11. Попросите пациента полежать 10-30 минут.
12. Сопроводите пациента в туалетную комнату или подайте судно.
13. Обработайте газоотводную трубку, баллончик, перчатки, клеенку, фартук в соответствии с требованиями санэпидрежима.
14. Вымойте руки.

**Оценка достигнутых результатов. Поставлена гипертоническая клизма и получены жидкие каловые массы.**

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

ПОСТАНОВКА МАСЛЯНОЙ КЛИЗМЫ № 65/111

**Цель: Ввести 100-200 мл растительного масла 37-38 градусов Цельсия, через 8-12 часов - наличие стула.**

**Показания: Запор.**

**Противопоказания: Выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой.**

**Оснащение:**

1. Грушевидный баллон.
2. Вазелин, шпатель.
3. Растительное масло Т=37-38 градусов Цельсия, 100-200 мл.
4. Газоотводная трубка.
5. Водяной термометр.
6. Перчатки.
7. Фартук.
8. Халат.
9. Клеенка.
10. Марлевые салфетки.
11. Дезинфицирующий раствор.
12. Ширма.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Психологический дискомфорт при проведении процедуры;
2. Метеоризм.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Отгородите пациента ширмой.
3. Наденьте халат, фартук, перчатки.
4. Постелите на кушетку клеенку.
5. Уложите пациента на левый бок с согнутыми в коленях ногами и слегка приведенными к животу.
6. Введите в прямую кишку газоотводную трубку, смазанную вазелином на глубину 3-4 см по направлению к пупку и на 10-15 см параллельно позвоночнику.
7. Наберите масло в баллончик.
8. Выпустите воздух из резинового баллончика.
9. Присоедините его к газоотводной трубке.
10. Введите медленно подогретое растительное масло 100-200 мл.
11. Извлеките одномоментно, не разжимая резинового баллончика, газоотводную трубку с баллончиком.
12. Положите марлевую салфетку между ягодицами пациента.
13. Обработайте газоотводную трубку, резиновый баллончик, перчатки, фартук в соответствии с требованиями санэпидрежима.

**Оценка достигнутых результатов:**

1. Масло введено.
2. Наличие стула у пациента через 8-12 часов.

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечание: Строго контролируйте температуру масла.**

ПОСТАНОВКА МИКРОКЛИЗМЫ № 66/112а

**Цель: Ввести лекарственное вещество 50-100 мл местного действия.**

**Показания: Заболевания нижнего отдела толстой кишки.**

**Противопоказания: Выявляются в процессе обследования пациента врачом и медицинской сестрой.**

**Оснащение:**

1. Система для очистительной клизмы.
2. Резиновый грушевидный баллон.
3. Газоотводная трубка.
4. Вазелин.
5. Лекарственное вещество Т=37-38 градусов Цельсия, 50-100 мл.
6. Перчатки, халат, фартук.
7. Клеенка.
8. Водяной термометр.
9. Дезинфицирующие растворы.
10. Ширма.

**Возможные проблемы пациента: Психологический дискомфорт при проведении манипуляции.**

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Наденьте халат, фартук, перчатки.
3. Постелите клеенку на кушетку.
4. Поставьте очистительную клизму за 20-30 минут до лекарственной.
5. Подогрейте лекарственное вещество и наберите его в резиновый баллончик.
6. Уложите пациента на левый бок с согнутыми в коленях ногами, слегка приведенный к животу.
7. Разведите ягодицы пациента и введите в прямую кишку газоотводную трубку на 3-4 см по направлению к пупку, а затем параллельно позвоночнику на глубину 15-20 см.
8. Выпустите воздух из резинового баллона и присоедините его к газоотводной трубке.
9. Введите медленно лекарственное вещество.
10. Извлеките газоотводную трубку после введения лекарства, не разжимая пальцев, одновременно с резиновым баллончиком из прямой кишки.
11. Снимите перчатки.
12. Обработайте перчатки, грушевидный баллон, газоотводную трубку в соответствии с требованиями санэпидрежима.

**Оценка достигнутых результатов: Лекарственное вещество введено per rectum.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

ПРОВЕДЕНИЕ КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МЯГКИМ КАТЕТЕРОМ У ЖЕНЩИН № 68/115

**Цель: Вывести мочу из мочевого пузыря пациентки с помощью мягкого резинового катетера.**

**Показания:**

1. Острая задержка мочи.
2. По назначению врача.

**Противопоказания: Повреждение уретры или др., которые устанавливаются в процессе обследования пациента врачом и медицинской сестрой.**

**Оснащение:**

1. Стерильный катетер в стерильном лотке.
2. Стерильные салфетки и ватные тампоны.
3. Емкость для отработанного материала.
4. Стерильные перчатки (2 пары).
5. Стерильный глицерин или вода.
6. Стерильный фурациллин.
7. Емкости с дезинфицирующим раствором.

**Возможные проблемы пациента: Необоснованный отказ.**

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациентку о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Попросите пациентку тщательно подмыться до процедуры с использованием мыла.
3. Придайте пациентке удобное положение "полусидя" с разведенными бедрами.
4. Подстелите под таз пациентки клеенку, поверх которой положите пеленку.
5. Вымойте руки, наденьте перчатки.
6. Поставьте между бедрами пациентки лоток со стерильным материалом: салфетками, ватными тампонами, а также лоток для сбора отработанного материала, и судно (мочеприемник) в непосредственной близости.
7. Разведите большие и малые половые губы первым и вторым пальцами правой руки.
8. Обработайте салфетками, смоченными в антисептическом растворе большие, затем малые половые губы, затем отверстие мочеиспускательного канала. Движения сверху вниз. Каждый раз используйте новую салфетку. Сбрасывайте салфетки в емкость для сбора мусора.
9. Закрывайте влагалище и анальное отверстие ватным тампоном (при необходимости).
10. Смените перчатки.
11. Вскройте упаковку с катетером.
12. Возьмите катетер первым и вторым пальцами правой руки, отступив от кончика на 3-4 см., свободный конец зажмите 4-5 пальцами этой же руки.
13. Смажьте конец катетера стерильным глицерином.
14. Разведите малые и большие половые губы пальцами левой руки, обнажите отверстие мочеиспускательного канала.
15. Введите катетер в отверстие на глубину 3-4 см.
16. Опустите свободный конец катетера в емкость для сбора мочи.
17. Извлеките катетер, после выведения мочи, и погрузите его в дезинфицирующий раствор.
18. Уберите емкость с мочой, и остальные предметы.
19. Снимите перчатки, вымойте руки.
20. Уложите пациентку удобно.

**Оценка достигнутых результатов:**

1. Моча выпущена.
2. Пациентка не отмечала неблагоприятных физических ощущений. Эмоции адекватные.

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

УХОД ЗА КОЛОСТОМОЙ № 69/116

**Цель: Осуществить уход за колостомой.**

**Показания: Наличие колостомы.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Перевязочный материал (салфетки, марля, вата).
2. Бинты.
3. Вазелин.
4. Шпатель деревянный.
5. Индифферентная мазь (цинковая, паста Лассара).
6. Танин 10%.
7. Раствор фурациллина.
8. Калоприемник.
9. Запас постельного белья.
10. Перчатки.
11. Маска.
12. Фартук.
13. Емкость для сбора использованного материала.
14. Дезинфицирующие средства.
15. Емкость с водой.
16. Полотенце.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Психологические.
2. Невозможность самоухода.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Наденьте фартук, перчатки и маску.
3. Удалите перевязочный материал с передней брюшной стенки пациента.
4. Очистите ватными или марлевыми тампонами, смоченными водой, кожу вокруг свища, меняя их по мере загрязнения.
5. Обработайте кожу вокруг свища раствором фурациллина.
6. Высушите аккуратными промокательными движениями кожу вокруг свища марлевыми шариками.
7. Нанесите шпателем защитную пасту Лассара (или цинковую мазь) вокруг свища в непосредственной близости от кишки.
8. Обработайте кожу в отдалении от кишки 10% раствором танина.
9. Накройте всю область со свищем пропитанной вазелином ватно-марлевой салфеткой.
10. Положите сверху пеленку или оберните простыней, сложенной в 3-4 слоя или наденьте бандаж.
11. Замените при необходимости простынь, на которой лежит пациент.
12. Обработайте перчатки, фартук, использованный перевязочный материал в соответствии с требованиями санэпидрежима.
13. Вымойте руки.

**Оценка достигнутых результатов: Окружающая свищ кожа не раздражена, повязка чистая и сухая, неприятного запаха нет, повязка хорошо зафиксирована.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ТРАХЕОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКОЙ № 71/118

**Цель: Осуществить уход за трахеостомической трубкой и кожей вокруг стомы.**

**Показания: Наличие трахеостомической трубки.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Перчатки.
2. Раствор гидрокарбоната натрия (3-5 мл, 37°С).
3. Стерильный перевязочный материал.
4. Паста Лассара.
5. Влажная марлевая "занавеска".
6. Шпатель.
7. Ерш.
8. Кипяченая вода.
9. Полотенце.
10. Емкость с дезинфицирующими растворами.
11. Емкость для сброса использованного материала.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Психологические.
2. Невозможность самоухода.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки.
3. Придайте пациенту удобное положение.
4. Наденьте резиновые перчатки.
5. Извлеките внутреннюю трубку.
6. Очистите внутреннюю трубку от слизи и промойте кипяченой водой.
7. Вставьте внутреннюю трубку на место и закрепите.
8. Положите под трубку марлевую прокладку.
9. Обработайте тщательно кожу вокруг свища (если есть раздражение, нанесите на кожу шпателем пасту Лассара).
10. Снимите перчатки.
11. Вымойте руки.

**Оценка достигнутых результатов: Трубка очищена от слизи, кожа вокруг трубки обработана.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечания: Внутреннюю трубку необходимо извлекать и обрабатывать дважды в сутки.**

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ № 73/123

**Цель: Подготовить пациента к осмотру слизистой оболочки пищевода, желудка, 12-перстной кишки.**

**Показания: По назначению врача.**

**Противопоказания:**

1. Желудочное кровотечение.
2. Непроходимость пищевода.

**Оснащение: Полотенце.**

**Возможные проблемы пациента:**

1. Негативное отношение пациента к предстоящей манипуляции.
2. Страх перед вмешательством.
3. Повышенный рвотный рефлекс.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Дайте пациенту накануне исследования в 18 часов легкий ужин.
3. Предупредите, чтобы утром пациент не пил, не ел, не курил, не принимал лекарств.
4. Сопроводите пациента в эндоскопический кабинет с историей болезни и полотенцем.
5. Попросите пациента после процедуры не есть 1-2 часа.

**Оценка достигнутых результатов: Слизистая оболочка пищевода, желудка и 12-перстной кишки осмотрены, получено заключение врача.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

Подготовка пациента к ректороманоскопии.

**Цель: Подготовить пациента к осмотру слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки.**

**Показания: По назначению врача.**

**Противопоказания:**

1. Кишечное кровотечение.
2. Трещины заднего прохода.

**Оснащение:**

1. Все необходимое для очистительной клизмы.
2. Полотенце.
3. Специальные трусы.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Негативное отношение к предстоящей манипуляции.
2. Страх и эмоциональный дискомфорт.
3. Стеснительность.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Дайте пациенту накануне исследования в 18 часов легкий ужин.
3. Поставьте пациенту накануне вечером в 20 и 21 час очистительные клизмы.
4. Поставьте пациенту утром за 2 часа до исследования очистительные клизмы.
5. Сопроводите пациента в эндоскопический кабинет с историей болезни и полотенцем.
6. Наденьте пациенту специальные трусы.
7. Придайте пациенту коленно-локтевое положение во время исследования.

**Оценка достигнутых результатов: Слизистая оболочка толстой и сигмовидной кишки осмотрена, получено заключение врача.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

Подготовка пациента к колоноскопии.

**Цель: Подготовить пациента к осмотру слизистой оболочки толстого кишечника.**

**Показания: По назначению врача.**

**Противопоказания:**

1. Кишечное кровотечение.
2. Трещины заднего прохода.

**Оснащение:**

1. Все необходимое для очистительной клизмы.
2. Газоотводная трубка.
3. Настой ромашки.
4. Активированный уголь.
5. Касторовое масло - 50 мл.
6. Полотенце.
7. Специальные трусы.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Негативное отношение пациента к предстоящей манипуляции,
2. Страх и эмоциональный дискомфорт.
3. Стеснительность.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Назначьте за 3 дня до исследования диету с исключением бобовых, черного хлебы, капусты, молока,
3. Дайте пациенту выпить настой ромашки или активированный уголь 2 раза в день и после ужина поставьте газоотводную трубку на 1 час накануне исследования, если у пациента метеоризм.
4. Предложите пациенту накануне исследования в 18 часов легкий ужин.
5. Поставьте пациенту в 20 и 21 час очистительные клизмы.
6. Поставьте пациенту утром за 1-2 часа до исследования очистительную клизму.
7. Сопроводите пациента в эндоскопический кабинет с историей болезни и полотенцем.
8. Наденьте пациенту специальные трусы.
9. Придайте пациенту коленно-локтевое положение во время исследования.

**Оценка достигнутых результатов: Слизистая оболочка толстого кишечника осмотрена, получено заключение врача.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ № 74/124

Подготовка к внутривенной урографии.

**Цель: Подготовить пациента к исследованию.**

**Показания: Назначение врача.**

**Противопоказания:**

1. Непереносимость йодистых препаратов.
2. Тяжелая хроническая почечная недостаточность.
3. Тиреотоксикоз.

**Оснащение:**

1. Предметы ухода для постановки очистительной клизмы.
2. Все необходимое для внутривенной инъекции.
3. Верографин 1 мл или другое рентгеноконтрастное вещество.
4. Раствор хлорида натрия 0,9% - 10 мл.

**Возможные проблемы пациента: Негативное отношение к исследованию.**

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящем исследовании и ходе его выполнения.
2. Исключите за 2-3 дня до исследования из пищи пациента газообразующие продукты (свежие овощи, фрукты, черный хлеб, молоко, бобовые, богатую углеводами пищу).
3. Определите чувствительность пациента к рентгеноконтрастному веществу: введите внутривенно 1 мл вещества за 1-2 дня до исследования.
4. Сделайте пациенту накануне вечером и утром за 2-3 часа до исследования очистительные клизмы.
5. Предупредите пациента, что исследование проводится натощак.
6. Предупредите пациента, чтобы он помочился перед исследованием.
7. Проводите пациента в рентгенологический кабинет с историей болезни.

**Оценка достигнутых результатов: Пациент подготовлен к внутривенной урографии.**

**Обучение пациента или его родственников: Частично-консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры. Пробу на чувствительность к рентгеноконтрастному веществу определяет медицинская сестра.**

**Примечание.**

1. При метеоризме назначают карболен по 1 таблетке 4 раза вдень.
2. Подготовка пациента к обзорной рентгенографии мочевыделительной системы проводится без введения рентгеноконтрастного вещества.

Подготовка пациента к цистоскопии.

**Цель: Подготовить пациента к исследованию.**

**Показания: Назначение врача.**

**Противопоказания: Выявляются в процессе обследования.**

**Оснащение:**

1. Вода теплая, кипяченая.
2. Мыло.
3. Салфетка для подмывания пациента.
4. Полотенце.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Негативное отношение к исследованию.
2. Недостаточность самоухода.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящем исследовании и ходе его выполнения.
2. Получите согласие пациента.
3. Предложите пациенту тщательно подмыться перед исследованием.
4. Проводите пациента в цистоскопический кабинет с историей болезни.

**Оценка достигнутых результатов: Пациент к цистоскопии подготовлен.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ВЕНЫ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ № 75/125

**Цель: Пропунктировать вену и взять кровь для исследования.**

**Показания: По назначению врача.**

**Противопоказания:**

1. Возбуждение пациента.
2. Судороги.

**Оснащение:**

1. Стерильный лоток.
2. Шарики ватные стерильные 4-5 штук.
3. Салфетка, полотенце.
4. Жгут.
5. Этиловый спирт 700.
6. Подушечка клеенчатая.
7. Шприц стерильный емкостью 10-20 мл.
8. Игла для в/в.
9. Перчатки резиновые стерильные.
10. Пробирка с пробкой.
11. Штатив для пробирки.
12. Маска.
13. Направление.
14. Растворы дезинфицирующие.
15. Емкости для дезинфекции.
16. Набор "Анти-СПИД".

**Возможные проблемы пациента:**

1. Беспокойство и страх пациента.
2. Негативный настрой к вмешательству.

**Последовательность действий мс с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки.
3. Усадите или уложите пациента удобно. Рука в разогнутом виде находится ладонью вверх.
4. Подложите под локоть клеенчатую подушечку.
5. Наложите жгут на 5 см выше локтевого сгиба через салфетку или полотенце, пульс на лучевой артерии должен сохраниться.
6. Наденьте стерильные перчатки, маску.
7. Попросите пациента поработать кулаком, а сами массирующими движения от ладони к локтевому сгибу нагнетайте кровь.
8. Обследуйте локтевой сгиб, найдите подходящую для пункции вену.
9. Обработайте дважды область локтевого сгиба ватными шариками, смоченными спиртом, в направлении сверху вниз.
10. Высушите 3-м стерильным шариком локтевой сгиб.
11. Фиксируйте вену локтевого сгиба натяжением кожи, с помощью большого пальца левой руки.
12. Пропунктируйте вену, введя иглу параллельно вене на одну треть длины, срезом вверх (пунктируйте вену при сжатом кулаке пациента).
13. Оттяните поршень шприца на себя и убедитесь, что игла попала в вену.
14. Попросите пациента не разжимать кулак
15. Наберите в шприц необходимое количество крови.
16. Попросите пациента разжать кулак и снимите жгут.
17. Приложите к месту пунктирования вены сухой стерильный ватный шарик и извлеките иглу из вены, не снимая ее со шприца.
18. Попросите пациента согнуть руку в локтевом суставе и так фиксируйте еще 5 мин.
19. Перенесите кровь из шприца в стерильную пробирку, не касаясь ее краев.
20. Выпишите направление.
21. Отправьте кровь в лабораторию.
22. Снимите перчатки.
23. Обработайте шприц, иглу, перчатки стол, жгут, клеенчатую подушечку в соответствии с требованиями санэпидрежима.

**Оценка достигнутых результатов: Вена пропунктирована. Кровь для исследования взята.**

**Примечания.**

1. Для биохимического исследования кровь берется в сухую, чистую центрифужную пробирку в количестве 3-5 мл.
2. Для серологического исследования забор крови делается в сухую стерильную пробирку в количестве 1-2 мл.
3. Для бактериологического исследования забот крови проводится в стерильный флакон со специальной средой.
4. При разбрызгивании крови пользуйтесь набором "Анти-Спид".

ВЗЯТИЕ МАЗКА ИЗ ЗЕВА И НОСА ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ № 76/126

**Цель: Взять содержимое носа и зева для бактериологического исследования.**

**Показания: Назначение врача.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Стерильная пробирка с сухим ватным тампоном.
2. Стерильная пробирка с влажным тампоном.
3. Стерильный шпатель.
4. Перчатки резиновые.
5. Маска.
6. Направление в бактериологическую лабораторию.
7. Штатив для пробирок.
8. Дезинфицирующие растворы.
9. Емкости для дезинфекции.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Неприязнь и страх.
2. Не может открыть рот, ожог кожи и др.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

При взятии содержимого носа:

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки.
3. Наденьте маску и перчатки.
4. Усадите пациента.
5. Попросите пациента слегка запрокинуть голову.
6. Возьмите пробирку с сухим ватным тампоном в левую руку, а правой рукой извлеките тампон из пробирки (ваши пальцы должны касаться только пробирки, в которую вмонтирован тампон).
7. Введите тампон вглубь левой, затем правой полости носа.
8. Извлеките и введите тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности.
9. Снимите перчатки и маску.
10. Обработайте перчатки и маску в соответствии с требованиями санэпидрежима.
11. Вымойте руки.
12. Заполните направление.
13. Доставьте пробирку в лабораторию или поставьте в холодильник (пробирку можно хранить в холодильнике не более 2-3 часов).

При взятии содержимого зева:

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки.
3. Наденьте маску и перчатки.
4. Усадите пациента.
5. Попросите пациента слегка запрокинуть голову.
6. Возьмите в левую руку пробирку с влажным тампоном и шпатель.
7. Попросите пациента открыть рот.
8. Надавите левой рукой со шпателем на язык, а правой рукой извлеките из пробирки стерильный тампон.
9. Проведите этим тампоном по дужкам и небным миндалинам, не касаясь слизистой языка и полости рта.
10. Извлеките тампон из полости рта и введите его в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности.
11. Снимите маску и перчатки.
12. Обработайте маску, перчатки и шпатель в соответствии с требованиями санэпидрежима.
13. Вымойте руки.
14. Заполните направление, отправьте пробирку в лабораторию.

**Оценка достигнутых результатов: Материал на бактериологическое исследование взят и отправлен в лабораторию.**

**Примечание.**

1. Рекомендуется сначала обтереть правую миндалину, затем перейти к небной дужке, левой миндалине и в конце - к задней стенке глотки, используя один тампон.
2. При ясно локализованных изменениях материал берется двумя тампонами: из очага и из всех других секторов.

ВЗЯТИЕ МОЧИ НА ОБЩИЙ АНАЛИЗ № 78/128

**Цель: Собрать утреннюю порцию мочи в чистую и сухую банку в количестве 150-200 мл.**

**Показания: По назначению врача.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Банка чистая и сухая, емкостью 200-300 мл.
2. Этикетка-направление.
3. Кувшин с водой.
4. Мыло.
5. Салфетка или полотенце.

Если манипуляцию выполняет медицинская сестра:

1. Перчатки.
2. Тампоны ватные.
3. Корнцанг или пинцет.
4. Клеенка.
5. Судно, мочеприемник.
6. Дезинфицирующие растворы.
7. Емкость для дезинфекции.

**Выявление возможных проблем. связанных с данным вмешательством:**

1. Общая слабость
2. Сниженная интеллектуальная способность.
3. Необоснованный отказ от вмешательства и др.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки.
3. Наденьте перчатки.
4. Подложите клеенку под таз пациента.
5. Подставьте судно под таз пациента.
6. Проведите тщательный гигиенический туалет наружных половых органов.
7. Придайте пациенту полусидячее положение.
8. Предложите пациенту начать мочиться в судно.
9. Подставьте баночку под струю мочи.
10. Отставьте банку с собранной мочой 150-200 мл в сторону.
11. Уберите судно и клеенку из под пациента, укройте его.
12. Прикрепите этикетку к банке с мочой.
13. Поставьте банку в специальный ящик в санитарной комнате.
14. Снимите перчатки и обработайте их согласно действующими нормативными документами по СЭР, вымойте руки.
15. Проследите за доставкой мочи в лабораторию (не позднее 1 часа после сбора мочи).

2-й вариант

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Попросите пациента утром провести гигиенический туалет наружных половых органов.
3. Дайте пациенту чистую, сухую банку.
4. Предложите собрать в банку среднюю порцию 150-200 мл утренней свежевыпущенной мочи.
5. Прикрепите заполненную этикетку к банке с мочой.
6. Поставьте банку в специальный ящик в санитарной комнате.
7. Проследите за доставкой мочи в лабораторию (не позднее 1 часа после сбора мочи).

**Оценка достигнутых результатов: Утренняя моча пациента собрана в чистую и сухую банку в количестве 150-200 мл.**

**Обучение пациента и его родственников: Консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечания:**

1. За день до исследования пациенту временно отменить мочегонные средства, если он их принимал.
2. У женщин в период менструации мочу для исследования берут катетером (по назначению врача).

ОФОРМЛЕНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ НА РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ № 77/127

**Цель: Правильно оформить направление.**

**Показания: Назначение врача.**

**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:**

1. При направлении в лаборатории крови от пациентов, перенесших ОВГ или контактных по гепатиту, сделать маркировку.
2. 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.**

ВЗЯТИЕ МОЧИ НА ПРОБУ ПО НЕЧИПОРЕНКО № 79/129

**Цель: Собрать мочу из средней порции в чистую сухую банку в количестве не менее 10 мл.**

**Показания: По назначению врача.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Банка чистая сухая емкостью 100-250 мл.
2. Направление (этикетка).
3. Полотенце.

**Возможные проблемы пациента: Невозможность самообслуживания.**

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе выполнения.
2. Попросите пациента провести гигиенический туалет наружных половых органов.
3. Дайте пациенту чистую сухую банку.
4. Предложите собрать в банку среднюю порцию мочи (не менее 10мл).
5. Прикрепите направление (этикетку) к банке с мочой.
6. Поставьте банку с мочой в специальный ящик в санитарной комнате.
7. Проследите за доставкой мочи в лабораторию (не позднее 1 часа после сбора мочи).

**Оценка достигнутых результатов: Моча собрана в чистую сухую банку в количестве 10 мл из средней порции.**

**Обучение пациентов или его родственников: Консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечания.**

1. Мочу можно собирать в любое время суток, но лучше утром.
2. У женщин в период менструации мочу для исследования берут катетером (по назначению врача).

ВЗЯТИЕ МОЧИ НА ПРОБУ ПО ЗИМНИЦКОМУ № 80/130

**Цель: Собрать 8 порций мочи в течение суток.**

**Показания: Определение концентрационной и выделительной функции почек.**

**Противопоказания: Выявляются в процессе обследования пациента.**

**Оснащение: 8 банок с этикетками.**

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Приготовьте и дайте пациенту 8 банок. На каждой банке, на этикетке, должен стоять порядковый номер (от 1 до 8 и часы), Ф.И.О. пациента, № палаты.
3. Разбудите пациента в 6 часов утра следующего дня и предложите помочиться в унитаз. Далее пациент должен мочиться в банки с соответствующей маркировкой: 6-9 ч., 9-12 ч., 12-1 5 ч., 15-18ч., 18-21 ч., 21-24 ч., 0-3 ч., 3-6 ч.
4. Храните банки с мочой до окончания исследования в прохладном месте.
5. Организуйте доставку мочи в лабораторию.

**Оценка достигнутых результатов: Вся выделенная пациентом моча в течении суток собрана в соответствующие банки; все банки доставлены в лабораторию.**

**О6учение пациента или его родственников: Консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечание.**

1. Разбудите пациента ночью в 24 ч. и в 3 ч., и предложите опорожнить мочевой пузырь в соответствующую банку.
2. Предложите пациенту дополнительную емкость, если объем мочеиспускания превысил объем емкости с маркировкой: "Дополнительная моча к порции № ".
3. Предложите пациенту оставить банку пустой, если мочеиспускание не состоялось.

ВЗЯТИЕ МОЧИ НА САХАР, АЦЕТОН № 81/13 1

**Цель: Собрать мочу за сутки для исследования на сахар.**

**Показания: По назначению врача.**

**Противопоказания. Нет.**

**Оснащение:**

1. Чистая сухая емкость не менее 3 л.
2. Чистая сухая емкость 250 - 300 мл.
3. Стеклянная палочка.
4. Направление (этикетка) с указанием суточного количества мочи.
5. Полотенце.
6. Дезинфицирующие растворы.
7. Емкости для дезинфекции.

**Возможные проблемы пациента: При общем тяжелом состоянии пациента невозможен самостоятельный сбор мочи, при недержании, неудержании мочи и т.д.**

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Попросите пациента в 8 часов утра опорожнить мочевой пузырь в унитаз.
3. Соберите мочу пациента в течение суток в одну большую емкость (до 8 следующего дня).
4. Наденьте перчатки.
5. Размешайте стеклянной палочкой мочу и отлейте в чистую сухую емкость 250 - 300 мл.
6. Снимите перчатки и обработайте в соответствии с требованиями санэпидрежима.
7. Вымойте руки.
8. Выпишите направление и укажите суточное количество мочи.
9. Доставьте мочу в клиническую лабораторию (300 мл).

Оценка достигнутых. результатов. Моча за сутки собрана и доставлена в клиническую лабораторию в количестве 300 мл.

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечания. Емкость с мочой накрыть крышкой и хранить в течение суток в прохладном месте в санитарной комнате.**

СБОР МОЧИ НА СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОДНОГО БАЛАНСА № 83/133

**Цель:**

1. Собрать мочу, выделенную пациентом за сутки в трехлитровую банку.
2. Вести лист суточного учета диуреза.

**Показания: Отеки.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Мерная банка.
2. Емкость для сбора мочи (3-х литровая банка).
3. Направление.
4. Лист суточного диуреза.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Дефицит самообслуживания.
2. Негативный настрой к вмешательству и др.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Разбудите пациента утром и предложите ему помочиться в унитаз (эта порция не учитывается).
3. Дайте пациенту 3-х литровую банку.
4. Собирайте последующую мочу в 3-х литровую банку в течение суток с 8 утра до 8 утра следующего утра.
5. Записывайте в лист учета суточного диуреза количество выпитой и выделенной жидкости.
6. Собирайте первую утреннюю порцию мочи следующего дня в этот же сосуд, например с 8 до 8 часов.
7. Подсчитайте по листу суточного диуреза количество выделенной мочи и количество выпитой и введенной жидкости за сутки.
8. Запишите полученные результаты в специальную графу температурного листа.
9. Проведите дезинфекцию мерной банки в соответствии с требованиями санэпидрежима.

**Оценка достигнутых результатов:**

1. Учтены все вводимые и употребляемые жидкости в листе учета суточного диуреза.
2. Собраны все порции выделенной мочи за сутки.

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

1. Обучите пациента делать записи в листе суточного диуреза.
2. Объясните пациенту, что при подсчете количества выпитой жидкости учитывается объем в мл: первых блюд - 75% жидкости; вторых блюд -50% жидкости; в стакане - 250 мл, среднее яблоко - 30 мл. средний апельсин - 50 мл и др.

**Примечание: В норме человек теряет примерно 75-80% от принятой жидкости. Водный баланс считается положительным, когда мочи выделяется больше 75-80%. Водный баланс считается отрицательным когда мочи выделяется меньше 75-80%.**

**Лист суточного диуреза:**

|  |
| --- |
| Дата:  |
| Ф.И.О. |
| Количество выпитой и введенной жидкости | Количество выделенной мочи |
|  |  |

ВЗЯТИЕ МОКРОТЫ НА ОБЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ № 84/134

**Цель: Собрать мокроту в количестве 3-5 мл в стеклянную чистую посуду.**

**Показания: При заболеваниях дыхательной системы.**

**Противопоказания: Определяет врач.**

**Оснащение:**

1. Чистая сухая стеклянная банка.
2. Бланк-направление в клиническую лабораторию.
3. Аптечная резинка.
4. Перчатки.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Подготовьте лабораторную посуду.
3. Оформите направление, прикрепите к посуде с помощью аптечной резинки.
4. Утром натощак покажите пациента прополоскать рот и зев питьевой водой.
5. Оденьте перчатки, возьмите банку.
6. Предложите пациенту глубоко подышать, откашляться и сплюнуть мокроту в банку, не касаясь краев, всего 3-5 мл.
7. Доставьте посуду с собранной мокротой в клиническую лабораторию для исследования.
8. Полученный результат подклейте в историю болезни.

**Оценка достигнутых результатов: Мокрота собрана в количестве 3-5 мл и доставлена в лабораторию.**

**О6учение пациента или его родственников: Консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

ВЗЯТИЕ МОКРОТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ № 85/141

**Цель: Собрать 3-5 мл мокроты в стерильную посуду и доставить в лабораторию в течение часа.**

**Показания: Назначение врача.**

**Противопоказания: Выявляются в процессе обследования пациента.**

**Оснащение:**

1. Стерильная емкость с крышкой (банка с крышкой или чашка Петри).
2. Направление в бактериологическую лабораторию.
3. Аптечная резинка.
4. Перчатки.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Психологические (повышенный рвотный рефлекс и брезгливое отношение к данному вмешательству).
2. Затруднения при кашле.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Возьмите в баклаборатории стерильную посуду.
3. Предложите натощак пациенту почистить зубы и прополоскать рот кипяченой водой или раствором фурациллина (0,02%).
4. Оформите направление.
5. Оденьте перчатки.
6. Снимите аккуратно крышку со стерильной емкости.
7. Предложите пациенту сделать 2-3 глубоких вдоха, покашлять и сделать 2-3 плевка мокроты в емкость так, чтобы рот его не касался краев емкости.
8. Закройте аккуратно крышку.
9. Прикрепите аптечной резинкой направление, снимите перчатки, вымойте руки.
10. Отнесите собранный материл в баклабораторию, вымойте руки.
11. Подклейте полученный результат в историю болезни.

**Оценка достигнутых результатов. Мокрота собрана в достаточном количестве в течение часа и доставлена в баклабораторию. Результат анализа получен.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечания:**

1. При обучении пациента и родственников попросите их продемонстрировать вам последовательность действий.
2. Мокроту доставить в лабораторию необходимо сразу или при условии хранения в холодильнике при температуре +4 градуса Цельсия в первые 2 часа.

ВЗЯТИЕ КАЛА НА КОПРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ № 86/136

**Цель: Собрать 5-10 г кала для копрологического исследования.**

**Показания: Заболевания желудочно-кишечного тракта.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Судно (сухое).
2. Чистая, сухая, стеклянная банка с крышкой.
3. Деревянный шпатель.
4. Направление в лабораторию.
5. Перчатки резиновые.
6. Мыло и полотенце.
7. Дезинфицирующее средство.
8. Емкость с дезинфицирующим раствором.

**Возможные проблемы пациента: Запор и др.**

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки.
3. Наденьте резиновые перчатки.
4. Дайте пациенту чистое, сухое судно.
5. Соберите шпателем после акта дефекации кал на копрологическое исследование в количестве 5-10 г из нескольких мест в банку.
6. Прикрепите направление.
7. Вылейте в унитаз содержимое судна и обработайте судно в соответствие с требованиями санэпидрежима.
8. Сбросьте перчатки в емкость с дезраствором и вымойте руки.
9. Организуйте доставку кала в лабораторию.

**Оценка достигнутых результатов:**

1. Кал собран в количестве 5-10 г для копрологического исследования.
2. Исследуемый материал доставлен в лабораторию.

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

ВЗЯТИЕ КАЛА НА РЕАКЦИЮ ГРЕГЕРСОНА (СКРЫТУЮ КРОВЬ) № 87/137

**Цель: Собрать 30-50 г кала пациента в стеклянную банку.**

**Показания: По назначению врача.**

**Противопоказания: Выявляются в процессе обследования пациента врачом и медицинской сестрой.**

**Оснащение:**

1. Перчатки.
2. Сухое, чистое судно.
3. Шпатель деревянный.
4. Стеклянная, чистя сухая банка с широким горлом крышкой.
5. Мыло, полотенце.
6. Этикетка.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Менструальный период у женщин.
2. Кровотечение из десен.
3. Носовое кровотечение и др.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Попросите пациента за 3 дня до исследования исключить из диеты: мясо, рыбу, икру и др. железосодержащие продукты.
3. Предупредите пациента не чистить зубы щеткой в течение 3-х дней.
4. Порекомендуйте полоскать рот 2% раствором питьевой соды (натрия бикарбоната).
5. Отмените с разрешения врача лекарственные вещества, содержащие железо.
6. Предложите пациенту помочиться.
7. Наденьте перчатки.
8. Дайте пациенту чистое сухое судно.
9. Возьмите чистую сухую стеклянную банку.
10. Положите шпателем 30-50 г кала, взятого из 3-5 разных мест и поместите в банку, закройте крышкой.
11. Прикрепите этикетку.
12. Поставьте банку с калом в специальный контейнер.
13. Проведите обработку судна и шпателя в соответствии с требованиями санэпидрежима.
14. Снимите перчатки и обработайте их также в соответствии с действующим приказом.
15. Проследите за доставкой исследуемого материала в лабораторию.

**Оценка достигнутых результатов: Кал собран в чистую сухую стеклянную банку без примеси мочи и воды.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечание:**

1. При носовом кровотечении, кровотечении из десен исследование следует отменить.
2. Женщинам в менструальный период перед актом дефекации необходимо ввести во влагалище ватный тампон (тампакс).
3. Исследование проводится в течение 3-х дней при ежедневной сдаче кала в лабораторию.

ВЗЯТИЕ КАЛА НА ПРОСТЕЙШИЕ И ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ № 88/138

**Цель: Собрать 25-50 г кала на простейшие и яйца гельминтов в сухую стеклянную банку.**

**Показания: Заболевания желудочно-кишечного тракта.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Судно сухое.
2. Чистая, сухая, стеклянная банка с крышкой.
3. Деревянный шпатель.
4. Направление в лабораторию.
5. Перчатки резиновые.
6. Мыло и полотенце.
7. Дезинфицирующие средства.
8. Емкость с дезинфицирующим средством.

**Возможные проблемы пациента: Запор.**

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки.
3. Наденьте резиновые перчатки.
4. Дайте пациенту чистое сухое судно.
5. Соберите шпателем после акта дефекации кал на простейшие яйца гельминтов в количестве 25-50 г из нескольких мест в банку.
6. Вылейте в унитаз содержимое судна и обработайте судно в соответствии с требованиями санэпидрежима
7. Сбросьте перчатки в емкость с дезраствором и обработайте руки.
8. Организуйте доставку кала в лабораторию.

**Оценка достигнутых результатов:**

1. Кал собран в количестве 20-50 г на простейшие и яйца гельминтов в сухую стеклянную банку с крышкой.
2. Исследуемый материал доставлен в лабораторию.

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечание.**

1. Для анализа на простейшие соберите 25-50 г кала и доставьте в лабораторию немедленно.
2. После сбора кала на яйца гельминтов материал доставляется в течение часа.

ВЗЯТИЕ МОЧИ НА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ № 89/139

**Цель: Собрать мочу в стерильную емкость в количестве не менее 10 мл с соблюдением правил асептики.**

**Показания:**

1. Заболевания почек и мочевыводящих путей.
2. По назначению врача.

**Противопоказания: Выявляются в процессе обследования пациента.**

**Оснащение:**

1. Направление в бак. лабораторию.
2. Стерильная емкость с крышкой.
3. Кувшин с теплой водой, мыло, стерильные салфетки № З-4.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Физическая слабость рук.
2. Снижение зрения и др.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Приготовьте в санитарной комнате теплую воду в емкости, мыло и стерильные салфетки.
3. Предложите пациенту тщательно подмыться и осушить половые органы стерильными салфетками.
4. Попросите пациента вымыть руки, высушить их салфеткой.
5. Снимите с емкости для мочи крышку и уложите ее на салфетку вниз дном.
6. Предложите пациенту взять в руку банку для мочи, не касаясь внутренней поверхности.
7. Попросите его немного помочиться в унитаз, задержать мочеиспускание, затем помочиться в баночку не менее 10-50 мл.
8. Закончите мочеиспускание в унитаз.
9. Закройте банку крышкой не касаясь ее внутренней стороны.
10. Поставьте банку с этикеткой в емкость для транспортировки в бак. лабораторию.

**Оценка достигнутых результатов. Моча собрана в стерильную посуду с крышкой с соблюдением асептики в количестве не менее 10 мл из средней порции.**

**Обучение пациента или его родственников. Консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечание. Собирайте мочу стерильным катетером (если у пациентки менструация или есть другие причины, которые могут привести к загрязнению мочи).**

ВЗЯТИЕ КАЛА НА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ № 90/140

**Цель: Собрать 1-3 г кала в стерильную пробирку.**

**Показания: Инфекционные заболевания желудочно-кишечного тракта.**

**Противопоказания: Выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой.**

**Оснащение:**

1. Стерильная пробирка с консервантом, опущенной в него петлей и закрытая ватно-марлевой пробкой.
2. Резиновые перчатки.
3. Подкладная клеенка.
4. Направление в бактериологическую лабораторию.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Отказ пациента от процедуры.
2. Воспалительный процесс в области анального отверстия и др.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки и наденьте перчатки.
3. Уложите пациента на левый бок, с согнутыми в коленях ногами.
4. Подложите под таз клеенку.
5. Достаньте из пробирки проволочную петою и, приподняв ягодицу вращательным движением введите петлю в прямую кишку.
6. Извлеките осторожно петлю и погрузите ее в стерильную пробирку с консервантом, не касаясь краев пробирки.
7. Прикрепите направление к пробирке.
8. Поставьте пробирку в штатив в специальный контейнер.
9. Снимите перчатки и обработайте их и клеенку в соответствии с требованиями санэпидрежима.
10. Проследите за доставкой пробирки в баклабораторию.

**Оценка достигнутых результатов: Кал собран в стерильную пробирку и доставлен в бактериологическую лабораторию.**

**Примечания: В случае если исследуемый материал взят в ночное или вечернее время пробирку с материалом храните в холодильнике, но не более 8 часов.**

1. В условиях стационара кал на бактериологическое исследование может быть взят стерильной петлей непосредственно из судна сразу же после акта дефекации, в количестве 3-5 г (судно должно быть тщательно отмыто от дезсредств, сухое).
2. Не берите материал в местах, содержащих кровь и слизь.

ТРАНСПОРТИРОВКА КРОВИ В ЛАБОРАТОРИЮ И УКЛАДКА НА ФОРМУ № 5 0 № 92/143

**Цель: Обеспечить доставку крови в лабораторию.**

**Показания: По назначению врача.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение: Для транспортировки крови:**

1. Контейнер.
2. Штатив.
3. Уплотнитель.
4. Пробирки.

**Для укладки на форму № 50.**

1. Резиновые перчатки.
2. Направление в лабораторию в полиэтиленовом мешке.
3. Пробирки с резиновыми пробками.
4. Лейкопластырь.
5. Маска.
6. Жгут.
7. Стерильные ватные тампоны.
8. Стерильный пинцет.
9. 70% этиловый спирт.
10. 6% раствор перекиси водорода.
11. 1% раствор борной кислоты.
12. 1% раствор протаргола.
13. 0,05% раствор перманганата калия.
14. Емкость для сбора отработанного материала.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Наденьте перчатки, маску.
2. Закройте пробирки с кровью резиновыми пробками.
3. Поставьте пробирки с кровью в штатив.
4. Поставьте штатив в контейнер.
5. Вложите направление в контейнер.
6. Закройте крышку контейнера и закрепите ее лейкопластырем.
7. Снимите перчатки, маску и обработайте их в соответствии с требованиями санэпидрежима.
8. Отнесите аккуратно контейнер в лабораторию.

**Оценка достигнутых результатов: Контейнер доставлен в лабораторию.**

**Примечания: Перед допуском на работу с кровью медицинский персонал должен пройти инструктаж. В случае загрязнения кожи и слизистых кровью следует немедленно:**

1. Вымыть руки или пораженные участки теплой водой с мылом.
2. Вытереть насухо.
3. Обработать кожу 6% раствором перекиси водорода или 70% спиртом.
4. Обработать слизистую глаз 1% водным раствором борной кислоты.
5. Прополоскать рот 70% этиловым спиртом или 1 % раствором борной кислоты.
6. Обработать слизистую носа 1 % раствором протаргола.
7. Обработать 3% раствором хлорамина поверхность рабочих столов в конце работы и при загрязнении в период работы.
8. Сбросить ватные шарики загрязненные кровью и использованные шприцы в емкость с 3% хлорамином на 60 минут или 1.5% раствор гипохлорита кальция на 60 минут.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ ПРИ РВОТЕ № 93/144

**Цель: Оказать помощь пациенту при рвоте.**

**Показания: Рвота у пациента.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Емкость для сбора рвотных масс.
2. Полотенце.
3. Фартуки клеенчатые - 2.
4. Перчатки резиновые.
5. Стакан с кипяченой водой.
6. Грушевидный баллон.
7. Стерильная баночка с крышкой.
8. Дезинфицирующие растворы.
9. Емкости для дезинфекции.

**Возможные проблемы пациента: Беспокойство.**

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Успокойте пациента.
3. Усадите пациента, если позволяет его состояние.
4. Наденьте на него клеенчатый фартук или повяжите салфетку.
5. Поставьте таз или ведро к ногам пациента.
6. Придерживайте голову пациента, положив ему ладонь на лоб.
7. Дайте пациенту стакан с водой для полоскания рта после рвоты.
8. Снимите с пациента клеенчатый фартук или салфетку.
9. Помогите пациенту лечь.
10. Наденьте на себя клеенчатый фартук и перчатки.
11. Уберите емкость с рвотными массами из палаты, предварительно показав их врачу.
12. Уберите все на полу, проветрите палату.
13. Снимите фартук и перчатки.
14. Обработайте их в соответствии с требованиями санэпидрежима.
15. Вымойте руки.

Оказание помощи пациенту при рвоте, находящемуся в бессознательном состоянии:

**Действия:**

1. Поверните пациента в постели на бок и зафиксируйте его в этом положении с помощью подушек.
2. Поверните на бок его голову, если не возможно изменить положение.
3. Накройте шею и грудь пациента полотенцем.
4. Поставьте емкость для сбора рвотных масс на пол (или почкообразный лоток ко рту пациента).
5. Придерживайте пациента стоя сбоку, одну руку положите на лоб, вторую на плечо пациента, фиксируя его, чтобы он не упал.
6. Наденьте перчатки и фартук.
7. Уберите емкость с рвотными массами из палаты, предварительно показав врачу.
8. Обработайте ротовую полость пациента, предварительно отсосав рвотные массы грушевидным баллоном.
9. Умойте пациента.
10. Уложите его удобно и укройте.
11. Уберите все на полу, проветрите палату.
12. Снимите фартук, перчатки.
13. Обработайте их и емкость из-под рвотных масс в соответствии с требованиями санэпидрежима.
14. Вымойте руки.

**Оценка достигнутых результатов. Помощь пациенту оказана.**

**Обучение пациента или родственников: Консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

**Примечание. При необходимости (по назначению врача) соберите рвотные массы в стерильную баночку, не касаясь внутренней стороны банки для исследования. Выпишите направление и отправьте в лабораторию.**

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДК А ПАЦИЕНТУ, НАХОДЯЩЕМУСЯ В СОЗНАНИИ № 94/145

**Цель: Очистить желудок от содержимого до чистых промывных вод.**

**Показания: Отравления.**

**Противопоказания:**

1. Кровотечение.
2. Сужение пищевода.
3. Нарушение носового дыхания.
4. Заболевания сердечно-сосудистой системы.

**Оснащение:**

1. Зонды желудочные толстые резиновые стерильные - 2, соединенные стеклянной трубкой.
2. Воронка стеклянная стерильная емкостью 0,5-1 л.
3. Ведро с кипяченой водой комнатной температуры.
4. Таз или ведро для промывных вод.
5. Полотенце.
6. Перчатки резиновые.
7. Роторасширитель.
8. Ковш (кувшин).
9. Фартуки клеенчатые - 2 шт.
10. Стакан с кипяченой водой.
11. Раствор дезинфицирующие.
12. Емкости для дезинфекции.

**Возможные проблемы пациента: Негативный настрой к манипуляции.**

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки.
3. Подготовьте систему для промывания желудка.
4. Усадите пациента на стул (спина плотно прилегает к спинке стула).
5. Поставьте емкость для промывных вод между ног пациента.
6. Наденьте на себя и на пациента клеенчатые фартуки.
7. Определите расстояние, на которое нужно ввести зонд (рост пациента в сантиметрах - 100 см или расстояние от пупка до резцов + расстояние ладонь пациента), сделайте отметку на зонде.
8. Наденьте перчатки.
9. Встаньте сбоку от пациента.
10. Смочите конец зонда кипяченой водой и попросите пациента открыть рот.
11. Положите слепой конец зонда на корень языка и предложите пациенту делать глотательные движения и глубока дышать через нос.
12. Проведите осторожно и медленно зонд до нужной отметки.
13. Подсоедините воронку и опустите ее до уровня колен пациента, в нее начинает поступать желудочной содержимое, что свидетельствует о правильном положении зонда (если содержимое желудка не вытекает, то измените положение зонда, продвинут его назад или вперед).
14. Поднимите медленно воронку вверх, как только вода достигнет устья воронки, опустите ее ниже исходного положения.
15. Вылейте содержимое воронки в таз.
16. Проводите промывание желудка до чистых промывных вод.
17. Удалите зонд осторожно, но быстро.
18. Отсоедините воронку.
19. Извлеките осторожно зонд через полотенце.
20. Дайте пациенту стакан с водой для полоскания рта.
21. Уберите таз с промывными водами.
22. Снимите с пациента и себя клеенчатые фартуки.
23. Снимите перчатки.
24. Сопроводите пациента к постели и помогите ему лечь.
25. Обработайте систему, перчатки, фартуки в соответствие с требованиями санэпидрежима.
26. Вымойте руки.

**Оценка достигнутых результатов: Желудок промыт, получены чистые промывные воды.**

**Примечание.**

1. Из первой порции промывных вод возьмите анализ на бактериологическое исследование.
2. Прекратите манипуляцию и вызовите врача, если в промывных водах появились прожилки крови.

ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА С ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ РАЗДРАЖИТЕЛЯМИ № 95/146

**Цель: Собрать желудочный сок для исследования в 8 чистых банок.**

**Показания: Заболевания желудка - гастрит, язвенная болезнь желудка.**

**Противопоказания: Выявляются в процессе обследования пациента медицинской сестрой и врачом.**

**Оснащение:**

1. Стерильный тонкий желудочный зонд 110-115 см, Д-4-5 мм.
2. 9 чистых баночек с этикетками.
3. Стерильный шприц 20.0 мл для извлечения желудочного содержимого.
4. Стерильный шприц 2.0 мл для введения раздражителя с иглами.
5. Гистамин 0.1%, пентагастрин - 0,025%.
6. Перчатки.
7. Полотенце.
8. Лоток.
9. Направление.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Позывы на рвоту при введении зонда.
2. Страх перед вмешательством.
3. Необоснованный отказ от вмешательства.
4. Удушье пациента при введение зонда.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Усадите пациента, так чтобы он опирался на спинку стула.
3. Вымойте руки.
4. Наденьте перчатки.
5. Положите на грудь пациента полотенце.
6. Снимите съемные зубные протезы.
7. Определите расстояние на которое пациент должен будет проглотить зонд (рост 100 см).
8. Достаньте из упаковки стерильный зонд.
9. Возьмите его правой рукой на расстояние 10-15 см от слепого конца зонда.
10. Поддерживайте левой рукой свободный конец зонда.
11. Предложите пациенту открыть рот. Смочите конец зонда кипяченой водой.
12. Положите слепой конец зонда на корень языка пациента.
13. Попросите пациента сделать глотательные движения при этом глубоко дышать через нос.
14. Введите зонд до нужной метки.
15. Извлеките все желудочное содержимое натощак в банку и отставьте ее.
16. Извлеките далее в течении 1 часа желудочное содержимое, меняя емкости для сока каждые 15 минут (4 порции).
17. Введите подкожно раствор гистамина 0.1% из расчета 0.1 х 10 кг веса пациента.
18. Продолжите извлекать содержимое в течение часа, меняя емкость каждые 15 минут (4 порции).
19. Отправьте промаркированные емкости с полученным желудочным содержимым в лабораторию.
20. Продезинфицируйте перчатки, зонд, шприц, лоток в соответствии с требованиями санэпидрежима.

**Оценка достигнутых результатов:**

1. Получены все порции желудочного сока.
2. Пробирки отправлены в лабораторию для исследования.

ПРОВЕДЕНИЕ ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ № 96/147

**Цель: Получение 3-х порций желчи для исследования.**

**Показания: Заболевания: желчного пузыря, желчевыводящих протоков, поджелудочной железы, 12-перстной кишки.**

**Противопоказания:**

1. Острый холецистит.
2. Обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
3. Заболевания органов дыхания и кровообращения.
4. Затрудненное и болезненное глотание.
5. Сужение пищевода.
6. Искривление шейно-грудного отдела позвоночника.

**Оснащение:**

1. Стерильный дуоденальный зонд.
2. Стерильные шприцы емкостью 20 мл - 2 шт.
3. 33% раствор сульфата магния - 30-50 мл
4. Банка для желудочного сока.
5. Штатив с пробирками помеченными "А", "В", "С".
6. Скамеечка для штатива.
7. Перчатки резиновые.
8. Полотенце.
9. Лоток.
10. Валик.
11. Грелка.
12. Направление.
13. Дезинфицирующие растворы.
14. Емкости для дезинфекции.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Позывы на рвоту при введении зонда.
2. Страх манипуляции.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Усадите правильно пациента, так чтобы его спина касалась спинки стула.
3. Вымойте руки.
4. Наденьте перчатки.
5. Положите на грудь пациента полотенце и дайте в руки лоток.
6. Снимите съемные зубные протезы у пациента (если есть).
7. Достаньте стерильный зонд.
8. Возьмите его в правую руку.
9. Поддержите левой рукой свободный конец зонда.
10. Предложите пациенту открыть рот.
11. Положите конец зонда с оливой за корень языка.
12. Предложите пациенту делать глотательные движения при этом глубоко дышать через нос.
13. Введите зонд до нужной отметки в желудок - 45 см .
14. Подсоедините к зонду шприц и оттяните поршень шприца, в шприц будет поступать мутная жидкость (желудочное содержимое).
15. Предложите пациенту встать и походить, продолжая заглатывать зонд.
16. Уложите пациента на кушетку на правый бок, подложив под правое подреберье грелку, а под таз - валик.
17. Опустите наружный конец зонда в пробирку.
18. Соберите дуоденальную желчь в пробирку "А", содержимое светло-желтого цвета из 12-перстной кишки.
19. Введите через зонд с помощью шприца 30-50 мл теплого 33% раствора магния сульфата.
20. Завяжите зонд на 5-10 минут.
21. Развяжите зонд, опустите его в пробирку "В" и соберите желчь темно-оливкового цвета.
22. Опустите зонд в пробирку "С" при появлении соломенно-желтой желчи.
23. Извлеките зонд и погрузите его в дезинфицирующий раствор.
24. Снимите перчатки и продезинфицируйте их.
25. Заполните направление.
26. Отправьте пробирки в лабораторию.
27. Обработайте зонд, перчатки, шприцы в соответствии с требованиями санэпидрежима.
28. Вымойте руки.

**Оценка достигнутых результатов: Получены 3 порции желчи. Пробирки отправлены в лабораторию для исследования.**

**Примечание. Исследование проводится утром натощак (нельзя есть, пить, принимать лекарства, курить). Зондирование прекращайте, если в получаемом материале появилась кровь, если пациент начинает кашлять и задыхаться.**

ПОДГОТОВКА ТЕЛА УМЕРШЕГО К ПЕРЕВОДУ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 97/161

**Цель: Подготовить тело умершего к переводу в патологоанатомическое отделение.**

**Показания: Биологическая смерть, констатируемая врачом и зарегистрированная в карте стационарного больного.**

**Оснащение:**

1. Фанерный щит или каталка.
2. Простыня.
3. Бинт.
4. Перчатки.
5. Этикетка из клеенки.
6. Раствор бриллиантовой зелени или ручка.
7. Мешок для одежды умершего.
8. Ширма.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Поставьте ширму у кровати умершего (если в палате находятся другие пациенты) или увезите умершего в другое помещение.
2. Наденьте перчатки.
3. Уберите подушку из-под головы умершего.
4. Подложите фанерный щит под умершего или переложите его на твердую поверхность.
5. Снимите одежду с умершего.
6. Уложите умершего на спину.
7. Закройте глаза умершему.
8. Подвяжите умершему нижнюю челюсть.
9. Разогните конечности умершему.
10. Накройте умершего простыней.
11. Оставьте умершего на 2 часа в отделении.
12. Перепишите вещи умершего, сложите в мешок для передачи родственникам.
13. Снимите постельные принадлежности с койки умершего, включая матрац, подушки, одеяло, поместите в мешок и отправьте в дезкамеру для дезинфекции.
14. Протрите кровать и тумбочку в соответствии с требованиями санэпидрежима.
15. Осмотрите умершего через 2 часа и при наличии достоверных признаков смерти (трупное окоченение, трупные пятна, снижение температуры тела), сделайте запись чернилами или раствором бриллиантовой зелени на бедре умершего (ФИО, номер истории болезни, дату, время).
16. Перевезите труп на специальной катапке в патологоанатомическое отделение с сопроводительной документацией, заполненной врачом.
17. Снимите перчатки.
18. Вымойте руки.

**Оценка достигнутых результатов: Тело умершего подготовлено к переводу в патологоанатомическое отделение.**

СОСТАВЛЕНИЕ ПОРЦИОННИКА № 35/74

**Цель: Составить порционник.**

**Показания: Обеспечение питанием пациентов в стационаре.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Листы назначений.
2. Бумага.
3. Ручка.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Выберите номера лечебных столов из листов назначений.
2. Внесите их в общий список пациентов на посту.
3. Составьте порционник по приложенной схеме.

Дата

Количество пациентов на посту на часов.

Количество выписываемых

Количество поступивших

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата  | Ф.И.О.  | Номер палаты  | Номер стола  | Дополнительные сведения (питание)  |
|   |   |   |   |   |

**Подпись постовой медицинской сестры**

**Оценка достигнутых результатов. Порционник составлен.**

**Примечание. В графе "Дополнительное питание" укажите номер истории болезни пациента, фамилию, весь перечень и количество дополнительных продуктов.**

УЧЕТ И ХРАНЕНИЕ ЯДОВИТЫХ, НАРКОТИЧЕСКИХ, СИЛЬНОДЕЙСТВУЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ № /89

**Цель: Хранение лекарственных веществ группы "А" в сейфе и ведение строгого учета.**

**Показания. Наличие ядовитых, наркотических, сильнодействующих Л.В. в отделении.**

**Противопоказания: Нет**

**Оснащение:**

1. Сейф
2. Ключи от сейфа.
3. Журнал учета Л.В. группы "А".
4. Журнал передачи ключей от сейфа.
5. Перечень ядовитых средств.
6. Истории болезни, листы назначений.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Храните Л.В. группы "А" ПОД ЗАМКОМ В СЕЙФЕ.
2. Сделайте маркировку группы "А" на наружной стороне дверки сейфа.
3. Укажите перечень высших разовых, суточных доз и противоядия на внутренней стороне дверки сейфа.
4. Храните ключи от сейфа только у лиц, назначенных приказом по ЛПУ, ответственных за хранение и выдачу Л.В. группы "А".
5. Делайте записи в соответствующих журналах при сдаче и приеме дежурств.
6. Ведите предметно-количественный учет в специально прошнурованном, пронумерованном и скрепленном печатью журнале лекарственных веществ группы "А" и наркотических средств.
7. Берите из сейфа ампулы с лекарственным веществом группы "А" или наркотическим средством только после соответствующей записи врача в истории болезни и в его присутствии.
8. Вскрывайте ампулу и вводите Л.В. группы "А" или наркотическое средство только в присутствии врача, сделав об этом запись в истории болезни и в журнале учета.
9. Сдавайте пустые ампулы старшей медсестре под роспись (сдал, принял).

**Оценка достигнутых результатов:**

1. Лекарственные вещества группы "А" и наркотические средства хранятся в сейфе.
2. Ключ от сейфа хранится у ответственной медсестры.
3. Ведется строгий учет использования лекарственных веществ группы "А" и наркотических.

**Примечания:**

1. Лекарственные вещества группы "А" выписываются старшей медсестрой отдельно на специальном бланке, за подписью зав. отделениями руководителя лечебного учреждения.
2. Запасы лекарственных веществ группы "А" не должны превышать 3-дневной потребности в них.
3. Один раз в 10 дней, согласно действующему приказу специальная комиссия, утвержденная главным врачом лечебно-практического учреждения, производит уничтожение пустых ампул, путем раздавливания и составляет акт об уничтожении.
4. За неправильное хранение или хищение лекарственных веществ группы "А" медицинский персонал несет уголовную ответственность.

СБОР ИНФОРМАЦИИ № /50

**Цель: Собрать информацию о пациенте.**

**Показания: Необходимость сбора информации о пациенте.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение: Учебная сестринская история болезни, медицинская документация.**

**Возможные проблемы пациента:**

1. Бессознательное состояние пациента.
2. Негативное отношение к беседе.
3. Недоверие к медсестре.
4. Агрессивно-возбужденное состояние пациента.
5. Снижение или отсутствие слуха.
6. Нарушение речи.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о цели и ходе сбора информации.
2. Приготовьте учебную сестринскую историю болезни.
3. Обратитесь к пациенту по имени и отчеству.
4. Задавайте вопросы четко, спокойным голосом, не торопитесь.
5. Формулируйте вопросы правильно, чтобы они были понятны пациенту.
6. Задавайте вопросы последовательно, в соответствии со схемой учебной сестринской истории болезни, соблюдая деонтологические правила.
7. Записывайте ответы пациента четко в учебную сестринскую историю болезни.

**Оценка достигнутых результатов: Информация о пациенте собрана и записана в учебную сестринскую историю болезни.**

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА ТЕХНИКЕ СУБЛИНГВАЛЬНОГО ПРИЕМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ № /92

**Цель: Научить пациента технике приема сублингвальных лекарственных средств.**

**Показания: Сердечный болевой приступ.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Валидол (таблетки, капли, капсулы).
2. Нитроглицерин (таблетки, капли, капсулы).
3. Кусочек сахара.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о данных лекарственных средствах.
2. Обучите пациента правилам хранения этих препаратов.
3. Предложите пациенту остановиться и присесть при возникновении болевого приступа.
4. Положите под язык таблетку и держите ее до полного рассасывания и купирования болей.
5. Капните на кусочек сахара 2-3 капли валидола или нитроглицерина (если они в растворе), положите его под язык и держите до полного рассасывания, не проглатывая.

**Оценка достигнутых результатов: Сердечный болевой приступ купирован.**

**Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**

ПРАВИЛА РАБОТЫ СО СТЕРИЛЪНЫМ БИКСОМ И ЛОТКОМ /99

**Цель: Приготовить стерильный лоток для инъекций.**

**Показания: Необходимость работать в стерильных условиях.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Стерильный лоток.
2. Стерильный бикс:
3. а) с ватными и марлевыми шариками, салфетками;
б) с полотенцами и пеленками.
4. Перчатки, маска.
5. Стерильные пинцеты и корнцанги.
6. Емкость с дезинфицирующим раствором.
7. Спирт 70% и др.
8. Стерильные шприцы и иглы.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Оденьте перчатки, маску.
2. Продезинфицируйте рабочий стол.
3. Обработайте бикс дезинфицирующим средством снаружи.
4. Поставьте на бирке бикса дату и час вскрытия и свою подпись.
5. Откройте крышку бикса и извлеките стерильным пинцетом мешочек с ватными шариками и положите на стерильный лоток.
6. Извлеките из бикса стерильное полотенце стерильным пинцетом.
7. Уложите полотенце осторожно не касаясь посторонних предметов на лоток, так, чтобы оно было сложено на лотке удобно: 2 слоя снизу, 2 - сверху.
8. Достаньте стерильным пинцетом стерильный халат и наденьте его.
9. Достаньте стерильным пинцетом стерильную пеленку и положите ее в левую руку.
10. Разверните на вытянутых руках стерильную пеленку над лотком, ничего не касаясь, так чтобы она была сложена в 2 слоя.
11. Разложите стерильную пеленку на лотке.
12. Положите вторую стерильную пеленку в той же последовательности.
13. Выложите стерильным пинцетом на стерильный лоток стерильные шприцы и иглы.

**Оценка достигнутых результатов. Стерильный лоток собран с соблюдением правил асептики и антисептики.**

ПОДГОТОВКА К УЗИ № 122

**Цель: Подготовить пациента к исследованию.**

**Показания.: Назначение врача.**

**Противопоказания: Острые повреждения кожи над обследуемым органом, ушибы и др.**

**Оснащение:**

1. Полотенце.
2. Тапочки.
3. Простыня и др. (в зависимости от исследуемого органа).

**Возможные проблемы пациента: Необоснованный отказ от вмешательства.**

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Дайте пациенту полотенце или салфетку.
3. Проводите пациента до кабинета УЗИ.

**Оценка достигнутых результатов: Пациент к исследованию подготовлен.**

**Примечания:**

1. При наличии проблем с желудочно-кишечным трактом у пациента перед УЗИ - очистите кишечник от содержимого.
2. При УЗИ органов малого таза дайте выпить пациенту 1.5 - 2 л жидкости за 2 ч до исследования и предупредите пациента о воздержании от мочеиспускания до конца исследования (исследование проводится с полным мочевым пузырем).
3. УЗИ проводится не ранее 5 дней после рентгенологического исследования с применением контрастного вещества.

ПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛЕВАТЕЛЬНИЦЕЙ № 134а

**Цель: Обучить пациента пользоваться плевательницей.**

**Показания: Наличие мокроты.**

**Противопоказания: Нет.**

**Оснащение:**

1. Плевательница-банка из темного стекла с крышкой, заполненная на 1/4 3% раствором хлорамина.
2. Пищевая сода.
3. Емкости для дезинфекции плевательниц.
4. Дезинфицирующий раствор.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Недостаточные гигиенические навыки.
2. Невозможность самообслуживания.

**Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:**

Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

Заполните плевательницу на 1/4 объема 3% раствором хлорамина и закройте ее крышкой.

Попросите пациента собирать мокроту в индивидуальную плевательницу, не загрязняя ее наружных стенок.

**Дезинфекция плевательницы. В соответствии с требованиями санэпидрежима.**

**Оценка достигнутых результатов. Пациент научился пользоваться плевательницей.**

**Обучение пациента или родственников: Консультативный тип сестринской помощи в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.**