

Уважаемые студенты, Вам представлен примерный перечень алгоритмов выполнения медицинских услуг и образцы оценочных листов на квалификационный экзамен ПМ02 .

1.ВНУТРИКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

№	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Критерий соответствия	Экспертная оценка		
1. Подготовка к процедуре			баллы		
1	Идентификация пациента	Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость.	0	1	2
2	Проверить лист назначения.	Сверить лист назначений с номером палаты, ФИО, датой рождения пациента.	0	1	2
3	Подготовить оснащение манипуляции (всегда проводится в процедурном кабинете)	Манипуляционный столик Кушетка Шприц одноразовый емкостью 1 мл и две иглы длиной 15 мм Лоток стерильный Лоток нестерильный для расходного материала Пилочка (для открытия ампул) Нестерильные ножницы или пинцет (для открытия флакона) Емкости для дезинфекции Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. Антисептический раствор для обработки инъекционного поля, шейки ампулы, резиновой пробки флакона Антисептик для обработки рук Дезинфицирующее средство Стерильные салфетки или шарики (ватные или марлевые) Перчатки нестерильные	0	1	2

4	Обработать руки гигиеническим способом.	Выполнить.	0	1	2
5	Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.	Выполнить			
6	Надеть нестерильные перчатки	Выполнить	0	1	2
7	Подготовить шприц. Проверить срок годности, герметичность упаковки	Выполнить	0	1	2
8	Взять упаковку и проверить пригодность лекарственного препарата (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду). Сверить назначения врача.	Выполнить	0	1	2
9	Набрать лекарственный препарат в шприц.	Выполнить	0	1	2
10	Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа.	Выполнить и уточнить, что выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата.	0	1	2
II. Выполнение процедуры					
11	Выбрать место, где отсутствуют рубцы, болезненность при прикосновении, кожный зуд, воспаление, затвердение.	Выполнить	0	1	2
12	Обработать место инъекции не менее чем двумя салфетками или шариками, смоченными антисептическим раствором. Дождаться его высыхания.	Выполнить	0	1	2
13	Обхватив предплечье пациента снизу, растянуть кожу пациента на внутренней поверхности средней трети предплечья. Внутривенные инъекции детям выполняют в среднюю треть внутренней поверхности предплечья, верхнюю треть наружной поверхности плеча	Выполнить	0	1	2
14	Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем, ввести в кожу пациента в месте предполагаемой инъекции только конец иглы почти параллельно коже, держа её срезом вверх под углом 10-15°.	Выполнить	0	1	2

15	Нажимая указательным пальцем на поршень, ввести лекарственный препарат до появления папулы, свидетельствующей о правильном введении препарата.	Выполнить	0	1	2
16	Извлечь иглу. К месту введения препарата не прижимать салфетку с антисептическим раствором.	Выполнить	0	1	2
III. Окончание процедуры					
17	Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить их поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.		0	1	2
18	Обработать руки гигиеническим способом, осушить		0	1	2
19	Уточнить у пациента о его самочувствии.		0	1	2
20	Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию		0	1	2
21	Если инъекция выполняется с диагностической целью необходимо объяснить пациенту, что нельзя тереть и мочить место инъекции в течение определенного времени		0	1	2
Максимальное количество баллов					
Всего баллов					

2. ПОСТАНОВКА ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ

№	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Критерий соответствия	Экспертная оценка		
I. Подготовка к процедуре			баллы		
1	Идентификация пациента	Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.	0	1	2
2	Проверить лист назначения.	Студент должен выяснить соответствие ФИО пациента, возраста, № палаты назначенной	0	1	2

		процедуре.			
3	Подготовить оснащение манипуляции	<ul style="list-style-type: none"> - Кружка Эсмарха. - Соединительная трубка. - Зажим. - Ректальный наконечник стерильный. - Водный термометр. - Судно (при необходимости). - Вазелин. - Перчатки нестерильные. - Фартук клеенчатый. - Клеенка. - Штатив. - Таз. - Пеленка. -Емкость для утилизации и дезинфекции. - Шпатель. - Ширма (при необходимости) 	0	1	2
4	Обработать руки гигиеническим способом.	Выполнить.	0	1	2
5	Надеть фартук и перчатки	Выполнить	0	1	2
6	Собрать систему	Собрать систему, подсоединить к ней наконечник, закрыть систему зажимом.	0	1	2
7	Заполнить систему водой	Налить в кружку Эсмарха рекомендуемый объем воды определенной температуры. Температура воды для постановки клизмы: при атонических запорах – 16 °С - 20 °С при спастических запорах – 37 °С - 38 °С в остальных случаях – 23 °С - 25 °С	0	1	2
8	Закрепить систему и подготовить к выполнению процедуры	Подвесить кружку Эсмарха на подставку высотой 75-100 см, открыть вентиль слить немного воды через наконечник, вентиль закрыть. Смазать наконечник вазелином	0	1	2
II. Выполнение процедуры					
9	Уложить пациента	Уложить пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка подведены к животу.	0	1	2

10	Выпустить воздух из системы	Выполнить	0	1	2
11	Развести одной рукой ягодицы пациента	Выполнить	0	1	2
12	Ввести наконечник в прямую кишку	Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку, проводя первые 3-4 см по направлению к пупку Глубина введения наконечника в прямую кишку зависит от возраста и варьирует от 2-3 см новорожденному до 10-12 см взрослому	0	1	2
13	Ввести жидкость	Открыть вентиль (зажим) и отрегулировать поступление жидкости в кишечник Объем жидкости для одновременного введения также зависит от возраста и варьирует от 100 мл новорожденному до 1200-1500 мл взрослому.	0	1	2
14	Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорта	Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом При жалобе пациента на боль спастического характера нужно прекратить процедуру, пока боль не утихнет.	0	1	2
15	Закрыть вентиль и извлечь наконечник.	Закрыть вентиль после введения жидкости и осторожно извлечь наконечник.	0	1	2
III. Окончание процедуры					
16	Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5-10 мин.		0	1	2
17	Предложить пациенту пройти в туалетную комнату		0	1	2
18	Разобрать систему, наконечник, кружку Эсмарха и клеенку подвергнуть дезинфекции		0	1	2
19	При необходимости подмыть пациента		0	1	2
20	Снять перчатки, опустить их в емкость для дезинфекции		0	1	2
21	Обработать руки гигиеническим способом, осушить		0	1	2
22	Обработать руки гигиеническим способом, осушить		0	1	2

23	Сделать соответствующую запись о результатах процедуры в медицинскую документацию	0	1	2
Максимальное количество баллов		46		
Всего баллов				

3.«Уход за полостью рта»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	1.До и после проведения исследования проведена гигиеническая обработка рук,Использование перчаток во время процедуры.
Подготовка к процедуре:	2.Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения:Лоток. Корнцанг. Пинцет.
	3.Лекарственные средства: Антисептический раствор для обработки полости рта пациента. Стерильный глицерин. Вазелин или масляный раствор витамина Е.
	4.Прочий расходный материал:Чистое полотенце. Тампоны для обработки полости рта. Стерильные марлевые салфетки. Шпатель. Перчатки нестерильные. Одноразовая зубная щетка.
	5.Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

Выполнение процедуры:	6.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.Подготовить все необходимое оборудование.
	7.Расположить пациента в одном из следующих положений.
	8.На спине под углом более 45°, если это не противопоказано, или Лежа на боку, или Лежа на животе (или спине), повернув голову вбок.
	9.Надеть перчатки. Обернуть полотенце вокруг шеи пациента.
	10.Приготовить мягкую зубную щетку (без зубной пасты) для чистки зубов. Смочить ее в приготовленном антисептическом растворе. При отсутствии зубной щетки можно использовать марлевую салфетку, закрепленную на зажиме или пинцете.
	11.Произвести чистку зубов, начиная с задних зубов, и последовательно вычистить внутреннюю, верхнюю и наружную поверхность зубов, выполняя движения вверх-вниз в направлении от задних к передним зубам. Повторить те же действия с другой стороны рта. Процедура повторяется не менее двух раз.Использовать шпатель для обнажения зубов.
	12.Сухими тампонами промокнуть ротовую полость пациента для удаления остатков жидкости и выделений из полости рта.
13.Попросить больного высунуть язык. Если он не может этого сделать, то необходимо обернуть язык стерильной марлевой салфеткой и левой рукой осторожно вытянуть его изо рта.	
Выполнение процедуры	14.Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть язык, снимая налет, в направлении от корня языка к его кончику. Отпустить язык, сменить салфетку.
	15.Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть внутреннюю поверхность щек, пространство под языком, десны пациента.
	16.При сухости языка смазать его стерильным глицерином.
	17.Обработать последовательно верхнюю и нижнюю губы тонким слоем вазелина (для профилактики трещин на губах).
	18.Убрать полотенце. Разместить пациента в удобном положении.

	<p>19.Собрать принадлежности по уходу и доставить в специальную комнату для дальнейшей обработки.</p>
	<p>20.Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции. 21.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p>
<i>Окончание процедуры:</i>	<p>22.Уточнить у пациента о его самочувствии.</p>
	<p>23.Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации</p>

4. Уход за назогастральным зондом.

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	1. До и после проведения исследования проведена гигиеническая обработка рук
	2. Материальные ресурсы: Шприц на 30 или 60 мл (шприц Жанэ). Фонендоскоп. Лоток. Зажим. Зонд назогастральный Глицерин. Физиологический раствор или специальный раствор для промывания. Нестерильные перчатки. Стерильные марлевые салфетки. Емкость для промывания катетера. Пластырь. Шпатель
Подготовка у процедуры.	3. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений.
	4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
	5. Надеть перчатки
Выполнение процедуры	6. Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления.
	7. Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке.
	8. Подсоединить шприц с 10-20 куб. см (10 куб. см для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в области эпигастрия при помощи стетоскопа (булькающие звуки).
	9. Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение – манипуляции, связанные с оксигенотерапией).
	10. Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы.
	11. Каждые 3 ч (по назначению врача) промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в отдельную жидкость.

Окончание процедуры:	12 Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен.
	13.Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком.
	14.Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции.Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
	15.Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании).
	16.Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

5. «Перемещение тяжелобольного в постели»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	1.До и после проведения исследования проведена гигиеническая обработка рук,Использование перчаток во время процедуры.
	2. материальные ресурсы: Функциональная кровать. Оборудование для придания нужного положения (валики, подушки). Простыни для переворачивания. Нестирильные перчатки
I. Подготовка к процедуре:	3.Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
	4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
	5. Надеть перчатки.
	6.Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.
Проведение процедуры	Перемещение пациента к краю кровати (выполняется одной медицинской сестрой, пациент может помочь)
	7. Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. 8.Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.

Окончание процедуры:	9. Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой. Согнуть колени.
	10. Попросить пациента скрестить руки на груди, обхватив себя за локти.
	11. Подложить одну руку под шею и плечи пациента, а вторую – под верхнюю часть его спины.
	12. Отклонить корпус назад и подтянуть на себя верхнюю часть его спины.
	13. Поменять положение рук: одну руку подложить под талию, другую – под бедра пациента.
	14. Также отклонить корпус назад и потянуть на себя нижнюю часть туловища пациента.
	15. Подложить руки под голени и стопы пациента и придвинуть их к себе. Приподнять голову пациента и подложить под нее подушку.
	16. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.
	17. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту, на столик.
	18. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
	20. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Уточнить у пациента его самочувствие.
21. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации	

6. ИЗМЕРЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА

Содержание	Требования по реализации, алгоритм выполнения
------------	---

требования, условия	
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук
Материальные ресурсы:	<p>Медицинские весы любой модификации с диапазоном измерений, соответствующим возрастным характеристикам пациента, разрешенные к медицинскому применению в Российской Федерации и поверенные</p> <p>Салфетка бумажная однократного применения</p>
Подготовка к процедуре:	<ul style="list-style-type: none"> - Проверить исправность и точность медицинских механических весов: - Установить равновесие весов, закрыть затвор (для механических конструкций). - Постелить салфетку однократного применения на площадку весов.
	- Представиться пациенту, объяснить цель и последовательность выполнения предстоящей процедуры.
	- Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
	Медицинский работник должен обязательно предупреждать пациента о необходимости опорожнения мочевого пузыря и кишечника до момента проведения взвешивания.
Выполнение процедуры:	<ul style="list-style-type: none"> - Предложить пациенту раздеться до нательного белья, разуться и осторожно встать (без обуви) на середину площадки весов. - Придерживать пациента за руку в момент вставания на измерительную панель весов и следить за его равновесием в процессе проведения измерения. - Открыть затвор весов (для механических конструкций), провести определение массы тела пациента (в соответствии с инструкцией по применению), закрыть затвор весов.
Окончание процедуры:	<ul style="list-style-type: none"> - Сообщить пациенту результат исследования массы тела. - Помочь пациенту сойти с площадки весов, придерживая его за руку (при необходимости) . - Убрать салфетку с площадки весов и поместить ее в емкость для дезинфекции с последующей утилизацией как отходы класса Б. - Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

	- Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию
--	--

7.ИЗМЕРЕНИЕ РОСТА

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук
Материальные ресурсы	Ростомер вертикальный (поверенный и допущенный к работе). Салфетка бумажная однократного применения.
1 Подготовка к процедуре:	- Подготовить ростомер к работе в соответствии с инструкцией. - Положить салфетку на площадку ростомера (под ноги пациента).
	- Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры, получить его согласие. - Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
	- Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
2.Выполнение процедуры:	- Попросить пациента снять обувь и головной убор. -Поднять планку ростомера выше предполагаемого роста пациента.

Окончание процедуры:	<ul style="list-style-type: none"> - Сообщить пациенту о результатах измерения. - Снять салфетку с площадки ростомера и поместить ее в емкость для дезинфекции с последующей утилизацией как отходы класса Б. - Обработать руки гигиеническим способом, осушить. - Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации
----------------------	---

8. ТЕРМОМЕТРИЯ ОБЩАЯ (измерение аксиллярной температуры)

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	<ul style="list-style-type: none"> - До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук. - В случае повреждения ртутного термометра собрать ртуть и остатки термометра и поместить их в герметично закрытую емкость. - При встряхивании ртутного термометра не допускается удар одной рукой с термометром по другой руке
Материальные ресурсы	<p>Термометр медицинский (ртутный, электронный или другой, разрешенный к применению).</p> <p>Кушетка (при измерении температуры в положении лежа).</p> <p>Стул (при измерении температуры в положении сидя)</p> <p>Дезинфицирующий раствор для обработки термометра.</p> <p>Салфетки марлевые однократного применения.</p>
Алгоритм измерения температуры тела в подмышечной впадине	
I Подготовка к процедуре	<ul style="list-style-type: none"> - Приготовить сухой чистый термометр: проверить его целостность, при необходимости протереть насухо чистой салфеткой.

	- Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
	- Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры.
Выполнение процедуры:	<ul style="list-style-type: none"> - Резко стряхнуть ртутный термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар. - Помочь пациенту принять удобное положение. - Осмотреть подмышечную впадину, при необходимости вытереть насухо салфеткой или попросить пациента сделать это. - Расположить термометр в подмышечной области так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон плотно соприкасался с телом пациента (прижать плечо к грудной клетке). - Оставить термометр в подмышечной впадине не менее чем на 5 мин.
Окончание процедуры:	<ul style="list-style-type: none"> - Извлечь термометр из подмышечной впадины, произвести считывание показаний термометра, держа его на уровне глаз. - Сообщить пациенту результаты измерения. - Встряхнуть термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар, поместить термометр в емкость для дезинфекции. - Обработать руки гигиеническим способом, осушить. - Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

9.ИЗМЕРЕНИЕ ЧАСТОТЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук

Материальные ресурсы	<ul style="list-style-type: none"> - часы с секундной стрелкой или секундомер - ручка - бумага - температурный лист
1 Подготовка к процедуре:	<ul style="list-style-type: none"> - Попросить пациента принять положение тела, при котором экскурсия грудной клетки будет максимально видна. - Помнить, что подсчет ЧДД надо производить незаметно, например, при измерении пульса. Пациент может произвольно изменить частоту, глубину или ритм дыхания.
	<ul style="list-style-type: none"> - Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры, получить его согласие <u>на подсчет пульса</u>.
	<ul style="list-style-type: none"> - Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
Выполнение процедуры:	<ul style="list-style-type: none"> - Предложить пациенту расслабить руку, кисть и предплечье при этом они не должны быть на весу. - Во время исследования пульса наблюдать за движениями грудной клетки в течение минуты. - Если экскурсия грудной клетки не видна, нужно положить руку на область дыхания: - у женщин это, как правило, грудная клетка - у мужчин эпигастральная область - встречается и смешанный тип дыхания.
Окончание процедуры	<ul style="list-style-type: none"> - Сообщить пациенту результаты исследования. - Провести регистрацию результата исследования в температурный лист. - Вымыть и осушить руки.

10. ИЗМЕРЕНИЕ ЧАСТОТЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук
Материальные ресурсы	- часы с секундной стрелкой или секундомер

	<ul style="list-style-type: none"> - ручка - бумага - температурный лист
1 Подготовка к процедуре:	<ul style="list-style-type: none"> - Попросить пациента принять положение тела, при котором экскурсия грудной клетки будет максимально видна. - Помнить, что подсчет ЧДД надо производить незаметно, например, при измерении пульса. Пациент может произвольно изменить частоту, глубину или ритм дыхания.
	<ul style="list-style-type: none"> - Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры, получить его согласие <u>на подсчет пульса</u>.
	<ul style="list-style-type: none"> - Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
Выполнение процедуры:	<ul style="list-style-type: none"> - Предложить пациенту расслабить руку, кисть и предплечье при этом они не должны быть на весу. - Во время исследования пульса наблюдать за движениями грудной клетки в течение минуты. - Если экскурсия грудной клетки не видна, нужно положить руку на область дыхания: - у женщин это, как правило, грудная клетка - у мужчин эпигастральная область - встречается и смешанный тип дыхания.
Окончание процедуры	<ul style="list-style-type: none"> - Сообщить пациенту результаты исследования. - Провести регистрацию результата исследования в температурный лист. - Вымыть и осушить руки.

11. ИЗМЕРЕНИЕ ПУЛЬСА НА ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук
Материальные ресурсы	<ul style="list-style-type: none"> - часы с секундной стрелкой или секундомер - ручка - бумага

	- температурный лист
1 Подготовка к процедуре:	Придать пациенту удобное положение «сидя» или «лежа».
	- Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры, получить его согласие.
	- Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
2.Выполнение процедуры:	<p>- Предложить пациенту расслабить руку, кисть и предплечье при этом они не должны быть на весу.</p> <p>- Захватить свободно кисть пациента правой рукой в области лучезапястного сустава так, чтобы 2, 3, 4 пальцы располагались на лучевой артерии (2-й палец руки медицинской сестры у основания большого пальца пациента).</p> <p>- Прижать 2,3,4 пальцами лучевую артерию и провести подсчет пульса в течение 60 сек с помощью секундомера..</p> <p>- Оценить интервалы между пульсовыми волнами. Оценивается ритмичность пульса.</p> <p>Оценить напряжение пульса (для этого прижимать артерию сильнее, дает представление о величине артериального давления)</p> <p>Оценить наполнение пульса (умеренного наполнения, полный пульс, пустой пульс, нитевидный пульс. Позволяет определить величину, объем артериальной крови, образующей пульсовую волну)</p>
3 Окончание процедуры	<p>- Сообщить пациенту результаты исследования.</p> <p>- Провести регистрацию результата исследования в температурный лист.</p> <p>- Вымыть и осушить руки.</p>

12.«Приготовление и смена белья тяжелобольному»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	До и после проведения исследования проведена гигиеническая обработка рук,Использование перчаток во время процедуры.

	<p>1. Материальные ресурсы: Комплект чистого белья. Мешок для грязного белья. Пеленка. Перчатки нестерильные</p>
I Подготовка к процедуре:	2. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, получить его согласие.
	3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
	4. Приготовить комплект чистого белья (простыни, наволочка, пододеяльник), убедиться, что в кровати нет личных вещей больного.
	5. Надеть перчатки.
II Выполнение процедуры:	6. Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента.
	7. Осторожно вынуть подушку из-под головы пациента и сменить наволочку. Грязную наволочку поместить в мешок для белья.
	6. Снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья.
	7. Повернуть пациента на бок по направлению к себе.
	8. Скатать валиком грязную простыню, подложить этот валик под спину пациенту. Если белье сильно загрязнено, положить на валик пеленку.
	9. Положить сложенную вдвое чистую простыню на свободную сторону постели, заправить ее под матрас с противоположной от больного стороны.
	10. Помочь пациенту перекатиться через валик на чистую сторону.

III Окончание процедуры:	11 Скатать грязную простыню и положить ее в мешок для белья.
	12 Расправить чистую простыню и заправить ее под матрас с другой стороны постели.
	13 Надеть чистый пододеяльник на одеяло. Накрыть пациента одеялом, извлекая грязный пододеяльник, которым он был укрыт.
	14 Поместить грязный пододеяльник в мешок для белья.
	15. Удобно расположить пациента в постели. Осторожно поместить подушку обратно.
	16 Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
	17. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
	18. Уточнить у пациента его самочувствие.
	19. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

13.«Размещение тяжелобольного в постели»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	1. До и после проведения исследования проведена гигиеническая обработка рук, Использование перчаток во время процедуры.

	<p>Материальные ресурсы: Вспомогательные устройства, необходимые для пациента. Подушка для головы и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели. нестерильные перчатки</p>
<p>I Подготовка к процедуре:</p>	<p>1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.</p> <p>2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>3) Надеть перчатки.</p> <p>4) Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.</p>
<p>II. Выполнение процедуры:</p>	<p>Размещение пациента лежа на спине (выполняется одним медицинским работником)</p> <p>5. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.</p> <p>6. Придать пациенту правильное положение: положить подушку под голову (или поправить оставшуюся), расположить руки вдоль туловища ладонями вниз, расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами.</p> <p>7. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею.</p> <p>8. Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком полотенце.</p> <p>9. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бедер, начиная от области большого вертела бедренной кости.</p> <p>10 Подложить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети.</p> <p>11 Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90°.</p> <p>12. Положить под предплечья небольшие подушки.</p>

III. Окончание процедуры:	13 Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.
	14 Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту, на столик.
	15 Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
	16 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
	17. Уточнить у пациента его состояние.
	18. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

14. «Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному»

Требования по безопасности труда при выполнении услуги:

До и после проведения процедуры необходимо вымыть руки с мылом или обработать их антисептическим раствором.

При выполнении данной услуги может использоваться помощник - вторая медицинская сестра/младший медицинский персонал/родственник

Материальные ресурсы

Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения:

- Перчатки нестерильные - 1 пара
- Емкость для дезинфекции перчаток.

Лекарственные средства:

- Антисептический раствор - 2 разовых дозы
- Прочий расходный материал:
- Ветошь - 1 шт.
- Комплект чистого нательного белья – 1 шт.
- Комплект одежды - 1 шт.
- Простыня - 1 шт.
- Непромокаемый мешок для грязного белья - 1 шт.

Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги

Алгоритм смены белья и одежды тяжелобольному

I. Подготовка к процедуре.

1. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, получить его информированное согласие.
2. Приготовить комплект чистого нательного белья и одежды.
3. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика)
4. Надеть перчатки.

II. Выполнение процедуры.

5. Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента.
6. Помочь пациенту сесть на край кровати.
7. Помочь пациенту снять рубашку (платье). Если одна руки повреждена или производится инфузия, надо начать с другой руки. Осторожно проносить рукав над поврежденной рукой (иглой, катетером). При внутривенном вливании флакон с раствором снимается со штатива и проносится через рукав.
8. Помочь пациенту снять нижнюю рубашку (майку, бюстгальтер).
9. Укрыть пациента простыней.
10. Помочь больному надеть чистую рубашку (ночную рубашку, пижамную куртку) сначала на поврежденную конечность. При внутривенном вливании поступить с флаконом, как в п. 6.
11. Помочь пациенту снять носки.
12. Помочь пациенту лечь в постель, поправить простыню.
13. Помочь пациенту снять брюки, нижнее белье.
14. Помочь пациенту надеть чистое белье, носки и брюки.

III. Окончание процедуры.

15. Поместить грязную одежду в мешок для белья.
16. Протереть стул или тумбочку, где располагалось грязное белье и одежда, влажной ветошью.
17. Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции
18. Удобно расположить пациента в постели, накрыть одеялом.
19. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).
20. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

В ходе смены нательного белья и одежды не стоит обнажать больного (нужно прикрывать его простыней). Следует обеспечивать его безопасность (страховка от падения). Необходимо поощрять пациента активно участвовать, в процедуре, разговаривать с ним (поддержание личного достоинства, восполнение потребности в общении).

Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками. При этом один помощник осторожно поднимает голову и плечи пациента, а медицинская сестра одна или со вторым помощником снимает рубашку через голову, затем с рук пациента и надевает ему чистую рубашку в обратном порядке.

Достижимые результаты и их оценка

Пациент одет в чистое белье

Параметры оценки и контроля качества выполнения методики

Пациент удовлетворен процедур

15. «Техника удаления содержимого из носовой полости устройством для аспирации»

Требования по безопасности труда при выполнении услуги

До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук

Использовать перчатки во время процедуры

Материальные ресурсы

Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения:

- Электроотсос и соединительные трубки
- Стерильный аспирационный катетер
- Стерильный пинцет
- Пинцет для работы с использованным инструментарием
- Лоток для оснащения
- Лоток для использованного материала
- Манипуляционный столик
- Резиновый баллон
- Емкости для дезинфицирующего раствора

Лекарственные средства:

- Стерильный 0,9% раствор натрия хлорида,
- Стерильная дистиллированная вода или фурацилин в разведении 1: 5000 для увлажнения катетера.
- Антисептический раствор для обработки рук

- Дезинфицирующий раствор для обеззараживания поверхностей, использованного медицинского инструментария и оснащения

Прочий расходный материал:

- Нестерильные перчатки
- Жидкое мыло с дозатором
- Стерильные марлевые салфетки
- Полотенце
- Маска

Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм отсасывания слизи из носа

I. Подготовка к процедуре.

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.
2. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение лежа.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Надеть перчатки.
5. Обработать дезинфицирующим раствором лоток для оснащения и манипуляционный столик. Вымыть руки в перчатках проточной водой с мылом, осушить.
6. Поставить на манипуляционный столик необходимое оснащение.
7. В случае применения электроотсоса заполнить его банку-сборник дезинфицирующим раствором, проверить готовность его к работе (давление в системе электроотсоса должно быть 0,2-0,4 атм.).

В случае проведения аспирации с помощью резинового баллона приготовить две емкости с дезинфицирующим раствором.

8. Распечатать упаковку с катетером, предварительно проверив герметичность и срок годности.
9. Захватить стерильным пинцетом марлевую салфетку и положить ее на пальцы левой руки.
10. Извлечь стерильным пинцетом катетер из упаковки или емкости с дезинфицирующим раствором и проверить его целостность.
11. Положить вводимый конец катетера на руку со стерильной салфеткой, присоединить другой конец катетера к электроотсосу или резиновому баллону.
12. Переложить катетер с марлевой салфеткой в правую руку.

13. Взять вводимый конец катетера на расстоянии 3-5 см, как писчее перо, и увлажнить его.

II. Выполнение процедуры

1. В случае применения электроотсоса ввести катетер, осторожно продвигая его вперед и вниз на 4-6 см через нижний носовой ход с помощью вращательных движений в местах сопротивления, подключить электроотсос и произвести прерывистую аспирацию в течение 5-15 с в зависимости от возраста пациента. Аспирация повторяется до полного удаления содержимого.

2. В случае проведения аспирации с помощью резинового баллона сжать его и ввести катетер в полость носа, затем разжать баллон. Опустить баллон в емкость с дезинфицирующим раствором и, сжав, удалить содержимое. Не разжимая поместить его в другую емкость с дезинфицирующим раствором и набрать жидкость. Содержимое баллона выпустить в первую емкость. При необходимости аспирацию продолжают, каждый раз освобождая и промывая баллон по вышеуказанной методике.

III. Окончание процедуры

1. Удалить катетер.

2. Оценить характер и объем аспирированного содержимого. По назначению врача отправить материал в микробиологическую лабораторию на посев.

3. Использованный катетер промыть и обеззаразить в емкости с дезинфицирующим раствором.

4. Провести дезинфекцию сосуда-сборника, изделий из пластмассы и резины, контактировавших с отсасывающей жидкостью. Снимать крышку с заполненного сосуда-сборника и опорожнять содержимое только в специально отведенном для этого помещении.

5. Вымыть руки и обработать антисептическим раствором руки в перчатках.

6. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

7. Отметить в медицинской документации время и частоту аспирации, характер содержимого, реакцию пациента. По назначению врача отправить материал в микробиологическую лабораторию на посев.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

При густом и вязком содержимом рекомендуется перед аспирацией уменьшить вязкость секрета путем проведения теплых щелочных ингаляций или ингаляций с протеолитическими ферментами.

Новорожденным с массой менее 1200 г аспирационный катетер в полость носа не вводят, так как узкие носовые ходы являются препятствием для введения катетера.

Достижимые результаты и их оценка

У пациента достигается восстановление проходимости дыхательных путей.

Параметры оценки и контроля качества выполнения методики

- Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.
- Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).
- Отсутствие осложнений, таких как гипоксемия, ателектазы, повреждения тканей, инфицирование, случайное выпадение катетера, аритмия.
- Удовлетворенность пациента качеством представленной медицинской услуги.

16. «Наложение согревающего компресса»

Требования по безопасности труда при выполнении услуги:

До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.

Обязательное использование перчаток во время процедуры

Инструментарий и расходные материалы

Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения:

- Ножницы
- Бинт (марля)
- Компрессная бумага
- Лоток
- Вата
- Спирт этиловый 45%

Лекарственные средства:

- Антисептическое средство для обработки рук
- Дезинфицирующее средство

Расходный материал:

- Мыло
- Горячая вода
- Перчатки нестерильные
- Салфетки, полотенце, пеленки

Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги

Алгоритм наложения согревающего компресса

I. Подготовка к процедуре.

I Представьтесь пациенту, объясните ход и цель процедуры. Убедитесь в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру постановки компресса.

2. Предложите или помогите пациенту занять удобное положение (выбор положения зависит от состояния пациента и места наложения компресса).

3. Обработайте руки гигиеническим способом, осушите.

4. Приготовьте бинт (разверните его), на него положите слой ваты, поверх ваты — компрессную бумагу, которая должна быть меньше ваты на 2 см.

5. Приготовьте салфетку, сложенную в 8 слоев (размер салфетки должен быть на 2 см меньше размера компрессной бумаги).

6. Смочите салфетку 45% раствором этилового спирта.

7. Положите смоченную салфетку поверх компрессной бумаги.

II. Выполнение процедуры.

1. Все слои компресса положите на назначенную область тела на определенное время.

2. Зафиксируйте компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии, чтобы он плотно прилегал к коже, не стесняя движений.

3. Известите пациента о времени проведения процедуры (до 6—8 ч).

4. Вымойте руки.

5. Через 1,5—2 ч после наложения компресса пальцем, не снимая повязки, проверьте степень влажности салфетки. Если салфетка влажная, укрепите компресс бинтом.

III. Окончания процедуры.

1. Снимите компресс через положенное время.

2. Вытрите кожу и наложите сухую повязку.

3. Вымойте руки.

4. Сделайте запись о выполненной процедуре и реакции пациента в медицинской документации.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

Детям до 4 лет для постановки компресса используйте растительное масло, детям старше 4 лет – 30% этиловый спирт

Достигаемые результаты и их оценка

Результат:

- Чувство тепла

Оценка

- Процедура выполнена правильно
- Процедура выполнена неправильно, лечебный эффект не достигнут
- Процедура выполнена неправильно в связи с несоблюдением времени постановки согревающего компресса

Параметры оценки и контроля качества выполнения методики

Пациент удовлетворен процедурой.

17. «Постановка горчичников»

Требования по безопасности труда при выполнении услуги:

До и после проведения процедуры необходимо вымыть руки

Материальные ресурсы

Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения:

- Горчичники.
- Емкость для использованных материалов - 1 шт.

Лекарственные средства:

- Антисептический раствор - 2 разовые дозы

Прочий расходный материал:

- Пеленка -1 шт.
- Часы - 1 шт.
- Салфетка - 1 шт.
- Емкость для воды - 1 шт.
- Жидкое мыло
- Диспансер с одноразовым полотенцем

Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги

Алгоритм постановки горчичников

I. Подготовка к процедуре:

1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Уточнить отсутствие аллергии на горчицу. В случае наличия аллергии - обратиться к врачу.
2. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).
3. Проверить срок годности горчичников.
4. Подготовить оснащение. Налить в лоток горячую (40-45°) воду.
5. Помочь пациенту лечь на живот (при постановке горчичников на спину) и принять удобную позу, голова пациента должна быть повернута на бок.

II. Выполнение процедуры:

1. Погрузить горчичник в воду, температура - 40-45°С.
2. Плотно приложить горчичник к коже стороной, покрытой горчицей.
3. Повторить пп. 2.1.-2.2., размещая нужное количество горчичников на коже.
4. Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом.

5. Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 3-5 минут.
6. Оставить горчичники на 10-15 минут, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице.

III. Окончание процедуры:

1. При появлении стойкой гиперемии (через 10-15 минут) снять горчичники и положить их в подготовленный лоток для использованных материалов.
2. Смочить салфетку в теплой воде и снять с кожи остатки горчицы.
3. Пеленкой промокнуть кожу пациента насухо. Помочь ему надеть нижнее белье, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели еще не менее 20-30 минут и в этот день не принимал ванну или душ.
4. Вымыть руки гигиеническим способом и осушить
5. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:

Необходимо следить за временем выполнения процедуры, так как при более длительном воздействии горчичников возможен химический ожог кожи с образованием пузырей. При повышенной чувствительности кожи пациента к горчице, горчичник прикладывают через тонкую ткань или бумагу

Достижимые результаты и их оценка

Результат:

- Гиперемия кожи, чувство жжения
- Отсутствие покраснения, нет чувства жжения
- Признаки химического ожога (появление на коже пузырей)

Оценка

- Процедура выполнена правильно
- Процедура выполнена неправильно, лечебный эффект не достигнут
- Процедура выполнена неправильно в связи с несоблюдением времени постановки горчичников

18.«Перевязки при нарушениях целостности кожных покровов»

Требования по безопасности труда при выполнении услуги:

До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.

Обязательное использование перчаток во время процедуры

Материальные ресурсы:

Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения:

- Перевязочный стол.
- Стол для инструментов и перевязочного материала.
- Зажим.
- Пинцет стерильный.
- Пинцет нестерильный.
- Шпатель стерильный.
- Шпатель нестерильный.
- Почкообразный лоток.
- Хирургические ножницы с одним острым концом.
- Ножницы Рихтера.
- Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
- Стул (для проведения перевязки в положении сидя).

Лекарственные средства:

- Перекись водорода 3 %.
- Раствор йода спиртовой 5 %.
- Раствор бриллиантового зеленого.
- Октенисепт.
- Спирт этиловый 70 %.
- Фурациллин.
- Клеол.
- Антисептик для обработки рук.

Прочий расходный материал:

- Бинты.
- Марлевые шарики.
- Стерильные большие марлевые салфетки.
- Стерильные средние марлевые салфетки.
- Пластырь.
- Пелёнка одноразовая.
- Перчатки нестерильные.
- Перчатки стерильные.
- Пластиковый пакет.
- Очки.
- Маска

Алгоритм проведения перевязки

I. Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру перевязки. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Подготовить все необходимое для перевязки.
- 4) Помочь пациенту раздеться или освободить повязку от одежды, предложить

принять удобное положение в постели, на перевязочном столе, стуле.

5) Надеть нестерильные перчатки.

II. Выполнение процедуры:

1) Снять фиксирующую повязку бережно и щадяще (пластырь или клеоловую салфетку, бинт) с помощью ножниц Рихтера.

2) Снять поочередно салфетки, прикрывающие рану, по направлению вдоль раны (при снятии повязки в поперечном направлении края раны расходятся, что затрудняет сращение, пациент ощущает боль). При снятии повязки для уменьшения неприятных ощущений кожу необходимо придерживать шариком на пинцете. Если повязка не снимается, можно попробовать удалить ее с помощью шарика на пинцете, смоченного раствором перекиси водорода.

3) Поместить использованный материал в емкость для дезинфекции или пластиковый пакет (при выполнении процедуры в палате).

4) Снять перчатки, положить их в емкость для отработанного материала для дезинфекции или пластиковый пакет.

5) Обработать руки антисептическим раствором, не высушивать, дождаться полного высыхания антисептика.

6) Надеть стерильные перчатки, взять стерильный пинцет.

7) Осмотреть рану и кожу вокруг нее. Обратит внимание на запах, характер отделяемого, состояние краев (слипшиеся, зияют), наличие симптомов воспаления (боль, отек, гиперемия).

8) Обработать окружающую рану кожу стерильными марлевыми шариками, меняя их после каждого движения, и перемещая тампон от наименее загрязненного участка к наиболее загрязненному и от центра кнаружи, вначале сухими, затем смоченными растворами антисептика (спирт этиловый 70 %), края раны смазывают 5 % раствором йода или 1 % раствором бриллиантового зеленого.

9) Удалить скопившийся экссудат (если есть), промокнув стерильными шариками или промыванием 3 % раствором перекиси водорода, после чего осушить рану сухими тампонами.

10) По назначению врача нанести на рану мазь с помощью шпателя или наложить салфетку, смоченную лекарственным препаратом.

11) Прикрыть рану стерильными салфетками с помощью пинцета не менее чем в три слоя.

12) Фиксировать салфетки полосками лейкопластыря, бинтом или клеевой повязкой.

III. Окончание процедуры:

1) Поместить использованные инструменты в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

2) Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Уточнить у пациента его самочувствие, сообщить пациенту о состоянии раны, проинструктировать его о дальнейших действиях.

5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:

Перевязка может быть проведена по медицинским показаниям у постели пациента. Для ее проведения используют передвижной манипуляционный столик. Манипуляции проводят с соблюдением правил асептики и антисептики.

В течение 15 – 20 мин после манипуляции необходимо наблюдать за состоянием повязки (фиксация, пропитывание отделяемым). При пропитывании повязки кровью сообщить врачу. При наличии признаков воспаления организовать вызов врача.

Возможно использовать современные препараты для удаления остатков перевязочного материала (хлоргексидинадиглюконат, Повидон-йод), фиксации повязки и лечения ран (специальные пленки, гидрогели, гидроколлоиды, атравматические сетчатые повязки, суперпоглотители, губчатые повязки, альгинатные повязки)

Достижимые результаты и их оценка

- Профилактика развития инфекции и осложнений
- Заживление раны в установленные сроки
- Заживление раны первичным натяжением.
- Ощущение комфорта у пациента.

19.Применение пузыря со льдом

№ п/п	Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды	
1	Установление контакта с пациентом	Собрать информацию о пациенте до встречи с ним
2		Доброжелательно и уважительно представиться пациенту
3		Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые
4		Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес
5	Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	
6	Получить согласие пациента на процедуру Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.	
7	Предложить или помочь пациенту занять удобное положение	
8	Подготовить необходимое	пузырь для льда
9		полотенце

10	оснащение	пеленка
11		лоток с кусочками льда
12		емкость с холодной водой
13		водный термометр
14		часы
15		емкость с дез.средством
16		антисептическое средство для обработки рук
17		МЫЛО
18		нестерильные перчатки
19	Вымыть руки гигиеническим способом и осушить	
20	<p>Открыть крышку пузыря, заполнить его до половины подготовленными в морозильной камере кусочками льда и залить их холодной водой (14-16°C).</p> <p>Замораживать воду, налитую в пузырь, в морозильной камере не следует, так как поверхность образовавшегося конгломерата льда велика и может возникнуть переохлаждение или отморожение участка тела.</p>	
21	Выпустить воздух сжатием верхней трети пузыря, завинтить плотно пробку	
22	Вытереть пузырь насухо, особенно тщательно - его горловину	
23	Убедиться в герметичности пузыря, опрокинув его пробкой вниз и сжав руками с двух сторон	
24	<p>Обернуть пузырь пленкой, сложенной вчетверо, и приложить его к назначенной области тела на определенное время или подвесить его над назначенной областью с помощью пленки на расстоянии 2-3 см (место применения пузыря со льдом и время назначаются врачом).</p> <p>Пузырь можно (по мере необходимости) держать длительное время, но через каждые 20 мин необходимо делать перерыв на 10-15 мин. Во время перерыва по мере таяния льда воду сливают, а кусочки льда добавляют. Общее время охлаждающего воздействия не должно превышать 2-х часов.</p>	
25	Убрать пузырь со льдом	
26	Помочь пациенту принять удобное положение	
27	Спросить пациента о самочувствии	
28	Окончание процедуры	Вымыть, осушить руки, надеть перчатки
29		Открыть крышку у пузыря, вылить воду
30		Продезинфицировать пузырь
31		Обмыть пузырь водой и высушить (хранить пузырь следует в сухом виде с открытой крышкой).
32		Снять перчатки, вымыть руки, осушить.
33	Сделать отметку в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента	

20. Применение грелки

I. Подготовка к процедуре	
1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	
3. Получить согласие пациента на процедуру	
4. Подготовить необходимое оснащение	
5. Вымыть и осушить руки	
II. Выполнение процедуры	
1. Налить в грелку на 2/3 ее объема приготовленную в кувшине воду, слегка сжать грелку у горловины, выпустить воздух и закрутить пробку	
2. Перевернуть грелку пробкой вниз, проверить, не выливается ли вода. Обернуть грелку пленкой	
3. Положить грелку на нужную область тела. При необходимости длительного применения грелки (по назначению врача) менять воду по мере остывания. Каждые 20 мин следует делать 15—20-минутный перерыв	
4. Снять грелку	
5. Осмотреть кожу пациента в области соприкосновения с грелкой	
5. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально	
III. Окончание процедуры	
1. Вылить воду из грелки. Проздезинфицировать грелку. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента	

21. Осуществление кормления пациента через назогастральный зонд

Перед проведением последующих кормлений нужно: проверить правильность положения зонда, аспирировать и осмотреть содержимое желудка; осмотреть кожу и слизистые оболочки носовых ходов; проверить качество фиксации зонда. При наличии в аспирационном содержимом крови и признаков нарушения эвакуации содержимого нельзя кормить пациента, следует вызвать врача. Также следует исключить признаки инфицирования и трофических нарушений, связанных с постановкой зонда, а в случае необходимости заменить пластырную повязку.

Алгоритмы
I. Подготовка к процедуре
1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры. Получить согласие
2. Подготовить оснащение
II. Выполнение процедуры
1. Придать пациенту положение, удобное для кормления (сидя, лежа, положение Фаулера). Прикрыть грудь салфеткой
2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки
3. Определить глубину, на которую должен быть введен зонд (можно измерить расстояние от губ до мочки уха и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы последнее отверстие зонда было ниже мечевидного отростка; либо от значения роста пациента отнять 100 см), поставить метку
4. Смочить зонд водой или обработать его глицерином
5. Ввести зонд через носовой ход на нужную глубину
6. Набрать 30-40 мл воздуха в шприц Жане и присоединить его к зонду. Ввести воздух в желудок под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные звуки)
7. Отсоединить шприц от зонда и наложить зажим. Свободный конец зонда поместить в лоток
8. Снять зажим с зонда, подсоединить воронку или шприц Жане без поршня и опустить до уровня желудка. Наклонить слегка воронку или шприц Жане и налить пищу, подогретую до 37—38 °С. Постепенно поднимать воронку до тех пор, пока пища не дойдет до устья воронки
9. Опустить воронку до первоначального уровня и ввести следующую порцию пищи
10. Введение нужного объема смеси проводить дробно, небольшими порциями по 30—50 мл, с интервалами 1—3 мин. После введения каждой порции пережимать дистальный участок зонда
11. Промыть зонд кипяченой водой или физиологическим раствором по окончании кормления. Наложить зажим на конец зонда, снять воронку. Обернуть конец зонда стерильной салфеткой или закрыть заглушку, если таковая имеется
12. Зафиксировать зонд до следующего кормления
13. Осмотреть постельное белье на случай замены. Помочь пациенту занять удобное положение

III. Окончание процедуры

1. Подвергнуть дезинфекции использованный инструментарий. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов (они подлежат последующей дезинфекции и утилизации). Вымыть и осушить руки

2. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента

22. Взятие материала из зева

Алгоритмы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес

2. Объяснить пациенту суть и ход предстоящей процедуры. *Примечание: перед забором материала в амбулаторных условиях или экстренно в стационаре выяснить, когда ел и пил пациент, так как материал берется натощак или не ранее чем через 2 ч после еды, питья, полоскания горла {прием пищи, питье, полоскание частично удаляют микрофлору}*

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры

4. Подготовить оснащение

5. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки, маску

II. Выполнение процедуры

1. Забор материала: зажечь спиртовку; попросить пациента слегка запрокинуть голову и широко открыть рот; взять в левую руку пробирку и шпатель; придавить шпателем корень языка книзу и впереди; правой рукой за пробку извлечь стерильный тампон из пробирки; осторожно, не касаясь слизистой оболочки "злости рта и языка, провести стерильным тампоном по дужкам, небным миндалинам, задней стенке глотки (при подозрении на дифтерию снять налет на границе пораженного участка); извлечь тампон из полости рта. Обжечь края пробирки над спиртовкой; поместить полученный материал в стерильную пробирку, не

2. Взятие мазков производить под визуальным контролем при достаточном освещении; на границе пораженного участка больше возбудителей

III/Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию использованного инструментария. Провести утилизацию одноразового инструментария. Вымыть и осушить руки

<p>2. Оформить направление в бактериологическую лабораторию; отправить материал в бактериологическую лабораторию не позднее чем через 2 ч от момента взятия пробы.</p> <p><i>Примечание: в экстренных случаях (при невозможности поставки материала сразу же в лабораторию — вечер-е время, выходные дни) пробы клинического материала хранят в холодильнике при температуре 8—10 °С, затем передают их в лабораторию</i></p>
<p>Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента</p>

23. Взятия материала из носа

<p>Алгоритмы</p>
<p>Подготовка к процедуре</p> <p>Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес. Объяснить пациенту суть и ход предстоящей процедуры. Получить его согласие на проведение процедуры</p>
<p>2. Подготовить оснащение</p>
<p>3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки, маску</p>
<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Забор материала: зажечь спиртовку; попросить пациента слегка запрокинуть голову; взять в левую руку пробирку; указательным пальцем левой руки приподнять кончик носа пациента; вращательными движениями, плотно прикасаясь к стенкам, ввести тампон сначала в один носовой ход, затем в другой, на глубину 1,5—2 см; извлечь тампон из полости носа; обжечь края пробирки над спиртовкой; поместить</p>
<p>III. Окончание процедуры</p> <p>1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией</p> <p>2. Подписать пробирки (правая/левая ноздря). Оформить направление в бактериологическую лабораторию; отправить материал в бактериологическую лабораторию не позднее чем через 2 ч от момента взятия пробы. <i>Примечание: в экстренных случаях (при невозможности доставки материала сразу же в лабораторию — вечернее время, выходные дни) пробы клинического материала хранят в холодильнике при температуре 8—10 °С, затем передают в лабораторию</i></p>

3. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента

24.Измерение артериального давления

Примечание. При первом визите пациента следует измерить ему давление на обеих руках, в дальнейшем — только на одной, отмечая, на какой именно. При выявлении устойчивой значительной асимметрии все последующие измерения проводить на руке с более высокими показателями. В противном случае измерения проводят, как правило, на «нерабочей руке».

Алгоритмы

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения процедуры
3. Получить согласие на процедуру

4. Предупредить пациента о процедуре за 15 мин до ее начала, если исследование проводится в плановом порядке
5. Подготовить необходимое оснащение

6. Вымыть и осушить руки

7. Соединить манометр с манжетой и проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы

8. Обработать мембрану фонендоскопа спиртом

II. Выполнение процедуры

1. Усадить или уложить пациента, обеспечив положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца. Наложить манжету на обнаженное плечо пациента на 2—3 см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты); закрепить манжету так, чтобы между ней и плечом помещались 2 пальца (или 1 палец у детей и взрослых с малым объемом руки).

Внимание! Не следует измерять АД на руке со стороны произведенной мастэктомии, на

2. Предложить пациенту правильно положить руку: в разогнутом положении ладонью вверх (если пациент сидит, попросить подложить под локоть сжатый кулак кисти свободной руки)

3. Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой впадины и слегка прижать к коже в этом месте (не прилагая усилий) мембрану фонендоскопа

4. Закрыть вентиль на «груше», повернув его вправо, и нагнетать в манжету воздух под контролем фонендоскопа до тех пор, пока давление в манжете (по показаниям манометра) не превысит на 30 мм рт.ст. тот уровень, при котором исчезла пульсация

5. Повернуть вентиль влево и начать выпускать воздух из манжеты со скоростью 2—3 мм рт.ст./с, сохраняя положение фонендоскопа. Одновременно выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показателями шкалы манометра
6. При появлении первых звуков (тоны Короткова) «отметить» на шкале манометра числа и запомнить их — они соответствуют показателям систолического давления
7. Продолжая выпускать воздух, отметить показатели диастолического давления, соответствующие ослаблению или полному исчезновению громких тонов Короткова. Продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15—20 мм рт.ст. относительно последнего тона
8. Округлить данные измерения до 0 или 5, зафиксировать результат в виде дроби (в числителе — систолическое давление; в знаменателе — диастолическое), например 120/75 мм рт.ст. Выпустить воздух из манжеты полностью. Повторить процедуру измерения артериального давления два-три раза с интервалом 2—3 мин. Зафиксировать средние показатели
9. Сообщить пациенту результат измерения. <i>Внимание! В интересах пациента не всегда сообщают достоверные данные, полученные при исследовании</i>
III. Окончание процедуры
1. Обработать мембрану фонендоскопа спиртом
2. Вымыть и осушить руки
3. Сделать запись, отразив в ней полученные результаты и реакцию пациента

25. Промывание желудка

Оснащение:

1. Толстый стерильный желудочный зонд диаметром 10-15 мм, длиной – 100-120 см с метками на расстоянии 45, 55, 65 см от слепого конца
2. Резиновая трубка длиной 70 см (для удлинения зонда) и стеклянная соединительная трубка диаметром не менее 8 мм
3. Воронка емкостью 1 л
4. Шприц Жанэ
5. Фонендоскоп
6. Тонометр
7. Шелковая нить
8. Емкость для промывных вод
9. Водный термометр
10. Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б
11. Жидкое вазелиновое масло или глицерин
12. Часы
13. Полотенце
14. Фартук клеенчатый для пациента и медицинского работника
15. Перчатки нестерильные
16. Ведро (с чистой водой комнатной температуры объемом 10 л)

17. Ковш

18. Стерильные марлевые салфетки

№ п/п	Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды	
2	Установление контакта с пациентом	Собрать информацию о пациенте до встречи с ним
3		Доброжелательно и уважительно представиться пациенту
4		Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые
5		Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес
6	Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	
7	Получить согласие пациента на процедуру (если он в сознании) Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется. При отсутствии согласия пациента уточнить дальнейшие действия у врача.	
8	Подготовить необходимое оснащение Если пациент находится в бессознательном состоянии, промывание проводится с использованием шприца Жанэ, или после предварительной интубации трахеи	
9	Усадить пациента на стул со спинкой или уложить на кушетку в положении на боку. Детей младшего возраста усадить на колени помощника	
10	Измерить АД, подсчитать пульс, если состояние пациента позволяет это сделать	
11	Снять зубные протезы у пациента (если они есть)	
12	Вымыть руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки, фартук	
13	Поставить таз к ногам пациента или к головному концу кушетки, если положение пациента лёжа	
14	Измерить шелковой нитью расстояние от резцов до пупка плюс ширина ладони пациента. Глубина введения зонда у ребенка определяется от переносицы до пупка или от мочки уха до кончика носа и до конца мечевидного отростка	
15	Перенести метку на зонд, начиная от закруглённого конца.	
16	Взять зонд в правую руку как "писчее перо" на расстоянии 10 см от закруглённого конца	
17	Встать сбоку от пациента.	
18	Предложить пациенту открыть рот, слегка запрокинуть голову назад. Ребенка младшего возраста зафиксировать. Для этого левую руку положить на лоб ребенка, правой рукой охватить его руки (выполняет помощник). Ноги ребенка удерживаются скрещенными ногами помощника. Предварительно, для лучшей фиксации, обернуть больного в пеленку или простыню. Надеть на пациента фартук. Конец фартука опустить в емкость для сбора промывных вод. Детям младшего возраста положить на грудь пеленку	
19	Смочить слепой конец зонда водой или глицерином	
20	Положить зонд на корень языка, попросить пациента сделать глотательное	

	движение одновременно с продвижением зонда
21	Наклонить голову пациента вперёд, вниз.
22	Медленно продвигать зонд вслед за глотательными движениями до метки, при этом попросить пациента глубоко дышать через нос
23	Убедиться, что зонд в желудке "воздушной пробой" (присоединить шприц Жанэ, ввести воздух, с помощью фонендоскопа прослушать появление булькающих звуков). Во время введения зонда ребенку обратить внимание на его состояние (отсутствие кашля и цианоза)
24	Продвинуть зонд на 7-10 см
25	Присоединить воронку к зонду
26	Опустить воронку ниже положения желудка пациента
27	Заполнить воронку водой больше половины, держа её наклонно. Для детей на первую порцию берется жидкость из расчета не более 15 мл/кг массы тела. При последующих введениях количество вводимой жидкости должно соответствовать количеству выведенных промывных вод
28	Медленно поднять воронку выше уровня желудка, так чтобы вода поступала из воронки в желудок
29	Как только вода достигнет устья воронки, быстро опустить воронку ниже уровня желудка, чтобы содержимое желудка наполнило воронку полностью Нельзя допускать полного перехода всей жидкости из шприца (воронки) в желудок, т к после жидкости насасывается воздух, что затрудняет в дальнейшем удаление содержимого желудка.
30	При необходимости слить содержимое для бактериологического исследования в стерильную пробирку, для химического исследования в емкость с притертой пробкой, а оставшуюся часть в емкость для сбора промывных вод. При подозрении на отравление, при пищевой токсикоинфекции, брать первую порцию промывных вод на исследование в стерильную ёмкость. При остром экзогенном отравлении в чистую емкость взять первую и последнюю порции промывных вод. Первую – для определения неизвестного яда, последнюю - для определения качества промывания желудка
31	Повторить промывание несколько раз до чистых промывных вод При наличии в промывных водах крови проведение процедуры остановить для коррекции последующих действий
32	Воронку снять, зонд извлечь через салфетку, смоченную дезинфицирующим средством
33	Поместить зонд, воронку в контейнер с дезинфицирующим средством, салфетку в контейнер. Промывные воды подвергнуть дезинфекции
34	Дать пациенту прополоскать рот, обтереть полотенцем вокруг рта
35	Уточнить у пациента о его самочувствии
36	Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б
37	Пациента проводить в палату, тепло укрыть, наблюдать за состоянием
38	Обработать руки гигиеническим способом, осушить
39	Отметить в листе назначений о выполненной процедуре.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:

- При отсутствии зонда начать промывание «стаканным методом»: предлагается выпить 6-8 стаканов воды и вызвать рвоту раздражением корня языка, если пациент в сознании. Однако, проводить промывание желудка «стаканным методом» не рекомендуется.
- Возможно промывание желудка тонким зондом (0,3-0,5 см), введённым интраназально, при этом в шприц Жане набирается вода в объёме 0,5 л, вводится в желудок и аспирируется обратно этим же шприцем.
- При промывании желудка ребенка необходимо выбрать диаметр зонда, соответствующий возрасту
- Ребенку раннего возраста открыть рот шпателем обернутым бинтом.
- С целью профилактики водно-солевых нарушений и развития отека головного мозга для процедуры следует использовать солевые растворы (изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера, гемодез, воду с добавлением поваренной соли), контролировать количество жидкости, введенной в желудок и выведенной из него.
- После процедуры очередное кормление ребенка следует пропустить.

26. Введение лекарственных средств с помощью клизмы

Оснащение: грушевидный баллон или шприц Жане, резиновый наконечник или катетер, шпатель, вазелин, лекарственный препарат 50-100 мл, туалетная бумага, перчатки, клеенка, пеленка, ширма.

Механизм действия: местное воздействие на слизистую оболочку прямой и сигмовидной кишки; резорбтивное действие на организм.

Алгоритмы
I. Подготовка к процедуре
1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра общается с пациентом впервые. <u>Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес</u>
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры
4. Сделать пациенту очистительную клизму за 20-30 мин до постановки лекарственной клизмы. <i>Примечание: при наличии противопоказаний к постановке очистительной клизмы провести процедуру после акта дефекации</i>
5. Подготовить оснащение. Поместить флакон с лекарственным препаратом в «водяную баню» и подогреть его до 38 °С
6. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки
II. Выполнение процедуры
1. Отгородить пациента ширмой, уложить его на левый бок, подстелить под ягодицы клеенку, а на нее — пеленку. <i>Примечание: при невозможности уложить пациента на левый бок процедуру разрешается проводить в положении «пациент лежит на спине»</i>
2. Смазать вазелином и ввести резиновый катетер (газоотводную трубку) в прямую кишку на 15—20 см. <i>Примечание: небольшие объемы лекарственных препаратов (20—50 мл) лучше вводить через катетер, так как в газоотводной трубке может остаться значительное количество препарата</i>
3. Набрать в шприц Жане (резиновый баллон) 50- 100 мл теплого раствора (по согласованию с врачом). Присоединить шприц Жане к катетеру и медленно ввести препарат
4. Отсоединить шприц, извлечь катетер из кишечника. Поместить использованные инструменты в лоток
5. Вытереть туалетной бумагой кожу в области анального отверстия в направлении спереди назад (у женщин)
5. Убрать клеенку, пеленку. Поместить их в мешок для использованного материала. Снять перчатки
7. Укрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение. Убрать ширму, если она использовалась. Напомнить пациенту, что лучше не вставать в течение часа
8. Через час спросить пациента, как он себя чувствует

<p>III. Окончание процедуры</p> <p>1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией</p> <p>2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента</p>

27. Катетеризация мочевого пузыря мужчины мягким катетером

Оснащение: стерильный одноразовый набор, при отсутствии такового — стерильные катетер, перчатки, салфетки (средние — 4 штуки, малые — 2 штуки), глицерин (вазелиновое масло), пинцеты - 2, лотки; подкладная клеенка и пеленка, антисептический раствор, емкость для сбора мочи, оснащение для подмывания.

Обязательное условие: процедура введения катетера проводится при строгом соблюдении асептики, так как слизистая оболочка мочевого пузыря обладает слабой сопротивляемостью к инфекции.

Алгоритмы	
I. Подготовка к процедуре	
I Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры. Если процедура проводится в палате, отгородить	
Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	
Подготовить оснащение	
Надеть перчатки. Подстелить под таз пациента впитывающую пеленку (или клеенку и пеленку).	
Помочь пациенту занять необходимое для процедуры положение: на спине с полусогнутыми разведенными ногами (поза «лягушачья нога»)	
Подмыть пациента. Снять перчатки и бросить их в непромокаемую емкость. Надеть стерильные перчатки	
Выполнение процедуры	
Встать справа от пациента, в левую руку взять стерильную салфетку, обернуть ею половой член ниже лотки	
Взять половой член между III и ГУ пальцами левой	
руки, сдавить слегка головку, I и II пальцами отодвинуть	
Смочить с помощью пинцета марлевый тампон в растворе фурацилина и обработать им наружное отверстие мочеиспускательного канала и головку полового на	
<i>замечание: уретра обрабатывается сверху вниз, головка полового члена — по часовой стрелке</i>	

4. Поместить пинцет и тампон в лоток для использованного инструментария. Взять вторым стерильным пинцетом катетер на расстоянии 5—7 см от клюва (клюв катетера опущен вниз), обвести наружный конец катетера над кистью и зажать между IV и V пальцами (катетер располагается над кистью в виде дуги)	
5. Обработать клюв катетера стерильным вазелиновым маслом	
6. Удерживая I—II пальцами левой руки головку полового члена, ввести в мочеиспускательный канал первые 4—5 см катетера	
7. Перехватить катетер пинцетом еще на 3—5 см от головки и медленно погружать его в мочеиспускательный канал на длину 19—20 см. Левая рука при этом опускает половой член, как бы насаживая его на катетер	
8. Опустить наружный конец катетера в емкость для сбора мочи	
9. Наблюдать за выделением мочи. Когда моча пойдет каплями, надавить левой рукой на переднюю брюшную стенку над лобком. После прекращения мочевыделения осторожно извлечь катетер	
10. Поместить катетер в лоток для использованного материала. Убрать пеленку и клеенку и поместить их в мешок для использованного материала. Мочу вылить в унитаз. Снять перчатки. Вымыть руки	
11. Помочь пациенту занять удобное положение. Накрыть его. Удостовериться, что он чувствует себя нормально. Убрать ширму, если она использовалась	
III. Окончание процедуры	
1. Провести дезинфекцию использованного инструментария (проконтролировать заполнение канала катетера раствором) с последующей утилизацией одноразовых предметов медицинского назначения. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента	

28. Катетеризация мочевого пузыря женщины мягким катетером

Оснащение: стерильный одноразовый набор для катетеризации мочевого пузыря, при отсутствии последнего - стерильные катетер, перчатки, салфетки (средние - 4 штуки, малые - 2 штуки), глицерин (вазелиновое масло), пинцеты - 2, подкладная клеенка и пеленка, лотки, антисептический раствор, емкость для сбора мочи, оснащение для подмывания.

Обязательное условие: процедура введения катетера проводится при строгособлюдении асептики, так как слизистая оболочка мочевого пузыря обладает слабой сопротивляемостью инфекции.

Алгоритмы	
<p>I. Подготовка к процедуре</p> <p>I. Собрать информацию о пациентке. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к ней обращаться. Объяснить пациентке цель и этапы проведения предстоящей процедуры. Получить ее согласие на проведение процедуры (если процедура проводится в палате, отгородить пациентку ширмой)</p>	
2. Подготовить оснащение	
3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки. Подстелить под таз пациентки впитывающую пеленку (или клеенку и пеленку)	
<p>4. Помочь пациентке занять необходимое для процедуры положение: на спине с полусогнутыми разведенными ногами (поза «лягушачья нога»).</p> <p><i>Примечание: для женщин, которые не способны развести бедра: сгибание ног обеспечивает достаточно хороший доступ к уретре</i></p>	
5. Подмыть пациентку	
б. Снять перчатки и бросить в непромокаемую емкость. Надеть стерильные перчатки	

<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Обложить стерильными салфетками вход во влагалище. Развести в стороны левой рукой (если вы правша) малые половые губы. Пинцетом в правой руке взять малую салфетку, смоченную раствором антисептика, и обработать ею вход в уретру движениями сверху вниз. При необходимости повторить процедуру. Поместить салфетку в лоток для использованного инструментария. Взять вторым пинцетом катетер (на расстоянии 5—6 см от бокового отверстия) как пишущее перо. Наружный конец катетера держать между ГУ и V пальцами</p>	
2. Обработать клюв катетера стерильным вазелиновым маслом	
<p>3. Развести I и II пальцами левой руки с помощью салфеток половые губы. Предложить пациентке сделать глубокий вдох и в этот момент ввести катетер в уретру на 3—4 см.</p> <p><i>Примечание: если вход в уретру определяется плохо, требуется консультация врача, так как вход в уретру может быть не виден вследствие атрофии влагалища, врожденной женской гипоспадии</i></p>	
4. Опустить наружный конец катетера в емкость для сбора мочи и продолжать вводить его в уретру до появления мочи	
5. Поместить пинцет в лоток для использованного материала	

<p>6. Наблюдать за выделением мочи. Когда моча пойдет каплями, надавить левой рукой на переднюю брюшную стенку над лобком, одновременно извлекая катетер. Поместить катетер в лоток для использованного материала</p>	
<p>7. Убрать пеленку и клеенку и поместить их в мешок для использованного материала. Вылить мочу в унитаз, замерив ее количество при необходимости. Снять перчатки и поместить их в лоток для использованного материала. Помочь пациентке занять удобное положение. Накрыть ее. Удостовериться, что она чувствует себя нормально. Убрать ширму, если она использовалась</p>	
<p>III. Окончание процедуры</p> <p>1. Провести дезинфекцию использованного инструментария (проконтролировать заполнение канала катетера раствором) с последующей утилизацией одноразовых инструментов. Вымыть и осушить руки</p>	
<p>2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции на нее пациентки</p>	

