

	Министерство здравоохранения Республики Татарстан ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж»
	Отдел основного профессионального образования
	Учебное пособие для выпускников по специальностям Сестринское дело, Лечебное дело, Акушерское дело

Хабибрахманова В.В., Шамина Н.А.

СБОРНИК АЛГОРИТМОВ ПРАКТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ

**ПЕРВИЧНАЯ АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
СРЕДНЕГО ЗВЕНА**

Сборник составлен на основании:

- **ГОСТ Р 52623.3-2015**
Технологии выполнения простых медицинских услуг.
Манипуляции сестринского ухода;
- **ГОСТ Р 52623.4-2015**
Технологии выполнения простых медицинских услуг
инвазивных вмешательств;
- **ГОСТ Р 52623.1-2008** **Технологии выполнения простых медицинских**
услуг функционального обследования

г. Набережные Челны, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РУК.....	4
ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ.....	5
НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЯХ.....	5
ИССЛЕДОВАНИЕ ПУЛЬСА	6
ПОДСЧЕТ ЧИСЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ.....	7
ТЕРМОМЕТРИЯ ОБЩАЯ.....	7
ИЗМЕРЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА.....	8
ИЗМЕРЕНИЕ РОСТА	9
РАСЧЁТ ИМТ ПО ФОРМУЛЕ КЕТЛЕ	9
ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА С ПОМОЩЬЮ КАРМАННОГО ИНГАЛЯТОРА.....	10
ВВЕДЕНИЕ КАПЕЛЬ В ГЛАЗА, НОС, УШИ.....	10
ВВЕДЕНИЕ МАЗИ В ГЛАЗА	13
НАБОР ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА В ШПРИЦ.....	13
ВНУТРИКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВ	15
ПОДКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВ И РАСТВОРОВ	16
ВНУТРИМЫШЕЧНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВ	18
ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ (СТРУЙНО, КАПЕЛЬНО)	19
ВВЕДЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КАТЕТЕРА В ВЕНУ ЛОКТЕВОГО СГИБА И ДР. ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕН (ВВЕДЕНИЕ ПВК)	23
УХОД ЗА СОСУДИСТЫМ КАТЕТЕРОМ (ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ).....	25
ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ПИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕНЫ С ПОМОЩЬЮ ВАКУУМНОЙ СИСТЕМЫ.....	26
ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ ЭКСПРЕСС-МЕТОДОМ.....	27
НАБОР ЗАДАННОЙ ДОЗЫ И ПОДКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА	29
ПОДКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА С ПОМОЩЬЮ ШПРИЦ-РУЧКИ	31
РАЗВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКА И НАБОР НАЗНАЧЕННОЙ ДОЗЫ.....	32
УХОД ЗА РЕСПИРАТОРНЫМ ТРАКТОМ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ (УДАЛЕНИЕ СОДЕРЖИМОГО ИЗ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ УСТРОЙСТВОМ ДЛЯ АСПИРАЦИИ).....	33
ПОСОБИЕ ПО СМЕНЕ ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ	35
ПОСОБИЕ ПО СМЕНЕ НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ.....	35
РАЗМЕЩЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО В ПОСТЕЛИ	36
ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА К ГОЛОВНОМУ КОНЦУ КРОВАТИ С ПОМОЩЬЮ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ПРОСТЫНИ (РУКАВА)	40
УХОД ЗА НАРУЖНЫМИ ПОЛОВЫМИ ОРГАНАМИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ.....	40
КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	41

СБОРНИК АГОРИТМОВ ПРАКТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ

УХОД ЗА ПОСТОЯННЫМ МОЧЕВЫМ КАТЕТЕРОМ.....	43
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ КОРМЛЕНИЯ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД	44
УХОД ЗА НАЗОГАСТРАЛЬНЫМ ЗОНДОМ	45
ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ ПРИ РВОТЕ	46
УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА БОЛЬНОГО	47
ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ВЗРОСЛОМУ ПАЦИЕНТУ	48
ПОСОБИЕ ПРИ СТОМАХ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА	49
ПОСТАНОВКА ГАЗООТВОДНОЙ ТРУБКИ.....	51
ПОСТАНОВКА ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ	52
ПОСТАНОВКА ГОРЧИЧНИКОВ	53
ПОСТАНОВКА СОГРЕВАЮЩЕГО КОМПРЕССА.....	53
ПОСТАНОВКА ГРЕЛКИ	54
ПОСТАНОВКА ПУЗЫРЯ СО ЛЬДОМ.....	55
ТЕХНИКА ВЗЯТИЯ СОДЕРЖИМОГО ЗЕВА, НОСА И НОСОГЛОТКИ.....	55

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РУК

Показания	<ul style="list-style-type: none"> – до контакта с пациентом, – после контакта с пациентом, – до чистых/асептических процедур, – после ситуации, связанной с риском контакта/контактом с биологическими жидкостями, – после контакта с предметами из окружения пациента, – после контакта «с собой»/средствами индивидуальной защиты.
Способы проведения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гигиеническое мытье рук мылом и водой применяют жидкое мыло с помощью дозатора. Вытирают руки одноразовым полотенцем (салфеткой). 2. Обработка рук кожным антисептиком путем втирания его в кожу кистей рук в количестве 3-5 мл. обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами.
Условия выполнения манипуляции	<p>Условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии, в течение 30 сек.</p>

ТЕХНИКА ОБРАБОТКИ РУК НА ГИГИЕНИЧЕСКОМ УРОВНЕ

Антисептическая обработка рук

Стандартная методика втирания согласно EN 1500



Стадия 1.
Ладонь к ладони, включая запястья.



Стадия 2.
Правая ладонь на левую тыльную сторону кисти и левую ладонь на правую тыльную сторону кисти.



Стадия 3.
Ладонь к ладони рук с перекрещенными пальцами.



Стадия 4.
Внешняя сторона пальцев на противоположной ладони с перекрещенными пальцами.



Стадия 5.
Кругообразное растирание левого большого пальца в закрытой ладони правой руки и наоборот.



Стадия 6.
Кругообразное втирание сомкнутых кончиков пальцев правой руки на левой ладони и наоборот.

Технология выполнения простых медицинских услуг

**ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЯХ**

Оснащение: прибор для измерения артериального давления, стетофонендоскоп, стул, антисептическое или салфетка с дезинфицирующим средством для обработки мембраны стетофонендоскопа, кожный антисептик.

!!! До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

<p>1. Подготовка к процедуре:</p>	<p>1.1 Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль. 1.2 Попросить пациента представиться. 1.3 Сверить ФИО пациента с медицинской документацией. 1.4 Сообщить пациенту о назначении врача «Вам назначено...» 1.5 Объяснить ход и цель процедуры. 1.6 Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. 1.7 Предложить или помочь пациенту занять удобное положение. 1.8 Проверить исправность прибора для измерения артериального давления в соответствии с инструкцией по его применению. 1.9 Обработать руки гигиеническим способом.</p>
<p>2. Выполнение процедуры:</p>	<p>2.1 Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца. 2.2 Наложить манжету прибора для измерения артериального давления на плечо пациента. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объемом руки - один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки. 2.3 Наложить два пальца левой руки на предплечье в месте прощупывания пульса. 2.4 Другой рукой закрыть вентиль груши прибора для измерения артериального давления. Постепенно произвести нагнетание воздуха грушей прибора для измерения артериального давления до исчезновения пульса. Этот уровень давления, зафиксированный на шкале прибора для измерения артериального давления, соответствует систолическому давлению. 2.5 Спустить воздух из манжеты прибора для измерения артериального давления и подготовить прибор для повторного накачивания воздуха. 2.6 Мембрану стетофонендоскопа поместить у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к коже, но не прилагая для этого усилий. 2.7 Повторно накачать манжету прибора для измерения артериального давления до уровня, превышающего полученный результат при пальцевом измерении по пульсу на 30 мм рт.ст. 2.8 Сохраняя положение стетофонендоскопа, начать спускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм рт.ст./с. При давлении более 200 мм рт.ст. допускается увеличение этого показателя до 4-5 мм рт.ст./с. 2.9 Запомнить по шкале на приборе для измерения артериального давления появление первого тона Короткова - это систолическое давление, значение которого должно совпадать с оценочным давлением,</p>

	<p>полученным пальпаторным путем по пульсу.</p> <p>2.10 Отметить по шкале на приборе для измерения артериального давления прекращение громкого последнего тона Короткова - это диастолическое давление. Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона.</p> <p>2.11 Снять манжету прибора для измерения артериального давления с руки пациента.</p>
3. Окончание процедуры:	<p>3.1 Сообщить пациенту результат измерения артериального давления.</p> <p>3.2 Обработать мембрану прибора для измерения артериального давления антисептическим или дезинфицирующим средством.</p> <p>3.3 Уточнить у пациента его самочувствие</p> <p>3.4 Обработать руки гигиеническим способом.</p> <p>3.5 Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию. Об изменении артериального давления у пациента сообщить врачу.</p>

ИССЛЕДОВАНИЕ ПУЛЬСА

Оснащение: часы с секундомером (электронный или другой, разрешенный к применению), кожный антисептик.

!!! До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

1. Подготовка к процедуре:	<p>1.1 Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль.</p> <p>1.2 Попросить пациента представиться.</p> <p>1.3 Сверить ФИО пациента с медицинской документацией.</p> <p>1.4 Сообщить пациенту о назначении врача «Вам назначено...»</p> <p>1.5 Объяснить ход и цель процедуры.</p> <p>1.6 Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру.</p> <p>1.7 Предложить или помочь пациенту занять удобное положение.</p> <p>1.8 Проверить исправность и точность часов с секундомером.</p> <p>1.9 Обработать руки гигиеническим уровнем.</p>
2. Выполнение процедуры:	<p>2.1 Поместить первый палец руки на тыльную сторону выше кисти пациента, а второй, третий и четвертый – по ходу лучевой артерии, начиная с основания первого пальца пациента.</p> <p>2.2 Прижать слегка артерию к лучевой кости и почувствовать ее пульсацию.</p> <p>2.3 Взять часы с секундомером.</p> <p>2.4 Провести подсчет пульсовых волн на артерии в течение 1-ой минуты.</p> <p>2.5 Определить интервалы между пульсовыми волнами (ритм пульса)</p> <p>2.6 Определить наполнение пульса (объем артериальной крови, образующей пульсовую волну).</p> <p>2.7 Прижать артерию сильнее, чем прежде, к лучевой кости и определить напряжение пульса.</p>
3. Окончание процедуры:	<p>3.1. Сообщить пациенту результат исследования пульса.</p> <p>3.2. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.3 Уточнить у пациента его самочувствие</p> <p>3.4 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.</p>

ПОДСЧЕТ ЧИСЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ

Оснащение: часы с секундомером (электронный или другой, разрешенный к применению), кожный антисептик.

!!! До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

1. Подготовка к процедуре:	1.1 Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль. 1.2 Попросить пациента представиться. 1.3 Сверить ФИО пациента с медицинской документацией. 1.4 Сообщить пациенту о назначении врача «Вам назначено...» 1.5 Объяснить ход и цель процедуры. 1.6 Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. 1.7 Предложить или помочь пациенту занять удобное положение. 1.8 Проверить исправность часов. 1.9 Обработать руки гигиеническим уровнем.
2. Выполнение процедуры:	2.1 Взять пациента за руку. 2.2 Положить руки (свою и пациента) на грудную клетку (у женщин) или эпигастральную область (у мужчин). 2.3 Подсчитать частоту дыхательных движений за 1 минуту.
3. Окончание процедуры:	3.1 Сообщить пациенту результат подсчета числа дыхательных движений. 3.2 Уточнить у пациента его самочувствие 3.3 Обработать руки гигиеническим уровнем. 3.4 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации.

ТЕРМОМЕТРИЯ ОБЩАЯ

Оснащение: термометр медицинский (ртутный, электронный или другой, разрешенный к применению), стул, дезинфицирующий раствор для обработки термометра, кожный антисептик.

!!! До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

1. Подготовка к процедуре:	1.1 Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль. 1.2 Попросить пациента представиться. 1.3 Сверить ФИО пациента с медицинской документацией. 1.4 Сообщить пациенту о назначении врача «Вам назначено...» 1.5 Объяснить ход и цель процедуры. 1.6 Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. 1.7 Предложить или помочь пациенту занять удобное положение. 1.8 Приготовить сухой чистый термометр: проверить его целостность, при необходимости протереть насухо чистой салфеткой. 1.9 Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 1.10 Резко стряхнуть ртутный термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар.
2. Выполнение процедуры:	2.1 Осмотреть подмышечную впадину, при необходимости вытереть насухо салфеткой или попросить пациента сделать это. 2.2 Расположить термометр в подмышечной области так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон плотно соприкасался с телом пациента

	(прижать плечо к грудной клетке). 2.3 Оставить термометр в подмышечной впадине не менее чем на 5 мин.
3. Окончание процедуры:	3.1 Извлечь термометр из подмышечной впадины, произвести считывание показаний термометра, держа его на уровне глаз. 3.2 Сообщить пациенту результаты измерения. 3.3 Встряхнуть термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар, поместить термометр в емкость для дезинфекции. 3.4 Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3.5 Уточнить у пациента его самочувствие 3.6 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

ИЗМЕРЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА

Оснащение: медицинские весы любой модификации, салфетка бумажная однократного применения, кожный антисептик.

!!! До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

1. Подготовка к процедуре:	1.1 Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль. 1.2 Попросить пациента представиться. 1.3 Сверить ФИО пациента с медицинской документацией. 1.4 Сообщить пациенту о назначении врача «Вам назначено...» 1.5 Объяснить ход и цель процедуры. 1.6 Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. 1.8 Проверить исправность и точность медицинских весов в соответствии с инструкцией по их применению. 1.9 Установить равновесие весов, закрыть затвор (для механических конструкций). 1.10 Постелить салфетку однократного применения на площадку весов. 1.11 Обработать руки гигиеническим способом.
2. Выполнение процедуры:	2.1 Предложить пациенту раздеться до нательного белья, разуться и осторожно встать (без обуви) на середину площадки весов. 2.2 Придерживать пациента за руку в момент вставания на измерительную панель весов и следить за его равновесием в процессе проведения измерения. 2.3 Открыть затвор весов (для механических конструкций), провести определение массы тела пациента (в соответствии с инструкцией по применению), закрыть затвор весов.
3. Окончание процедуры:	3.1 Сообщить пациенту результат исследования массы тела. 3.2 Помочь пациенту сойти с площадки весов, придерживая его за руку (при необходимости). 3.3 Уточнить у пациента его самочувствие 3.4 Убрать салфетку с площадки весов и поместить ее в емкость для отходов. 3.5 Обработать руки гигиеническим способом. 3.6 Записать результаты в медицинскую документацию.

ИЗМЕРЕНИЕ РОСТА

Оснащение: ростомер вертикальный (поверенный и допущенный к работе), салфетка бумажная однократного применения, кожный антисептик.

!!! До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

1. Подготовка к процедуре:	1.1 Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль, 1.2 Попросить пациента представиться. 1.3 Сверить ФИО пациента с медицинской документацией. 1.4 Сообщить пациенту о назначении врача «Вам назначено...» 1.5 Объяснить ход и цель процедуры. 1.6 Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. 1.7 Подготовить ростомер к работе в соответствии с инструкцией. 1.8 Положить салфетку на площадку ростомера (под ноги пациента) 1.9 Обработать руки гигиеническим способом. 1.10 Попросить пациента снять обувь и головной убор. 1.11 Поднять планку ростомера выше предполагаемого роста пациента.
2. Выполнение процедуры:	2.1 Попросить пациента встать на середину площадки ростомера так, чтобы он касался вертикальной планки ростомера пятками, ягодицами, межлопаточной областью и затылком. 2.2 Установить голову пациента так, чтобы кончик носа и мочка уха находились на одной горизонтальной линии. 2.3 Опустить планку ростомера на голову пациента. 2.4 Попросить пациента сойти с площадки ростомера (при необходимости - помочь сойти). 2.5 Определить на шкале рост пациента по нижнему краю планки.
3. Окончание процедуры:	3.1 Сообщить пациенту о результатах измерения. 3.2 Снять салфетку с площадки ростомера и поместить ее в емкость для отходов. 3.3 Уточнить у пациента его самочувствие. 3.4 Обработать руки гигиеническим способом. 3.5 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации.

РАСЧЁТ ИМТ ПО ФОРМУЛЕ КЕТЛЕ

Чтобы высчитать индекс массы тела, нужно вес в килограммах (m) разделить на рост в метрах, возведённый в квадрат (h²): **I = m / h²**

ИМТ	Соответствие между ростом и весом
Меньше 16	Выраженный дефицит массы тела, истощение
16-18,5	Недостаточная масса тела (дефицит)
18,5-24,9	Норма
25-29,9	Лишний вес, избыточная масса тела (предожирение)
30-34,9	Ожирение I степени
35-39,9	Ожирение II степени
Больше 40	Ожирение III степени (морбидное)

ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА С ПОМОЩЬЮ КАРМАННОГО ИНГАЛЯТОРА

Оснащение: лекарственные препараты для ингаляционного введения (по назначению врача), кожный антисептик, нестерильные перчатки, емкость для дезинфекции использованного оснащения.

!!! До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

1. Подготовка к процедуре:	<p>1.1 Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль.</p> <p>1.2 Попросить пациента представиться.</p> <p>1.3 Сверить ФИО пациента с медицинской документацией.</p> <p>1.4 Сообщить пациенту о назначении врача «Вам назначено...»</p> <p>1.5 Объяснить ход и цель процедуры.</p> <p>1.6 Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру.</p> <p>1.7 Предложить или помочь пациенту занять удобное положение.</p> <p>1.8 Сверить упаковку с лекарственным препаратом с назначением врача.</p> <p>1.9 Проверить дозировку лекарственного препарата.</p> <p>1.10 Проверить срок годности лекарственного препарата.</p> <p>1.11 Проверить внешний вид баллончика с лекарственным препаратом.</p> <p>1.10 Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.11 Надеть перчатки.</p>
2. Выполнение процедуры:	<p>2.1 Продемонстрировать пациенту выполнение процедуры, используя ингаляционный баллончик без лекарственного вещества.</p> <p>2.2. Снять с баллончика ингалятора защитный колпачок.</p> <p>2.3. Перевернуть баллончик вверх дном, встряхнуть.</p> <p>2.4. Попросить пациента сделать глубокий выдох.</p> <p>2.5. Попросить пациента сделать глубокий вдох через рот, вставить мундштук ингалятора пациенту в рот, чтобы тот мог плотно обхватить его губами, голова пациента при этом запрокинута слегка назад, и одновременно нажать на баллончик.</p> <p>2.6. Извлечь мундштук изо рта; рекомендовать пациенту задержать дыхание на 5 – 10 сек.</p>
3. Окончание процедуры:	<p>3.1 Уточнить у пациента его самочувствие</p> <p>3.2 Снять перчатки и поместить их в емкость для их дезинфекции.</p> <p>3.3 Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.4 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации.</p>

ВВЕДЕНИЕ КАПЕЛЬ В ГЛАЗА, НОС, УШИ

Оснащение: кожный антисептик, емкость для дезинфекции инструментария, емкость для дезинфекции перчаток, емкость для отходов, водяная баня, пипетки, шарики марлевые, перчатки чистые (нестерильные).

!!! До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

АЛГОРИТМ ВВЕДЕНИЯ КАПЕЛЬ В ГЛАЗА

1. Подготовка к процедуре:	<p>1.1 Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль.</p>
-----------------------------------	--

	<p>1.2 Попросить пациента представиться. 1.3 Сверить ФИО пациента с медицинской документацией. 1.4 Сообщить пациенту о назначении врача «Вам назначено...» 1.5 Объяснить ход и цель процедуры. 1.6 Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. 1.7 Предложить или помочь пациенту занять удобное положение. 1.8 Приготовить все необходимое для выполнения процедуры; внимательно прочесть назначения врача: наименование лекарственного препарата и его концентрацию, дозу и способ введения, кратность введения, срок годности препарата. 1.9. Хранящиеся в холодильнике капли предварительно согреть до комнатной температуры. 1.10 Обработать руки гигиеническим уровнем. 1.11 Надеть перчатки.</p>
<p>2. Выполнение процедуры:</p>	<p>2.1. Набрать в пипетку нужное количество лекарственного вещества, взять в левую руку марлевый шарик. 2.2. Попросить пациента слегка запрокинуть голову назад и посмотреть вверх. 2.3 Оттянуть нижнее веко ватным шариком. 2.4. Держа пипетку под углом 45⁰, на расстоянии 1-2 см от глазного яблока, закапать в конъюнктивальную складку 1-2 капли. 2.5. Попросить пациента закрыть глаз. 2.6. Промокнуть остатки лекарственного вещества у внутреннего угла глаза. 2.7 Повторить действия, указанные в п.п. 2.1 – 2.6, если необходимо закапать лекарственное вещество в другой глаз.</p>
<p>3. Окончание процедуры:</p>	<p>3.1. Пипетки поместить в емкость для дезинфекции инструментария. 3.2. Использованные ватные шарики поместить в емкость для отходов. 3.3 Уточнить у пациента его самочувствие 3.4 Снять перчатки и поместить их в емкость для их дезинфекции. 3.5 Обработать руки гигиеническим уровнем. 3.6 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации.</p>

АЛГОРИТМ ВВЕДЕНИЯ КАПЕЛЬ В НОС

<p>1. Подготовка к процедуре:</p>	<p>1.1 Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль. 1.2 Попросить пациента представиться. 1.3 Сверить ФИО пациента с медицинской документацией. 1.4 Сообщить пациенту о назначении врача «Вам назначено...» 1.5 Объяснить ход и цель процедуры. 1.6 Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. 1.7 Предложить или помочь пациенту занять удобное положение. 1.8 Приготовить все необходимое для выполнения процедуры; внимательно прочесть назначения врача: наименование лекарственного препарата и его концентрацию, дозу и способ введения, кратность введения, срок годности препарата. 1.9. Хранящиеся в холодильнике капли предварительно согреть до комнатной температуры.</p>
--	--

	<p>1.10 Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.11 Надеть перчатки.</p>
2. Выполнение процедуры:	<p>2.1 Набрать в пипетку нужное количество лекарственного вещества.</p> <p>2.2 Попросить пациента наклонить голову в левую сторону.</p> <p>2.3 Приподнять кончик носа и закапать в левую половину носа назначенное врачом количество капель (для сосудосуживающего действия достаточно 3-4 капли, масляные растворы вводятся в количестве 5-6 капель).</p> <p>2.4 Попросить пациента прижать пальцами левое крыло носа к перегородке и сделать легкие вращательные движения.</p> <p>2.5 Повторить действия, указанные в п.п. 2.1 – 2.4, в правую половину носа.</p>
3. Окончание процедуры:	<p>3.1 Пипетки поместить в емкость для дезинфекции инструментария.</p> <p>3.2 Уточнить у пациента его самочувствие</p> <p>3.3 Снять перчатки и поместить их в емкость для их дезинфекции.</p> <p>3.4 Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.5 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации.</p>

АЛГОРИТМ ВВЕДЕНИЯ КАПЕЛЬ В УШИ

1. Подготовка к процедуре:	<p>1.1 Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль.</p> <p>1.2 Попросить пациента представиться.</p> <p>1.3 Сверить ФИО пациента с медицинской документацией.</p> <p>1.4 Сообщить пациенту о назначении врача «Вам назначено...»</p> <p>1.5 Объяснить ход и цель процедуры.</p> <p>1.6 Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру.</p> <p>1.7 Предложить или помочь пациенту занять удобное положение.</p> <p>1.8 Приготовить все необходимое для выполнения процедуры; внимательно прочесть назначения врача: наименование лекарственного препарата и его концентрацию, дозу и способ введения, кратность введения, срок годности препарата.</p> <p>1.9. Хранящиеся в холодильнике капли предварительно согреть до комнатной температуры.</p> <p>1.10 Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.11 Надеть перчатки.</p>
2. Выполнение процедуры:	<p>2.1. Набрать в пипетку нужное количество лекарственного вещества.</p> <p>2.2. Оттянуть ушную раковину назад и вверх.</p> <p>2.3. Закапать в левое ухо, назначенное врачом, количество капель (обычно 6-8).</p> <p>2.4. Попросить пациента полежать на боку 10 – 15 мин.</p> <p>2.5. Повторить действия, указанные в п.п. 2.1 – 2.4, если необходимо закапать лекарственное вещество в другое ухо.</p>
3. Окончание процедуры:	<p>3.1. Пипетки поместить в емкость для дезинфекции инструментария.</p> <p>3.2 Уточнить у пациента его самочувствие</p> <p>3.3 Снять перчатки и поместить их в емкость для их дезинфекции.</p> <p>3.4 Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.5 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации.</p>

ВВЕДЕНИЕ МАЗИ В ГЛАЗА

Оснащение: стеклянная лопаточка, шарики марлевые, ватные/марлевые турунды, перчатки чистые (нестерильные), кожный антисептик, мазь, емкость для дезинфекции использованного оснащения.

!!! До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

<p>1. Подготовка к процедуре:</p>	<p>1.1 Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль. 1.2 Попросить пациента представиться. 1.3 Сверить ФИО пациента с медицинской документацией. 1.4 Сообщить пациенту о назначении врача «Вам назначено...» 1.5 Объяснить ход и цель процедуры. 1.6 Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. 1.7 Предложить или помочь пациенту занять удобное положение. 1.8 Приготовить все необходимое для выполнения процедуры; внимательно прочесть назначения врача: наименование лекарственного препарата и его концентрацию, дозу и способ введения, кратность введения, срок годности препарата. 1.9. Хранящиеся в холодильнике мази предварительно согреть до комнатной температуры. 1.10 Обработать руки гигиеническим уровнем. 1.11 Надеть перчатки.</p>
<p>2. Выполнение процедуры:</p>	<p>2.1 Выдавить необходимое количество мази из тюбика на стеклянную лопаточку. 2.2 Попросить пациента слегка запрокинуть голову назад и посмотреть вверх 2.3 Оттянуть нижнее веко марлевым шариком. 2.4 Заложить мазь стеклянной лопаточкой за нижнее веко в направлении от внутреннего угла глаза к наружному. 2.5 Попросить пациента закрыть глаза. 2.6 Промокнуть остатки мази у внутреннего угла глаза. 2.7 Повторить действия, указанные в п.п. 2.1 – 2.6, если необходимо заложить мазь в другой глаз.</p>
<p>3. Окончание процедуры:</p>	<p>3.1. Удалить остатки мази на стеклянных лопаточках марлевыми шариками. 3.2. И использованные марлевые шарики утилизировать, стеклянные лопаточки поместить в емкость для обработки инструментария. 3.3 Уточнить у пациента его самочувствие 3.4 Снять перчатки и поместить их в емкость для их дезинфекции. 3.5 Обработать руки гигиеническим уровнем. 3.6 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации.</p>

НАБОР ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА В ШПРИЦ

<p>1</p>	<p>Требования по безопасности труда при выполнении услуги</p>	<p>До проведения процедуры и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором. Процедура выполняется в перчатках</p>
-----------------	--	---

2	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Манипуляционный стол – 1 шт. Шприц (необходимого объема, для определенного вида инъекции) – 1 шт. Игла инъекционная Лоток – 1 шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
3	Лекарственные средства	Антисептик для обработки кожи и рук. Лекарственные препараты по назначению (в ампулах, флаконах).
4	Прочий расходный материал	Марлевая салфетка или шарик – 5 шт. (желательно патентованные, в стерильной упаковке). Пилка – 1 шт.
5	<p align="center"><u>Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать руки с использованием кожного антисептика. 2. Прочитать на упаковке и ампуле название лекарственного препарата, дозировку, срок годности; убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка. 3. Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части. 4. Обработать салфеткой или шариком, смоченным спиртом, суженную часть ампулы, шарик поместить под мизинец. 5. Надпилить пилкой ампулу в средней трети узкой части и шариком, извлеченным из-под мизинца, обломить надпиленную часть. 6. Взять ампулу между указательным и средним пальцами, перевернув дном вверх. Ввести в нее иглу и набрать необходимое количество лекарственного препарата. Ампулы, имеющие широкое отверстие не переворачивать. Следить, чтобы при наборе лекарственного препарата игла все время находилась в растворе: в этом случае исключается попадание воздуха в шприц 7. Поменять иглу. 8. Вытеснить, не снимая колпачок, воздух из шприца. Шприц при этом следует держать вертикально на уровне глаз. Не выталкивать лекарственный препарат в воздух помещения, это опасно для здоровья. 9. Поместить в лоток шприц с набранным препаратом в упаковке. 	
6	<p align="center"><u>Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать руки с использованием кожного антисептика. 2. Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности, убедиться в прозрачности раствора. 3. Спиртовым шариком обработать металлическую поверхность пробки, отогнуть ее центральную часть дежурным пинцетом (ножницами). Протереть резиновую пробку спиртовым шариком/салфеткой. 4. Набрать в шприц объем воздуха, равный необходимому объему лекарственного препарата. 5. Ввести иглу под углом 90°. 6. Ввести воздух во флакон, перевернуть его вверх дном, слегка оттягивая поршень, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата из флакона. 7. Извлечь иглу из флакона. 8. Сменить иглу и вытеснить воздух в колпачок. 9. Поместить в лоток шприц с набранным препаратом в упаковке. 10. Вскрытый (многодозовый) флакон хранить не более 6 часов. 	
7	<p align="center"><u>Заполнение устройства (системы) для вливаний инфузионных растворов</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать руки с использованием кожного антисептика. 2. Проверить срок годности устройства и герметичность пакета. 	

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности, убедиться в прозрачности раствора. 4. Спиртовым шариком обработать металлическую поверхность пробки, отогнуть ее центральную часть дежурным пинцетом (ножницами). Протереть резиновую пробку спиртовым шариком/салфеткой. 5. Вскрыть упаковочный пакет и извлечь устройство на лоток (все действия производятся на рабочем столе). 6. Снять колпачок с иглы воздуховода (короткая игла с короткой трубочкой, закрытой фильтром), ввести иглу до упора в пробку флакона, свободный конец воздуховода закрепить на флаконе (пластырем, аптечной резинкой). 7. В некоторых системах отверстие воздуховода находится непосредственно над капельницей. В этом случае нужно только открыть заглушку, закрывающую это отверстие. 8. Закрывать винтовой зажим, снять колпачок с иглы на коротком конце устройства, ввести эту иглу до упора в пробку флакона. 9. Перевернуть флакон и закрепить его на штативе. 10. Повернуть капельницу в горизонтальное положение, открыть винтовой зажим: медленно заполнить капельницу до половины объема. 11. Если устройство снабжено мягкой капельницей, и она соединена жестко с иглой для флакона, необходимо одновременно с двух сторон сдавить ее пальцами и жидкость заполнит капельницу (до половины). 12. Закрывать винтовой зажим и вернуть капельницу в исходное положение, при этом фильтр должен быть полностью погружен в лекарственный препарат, предназначенный для вливания. 13. Открыть винтовой зажим и медленно заполнить длинную трубку системы до полного вытеснения воздуха и появления капель из иглы для инъекций. Капли лекарственного препарата лучше сливать в раковину под струю воды во избежание загрязнения окружающей среды. 14. Убедиться в отсутствии пузырьков воздуха в длинной трубке устройства (устройство заполнено). 15. Положить в стерильный лоток или упаковочный пакет иглу для инъекции, закрытую колпачком, спиртовые салфетки/шарики, стерильную салфетку. 16. Приготовить 2 полоски узкого лейкопластыря, шириной 1см, длиной 4-5см.
--	---

ВНУТРИКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВ

1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	<p>До проведения процедуры и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором.</p> <p>Использование непрокальваемого контейнера для использованных игл</p> <p>Процедура выполняется в перчатках</p>
2	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	<p>Манипуляционный столик – 1шт.</p> <p>Кушетка – 1шт.</p> <p>Непрокальваемый контейнер – 2шт.</p> <p>Емкость для дезинфекции – 2шт.</p> <p>Шприцы одноразовые (по количеству назначенных препаратов).</p> <p>Лоток – 2шт.</p> <p>Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара</p>
3	Лекарственные средства	<p>Антисептик для обработки рук.</p> <p>Лекарственные препараты по назначению (в ампулах,</p>

		флаконах)
4	Прочий расходный материал	Марлевая салфетка или ватный шарик – 3 шт. (желательно патентованные, в стерильной упаковке)
5	<p align="center">Алгоритм выполнения внутрикожного введения лекарств</p> <p>1 <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача.</p> <p>1.2. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).</p> <p>1.3. Подготовить шприц.</p> <p>1.4. Набрать лекарственный препарат в шприц, сменить иглу, вытеснить воздух.</p> <p>1.5. Предложить/помочь занять пациенту удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента и от вводимого препарата.</p> <p>1.6. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой инъекции во избежание возможных осложнений.</p> <p>1.7. Надеть перчатки.</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>1.1. Обработать место инъекции двумя шариками, смоченными антисептиком, в одном направлении. Дать коже высохнуть.</p> <p>1.2. Поместить одну руку на предплечье пациента. Слегка натянуть кожу на передней поверхности.</p> <p>1.3. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем, игла срезом вверх.</p> <p>1.4. Ввести иглу со шприцем под углом 5° (параллельно коже) внутрь кожи на глубину среза иглы.</p> <p>2.5. Медленно ввести лекарственный препарат в кожу до появления папулы, свидетельствующей о попадании раствора в дерму.</p> <p>3 <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Убрать излишки препарата с кожи шариком, папулу не прижимать!</p> <p>3.2. Утилизировать шприц и использованный материал.</p> <p>3.3. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.</p> <p>3.4. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).</p> <p>3.5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.</p>	
6	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:</p> <p>При проведении инъекции в кожу (дерму) необходимо выбирать место для инъекции, где нет рубцов, болезненности при прикосновении, кожного зуда, воспаления, затвердения. Через 15-30 минут после инъекции обязательно узнать у пациента о его самочувствии и о реакции на введенное лекарство (выявление осложнений и аллергических реакций). После процедуры место инъекции не массировать салфеткой. Внутрикожные инъекции детям выполняют в среднюю треть внутренней поверхности предплечья, верхнюю треть наружной поверхности плеча</p>	

ПОДКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВ И РАСТВОРОВ

1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения процедуры и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором. Процедура выполняется в перчатках
2	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Манипуляционный столик – 1шт. Кушетка – 1шт. Шприцы одноразовые (по количеству назначенных препаратов).

		<p>Лоток – 2шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара Непрокальываемый контейнер – 2шт. Емкость для дезинфекции – 2шт.</p>
3	Лекарственные средства	<p>Антисептик для обработки кожи и рук. Лекарственные препараты по назначению (в ампулах, флаконах)</p>
4	Прочий расходный материал	<p>Марлевая салфетка или шарик – 3шт. (желательно патентованные, в стерильной упаковке)</p>
5	<p>Алгоритм выполнения подкожного введения лекарств</p>	
	<p>1 <u>Подготовка к процедуре:</u> 1.1. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача. 1.2. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика). 2.3. Подготовить шприц. 2.4. Набрать лекарственный препарат в шприц, сменить иглу, вытеснить воздух. 2.5. Предложить/помочь занять пациенту удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента и от вводимого препарата. 2.6. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой инъекции во избежание возможных осложнений. 2.7. Надеть перчатки. 2 <u>Выполнение процедуры:</u> 2.1. Осмотреть, пропальпировать место предполагаемой инъекции. Обработать место инъекции двумя шариками, смоченными антисептиком, в одном направлении. 2.2. Снять колпачок со шприца, совместить срез иглы с линией шкалы. 2.2. Собрать одной рукой кожу в складку треугольной формы основанием вниз. 2.3. Придерживая канюлю иглы указательным пальцем, поднести шприц под углом 45⁰ к основанию складки и ввести иглу быстрым движением на 2/3 ее длины. 2.5. Отпустить складку, освободившейся рукой потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не в сосуде. 2.6. Медленно ввести лекарственный препарат в подкожную жировую клетчатку. 3 <u>Окончание процедуры:</u> 3.1. Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с кожным антисептиком или сухую салфетку. 3.2. Утилизировать шприц и использованный материал. 3.3. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 3.4. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика). 3.5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.</p>	
6	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики: <u>Введение масляных растворов:</u> – ампулу с масляным раствором предварительно подогреть на водяной бане до температуры 38⁰С; – перед введением масляного раствора обязательно потянуть поршень на себя с целью профилактики масляной эмболии; – после инъекции приложить грелку для лучшего рассасывания лекарства. <u>Введение гепарина (антикоагулянт прямого действия)</u> – перед набором убедиться в дозировке (возможно 5000ЕД, 10000Е, или 20000ЕД в 1мл); – вводить подкожно в области передней брюшной стенки (редко внутримышечно или внутривенно);</p>	

- при подкожном введении гепарина необходимо держать иглу под углом 90^0 , не производить аспирации на кровь, не массировать место укола после инъекции;
- следить за состоянием пациента (цвет слюны, мочи, кала) – при передозировке возможно кровотечение.

Введение инсулина (снижает сахар крови)

- дозируется в единицах действия (100ЕД в 1мл), вводится при помощи специального шприца;
- набирать в шприц инсулина на 1-2 деления больше, чтобы компенсировать его потерю при вытеснении воздуха;
- предварительно подбирать место введения, т.к. возможно образование уплотнений, рубцов, дефектов подкожной клетчатки (липодистрофия);
- исключить контакт инсулина со спиртом, снижающим его активность;
- инъекцию выполнять в строго назначенное время, за 30 минут до приема пищи.
- Первые признаки передозировки (гипогликемического состояния) - раздражительность, потливость, чувство голода.

ВНУТРИМЫШЕЧНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВ

1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения процедуры и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором. Использование непрокальваемого контейнера для использованных игл Процедура выполняется в перчатках
2	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Манипуляционный столик – 1шт. Кушетка – 1шт. Непрокальваемый контейнер – 2шт. Емкость для дезинфекции – 2шт. Шприцы одноразовые (по количеству назначенных препаратов). Лоток – 2шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
3	Лекарственные средства	Антисептик для обработки рук. Лекарственные препараты по назначению (в ампулах, флаконах)
4	Прочий расходуемый материал	Марлевая салфетка или ватный шарик – 3 шт. (желательно патентованные, в стерильной упаковке)
5	<p align="center">Алгоритм выполнения внутримышечного введения лекарств</p> <p>1 Подготовка к процедуре:</p> <p>1.1. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача.</p> <p>1.2. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).</p> <p>1.3. Подготовить шприц.</p> <p>1.4. Набрать лекарственный препарат в шприц.</p> <p>1.5. Предложить/помочь занять пациенту удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента и от вводимого препарата.</p> <p>1.6. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой инъекции (верхне-наружный квадрант ягодицы) во избежание возможных осложнений.</p> <p>1.7. Надеть перчатки.</p> <p>2. Выполнение процедуры:</p>	

<p>2.1. Обработать место инъекции антисептиком в одном направлении.</p> <p>2.2. Туго натянуть кожу большим и указательным пальцами одной руки (у ребенка и пожилого, истонченного человека захватить мышцу в складку), что увеличит массу мышцы и облегчит введение иглы.</p> <p>2.3. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы мизинцем.</p> <p>2.4. Ввести иглу быстрым движением под углом 90⁰ в кожу на 2/3 ее длины.</p> <p>2.5. Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не в сосуде.</p> <p>2.6. Медленно ввести лекарственный препарат в мышцу.</p> <p>3 <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик.</p> <p>3.2. Утилизировать шприц и использованный материал.</p> <p>3.3. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.</p> <p>3.4. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).</p> <p>3.5. Сделать запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.</p>

**ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
(СТРУЙНО, КАПЕЛЬНО)**

1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения процедуры и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором. Использование непрокальваемого контейнера для использованных игл Процедура выполняется в перчатках
2	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Кушетка – 1 шт. Стул – 1 шт. Манипуляционный столик – 1 шт. Лоток почкообразный стерильный – 1 шт. Лоток нестерильный – 1 шт. Жгут венозный – 1 шт. Пинцет анатомический стерильный – 1 шт. Пинцет анатомический нестерильный – 1 шт. Ножницы – 1 шт. Шприц инъекционный однократного применения 10,0-20,0мл – 1 шт. Система для внутривенного капельного вливания однократного применения – 1 шт. Игла инъекционная/внутривенный катетер/игла-«бабочка» - 1 шт. Стилет для ПВК. Контейнер для дезинфекции использованного материала – 3 шт. Непрокальваемый контейнер для транспортировки использованных шприцев, непромокаемый пакет (в условиях «скорой медицинской помощи») – 1 шт. Стойка-штатив для системы внутривенного капельного вливания – 1 шт. Перчатки нестерильные – 1 пара
3	Лекарственные средства	Антисептик для обработки рук. Лекарственные препараты по назначению (в ампулах, флаконах). 0,9% раствор натрия хлорида 10мл (ампула)
4	Прочий расходный материал	Жидкое мыло с дозатором – 1 шт. Диспенсер с одноразовым полотенцем

		<p>Подушка клеенчатая – 1 шт. Салфетка – 1 шт. Маска – 1 шт. Салфетки марлевые стерильные – 2 шт. Салфетки марлевые (ватные шарики) – 4-5 шт. Дезинфицирующие средства (согласно инструкции по применению от производителя). Бинт – 2-3 полоски или самоклеющаяся полунепроницаемая повязка для фиксации иглы/катетера в вене</p>
<p>5</p>	<p>Внутривенное введение лекарственных препаратов выполняется в периферические вены (вены локтевого сгиба, тыла кисти, запястий, стопы), а также в центральные вены. Внутривенное введение лекарственных препаратов детям до одного года выполняется в височные вены головы.</p> <p align="center">Алгоритм выполнения внутривенного введения лекарственных средств (СТРУЙНО)</p> <p>1 <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача. 1.2. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика). 1.3. Подготовить шприц. 1.4. Набрать лекарственный препарат в шприц. 1.5. Предложить/помочь занять пациенту удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента и от вводимого препарата (если у пациента приступ бронхиальной астмы, то удобное для него положение – «сидя», гипотензивные препараты следует вводить в положении «лежа», т.к. при резком снижении давления может возникнуть головокружение или потеря сознания). 1.6. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой венепункции во избежание возможных осложнений. При выполнении венепункции в область локтевой ямки – предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушку или валик. 1.7. Наложить жгут (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался, и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее. 1.8. Надеть перчатки.</p> <p>2 <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Обработать место венепункции салфеткой/ватным шариком с кожным антисептиком в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. 2.2. Если рука пациента сильно загрязнена, использовать шариков с антисептиком столько, сколько необходимо. 2.3. Взять шприц, фиксируя канюлю иглы указательным пальцем. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху. 2.4. Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену ощущается «попадание в пустоту». 2.6. Убедиться, что игла в вене: потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь. 2.7. Развязать/ослабить жгут и попросить пациента разжать кулак. 2.8. Вновь потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь.</p> <p>Нажать на поршень, не меняя положение шприца и медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце несколько</p>	

	<p>миллилитров раствора. Количество миллилитров, оставляемых в шприце, должно быть достаточным для безопасного введения (препятствие попаданию в вену пузырьков воздуха).</p> <p>3 <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Прижать к месту инъекции салфетку/ватный шарик с кожным антисептиком. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку/ватный шарик у места инъекции 5-7 минут, прижимая большим пальцем второй руки.</p> <p>3.2. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет. При необходимости наложить давящую повязку.</p> <p>3.3. Утилизировать шприц и использованный материал.</p> <p>3.3. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.</p> <p>3.4. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).</p> <p>3.5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.</p>
<p align="center">6</p>	<p align="center">Алгоритм выполнения внутривенного введения лекарственных средств (КАПЕЛЬНО, с помощью системы для вливания инфузионных растворов)</p> <p>1 <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача. Если пациент(ка) в сознании и он(а) старше 15 лет; в других случаях – у законных представителей. В случае их отсутствия процедура выполняется без получения информированного согласия.</p> <p>1.2. Предложить пациенту опорожнить мочевой пузырь, учитывая длительность выполнения.</p> <p>1.3. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).</p> <p>1.4. Заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и поместить его на штативе для инфузионных вливаний.</p> <p>1.5. Доставить в палату манипуляционный столик с размещенным на нем необходимым оснащением.</p> <p>1.6. Предложить/помочь занять пациенту удобное положение, зависит от его состояния.</p> <p>1.7. Обследовать/пропальпировать место предполагаемой венепункции во избежание возможных осложнений. При выполнении венепункции в область локтевой ямки – предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушку или валик.</p> <p>1.8. Наложить венозный жгут (на рубашку или пеленку) в средней трети плеча так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался, и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.</p> <p>1.9. Надеть перчатки.</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>1.3. Обработать место венепункции салфеткой/ватным шариком с кожным антисептиком в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену.</p> <p>Если рука пациента сильно загрязнена, использовать шариков с антисептиком столько, сколько необходимо.</p> <p>2.2. Фиксировать вену пальцем, натянув кожу под местом венепункции.</p> <p>2.3. Пунктировать вену иглой с подсоединенной к ней системой; при появлении в канюле иглы крови – попросить пациента разжать кулак, одновременно развязать/расслабить жгут.</p> <p>2.4. Открыть винтовой зажим, отрегулировать скорость капель (согласно назначению врача).</p> <p>2.5. Закрепить иглу и систему лейкопластырем, прикрыть иглу стерильной салфеткой.</p>

	<p>2.6. Снять перчатки, поместить их в непромокаемый пакет.</p> <p>2.7. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).</p> <p>2.8. Наблюдать за состоянием пациента, его самочувствием на протяжении всей процедуры (в условиях оказания помощи в процессе транспортировки, продолжительность наблюдения определяется продолжительностью транспортировки).</p> <p>3 Окончание процедуры:</p> <p>3.1. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).</p> <p>3.2. Надеть перчатки (нестерильные).</p> <p>3.3. Закрепить винтовой зажим, извлечь иглу из вены, прижать место венопункции на 5-7 минут салфеткой/ватным шариком с кожным антисептиком, прижимая большим пальцем второй руки.</p> <p>3.4. Убедиться, что наружного кровотечения в области венопункции нет.</p> <p>3.5. Утилизировать систему и использованный материал.</p> <p>3.6. Снять перчатки.</p> <p>3.7. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).</p> <p>3.8. Сделать запись о результатах выполнения в медицинскую документацию</p>
<p align="center">7</p>	<p align="center">Алгоритм выполнения внутривенного введения лекарственных препаратов струйно и капельно, через катетер, установленный в периферической вене</p> <p>1 Подготовка к процедуре:</p> <p>1.1. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача.</p> <p>1.2. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).</p> <p>1.3. Собрать шприц и набрать в него лекарственный препарат, или заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и поместить его на штативе для инфузионных вливаний.</p> <p>1.4. Доставить в палату необходимое оснащение.</p> <p>1.5. Предложить/помочь занять пациенту удобное положение (сидя или лежа). Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата и способа введения лекарственного препарата – струйно или капельно.</p> <p>1.6. Надеть перчатки.</p> <p>2 Выполнение процедуры:</p> <p>2.1. Прижать пальцем левой руки вену выше введенного кончика канюли. другой рукой снять пробку (заглушку) и утилизировать ее.</p> <p>2.2. Подключить шприц (без иглы) или систему для переливания инфузионных растворов.</p> <p>2.4. Нажать на поршень и медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце несколько миллилитров.</p> <p>При капельном способе введения лекарственного препарата проверить проходимость катетера, присоединив к нему шприц с физиологическим раствором – 2,0 мл. Скорость введения зависит от назначения врача.</p> <p>Количество миллилитров, оставляемых в шприце, должно быть достаточным для безопасного введения (препятствие попаданию в вену пузырьков воздуха).</p> <p>Если при нажатии на поршень лекарственный препарат не удастся ввести обычным усилием, следует прекратить процедуру и сообщить врачу, т.к. катетер подлежит замене.</p> <p>2.5. При капельном способе введения лекарственных препаратов, после присоединения системы, закрепить ее, снять перчатки, поместить в непромокаемый мешок, убедиться, что пациенту удобно, вымыть руки. Наблюдать за пациентом до окончания процедуры.</p> <p>3 Окончание процедуры:</p> <p>3.1. При струйном введении лекарственных препаратов – отсоединить шприц от катетера и закрыть катетер стерильным стилетом.</p> <p>3.2. При капельном способе введения лекарственных препаратов – вымыть руки, надеть стерильные печатки. Отсоединить систему для переливания инфузионных растворов от</p>

<p>катетера, закрыть катетер стерильным стилетом.</p> <p>3.4. Если процедура проводилась в процедурном кабинете, то поместить использованное устройство для вливания инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки/марлевые шарики, пеленку в емкость с дезинфицирующим средством.</p> <p>Если процедура проводилась в палате, то поместить использованное устройство для вливания инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки/марлевые шарики, пеленку в непрокальваемую емкость и транспортировать в процедурный кабинет.</p> <p>3.5. Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции.</p> <p>3.6. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).</p> <p>3.7. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в мед. документацию.</p>
--

ВВЕДЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КАТЕТЕРА В ВЕНУ ЛОКТЕВОГО СГИБА И ДР. ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕН (ВВЕДЕНИЕ ПВК)

1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	<p>До проведения процедуры и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором.</p> <p>Использование непрокальваемого контейнера для использованных игл</p> <p>Процедура выполняется в перчатках</p>
2	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	<p>Очки – 1 шт.</p> <p>Маска – 1 шт.</p> <p>Пластиковый передник (одноразовый) или халат – 1 шт.</p> <p>Манипуляционный столик – 1шт.</p> <p>Непрокальваемый контейнер – 2шт.</p> <p>Емкость для дезинфекции – 2шт.</p> <p>Шприцы одноразовые (по количеству назначенных препаратов).</p> <p>Лоток – 2шт.</p> <p>Перчатки нестерильные – 1 пара</p> <p>Жгут – 1 шт.</p> <p>Непромокаемый пакет – 1 шт.</p> <p>Клеенчатая подушка – 1 шт.</p> <p>Периферический внутривенный катетер – 1 шт.</p>
3	Лекарственные средства	<p>Антисептик для обработки рук.</p> <p>Лекарственные препараты по назначению (в ампулах, флаконах).</p> <p>Раствор гепарина.</p> <p>0,9% раствор натрия хлорида 10мл (ампула)</p>
4	Прочий расходуемый материал	<p>Упаковка с 2-3-мя стерильными ватными шариками или патентованные стерильные салфетки.</p> <p>Стерильные марлевые салфетки.</p> <p>Лейкопластырь или самоклеющаяся стерильная повязка</p>
5	Подготовка:	<ul style="list-style-type: none"> – Катетеризация кубитальной и др. периферической вены выполняется в процедурном кабинете или в палате в зависимости от состояния пациента при стационарном и амбулаторно-поликлиническом лечении и обследовании. – При выполнении процедуры в палате на манипуляционный столик поставить лоток. – На лоток поместить: приготовленный шприц с раствором 0,9% раствором натрия хлорида (5мл) для промывания катетера, ПВК, упаковку с 2-3-мя стерильными ватными/марлевыми шариками, стерильные марлевые салфетки, антисептический раствор или спирт этиловый 70⁰ для обработки инъекционного поля или

патентованные салфетки с антисептиком или спиртом, жгут, непромокаемый пакет, непрокальваемый контейнер, клеенчатую подушку.

- Отвезти столик в палату.
- Поставить в известность пациента о проведении процедуры.
- Получить согласие на выполнение процедуры.

Алгоритм проведения манипуляции в процедурном кабинете:

1. Предложить пациенту занять удобное положение: сидя или лежа.
2. Вымыть руки по гигиеническому стандарту. Выбрать и осмотреть/пропальпировать место предполагаемой венепункции.
3. Наложить жгут (на салфетку) выше предполагаемой венепункции на 10-15см так, чтобы пульс на ближайшей артерии пальпировался, и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее. Выбрать прямой, достаточный по длине участок вены (не на сгибе), При наложении жгута не использовать руку на стороне оперативного вмешательства.
4. После выбора вены снять жгут.
5. Обработать руки, надеть перчатки.
6. Обработать место венепункции салфеткой/ватным шариком кожным антисептиком, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену.
7. Сбросить использованную салфетку в пакет для дальнейшей дезинфекции.
8. Наложить жгут на прежнее место.
9. Взять ПВК правой рукой наиболее удобным захватом, чтобы срез иглы был направлен вверх.
10. Взять левой рукой предплечье и большим пальцем натянуть кожу, чтобы неподвижно зафиксировать вену.
11. Ввести под небольшим углом (в зависимости от глубины вены) иглу в вену. При успешной венепункции и нахождении иглы в вене, в камере визуализации обратного тока появится кровь.
12. Продвинуть ПВК на несколько миллиметров в вену. При этом в вену попадет кончик канюли.
13. Уменьшить угол введения и медленно продвинуть ПВК в вену, при этом левой рукой зафиксировать иглу-проводник, а правой продвигать ПВК в вену, снимая его с иглы.
14. Снять жгут.
15. Прижать пальцем левой руки вену выше введенного кончика канюли.
16. Извлечь правой рукой иглу-проводник и сбросить в непрокальваемый контейнер для дальнейшей дезинфекции и утилизации.
17. Закрыть ПВК заглушкой.
18. Промыть ПВК шприцем с физиологическим раствором.
19. Наложить стерильную повязку (самоклеющуюся или марлевую) на место установки ПВК и зафиксировать лейкопластырем.
20. Обработать перчатки антисептиком и снять их, затем сбросить в пакет для дальнейшей дезинфекции и утилизации.
21. Провести гигиеническую обработку рук.

В зависимости от условий, в которых проводится процедура, действия будут различными:

- в палате – непрокальваемый контейнер, закрывающийся крышкой или пакет транспортировать в процедурный кабинет для выполнения дезинфекционных мероприятий;
- в условиях транспортировки: шприц, иглу поместить в непрокальваемый контейнер, закрывающийся крышкой, а салфетку/ватный шарик сбросить в пластиковый пакет и транспортировать в процедурный кабинет для выполнения дезинфекционных мероприятий.

	Сделать запись о выполнении катетеризация кубитальной или периферической вены в соответствующую форму карты амбулаторного или стационарного пациента, сопроводительный лист (в зависимости от условий оказания простой медицинской услуги), реакцию пациента на выполнение процедуры, осложнение, если оно возникло.
--	--

УХОД ЗА СОСУДИСТЫМ КАТЕТЕРОМ (ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ)

Оснащение:

- Столик манипуляционный.
- Лоток, стерильный пинцет.
- Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
- Спиртосодержащий антисептик для обработки кожи пациента и всех частей (соединений) катетера, включая канюлю ПВК и сам катетер.
- Раствор хлоргексидина 0,5 - 2 %-ный в 70 %-ном этиловом или изопропиловом спирте для обработки кожи пациента вокруг сосудистого катетера.
- Антисептик для обработки рук.
- Стерильные марлевые тампоны, марлевые салфетки/самоклеющаяся стерильная повязка, пленка.
- Пластырь.
- Стерильные перчатки, маска, медицинская шапочка

Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Идентифицировать пациента, представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Надеть маску и медицинскую шапочку. 3. Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещённым на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции. 4. Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение для получения оптимального доступа к месту установки периферического венозного катетера. 5. Освободить от одежды место установки катетера. 6. Обработать руки гигиеническим способом. 7. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика. 8. Надеть стерильные перчатки.
Выполнение процедуры:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Осмотреть место входа катетера в кожу сквозь неповрежденную повязку на предмет выявления признаков воспаления – припухлость, болезненность. Примечание – При наличии признаков воспаления организовать вызов врача. 2. Снять повязку, заворачивая ее параллельно коже (не тянуть вверх), медленно и, желательнo, по росту волос, для профилактики возникновения повреждений кожи вокруг места входа катетера в кожу. Положить снятую повязку в непромокаемый пакет/контейнер. 3. Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/контейнер. Недопустимо обрабатывать перчатки антисептиком. Это нарушит их барьерные свойства. 4. Надеть стерильные перчатки. 5. Визуально убедиться, что катетер не смещен. 6. Обработать кожу вокруг катетера кожным антисептиком: стерильным

	<p>марлевым шариком, с помощью стерильного пинцета от центра к периферии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Обработать все части (соединения), включая канюлю, и сам катетер антисептиком: стерильным марлевым шариком. 8. Дождаться полного высыхания антисептика. 9. Наложить стерильную повязку и зафиксировать ее бактерицидным пластырем/стерильным пластырем или самоклеющейся стерильной повязкой. 10. При использовании стерильной специальной прозрачной повязки наложить ее таким образом, чтобы место входа катетера в кожу было в центре прозрачного окна (для обеспечения визуального контроля места входа катетера в кожу). Дополнительно закрепить линии катетера (при необходимости).
Завершение процедуры:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снять использованные перчатки, положить их в непромокаемый пакет/контейнер. 2. Использованный материал утилизировать в отходы класса Б. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Уточнить у пациента его самочувствие. 5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ПИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕНЫ С ПОМОЩЬЮ ВАКУУМНОЙ СИСТЕМЫ

Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Установить контакт с пациентом: поздороваться, 2. представиться, обозначить свою роль 3. Попросить пациента представиться 4. Сверить ФИО пациента с медицинской документацией 5. Сообщить пациенту о назначении врача и объяснить ход и цель процедуры 6. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру 7. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение сидя или лежа на спине 8. Проверить целостность, срок годности и герметичность упаковки вакуумной системы, салфеток с антисептиком 9. Обработать руки гигиеническим способом 10. Открыть упаковку вакуумной системы, извлечь иглу и держатель 11. Взять иглу вакуумной системы одной рукой за цветной колпачок 12. Другой рукой снять короткий защитный колпачок с резиновой мембраны 13. Вставить освободившийся конец иглы с резиновой мембраной в держатель и завинтить до упора 14. Положить вакуумную систему для забора крови в собранном виде на манипуляционный стол 15. Поместить упаковку от вакуумной системы в емкость для медицинских отходов класса «А» 16. Надеть средства защиты (маску одноразовую, очки, перчатки)
Выполнение процедуры:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вскрыть поочередно 3 упаковки салфеток с антисептиком 2. Попросить пациента освободить от одежды локтевой сгиб руки 3. Подложить под локоть пациента влагостойкую подушку 4. Наложить венозный жгут в средней трети плеча на одежду или тканевую салфетку

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Определить пульсацию на лучевой артерии 6. Попросить пациента сжать кулак 7. Пропальпировать и осмотреть предполагаемое место венепункции 8. Обработать место венепункции поочередно 2 салфетками с антисептиком в одном направлении 9. Поместить использованные салфетки с антисептиком и их упаковки в емкость для медицинских отходов класса «Б» 10. Взять в доминантную руку вакуумную систему и снять цветной защитный колпачок с иглы 11. Сбросить защитный колпачок от иглы в емкость для медицинских отходов класса «А» 12. Натянуть свободной рукой кожу на расстоянии примерно 5 см ниже места венепункции по направлению к периферии, фиксируя вену 13. Пунктировать локтевую вену «одномоментно» или «двухмоментно» под углом 10-15° (почти параллельно коже), держа иглу срезом вверх 14. Взять не доминантной рукой необходимую пробирку и вставить крышкой в держатель до упора 15. Развязать/ослабить жгут на плече пациента с момента поступления крови в пробирку 16. Попросить пациента разжать кулак 17. Набрать нужное количество крови в пробирку 18. Отсоединить пробирку от иглы 19. Перевернуть (аккуратно) пробирку 5-6 раз 20. Поставить пробирку в штатив 21. Взять в руку салфетку с антисептиком, прижать ее к месту венепункции 22. Извлечь вакуумную систему из вены 23. Попросить пациента держать салфетку с антисептиком у места венепункции 5-7 минут, прижимая большим пальцем второй руки
Окончание процедуры:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сбросить вакуумную систему в ёмкость-контейнер для сбора острых отходов класса «Б» с иглосъемником 2. Убедиться (через 5-7 минут) в отсутствии наружного кровотечения в области венепункции 3. Поместить салфетку с антисептиком, использованную при инъекции, в емкость для медицинских отходов класса «Б» 4. Снять перчатки, очки, маску, поместить их в емкость для отходов класса «Б» 5. Обработать руки гигиеническим способом 6. Узнать у пациента его самочувствие 7. Промаркировать пробирку 8. Сделать соответствующую запись о результатах процедуры в журнал учета процедур.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ
ЭКСПРЕСС-МЕТОДОМ**

№	Алгоритм выполнения манипуляции
1.	Поприветствовать пациента. Представиться пациенту с указанием ФИО и должности. Уточнить его ФИО и как к нему можно обращаться. Объяснить пациенту цель и суть манипуляции, получить согласие.
2.	Обработать руки кожным антисептиком согласно Европейскому стандарту EN 1500.
3.	Подготовить

	<ul style="list-style-type: none"> – набор для измерения уровня глюкозы в крови: глюкометр, тест-полоски, устройство для прокалывания кожи, ланцет. – одноразовую пеленку, антисептические салфетки, пакет для сбора отходов, кожный антисептик.
4.	Обработать руки кожным антисептиком согласно Европейскому стандарту EN 1500.
5.	<p align="center">Подготовка к использованию устройства для прокалывания кожи</p> <ul style="list-style-type: none"> – Снять защитный колпачок с устройства для прокалывания кожи. – Установить ланцет в гнездо держателя для ланцета. – Нажать на ланцет до упора, должен быть услышан щелчок. – Снять защитный колпачок с ланцета скручивающим движением. – Установить на место защитный колпачок устройства для прокалывания кожи, должен быть услышан щелчок. – Убедиться, что выемка на защитном колпачке устройства совмещена с центром полукруглого выреза на сдвигающемся секторе удаления ланцета. – Установить необходимую глубину прокола кожи: поворачивая колпачок, установить глубину прокола «3». – Нажать кнопку взвода на устройстве для прокалывания кожи до упора: в прозрачном окошке кнопки спуска должен появиться желтый глазок.
6.	Убедиться, что кодовая пластина от тест-полосок находится в боковом разьеме глюкометра и ее код соответствует коду на упаковке с тест-полосками. Извлечь одну тест-полоску из флакона
7.	Обработать руки кожным антисептиком согласно Европейскому стандарту EN 1500. Надеть перчатки
8.	<ul style="list-style-type: none"> – Выбрать место для прокола кожи (2,3 или 4-й палец руки) – оно не должно иметь ран и других повреждений. – Помассировать фалангу пальца – Обработать кожу фаланги пальца антисептической салфеткой – Дождаться высыхания антисептика. – Плотно прижать устройство для прокалывания кожи к боковой поверхности пальца. – Нажать на кнопку спуска (прокол осуществится автоматически).
9.	<ul style="list-style-type: none"> – Ввести тест-полоску в специальную зону на глюкометре до упора – Сравнить код, появившийся на глюкометре, с кодом на упаковке с тест-полосками. Код должен совпадать. – Увидеть на экране мигающий символ капли крови. – Надавить на подушечку пальца для появления капли крови – Подвести палец пациента к тест-полоске – Проконтролировать, что необходимое количество крови попало на тест-полоску – Прикрыть сухим стерильным ватным шариком место прокола кожи на пальце. – Подождать 4-5 сек, на экране глюкометра появится результат измерения. – Сообщить пациенту полученный результат.
10.	Объяснить пациенту, какие показатели являются нормальным содержанием уровня глюкозы в крови натощак
11.	Извлечь тест-полоску из глюкометра, утилизировать в емкость для отходов класса Б Снять защитный колпачок с устройства для прокалывания кожи. Направить устройство для прокалывания в контейнер для отходов класса Б для утилизации ланцета
12.	Снять перчатки Обработать руки кожным антисептиком согласно Европейскому стандарту EN 1500.

13.	Сложить глюкометр, тест-полоски, устройство для прокалывания кожи в чехол.
14.	Сделать соответствующую запись о результатах проведения обучения в медицинскую документацию (лист сестринских вмешательств).

НАБОР ЗАДАННОЙ ДОЗЫ И ПОДКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА

Оснащение: инсулин по назначению врача, антисептические спиртовые салфетки, шприц, сменная игла, лоток, перчатки, антисептик для рук, ёмкости для дезинфекции использованного оснащения.

<p>1. Подготовка к процедуре:</p>	<p>1.1 Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль 1.2 Попросить пациента представиться. 1.3 Сверить ФИО пациента с листом назначения. 1.4 Сообщить пациенту о назначении врача. 1.5 Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру и выяснить аллергоанамнез. 1.6 Объяснить ход и цель процедуры. 1.7 Обработать руки гигиеническим способом, приготовить необходимое оснащение. 1.8 Извлечь флакон с инсулином из холодильника, сверить название и дозу препарата с листом назначений, Выяснить содержание инсулина в 1 мл препарата (40 ЕД или 100 ЕД). 1.9 Оценить срок годности препарата, убедиться в целостности флакона. 1.10 Согреть флакон с инсулином до 36°C. 1.11 Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки.</p>
<p>2. Выполнение процедуры:</p>	<p>1. Вскрыть упаковку шприца со стороны поршня. 2. Взяться за рукоятку поршня и обеспечить соединение цилиндра шприца с иглой внутри упаковки (не снимая колпачка с иглы). 3. Положить собранный шприц обратно в упаковку. 4. Вскрыть стерильную упаковку с антисептической салфеткой и, не вынимая ее из упаковки, оставить на манипуляционном столе. 5. Взять флакон с инсулином в доминантную руку. 6. Перевернуть флакон несколько раз, если инсулин представлен в виде суспензии. 7. Открыть металлическую крышку на флаконе с инсулином нестерильным пинцетом или ножницами. 8. Обработать резиновую пробку антисептической салфеткой, дать антисептику высохнуть. 9. Поместить салфетку с антисептиком в емкость для медицинских отходов класса «Б». 10. Поместить упаковку от салфетки с антисептиком в емкость для медицинских отходов класса «А». 11. Взять шприц из упаковки. 12. Оттянуть поршень до метки, указывающей количество единиц инсулина, назначенное врачом. 13. Снять колпачок с иглы, поместить его в емкость для отходов класса «А». 14. Проткнуть иглой резиновую пробку флакона с инсулином, выпустить воздух во флакон. 15. Перевернуть флакон со шприцем, чтобы флакон оказался вверх дном, держа их в одной руке на уровне глаз. 16. Оттянуть поршень вниз, набрав препарат на 2 ЕД больше назначенной врачом дозы.</p>

	<p>17. Поставить флакон на стол.</p> <p>18. Снять двумя пальцами одной руки иглу с цилиндра шприца.</p> <p>19. Поместить иглу в контейнер для сбора острых отходов класса «Б» с иглосъемником.</p> <p>20. Выложить шприц с лекарственным препаратом без иглы на стерильную поверхность упаковки от шприца.</p> <p>21. Вскрыть стерильную упаковку иглы для инъекции со стороны канюли.</p> <p>22. Присоединить шприц к канюле иглы для инъекции.</p> <p>23. Поместить упаковку от иглы для инъекции в емкость для медицинских отходов класса «А».</p> <p>24. Вытеснить воздух из шприца в колпачок до появления первой капли препарата из иглы.</p> <p>25. Положить собранный шприц с лекарственным препаратом в упаковку от шприца.</p> <p align="center">Выполнение процедуры</p> <p>26. Попросить пациента освободить от одежды область для инъекции (средняя треть наружной поверхности плеча, средняя треть передней поверхности бедра, передняя брюшная стенка).</p> <p>27. Осмотреть и пропальпировать предполагаемое место инъекции.</p> <p>28. Вскрыть 2 стерильные упаковки с антисептическими салфетками.</p> <p>29. Обработать ими двукратно место инъекции, дать месту инъекции высохнуть.</p> <p>30. И использованные салфетки с антисептиком поместить в емкость для отходов класса «Б».</p> <p>31. Взять в доминантную руку шприц, придерживая канюлю иглы указательным пальцем.</p> <p>32. Снять колпачок с иглы и поместить в емкость для отходов класса «А».</p> <p>33. Взять кожу в месте инъекции в складку между большим и указательным пальцами другой руки.</p> <p>34. Ввести иглу быстрым движением руки под углом 45° на 2/3 её длины.</p> <p>35. Медленно ввести лекарственный препарат в подкожную клетчатку.</p> <p>36. Не извлекать иглу из подкожной клетчатки в течение 10 сек.</p> <p>37. Извлечь иглу через 10 сек., прижав к месту инъекции сухой стерильный ватный шарик.</p> <p>38. Убедиться в отсутствии наружного кровотечения в области инъекции.</p> <p>39. Поместить ватный шарик в емкость для отходов класса «Б».</p> <p>40. Отсоединить иглу от шприца с помощью иглосъемника и поместить в непрокальываемый контейнер отходов класса «Б».</p> <p>41. Поместить шприц в неразобранном виде в емкость для отходов класса «Б».</p> <p>42. Поместить упаковку от шприца в емкость для отходов класса «А».</p>
<p>3. Окончание процедуры:</p>	<p>1. Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.</p> <p>2. Дезинфицирующие салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б».</p> <p>3. Поместить упаковки от салфеток в емкость для отходов класса «А».</p> <p>4. Снять и поместить перчатки медицинские нестерильные в емкость для отходов класса «Б».</p> <p>5. Снять и поместить медицинскую маску для лица в емкость для отходов класса «Б».</p> <p>6. Обработать руки гигиеническим способом (кожным антисептиком).</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 7. Уточнить у пациента его самочувствие. 8. Сделать запись о результатах выполнения процедуры в лист врачебных назначений. 9. Проконтролировать прием пищи пациентом в течение 15-30 минут после введения препарата (если инсулин короткого действия).
--	--

ПОДКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ИНСУЛИНА С ПОМОЩЬЮ ШПРИЦ-РУЧКИ

1. Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 1. поприветствовать пациента, представиться пациенту с указанием ФИО и должности, провести идентификацию пациента. 2. Объяснить пациенту цель и ход манипуляции, получить его согласие. 3. Обработать руки кожным антисептиком 4. Приготовить все необходимое оснащение. 5. Сверить название инсулина с листом врачебных назначений. 6. Снять колпачок со шприц-ручки и вставить картридж в шприц-ручку. 7. Проздезинфицировать резиновую мембрану картриджа антисептической салфеткой. 8. Дождаться полного ее высыхания (15-20 сек.) 9. Удалить защитную бумажную наклейку с одноразовой иглы. 10. Плотно надавить внутреннюю иглу на резиновую мембрану картриджа и аккуратно ввинтить ее до упора. 11. Снять большой наружный колпачок с иглы, положив его в лоток. 12. Снять и выбросить внутренний узкий колпачок с иглы. 13. Набрать 2 ЕД препарата, прокрутив селектор дозирования до цифры «2». 14. Нажать пусковую кнопку до упора, удерживая шприц-ручку иглой вверх. Селектор дозирования возвратится к нулю. На конце иглы должна появиться капля инсулина. 15. Убедиться, что селектор дозирования препарата установлен в положении «0». 16. Набрать назначенную дозу инсулина, вращая селектор дозирования на шприц-ручке.
2. Выполнение процедуры:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать место инъекции двумя спиртовыми салфетками в одном направлении от центра к периферии. 2. Дождаться полного высыхания кожи (15-20 сек.) 3. Взять кожу в складку (треугольник основанием книзу) левой рукой. 4. Ввести иглу под кожу в основание треугольника под углом 90°, используя технику подкожной инъекции. 5. Нажать пусковую кнопку на шприц-ручке до упора, пока напротив указателя дозирования не появится «0». 6. Оставить иглу под кожей после инъекции не менее 15 секунд. 7. Извлечь иглу из-под кожи, удерживая пусковую кнопку полностью нажатой. 8. Приложить к месту инъекции сухой стерильный ватный шарик.
3. Окончание процедуры:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уточнить самочувствие пациента. 2. Направить иглу в наружный колпачок иглы, не трогая колпачок. 3. Когда игла войдет внутрь, надеть колпачок и отвинтить иглу со шприц-ручки. 4. Выбросить иглу в твердый непрокальываемый контейнер (объяснить пациенту, что в домашних условиях иглу и салфетки можно собрать в обычный пакет). 5. Закрыть шприц-ручку колпачком.

	6. Обработать руки кожным антисептиком 7. Рекомендовать пациенту покушать в течение 30 минут после инъекции. 8. Сделать соответствующую запись о результатах проведения обучения в медицинскую документацию (лист сестринских вмешательств).
--	--

РАЗВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКА И НАБОР НАЗНАЧЕННОЙ ДОЗЫ

Оснащение: антибактериальный препарат по назначению врача, растворитель, анисептические спиртовые салфетки, шприц, сменная игла, лоток, перчатки, антисептик для рук, ёмкости для дезинфекции использованного оснащения.

!!! До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

1. Подготовка к процедуре:	1.1 Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль 1.2 Попросить пациента представиться. 1.3 Сверить ФИО пациента с листом назначения. 1.4 Сообщить пациенту о назначении врача. 1.5 Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру и выяснить аллергоanamnez. 1.6 Объяснить ход и цель процедуры. 1.7 Обработать руки гигиеническим способом, приготовить необходимое оснащение. 1.8 Сверить название и дозу препарата с антибиотиком с листом назначений. 1.9 Оценить срок годности препарата, убедиться в целостности флакона. 1.10 Выбрать растворитель для антибиотика (физиологический раствор, вода для инъекций, раствор новокаина 0,25-0,5%), оценить срок годности препарата, убедиться в целостности упаковки. 1.11 Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.
2. Выполнение процедуры:	2.1 Открыть металлическую крышку на флаконе с антибиотиком нестерильным пинцетом или ножницами. 2.2 Обработать резиновую пробку антисептической салфеткой. 2.3 Вскрыть ампулу с растворителем и набрать в шприц необходимое количество из расчета: <i>при разведении а/б 1:1</i> - 1 мл растворителя на каждые 100000 ЕД <i>при разведении а/б 2:1</i> - 0,5 мл растворителя на каждые 100000 ЕД 2.4 Проколоть иглой резиновую пробку флакона, постепенно ввести в него растворитель. 2.5 Встряхивать флакон до полного растворения антибиотика, не извлекая иглы из флакона. 2.6 Набрать необходимое количество получившегося раствора антибиотика из расчета: <i>При разведении 1:1 в 1 мл раствора – 100 000 ЕД</i> <i>При разведении 2:1 в 1 мл раствора – 200 000 ЕД</i> 2.7 Сменить иглу на шприце, выбрав иглу для выполнения внутримышечной инъекции. 2.8 Извлечь воздух из шприца (не снимая колпачок).
3. Окончание процедуры:	3.1 Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток. 3.2 Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопоказаний и во избежание возможных осложнений. 3.3 Выполнить инъекцию препарата. 3.4 Подвергнуть дезинфекции весь расходный материал. Снять перчатки, поместить их поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый

	<p>пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.</p> <p>3.5 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>3.6 Уточнить у пациента о его самочувствии.</p> <p>3.7 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.</p>
--	--

УХОД ЗА РЕСПИРАТОРНЫМ ТРАКТОМ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ (УДАЛЕНИЕ СОДЕРЖИМОГО ИЗ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ УСТРОЙСТВОМ ДЛЯ АСПИРАЦИИ)

Оснащение: функциональная кровать, манипуляционный столик, аппарат для аспирации (стационарный или портативный) или электроотсос, катетер стерильный аспирационный с вакуум-контролем, длина 60 см, катетер стерильный аспирационный, роторасширитель, языкодержатель, зажим, пинцет стерильный, шприц 20 мл., шприц 10 мл., спирт этиловый 70 %-ный, стерильный раствор натрия хлорида 0,9 %-ный, вазелиновое масло, стерильные перчатки, стерильные марлевые салфетки (ватные шарики), маска, очки защитные, фартук, шпатель стерильный.

1. Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Оценить уровень сознания пациента, состояние респираторной системы, основные показатели жизнедеятельности. 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры (если он в сознании). Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру (если он в сознании). В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Выполнить процедуры, способствующие отделению мокроты у пациента (постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки). 5) Включить аппарат для аспирации (или электроотсос). 6) Отключить аварийную сигнализацию аппарата искусственной вентиляции легких. 7) Надеть защитную одежду (фартук, маску, очки). 8) Надеть стерильные перчатки.
2. Выполнение процедуры:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Открыть упаковку со стерильным аспирационным катетером, освободить катетер от упаковки, смочить в стерильном физиологическом растворе и ввести его в носовую полость пациента. 2) Открыть контейнер для отсасывания, наполнить стерильным физиологическим раствором. 3) Присоединить стерильный катетер для отсасывания к соединяющей трубке электроотсоса. 4) Проверить уровень давления, приложив большой палец левой руки к датчику на выходном отверстии катетера. 5) Провести преоксигенацию 100 %-ным кислородом в течение 2-3 мин. 6) Обработать стерильным марлевым тампоном, смоченным 70 %-ным спиртом, место соединения интубационной трубки и катетера. 7) Отсоединить аппарат искусственной вентиляции легких от пациента. Следить за показателем насыщения организма кислородом. 8) Санация трахеи и бронхов: <ol style="list-style-type: none"> а) Осторожно ввести стерильный катетер в эндотрахеальную или трахеостомическую трубку до упора при выключенном электроотсосе. При санации правого бронха голову поворачивать налево, при санации левого бронха – направо.

	<p>б) Включить электроотсос и осторожными вращательными движениями извлечь катетер из дыхательных путей, проводя отсасывание.</p> <p>в) Следить за жизненными функциями. При снижении сатурации кислорода ниже 94 % – 90 %, появлении брадикардии, нарушении ритма и других осложнений немедленно прекратить процедуру, провести вентиляцию 100 %-м кислородом, сообщить врачу.</p> <p>г) Опустить катетер в стерильный физиологический раствор и провести отсасывание для удаления сгустков и мокроты из катетера.</p> <p>д) Аспирацию повторять неоднократно до восстановления свободной проходимости дыхательных путей.</p> <p>9) Уход за манжетой:</p> <p>а) Проверить раздувание манжеты трубки путем сжатия между большим и указательным пальцами.</p> <p>б) Выпустить воздух из манжеты при помощи шприца.</p> <p>10) При необходимости, перед аспирацией, провести санацию верхних дыхательных путей:</p> <p>а) Стерильными катетерами поочередно аспирировать содержимое носовых ходов.</p> <p>б) Носовые ходы обработать стерильным физиологическим раствором.</p> <p>в) Провести аспирацию из трахеи по вышеуказанной методике.</p> <p>г) Раздуть манжету воздухом с помощью шприца до создания герметичности.</p> <p>Манипуляцию проводить каждые 2-4 ч.</p> <p>д) Перед удалением воздуха из манжеты убедиться в отсутствии содержимого в носоглотке и ротоглотке.</p> <p>е) Повторить аспирацию катетером содержимого ротовой полости до полного его удаления.</p> <p>11) Использованные инструменты, изделия медицинского назначения и расходные материалы поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.</p> <p>12) При наличии у пациента трахеостомы сделать перевязку трахеостомической раны (смена повязки проводится каждые 8 ч).</p>
<p>3. Окончание процедуры:</p>	<p>1) Установить скорость подачи кислорода на уровень, предписанный до отсасывания.</p> <p>2) Оценить состояние дыхательной системы и жизненные показатели.</p> <p>3) Выключить аппарат для отсасывания.</p> <p>4) Обернуть катетер для отсасывания вокруг руки в стерильной перчатке.</p> <p>5) Отсоединить катетер для отсасывания от соединяющей трубки.</p> <p>6) Снять перчатку, обернуть ее поверх катетера.</p> <p>7) Поместить использованные материалы в емкость с дезинфицирующим раствором.</p> <p>8) Проверить герметичность дыхательного контура, правильность нахождения трубки, наличие жидкости в увлажнителе дыхательного аппарата.</p> <p>9) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>10) Включить аварийную сигнализацию аппарата искусственной вентиляции легких.</p> <p>11) Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании).</p> <p>12) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию</p>

ПОСОБИЕ ПО СМЕНЕ ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ

Оснащение: комплект чистого белья, мешок для грязного белья, пеленка, перчатки нестерильные, антисептик для обработки рук.

!!! До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

1. Подготовка к процедуре:	1.1 Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, получить его согласие. 1.2 Приготовить комплект чистого белья (простыни, наволочка, пододеяльник), убедиться, что в кровати нет личных вещей больного. 1.3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 1.4 Надеть перчатки.
2. Выполнение процедуры:	2.1 Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента. 2.2 Осторожно вынуть подушку из-под головы пациента и сменить наволочку. Грязную наволочку поместить в мешок для белья. 2.3 Снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья. 2.4 Повернуть пациента на бок по направлению к себе. 2.5 Скатать валиком грязную простыню, подложить этот валик под спину пациенту. Если белье сильно загрязнено, положить на валик пеленку. 2.6 Положить сложенную вдвое чистую простыню на свободную сторону постели, заправить ее под матрас с противоположной от больного стороны. 2.7 Помочь пациенту перекатиться через валик на чистую сторону. 2.8 Скатать грязную простыню и положить ее в мешок для белья. 2.9 Расправить чистую простыню и заправить ее под матрас с другой стороны постели. 2.10 Надеть чистый пододеяльник на одеяло. Накрыть пациента одеялом, извлекая грязный пододеяльник, которым он был укрыт. 2.11 Поместить грязный пододеяльник в мешок для белья.
3. Окончание процедуры:	3.1 Удобно расположить пациента в постели. Осторожно поместить подушку обратно. 3.2 Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 3.3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3.4 Уточнить у пациента его самочувствие. 3.5 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию

ПОСОБИЕ ПО СМЕНЕ НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ

Оснащение: комплект чистого нательного белья, мешок для грязного белья, перчатки нестерильные, антисептик для обработки рук.

!!! До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

1. Подготовка к процедуре:	1.1 Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, получить его согласие. 1.2 Приготовить комплект чистого нательного белья и одежды. 1.3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 1.4 Надеть перчатки.
2. Выполнение процедуры:	2.1 Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента. При необходимости – установить ширму. 2.2 Помочь пациенту сесть на край кровати. 2.3 Помочь пациенту снять рубашку (платье). Если одна руки повреждена

	<p>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.</p> <p>2.4 Помочь пациенту снять нижнее белье.</p> <p>2.5 Укрыть пациента простыней.</p> <p>2.6 Помочь пациенту надеть чистую рубашку (ночную рубашку, пижамную куртку) сначала на поврежденную конечность.</p> <p>2.7 Помочь пациенту снять носки.</p> <p>2.8 Помочь пациенту лечь в постель, поправить простыню.</p> <p>2.9 Помочь пациенту снять брюки, нижнее белье.</p> <p>2.10 Помочь пациенту надеть чистое белье, носки и брюки.</p>
<p>3. Окончание процедуры:</p>	<p>3.1 Удобно расположить пациента в постели, накрыть одеялом</p> <p>3.2 Поместить грязную одежду в мешок для грязного белья.</p> <p>3.3 Протереть стул или тумбочку, где располагалось грязное белье и одежда, влажной ветошью.</p> <p>3.4 Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции.</p> <p>3.5 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>3.6 Уточнить у пациента его самочувствие.</p> <p>3.7 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию</p>

РАЗМЕЩЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО В ПОСТЕЛИ

До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

<p>1. Подготовка к процедуре:</p>	<p>1.1 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>1.2 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>1.3 Надеть перчатки.</p> <p>1.4 Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.</p>
<p>2. Выполнение процедуры:</p>	<p>Размещение пациента лежа НА СПИНЕ (выполняется одним медицинским работником):</p> <p>2.1 Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.</p> <p>2.2 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>2.3 Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею.</p> <p>2.4 Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком полотенце.</p> <p>2.5 Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бедер, начиная от области большого вертела бедренной кости.</p> <p>2.6 Подложить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети.</p> <p>2.7 Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90°.</p> <p>2.8 Положить под предплечья небольшие подушки.</p> <p>Размещение пациента с гемиплегией в положении НА СПИНЕ</p>

(выполняется одним медицинским работником):

2.1 Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.

2.2 Под парализованное плечо положить сложенное полотенце или подушку.

2.3 Отодвинуть парализованную руку от туловища, разогнув ее в локте и повернув ладонью вверх. Вместо этого можно также отвести парализованную руку от туловища, поднять ее, согнув в локте и положив кисть ближе к изголовью кровати.

2.4 Расслабленной кисти придать обычное положение: кисть слегка разогнута ладонью вниз, ее свод сохраняется, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половинку разрезанного пополам резинового мячика.

2.5 Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно.

2.6 Под парализованное бедро положить небольшую подушку.

2.7 Согнуть колено парализованной конечности под углом 30° и положить его на подушку.

2.8 Обеспечить упор для стоп под углом 90° .

Размещение пациента в положении ФАУЛЕРА (выполняется одним медицинским работником):

2.1 Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати, убрать подушки.

2.2 Поднять изголовье кровати под углом $45-60^\circ$ (или подложить три подушки): человек, прямо сидящий на кровати, находится в положении Фаулера.

2.3 Подложить подушки или сложенное одеяло под голени пациента.

2.4 Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).

2.5 Подложить под предплечья и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.

2.6 Подложить пациенту под поясницу подушку.

2.7 Подложить небольшую подушку или валик под колени пациента.

2.8 Подложить небольшую подушку пациенту под пятки.

2.9 Обеспечить упор для стоп под углом 90° .

Размещение пациента с гемиплегией в положении ФАУЛЕРА

2.1 Поднять изголовье кровати под углом $45-60^\circ$ (или подложить три подушки).

2.2 Усадить пациента как можно выше. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).

2.3 Слегка приподнять вверх подбородок пациента.

2.4 На прикроватном столике перед пациентом обеспечить опору для парализованной кисти и предплечья; отодвинуть плечо пациента от его тела и подложить под локоть подушку.

2.5 Расслабленной кисти придать обычное положение: кисть слегка разогнута ладонью вниз, ее свод сохраняется, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половинку разрезанного пополам резинового мячика.

2.6 Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть

расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно.

2.7 Согнуть пациенту ноги в коленях и бедрах, подложив под колени подушку или сложенное одеяло.

2.8 Обеспечить упор для стоп под углом 90°.

Размещение пациента в положении НА БОКУ (выполняется одним медицинским работником, пациент может помочь):

2.1 Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.

2.2 Передвинуть пациента ближе к одному краю, противоположному стороне поворота.

2.3 Сказать пациенту, что он может помочь, если скрестит руки на груди. Если пациента переворачивают на правый бок: он должен положить левую ногу на правую. Или согнуть левую ногу пациента: одна рука охватывает нижнюю треть голени, другая – в подколенной впадине; левая стопа при этом должна оказаться в подколенной ямке.

2.4 Встать с той стороны кровати, куда будут поворачивать пациента. Положить протектор на кровать рядом с ним. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить ее на протектор. Вторая нога является опорой.

2.5 Положить одну руку на плечо, которое находится дальше от медицинской сестры, вторую руку – на дальнее бедро, т.е. если пациент будет поворачиваться на правый бок по направлению к медицинской сестре, положить левую руку на его левое плечо, а правую – на его левое бедро.

2.6 Повернуть пациента на бок, перенеся свой вес на ногу, стоящую на полу.

2.7 Подложить подушку под голову и шею пациента. Выдвинуть вперед «нижнее» плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке.

2.8 Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение. Рука, находящаяся сверху, лежит на подушке на уровне плеча.

2.9 Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента).

2.10 Под согнутую «верхнюю» ногу пациента, лежащую немного впереди нижней, поместить подушку (от паховой области до стопы).

2.11 Поместить позиционную подушку у подошвы «нижней» ноги. Расправить подкладную пеленку.

Размещение пациента в положении лежа НА ЖИВОТЕ (выполняется одним или двумя медицинскими работниками, пациент не может помочь):

2.1 Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.

2.2 Аккуратно приподнять голову пациента, убрать обычную и положить маленькую подушку.

2.3 Переместить пациента к краю кровати.

2.4 Разогнуть руку пациента в локтевом суставе, прижать ее к туловищу по всей длине, подложив кисть под бедро, или поднять ее вверх и вытянуть ее вдоль головы.

	<p>2.5 Перейти на другую сторону кровати.</p> <p>2.6 Встать коленом на кровать. Подложить свернутое одеяло или небольшую подушку под верхнюю часть живота пациента. Положить руку на дальнее от медицинской сестры плечо пациента, а другую руку – на дальнее бедро.</p> <p>2.7 Перевернуть пациента на живот, в сторону медицинской сестры. Голова пациента должна быть повернута набок.</p> <p>2.8 Подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались постели.</p> <p>2.9 Согнуть руку, к которой обращена голова пациента, в локтевом суставе под углом 90°, другую руку вытянуть вдоль туловища.</p> <p>2.10 Подложить подушки под локти, предплечья и кисти.</p> <p>2.11 Положить небольшие валики рядом со стопами (с наружной стороны).</p> <p>2.12 Расправить простыню и подкладную пеленку.</p> <p>Размещение пациента с гемиплегией в положении НА ЖИВОТЕ (выполняется одним или двумя медицинскими работниками, пациент не может помочь):</p> <p>2.1 Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение.</p> <p>2.2 Передвинуть пациента к краю кровати в направлении непарализованной стороны тела.</p> <p>2.3 Перейти на другую сторону. Поставить колено на край кровати и повернуть пациента на бок (на непарализованную боковую поверхность тела).</p> <p>2.4 Поместить подушку под живот пациента.</p> <p>2.5 Выпрямить локоть парализованной руки, прижать ее по всей длине к туловищу и подсунуть кисть под бедро или поднять вверх параллельно туловищу.</p> <p>2.6 Осторожно повернуть пациента через парализованную руку на живот.</p> <p>2.7 Повернуть голову пациента набок (в сторону парализованной половины тела).</p> <p>2.8 Согнутую в локте руку отвести в сторону кистью к изголовью кровати; пальцы руки по возможности разогнуть.</p> <p>2.9 Слегка согнуть оба колена пациента и подложить подушку под обе ноги (от колен до лодыжек).</p> <p>2.10 С помощью достаточно высокой подушки приподнять пальцы стоп над матрасом, так чтобы угол между стопой и голенью составлял 90°.</p> <p>Размещение пациента в положении СИМСА (положение, промежуточное между положением на животе и на боку):</p> <p>2.1 Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение.</p> <p>2.2 Положить пациента на спину.</p> <p>2.3 Переместить пациента к краю кровати.</p> <p>2.4 Переместить пациента в положение лежа на боку и частично на животе.</p> <p>2.5 Положить подушку под голову пациента.</p> <p>2.6 Под согнутую, находящуюся сверху руку поместить подушку на уровне плеча. Другую руку пациента положить на простыню.</p> <p>2.7 Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку, так чтобы нога оказалась на уровне бедра.</p> <p>2.8 У подошвы ноги положить позиционную подушку.</p>
<p>3. Окончание</p>	<p>3.1 Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни</p>

процедуры:	<p>кровати.</p> <p>32 Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.</p> <p>33 Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.</p> <p>34 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>35 Уточнить у пациента его состояние.</p> <p>36 Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации</p>
-------------------	--

ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА К ГОЛОВНОМУ КОНЦУ КРОВАТИ С ПОМОЩЬЮ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ПРОСТЫНИ (РУКАВА)

Оснащение: скользящая простынь (рукав), перчатки, кожный антисептик, постельное белье

1. Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обработать руки, надеть перчатки. 2. Убедиться, что доступ к кровати есть с двух сторон, кровать стоит на тормозах. 3. Поднять уровень кровати на необходимую высоту. 4. Опустить поручень кровати с одной стороны, убрать одеяло, извлечь из-под головы пациента подушку. 5. Повернуть пациента на бок. 6. Поднять поручень и попросить пациента держаться за него. 7. Перейти на противоположную сторону и опустить поручень.
2. Выполнение процедуры:	<ol style="list-style-type: none"> 8. Скатать скользящий рукав вдоль таким образом, чтобы рукав оказался отверстиями к сторонам кровати. 9. Подложить рукав под пациента так, чтобы верхний край рукава оказался на уровне головы пациента. 10. Повернуть пациента на другой бок. 11. Поднять поручень. 12. Перейти на противоположную сторону, опустить поручень . 13. Расправить скользящий рукав. 14. Положить пациента на спину. 15. Согнуть ноги пациента в коленях (стопы не должны находиться на скользящем рукаве). 16. Подхватить пациента за плечи и ягодицы и подтянуть к изголовью кровати. 17. Свернуть рукав под пациентом, сначала подтягивая рукав от стоп к пояснице, затем от головы к пояснице. 18. Извлечь рукав из-под пациента, вытянув ее, приподнимая одной рукой поясничный отдел пациента.
3. Окончание процедуры:	<ol style="list-style-type: none"> 19. Убедиться, что пациент лежит удобно и по центру кровати. 20. Под голову подложить подушку, укрыть пациента одеялом. 21. Поднять поручень кровати. 22. Уточнить самочувствие пациента. 23. Снять перчатки, обработать руки.

УХОД ЗА НАРУЖНЫМИ ПОЛОВЫМИ ОРГАНАМИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ

Оснащение: судно, зажим (корнцанг или пинцет), водный термометр, нестерильные перчатки, клеёнка, салфетки марлевые (тампоны), фартук клеёнчатый, емкость для воды, мыльный раствор, ширма (если процедура выполняется в общей палате).

1. Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, получить его согласие. 2) Отгородить пациента ширмой (при необходимости). 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Надеть клеенчатый фартук, перчатки. 5) Налить в емкость теплую воду (35 °С - 37 °С). 6) Положить пациента на спину, по возможности согнуть ноги в коленях и слегка развести в тазобедренных суставах. Подложить под пациента клеенку.
2. Выполнение процедуры:	<p>а) У женщин</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Подставить под крестец пациентки судно. 2) Встать сбоку от пациентки, в одну руку взять емкость с теплой водой, в другую руку зажим с марлевым тампоном (салфеткой). 3) Поливать из емкости на половые органы женщины. Последовательно обработать наружные половые органы в направлении к анальному отверстию: область лобка, наружные (большие) половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия, межягодичную складку. Салфетки менять по мере загрязнения. 4) Просушить марлевыми салфетками (тампонами) в той же последовательности. 5) Использованные марлевые салфетки поместить в контейнер для дезинфекции. <p>б) У мужчин</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставить судно. 2) Встать сбоку от пациента, смочить салфетку (варежку) водой. 3) Аккуратно отодвинуть пальцами левой руки крайнюю плоть, обнажить головку полового члена. 4) Обработать головку полового члена, кожу полового члена, мошонку, паховые складки, область заднего прохода, межягодичную складку. Менять салфетки по мере загрязнения. 5) Просушить в той же последовательности. 6) Убрать салфетки в контейнер для дезинфекции.
3. Окончание процедуры:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Убрать судно, клеенку. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Уложить пациента (ку) удобно, накрыть его (ее) простыней, одеялом. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Подвергнуть использованный материал, в том числе и перчатки, дезинфекции. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Оснащение: клеенка, фартук непромокаемый, пеленка, пинцет, стерильные марлевые салфетки, 0,02% раствор фурациллина, катетер нелатона (мужской или женский), перчатки чистые (нестерильные), стерильное вазелиновое масло, кожный антисептик, емкость для дезинфекции использованного оснащения.

!!! До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

1. Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль. 1.2 Попросить пациента представиться. 1.3 Сверить ФИО пациента с медицинской документацией.
-----------------------------------	---

	<p>1.4 Сообщить пациенту о назначении врача «Вам назначено...»</p> <p>1.5 Объяснить ход и цель процедуры.</p> <p>1.6 Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру.</p> <p>1.7 Подготовить необходимое оснащение, проверить срок годности и целостность упаковки катетера Нелатона.</p> <p>1.8 Постелить клеенку и пеленку на кушетку.</p> <p>1.9 Предложить или помочь пациенту занять удобное положение на спине.</p> <p>1.10 Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.11 Надеть перчатки.</p>
<p>2. Выполнение процедуры:</p>	<p style="text-align: center;">Постановка катетера Нелатона мужчине</p> <p>2.1 Поставить между бедрами пациента емкость для сбора мочи.</p> <p>2.2 Поместить салфетку на половой член. Сдвинуть крайнюю плоть и обнажить головку полового члена, захватить 3-им и 4-ым пальцами левой руки половой член за головку, а 1-ым и 2-ым пальцами развести наружное отверстие мочеиспускательного канала.</p> <p>2.3 В правую руку взять пинцет со стерильной салфеткой, смоченной антисептическим раствором. Обработать головку полового члена вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала. Затем промокнуть эту область сухой стерильной салфеткой; повторить этот этап дважды.</p> <p>2.5. Взять пинцетом катетер вблизи кончика, на расстоянии 5 – 6 см от бокового отверстия, а наружный конец катетера удерживать между 4-ым и 5-ым пальцами той же руки.</p> <p>2.6. Смазать конец катетера стерильным подсолнечным маслом.</p> <p>2.7. Ввести конец катетера в отверстие мочеиспускательного канала и постепенно, перехватывая катетер, продвигать его по каналу глубже, а половой член подтягивать кверху, как бы натягивая его на катетер; если при продвижении катетера возникает препятствие предложить пациенту расслабиться.</p> <p>2.8. Появившуюся мочу слить в емкость для промывных вод.</p> <p>2.9. Набрать в шприц Жанэ необходимое количество антисептического раствора.</p> <p>2.10. Присоединить шприц Жанэ к катетеру и ввести раствор в мочевого пузырь под давлением поршня.</p> <p>2.11. Отсоединить шприц от катетера: промывные воды слить в емкость.</p> <p>2.12. Повторить п.п. 2.9 – 2.11 5 – 6 раз.</p> <p>2.13. Осторожно извлечь катетер из мочеиспускательного канала.</p> <p><u>Выполнение процедуры у женщин:</u></p> <p>3.1. Помочь пациентке принять удобное положение (лежа на спине).</p> <p>3.2. Поставить между бедрами пациентки емкость для сбора промывных вод.</p> <p>3.3. 1-ым и 2-ым пальцами левой руки развести большие и малые половые губы.</p> <p>3.4. В правую руку взять пинцет со стерильной салфеткой, смоченной антисептическим раствором. Обработать последовательно большие, затем малые половые губы и отверстие мочеиспускательного канала. Затем промокнуть эту область сухой стерильной салфеткой; повторить этот этап дважды.</p> <p>3.5. Взять пинцетом катетер вблизи кончика, на расстоянии 3 – 4 см от бокового отверстия, а наружный конец катетера удерживать между 4-ым и 5-ым пальцами той же руки.</p> <p>3.6. Смазать конец катетера стерильным подсолнечным маслом.</p>

	<p>3.7. Развести 1-ым и 2-ым пальцами левой руки малые половые губы, обнажив отверстие мочеиспускательного канала и ввести катетер на глубину 3 – 5 см.</p> <p>3.8. Появившуюся мочу слить в емкость для промывных вод.</p> <p>3.9. Набрать в шприц Жанэ необходимое количество антисептического раствора.</p> <p>3.10. Присоединить шприц Жанэ к катетеру и ввести раствор в мочевого пузыря под давлением поршня.</p> <p>3.11. Отсоединить шприц от катетера: промывные воды слить в емкость.</p> <p>3.12. Повторить п.п. 2.9 – 2.11 5 – 6 раз.</p> <p>3.13. Осторожно извлечь катетер из мочеиспускательного канала.</p>
3. Окончание процедуры:	<p>3.1 Уточнить у пациента его самочувствие</p> <p>3.2 Снять перчатки и поместить их в емкость для их дезинфекции.</p> <p>3.3 Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.4 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации.</p>

УХОД ЗА ПОСТОЯННЫМ МОЧЕВЫМ КАТЕТЕРОМ

Оснащение:

- Шприц одноразовый на 10 мл.
- Катетер мочевого
- Стерильный мочеприемник.
- Барьерное средство для защиты кожи.
- Перчатки нестерильные.
- Адсорбирующая пеленка.
- Стерильные ватные или марлевые шарики.
- Стерильные марлевые салфетки.
- Емкость для воды.
- Лейкопластырь

Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. 2. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. 3. Обеспечить конфиденциальность процедуры. 4. Опустить изголовье кровати. 5. Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку. 6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 7. Надеть перчатки.
Выполнение процедуры:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем. 2. Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см. 3. Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает. 4. Осмотреть кожу промежности идентифицируя признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое). 5. Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута. 6. Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее

	<p>плоскости.</p> <p>7. Снять с кровати пеленку (клеенку с пеленкой) и поместить ее в емкость для дезинфекции.</p>
Окончание процедуры:	<p>1. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал</p> <p>2. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.</p> <p>3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>4. Уточнить у пациента его самочувствие.</p> <p>5. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.</p>

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ КОРМЛЕНИЯ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД

Оснащение: фонендоскоп, система для непрерывного режима зондового кормления, шприц объемом 20-50 мл, зажим хирургический, изотонический раствор хлорида натрия, салфетка, лейкопластырь, перчатки нестерильные, воронка, часы.

1. Подготовка к процедуре:	<p>1) Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль</p> <p>2) Попросить пациента представиться.</p> <p>3) Сверить ФИО пациента с листом назначения.</p> <p>4) Сообщить пациенту о назначении врача.</p> <p>5) Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру</p> <p>6) проинформировать о предстоящем кормлении, составе и объеме пищи, методе кормления.</p> <p>7) Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки (если кормление будет осуществляться через назогастральный зонд).</p> <p>8) Подготовить питательный раствор; подогреть его до температуры 30 °С – 35 °С.</p>
2. Выполнение процедуры:	<p>1) Определить предписанный пациенту режим кормления – непрерывный или перемежающийся (фракционный).</p> <p>2) Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика)</p> <p>3) Поднять головной конец кровати на 30° – 45°.</p> <p>4) Проверить правильность положения зонда.</p> <p>5) Присоединить шприц объемом 20 см³ к дистальному участку зонда и аспирировать содержимое желудка.</p> <p>- Оценить характер содержимого – при появлении признаков кровотечения прекратить процедуру.</p> <p>- При выявлении признаков нарушения эвакуации желудочного содержимого – прекратить кормление.</p> <p>6) Присоединить к дистальному участку зонда шприц, заполненный 20 см³ воздуха и ввести воздух внутрь, одновременно аускультуруя область эпигастрия.</p> <p>7) Осмотреть кожу и слизистые оболочки носовых ходов, исключить признаки инфицирования и трофических нарушений, связанных с постановкой назогастрального зонда.</p> <p>8) Проверить качество фиксации зонда, при необходимости заменить пластырную повязку.</p> <p>д) При непрерывном режиме зондового кормления</p> <p>1) Промыть емкость для питательной смеси и соединительную канюлю.</p> <p>2) Заполнить емкость предписанной питательной смесью.</p>

	<p>3) Присоединить канюлю к дистальному участку назогастрального зонда или приемному штуцеру инфузионного насоса.</p> <p>4) Установить требующуюся скорость введения раствора с помощью дозатора канюли или блока управления насоса.</p> <p>5) Контролировать скорость введения раствора и объем введенной смеси каждый час.</p> <p>6) Каждый час аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота.</p> <p>7) Каждые 3 часа проверять остаточный объем желудочного содержимого. При превышении объема показателя, указанного в назначении, – прервать кормление.</p> <p>8) По окончании процедуры – промыть зонд 20 – 30 мл физиологического раствора или другого раствора в соответствии с предписанной схемой.</p> <p> е) При перемежающимся (фракционном) режиме зондового кормления</p> <p>1) Подготовить предписанный объем питательной смеси; перелить его в чистую посуду.</p> <p>2) Заполнить шприц объемом 20-50 мл или воронку питательным раствором.</p> <p>3) Ввести активно медленно (с помощью шприца) или пассивно (с помощью воронки) предписанный объем питательной смеси в желудок пациента. введение производить дробно, порциями по 20-30 мл, с интервалами между порциями - 1-3 мин.</p> <p>4) После введения каждой порции, пережимать дистальный участок зонда, препятствуя его опустошению.</p> <p>5) По окончании кормления ввести предписанный назначением объем воды. Если введение жидкости не предусмотрено, промыть зонд 30 мл физиологического раствора.</p>
<p>3. Окончание процедуры:</p>	<p>1) Аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота.</p> <p>2) Обработать ротовую полость, вытереть лицо пациента от загрязнений.</p> <p>3) Подвергнуть дезинфекции использованный материал.</p> <p>4) Снять перчатки, обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>5) Уточнить у пациента о его самочувствии.</p> <p>6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.</p>

УХОД ЗА НАЗОГАСТРАЛЬНЫМ ЗОНДОМ

Оснащение: шприц на 150 мл (шприц Жане), фонендоскоп, лоток, зонд назогастральный, глицерин, физиологический раствор или специальный раствор для промывания, нестерильные перчатки, стерильные марлевые салфетки, емкость для промывания катетера, пластырь, шпатель.

Промывание зонда нужно проводить с приподнятым головным концом.

!!! До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

<p>1. Подготовка к процедуре:</p>	<p>1.1 Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль.</p> <p>1.2 Попросить пациента представиться.</p> <p>1.3 Сверить ФИО пациента с медицинской документацией.</p> <p>1.4 Сообщить пациенту о необходимости проведения процедуры.</p> <p>1.5 Объяснить ход и цель процедуры.</p> <p>1.6 Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру.</p> <p>1.7 Подготовить необходимое оснащение.</p>
--	--

	<p>18 Вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или кожного антисептика).</p> <p>19 Надеть перчатки.</p>
2. Выполнение процедуры:	<p>21 Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления.</p> <p>22 Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке.</p> <p>23 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).</p> <p>24 Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом.</p> <p>25 Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы.</p> <p>26 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.</p>
3. Окончание процедуры:	<p>3.1 Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен.</p> <p>3.2 Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы.</p> <p>3.3 Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком.</p> <p>3.4 Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции</p> <p>3.5 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>3.6 Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании).</p> <p>3.7 Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации</p>

ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ ПРИ РВОТЕ

Оснащение: клеенка (клеенчатый фартук), полотенце, таз (почкообразный лоток), емкость с прохладной водой, салфетки, грушевидный баллон, дополнительные средства индивидуальной защиты, кожный антисептик, перчатки нестерильные.

!!! До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

1. Подготовка к процедуре:	<p>1.1 Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль.</p> <p>1.2 Попросить пациента представиться.</p> <p>1.3 Сверить ФИО пациента с медицинской документацией.</p> <p>1.5 Объяснить ход и цель процедуры.</p> <p>1.6 Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру.</p> <p>1.7 Предложить или помочь пациенту занять удобное положение сидя или лежа.</p> <p>1.8 Обработать руки гигиеническим уровнем.</p>
2. Выполнение процедуры:	<p>2.2 Сообщить врачу о начавшейся рвоте (лучше через третьих лиц).</p> <p>2.3 Обработать руки, надеть перчатки и дополнительные средства индивидуальной защиты.</p>

	<p>2.4 Успокоить пациента.</p> <p>2.5 Усадить пациента, грудь прикрыть клеенкой (клеенчатым фартуком).</p> <p>2.6 Дать полотенце, поставить к ногам таз.</p> <p>2.7 Придерживать голову пациента во время акта рвоты, положив на его лоб свою ладонь.</p> <p>2.8 Обеспечить полоскание полости рта водой после каждого акта рвоты.</p> <p>2.9 Вытереть лицо пациента салфеткой.</p> <p>2.10 Оставить рвотные массы до прихода врача.</p>
3. Окончание процедуры:	<p>3.1 Провести дезинфекцию использованного материала.</p> <p>3.2 Уточнить у пациента его самочувствие</p> <p>3.3 Снять перчатки, вымыть и осушить руки.</p> <p>3.4 Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента в медицинской документации.</p>

УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА БОЛЬНОГО

Оснащение: марлевые стерильные салфетки, ватные шарики, пинцет, зажим, перчатки чистые (нестерильные), стерильный глицерин, антисептический раствор для обработки полости рта пациента (2% раствор натрия гидрокарбоната или 0,02% фурацилина), вазелин, дозируемое жидкое мыло, кожный антисептик, пеленка, емкость для дезинфекции оснащения.

!!! До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

1. Подготовка к процедуре:	<p>1.1 Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль.</p> <p>1.2 Попросить пациента представиться.</p> <p>1.3 Сверить ФИО пациента с медицинской документацией.</p> <p>1.4 Сообщить пациенту о назначении врача .</p> <p>1.5 Объяснить ход и цель процедуры.</p> <p>1.6 Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру.</p> <p>1.7 Подготовить необходимое оснащение.</p> <p>1.8 Вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или кожного антисептика).</p> <p>1.9 Надеть перчатки.</p>
2. Выполнение процедуры:	<p>2.1. Придать пациенту удобное положение в постели:</p> <ul style="list-style-type: none"> – на спине, с приподнятым головным концом под углом 45⁰; – лежа на боку; – лежа на животе, повернув голову на бок. <p>2.2. Под голову пациента положить пеленку.</p> <p>2.3. Взять зажимом или пинцетом стерильную марлевую салфетку, смочить ее антисептическим раствором, слегка отжать.</p> <p>2.4. Провести чистку зубов, начиная с задних. Последовательно вычистить внутреннюю, верхнюю и наружную поверхности зубов, выполняя движения вверх-вниз в направлении от задних зубов к передним. Повторить те же действия с другой стороны рта.</p> <p>2.5. И использованные салфетки удалить в емкость для медицинских отходов.</p> <p>2.6. Сухими салфетками промокнуть ротовую полость пациента для удаления остатков жидкости и выделений из полости рта.</p> <p>2.7. Попросить пациента высунуть язык. Если он не может этого сделать, то необходимо обернуть язык стерильной салфеткой и левой рукой осторожно вытянуть его изо рта.</p>

	<p>2.8. Салфеткой, смоченной антисептическим раствором, протереть язык, снимая налет, в направлении от корня языка к его кончику.</p> <p>2.9. Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть внутреннюю поверхность щек, пространство под языком, десны пациента.</p> <p>2.10. При сухости языка, смазать его стерильным глицерином.</p> <p>2.11. Обработать последовательно верхнюю и нижнюю губу тонким слоем вазелина (для профилактики трещин на губах).</p>
3. Окончание процедуры:	<p>3.1 Уточнить у пациента его самочувствие, помочь пациенту занять удобное положение в постели.</p> <p>3.2 Снять перчатки и поместить их в емкость для их дезинфекции.</p> <p>3.3 Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.4 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации.</p>

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ВЗРОСЛОМУ ПАЦИЕНТУ

Оснащение	<p>Толстый стерильный желудочный зонд диаметром 10-15 мм, длиной 100-120 см с метками на расстоянии 45, 55, 65 см от слепого конца.</p> <p>Резиновая трубка длиной 70 см (для удлинения зонда) и стеклянная соединительная трубка диаметром не менее 8 мм.</p> <p>Шприц Жанэ.</p> <p>Фонендоскоп, тонометр.</p> <p>Шелковая нить.</p> <p>Часы.</p> <p>Воронка емкостью 1 л.</p> <p>Полотенце.</p> <p>Фартук клеенчатый для пациента и медицинского работника.</p> <p>Перчатки нестерильные.</p> <p>Ведро (с чистой водой комнатной температуры объемом 10 л).</p> <p>Ковш.</p> <p>Стерильные марлевые салфетки</p> <p>Жидкое вазелиновое масло или глицерин.</p> <p>Емкость для промывных вод.</p> <p>Водный термометр.</p> <p>Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.</p>
Подготовка к процедуре:	<p>Промывание с применением желудочного зонда (пациент в сознании)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру промывания желудка 2) Измерить артериальное давление, подсчитать пульс, если состояние пациента позволяет это сделать. 3) Снять зубные протезы у пациента (если они есть). 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки, фартук. 5) Поставить таз к ногам пациента или к головному концу кушетки, если положение пациента лежа. 6) Измерить шелковой нитью расстояние от резцов до пупка плюс ширина ладони пациента. 7) Перенести метку на зонд, начиная от закругленного конца. 8) Взять зонд в правую руку как "писчее перо" на расстоянии 10 см от закругленного конца.
Выполнение	<ol style="list-style-type: none"> 1) Встать сбоку от пациента.

процедуры:	<ol style="list-style-type: none"> 2) Предложить пациенту открыть рот, слегка запрокинуть голову назад. 3) Надеть на пациента фартук. Конец фартука опустить в емкость для сбора промывных вод. 4) Смочить слепой конец зонда водой или глицерином. 5) Положить зонд на корень языка, попросить пациента сделать глотательное движение одновременно с продвижением зонда. 6) Наклонить голову пациента вперед, вниз. 7) Медленно продвигать зонд вслед за глотательными движениями до метки, при этом попросить пациента глубоко дышать через нос. 8) Убедиться, что зонд в желудке "воздушной пробой" (присоединить шприц Жанэ, ввести воздух, с помощью фонендоскопа прослушать появление булькающих звуков). 9) Продвинуть зонд на 7-10 см. 10) Присоединить воронку к зонду. 11) Опустить воронку ниже положения желудка пациента. 12) Заполнить воронку водой больше половины, держа ее наклонно. 13) Медленно поднять воронку выше уровня желудка так, чтобы вода поступала из воронки в желудок. 14) Как только вода достигнет устья воронки, быстро опустить воронку ниже уровня желудка, чтобы содержимое желудка наполнило воронку полностью. 15) 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. 16) Повторить промывание несколько раз до чистых промывных вод.
Окончание процедуры:	<ol style="list-style-type: none"> 17) Воронку снять, зонд извлечь через салфетку, смоченную дезинфицирующим средством. 18) Поместить зонд, воронку в контейнер с дезинфицирующим средством, салфетку - в контейнер. 19) Промывные воды подвергнуть дезинфекции. 20) Дать пациенту прополоскать рот, обтереть полотенцем вокруг рта. 21) Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 22) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 23) Уточнить у пациента его самочувствие. 24) Пациента проводить в палату, тепло укрыть, наблюдать за состоянием. 25) Отметить в листе назначений о выполненной процедуре.

ПОСОБИЕ ПРИ СТОМАХ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Оснащение: калоприемник, антисептик для обработки поля вокруг стомы, барьерное средство для защиты кожи (например, салицилово-цинковая паста, паста стомагезив), стерильные марлевые салфетки, пластиковые пакеты для использованных материалов и калоприемника, простыня, трафарет и ножницы, измеритель со стандартными отверстиями, карандаш или ручка, зажим для мешка, емкость для воды, нестерильные перчатки, стерильные перчатки, ширма.

1. Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой. 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информиро-
-----------------------------------	--

	<p>ванного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.</p> <p>3) Обеспечить возможность для соблюдения конфиденциальности - поставить ширму, помочь пациенту занять положение лежа.</p> <p>4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>5) Подготовить необходимое оснащение и оборудование.</p> <p>6) Обернуть пациента простыней или пелёнкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля. Расположить зеркало нужным образом, чтобы создать видимость для пациента.</p> <p>7) Приготовить чистый калоприемник: на верхней стороне бумаги, которая прилипает к коже, начертить окружность диаметром на 3-4 мм шире, чем стома (размер стомы 2,5 – 3,5 см).</p> <p>8) Использовать специальный шаблон со стандартными отверстиями, для подбора к размерам стомы.</p> <p>Наложить шаблон с вырезанным отверстием на защитное бумажное покрытие клеевого слоя калоприемника и, если оно не совпадает ни с одной из нанесенных линий, обвести карандашом или ручкой контур вырезанного отверстия.</p> <p>Вырезать отверстие в клеевом слое по нанесенному контуру, следя за тем, чтобы не прорезать калоприемник насквозь.</p> <p>При этом удобно пользоваться зеркалом.</p> <p>При стоме неправильной формы отверстие можно моделировать ножницами (удобно применять ножницы тупоконечные вертикально-изогнутые для избежания повреждения мешка).</p> <p>9) Надеть нестерильные перчатки.</p>
<p>2. Выполнение процедуры:</p>	<p>1) Отсоединить и осторожно удалить старый калоприемник (сам мешочек и кожный барьер), одноразовый мешок сбросить в полиэтиленовый пакет для мусора, оставить закрывающее устройство для повторного использования. При повторном использовании калоприемника опорожнить мешочек в судно, предварительно пережать нижнюю часть мешочка зажимом, и измерить объем масс. Обмыть зажим и вытереть его туалетной бумагой. Нанести дезодорирующее средство на нижнюю часть мешочка. Снять калоприемник, начиная с верхнего края.</p> <p>2) Обработать перчатки антисептическим раствором.</p> <p>3) Аккуратно очистить область стомы и кожи вокруг нее водой с мягким (жидким) мылом, высушить ее марлевой салфеткой.</p> <p>4) Проверить состояние кожи, ее цвет в области стомы и саму стому на наличие отека или других изменений (мацерации).</p> <p>5) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции.</p> <p>6) Обработать руки антисептиком и надеть новые перчатки.</p> <p>7) Обработать кожу (при нарушении её целостности) защитным препаратом (цинковая мазь, стомагезин, паста Лассара или другим средством, применяемым в учреждении).</p> <p>8) Снять защитное бумажное покрытие с нанесенной разметкой и, не торопясь, совместить нижний край вырезанного отверстия с нижней границей стомы.</p> <p>9) Приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на кольцо калоприемника (при использовании многоразового) подальше от свежих разрезов в коже.</p> <p>10) Приклеить, начиная с нижнего края пластины, калоприемник к коже в течение 1-2 мин, прижимая рукой край отверстия, прилежащий к стоме, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться</p>

	<p>выделения из стомы.</p> <p>11) Аккуратно расправить нижние края калоприемника (при применении многоразового).</p> <p>12) При использовании многоразового калоприемника, прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению пластырем. Присоединить пояс к кромке калоприемника.</p>
3. Окончание процедуры:	<p>1) Снять перчатки. Прозеинфицировать и утилизировать использованный материал.</p> <p>2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>3) Уточнить у пациента его самочувствие.</p> <p>4) Сделать запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.</p>

ПОСТАНОВКА ГАЗООТВОДНОЙ ТРУБКИ

Оснащение: Газоотводная трубка – 1 шт, Зажим – 1 шт., Шпатель – 1 шт., Подкладное судно – 1 шт., Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара, Вазелин – 5 мл., Дозированное жидкое мыло – 2 разовые дозы, Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук, Ширма – 1 шт., Фартук непромокаемый – 2 шт., Пеленка – 1 шт., Клеенка – 1 шт., Салфетка – 1 шт., Мешок для использованного белья – 1 шт.

1. Подготовка к процедуре:	<p>1.1 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>1.2 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>1.3 Надеть фартук и перчатки</p> <p>1.4 Налить воду в судно.</p> <p>1.5 Отгородить пациента ширмой.</p> <p>1.6 Постелить под пациента клеенку и пеленку.</p>
2. Выполнение процедуры:	<p>2.1. Помочь пациенту принять удобное для проведения процедуры положение (уложить пациента на кушетку на левый бок, ноги пациента согнуты в коленях и слегка подведены к животу).</p> <p>2.2. Закругленный конец газоотводной трубки смазать вазелином на протяжении 30 см.</p> <p>2.3. Закругленный конец газоотводной трубки взять в правую руку как «писчее перо», а свободный конец зажать 4-ым и 5-ым пальцами.</p> <p>2.4. Развести 1-ым и 2-ым пальцами левой руки ягодицы пациента, а правой рукой осторожно ввести газоотводную трубку в анальное отверстие, продвигая первые 3 – 4 см по направлению к пупку, затем параллельно позвоночника, на глубину 15 – 30 см, так, чтобы наружный конец выступал не менее 10 см.</p> <p>2.5. Опустить свободный конец трубки в судно с водой. Оставить трубку в кишечнике на 1 – 2 часа до полного прекращения отхождения газов.</p> <p>2.6. Накрыть судно пеленкой, пациента одеялом.</p> <p>2.7. Через 1 – 2 часа осторожно извлечь газоотводную трубку из кишечника.</p>
3. Окончание процедуры:	<p>3.1. Вытереть салфеткой кожу в области анального отверстия.</p> <p>3.2. Остатки вазелина на газоотводной трубке снять салфеткой и поместить ее в емкость для дезинфекции инструментария.</p> <p>3.3. Салфетку поместить в емкость для отходов, пеленку в мешок для использованного белья.</p> <p>3.4. Клеенку протереть ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором.</p> <p>3.5. Снять фартук.</p>

	<p>3.6. Снять перчатки и поместить в емкость для их дезинфекции.</p> <p>3.7. Вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или кожного антисептика).</p> <p>3.8. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в стандартный лист врачебных назначений</p>
--	---

ПОСТАНОВКА ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ

Оснащение: 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).

1. Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 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. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Надеть фартук и перчатки. 4) Собрать систему, подсоединить к ней наконечник, закрыть систему зажимом. 5) Налить в кружку Эсмарха рекомендуемый объем воды определенной температуры. 6) Заполнить систему водой. 7) Подвесить кружку Эсмарха на подставку высотой 75-100 см, открыть вентиль слить немного воды через наконечник, вентиль закрыть. 8) Смазать наконечник вазелином.
2. Выполнение процедуры:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Уложить пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка подведены к животу. 2) Выпустить воздух из системы. 3) Развести одной рукой ягодицы пациента. 4) Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку, проводя первые 3-4 см по направлению к пупку. 5) Открыть вентиль (зажим) и отрегулировать поступление жидкости в кишечник. 6) Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом 7) Закрыть вентиль после введения жидкости и осторожно извлеките наконечник.
3. Окончание процедуры:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5-10 мин. 2) Проводить пациента в туалетную комнату. 3) Разобрать систему, наконечник, кружку Эсмарха и клеенку подвергнуть дезинфекции. 4) При необходимости подмыть пациента. 5) Снять перчатки, опустить их в емкость для дезинфекции. 6) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 7) Уточнить у пациента его самочувствие. 8) Сделать соответствующую запись о результатах процедуры в медицинскую документацию

ПОСТАНОВКА ГОРЧИЧНИКОВ

Оснащение: горчичники, лоток для использованного материала, непромокаемый мешок или контейнер для утилизации отходов класса б, дезинфицирующее средство, пеленка, часы, салфетка, емкость для воды, водный термометр, нестерильные перчатки.

1. Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Уточнить отсутствие аллергии на горчицу. В случае наличия аллергии и отсутствия согласия на процедуру - уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Надеть перчатки. 4) Осмотреть кожу пациента на предмет повреждений, гнойничков, сыпи – для определения показаний к проведению процедуры. 5) Проверить пригодность горчичников: горчица не должна осыпаться с бумаги и иметь специфический (резкий) запах. При использовании горчичников, сделанных по другим технологиям (например, пакетированная горчица) проверить срок годности. 6) Подготовить оснащение. Налить в лоток горячую (40° - 45°) воду. 7) Помочь пациенту лечь на живот (при постановке горчичников на спину) и принять удобную позу, голова пациента должна быть повернута на бок.
2. Выполнение процедуры:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Погрузить горчичник в горячую воду, дать ей стечь. 2) Плотно приложить горчичник к коже стороной, покрытой горчицей. 3) Повторить действия, размещая нужное количество горчичников на коже. 4) Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом. 5) Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 3-5 мин. 6) Оставить горчичники на 10-15 мин, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице.
3. Окончание процедуры:	<ol style="list-style-type: none"> 1) При появлении стойкой гиперемии (через 10-15 мин) снять горчичники и положить их в подготовленный лоток для использованных материалов с последующей их утилизацией. 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 мин и в этот день не принимал ванну или душ. 4) Снять перчатки. 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6) Уточнить у пациента его самочувствие. 7) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

ПОСТАНОВКА СОГРЕВАЮЩЕГО КОМПРЕССА

Оснащение: ножницы, бинт, компрессная бумага, вата, дозируемое жидкое мыло, кожный антисептик, спирт этиловый 45% 45 – 50 мл.

1. Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. 2) Вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или кожного антисептика). 3) Приготовить все необходимое для выполнения процедуры.
-----------------------------------	---

	<p>4) Налить в емкость для смачивания салфеток 45% спирт.</p> <p>5) Объяснить пациенту цель, ход процедуры, получить его согласие.</p>
2. Выполнение процедуры:	<p>1) Помочь пациенту принять удобное для проведения процедуры положение.</p> <p>2) Сложенную в 8 слоев салфетку смочить в этиловом спирте, хорошо отжать.</p> <p>3) Приложить салфетку к назначенной области тела, поверх салфетки компрессную бумагу, затем слой ваты (каждый последующий слой должен выступать над предыдущим на 2 см).</p> <p>4) Зафиксировать компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии, чтобы он плотно прилегал к коже, не стесняя движений.</p> <p>5) Проверить через 1,5 – 2 часа степень влажности салфетки пальцем, не снимая повязки.</p> <p>6) Известить пациента о времени проведения процедуры (до 6 – 8 часов).</p>
3. Окончание процедуры:	<p>1) Через 6-8 часов снять компресс.</p> <p>2) Вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или кожного антисептика).</p> <p>3) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в стандартном листе врачебных назначений.</p>

ПОСТАНОВКА ГРЕЛКИ

Оснащение: Грелка – 1 шт., Водный термометр – 1шт., Часы – 1шт., Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара, Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы, Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук, Пеленка – 2шт., Салфетка – 1шт.

1. Подготовка к процедуре:	<p>1.1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры.</p> <p>1.2. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или кожного антисептика).</p> <p>1.3. Приготовить все необходимое для процедуры.</p> <p>1.4. Налить в емкость воду (t 60⁰с).</p> <p>1.5. Заполнить грелку водой на 2/3 объема, осторожно вытеснить из нее воздух, завинтить плотно вентиль.</p> <p>1.6. Вытереть грелку насухо, особенно тщательно горловину, убедиться в герметичности грелки, опрокинув пробкой вниз и сжав руками с двух сторон.</p>
2. Выполнение процедуры:	<p>2.1. Помочь пациенту принять удобное для проведения процедуры положение.</p> <p>2.2. Завернуть грелку в пеленку.</p> <p>2.3. Приложить грелку к назначенной области тела на определенное время (место применения грелки и время назначаются врачом).</p>
3. Окончание процедуры:	<p>3.1. Убрать грелку. Помочь пациенту занять удобное положение в постели, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели не менее 1 часа.</p> <p>3.2. Открыть пробку у грелки и вылить воду.</p> <p>3.3. Надеть перчатки.</p> <p>3.4. Салфеткой, смоченной в емкости для текущей дезинфекции, обработать грелку двукратно с интервалом в 15 минут. После чего вымыть водой, высушить.</p> <p>3.5. Снять перчатки, вымыть и осушить руки (с использованием мыла или кожного антисептика).</p> <p>3.6. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в стандартный лист врачебных назначений.</p>

ПОСТАНОВКА ПУЗЫРЯ СО ЛЬДОМ

Оснащение: Пузырь для льда – 1 шт., Водный термометр – 1шт., Часы – 1шт., Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара, Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы, Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук, Кусочки льда. Пеленка – 2шт., Салфетка – 1шт.

1. Подготовка к процедуре:	1.1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. 1.2. Вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или кожного антисептика). 1.3. Приготовить все необходимое для процедуры. 1.4. Налить в емкость воду (t 14-16 ⁰ C). 1.5. Заполнить пузырь для льда водой на 1/3 объема, добавить кусочки льда, осторожно вытеснить из него воздух, завинтить плотно пробку. 1.6. Вытереть пузырь для льда насухо, особенно тщательно горловину, убедиться в его герметичности, опрокинув пробкой вниз и сжав руками с двух сторон. 1.7. Объяснить пациенту цель, ход процедуры, получить его согласие.
2. Выполнение процедуры:	2.1. Помочь пациенту принять удобное для проведения процедуры положение. 2.2. Завернуть пузырь для льда в пеленку. 2.3. Приложить пузырь для льда к назначенной области тела или подвесить его над назначенной областью на определенное время (место применения грелки и время назначаются врачом).
3. Окончание процедуры:	3.1. Убрать пузырь для льда. Помочь пациенту занять удобное положение в постели. 3.2. Открыть пробку у пузыря для льда и вылить воду. 3.3. Надеть перчатки. 3.4. Салфеткой, смоченной в емкости для текущей дезинфекции, обработать пузырь для льда двукратно с интервалом в 15 мин., после чего вымыть водой, высушить. 3.5. Снять перчатки, вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла или кожного антисептика). 3.6. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в стандартный лист врачебных назначений.

ТЕХНИКА ВЗЯТИЯ СОДЕРЖИМОГО ЗЕВА, НОСА И НОСОГЛОТКИ

Оснащение: штатив со стерильными пробирками, плотно закрывающимися ватно-марлевыми тампонами, в которые вмонтированы стержни с накрученными сухими ватными тампонами для забора материала; шпатель стерильный в крафт-пакете; бикс для транспортировки пробирок, штатив; стеклограф.

ЗАБОР МАТЕРИАЛА ИЗ ЗЕВА

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1) Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль 2) Попросить пациента представиться.	Объяснить пациенту, что забор материала из зева проводится утром, натощак, до приема лекарственных средств. Достоверный ответ получают через 5-7 дней, если правильно

СБОРНИК АГОРИТМОВ ПРАКТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ

3) Сверить ФИО пациента с листом назначения. 4) Сообщить пациенту о назначении врача. 5) Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	подготовлен пациент и правильно взят мазок.
2. Вымыть руки, надеть маску, перчатки.	
3. Усадить пациента лицом к источнику света, сесть напротив пациента.	
4. Поставить стеклографом номер на пробирках, соответствующий номеру в направлении: 3 - №1, установить пробирку в штатив.	Порядковый номер каждой пробирки должен соответствовать номеру направления с указанием Ф.И.О. пациента.
5. Взять в левую руку шпатель и пробирку с меткой: 3 - №1.	Убедиться, что пробирка соответствует фамилии, имени, отчеству (Ф.И.О.) данного пациента!

ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

1. Попросить пациента открыть рот, ввести шпатель в рот, фиксировать им язык пациента.	
2. Извлечь правой рукой из пробирки стержень со стерильным тампоном, держа его за пробку в виде ватно-марлевого тампона.	
3. Взять мазок, не касаясь стерильным тампоном слизистой оболочки полости рта и языка, последовательно обтерев правую миндалину, затем небную дужку, язычок, левую небную дужку, левую миндалину и заднюю стенку глотки.	Провести только одним тампоном справа и слева (при подозрении на дифтерию - на границе измененной и неизмененной поверхности миндалин). При неясно локализованных изменениях взять мазки двумя тампонами: из очага и из всех других секторов ротоглотки, указав это на пробирке.
4. Вынуть шпатель из полости рта, погрузить в дезраствор.	Шпатель после дезинфекции подлежит предстерилизационной обработке и стерилизации.
5. Извлечь тампон, не касаясь им слизистой оболочки полости рта и языка.	
6. Ввести тампон в пробирку, не касаясь наружной поверхности пробирки, плотно закрыть ее.	Тампон должен как можно меньше времени находиться в нестерильных условиях окружающей среды.
7. Поставить пробирку в штатив, затем в бикс, закрыв его на «замок».	На биксе имеются специальные приспособления для надежного укрепления крышки бикса.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

1. Снять перчатки, маску, погрузить их в дезинфицирующий раствор.	
2. Вымыть и осушить руки.	
3. Оформить направление в бактериологическую лабораторию.	
4. Доставить пробирку с сопроводительным документом в лабораторию.	Пробирку можно хранить в специальном холодильнике не более 2-3 часов.

ЗАБОР МАТЕРИАЛА ИЗ НОСА

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1) Установить контакт с пациентом:	

СБОРНИК АГОРИТМОВ ПРАКТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ

<p>поздороваться, представиться, обозначить свою роль</p> <p>2) Попросить пациента представиться.</p> <p>3) Сверить ФИО пациента с листом назначения.</p> <p>4) Сообщить пациенту о назначении врача.</p> <p>5) Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру</p>	
<p>2. Осмотреть полость носа, убедиться, что она чистая.</p>	<p>При необходимости: очистить нос (предложить пациенту высморкаться), удалить корки из полости носа, размягчив их стерильным вазелиновым маслом, затем очистить сухим ватным фитилем.</p>
<p>3. Вымыть руки с мылом, надеть маску и перчатки.</p>	
<p>4. Поставить стеклографом номер на пробирках, соответствующий номеру в направлении: Н- 2, установить пробирку в штатив.</p>	<p>Порядковый номер каждой пробирки должен соответствовать номеру направления с указанием Ф.И.О. пациента.</p>
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
<p>1. Взять закрытую пробирку с меткой «Н-2» в левую руку под 3,4,5 пальцы, а правой рукой извлечь из нее тампон.</p>	<p>Пальцы правой руки должны касаться только пробки пробирки, в которую вмонтирован стержень с тампоном.</p>
<p>2. Приподнять кончик носа пациента большим пальцем левой руки, а правой - ввести тампон в глубь правой, затем левой полости носа.</p>	<p>Тампон вводится легким вращательным движением в нижний носовой код на глубину 1.5-2см.</p>
<p>3. Извлечь тампон из полости носа.</p>	<p>Тампон должен как можно меньше времени находиться в нестерильных условиях окружающей среды.</p>
<p>4. Осторожно, не касаясь наружной поверхности пробирки, ввести в нее тампон.</p>	<p>Следите, чтобы пробирка была плотно закрыта.</p>
<p>5. Поставить пробирку в штатив для пробирок, затем в бикс, закрыв его на «замок».</p>	<p>Проверить соответствие номера пробирки с номером направления и Ф.И.О пациента. На биксе имеются специальные приспособления для надежного укрепления крышки бикса.</p>
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
<p>1. Снять перчатки, маску и погрузить их в дезинфицирующий раствор.</p>	
<p>2. Вымыть и осушить руки.</p>	
<p>3. Оформить направление.</p>	
<p>4. Доставить взятый материал в биксе с направлением в бактериологическую лабораторию.</p>	<p>Пробирку можно хранить в специальном холодильнике не более 2-3 часов.</p>