Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Саткинский медицинский колледж»

Утверждаю:
Директор ГБПОУ
«Саткинский медицинский колледж»
_____О.С.Галлямова
«18» ____июня____2023г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

учебной дисциплины

«ПМ. 01 Осуществление профессионального ухода за пациентом»

по специальности:

31.02.01 «Лечебное дело»

г. Сатка
2023-2026

Фонд оценочных средств дисциплины «ПМ. 01 Осуществление профессионального ухода за пациентом» составлен в соответствии с ФГОС СПО по специальности 31.02.01 Лечебное дело

Организация-разработчик ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж»

Разработчик:

Рассмотрена на заседании цикловой комиссии Лечебное дело

Протокол № 10 от «16» 06 2023 г.

Председатель _____ М. П. Чудинова

Утверждена:

Зам.директора по УР _____ А. Н. Гильмиярова

СОДЕРЖАНИЕ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА…….…….…..……4
1.ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ……4
2.ФОРМЫ КОНТРОЛЯ И ОЦЕНИВАНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ.……
……11
3. КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ…….…….……..12
3.1. Задания к дифференцированному зачету по МДК 01. 01 Санитарное содержание палат, специализированных кабинетов, перемещение материальных объектов и медицинских отходов, уход за телом умершего человека
……..……..12
3.2. Задания к комплексному дифференцированному зачету по Учебной практике «ПМ. 01 Осуществление профессионального ухода за пациентом МДК 01. 01 Санитарное содержание палат, специализированных кабинетов, перемещение материальных объектов и медицинских отходов, уход за телом умершего человека МДК 01. 02 Оказание медицинских услуг по уходу»
…….…….…….……..30
3.3. Задания к дифференцированному зачету по Производственной практике, к квалификационному экзамену «ПМ. 01 Осуществление профессионального ухода за пациентом»
…….……..61
4. КРИТЕРИИ И ШКАЛЫ ДЛЯ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ОЦЕНКИ УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИ…….……214
4.1. Критерии оценки ……214
Приложение ..…….216
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ…….……...219

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Цель фонда оценочных средств. Оценочные средства предназначены для контроля и оценки образовательных достижений обучающихся, освоивших программу учебной дисциплины ПМ. 01 Осуществление профессионального ухода за пациентом. Перечень видов оценочных средств соответствует Рабочей программе дисциплины.

Фонд оценочных средств включает контрольные материалы для проведения промежуточной аттестации в форме тестовых и практических заданий, профессионально-ориентированных задач к дифференцированному зачету и к экзамену.

Структура и содержание заданий – задания разработаны в соответствии с рабочей программой дисциплины ПМ. 01 Осуществление профессионального ухода за пациентом.

1.ПАСПОРТ КОМПЛЕКТА ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

В результате освоения профессионального модуля обучающийся должен

Владеть навыками	размещения материальных объектов и медицинских отходов на средствах транспортировки. осуществления транспортировки и своевременной доставки материальных объектов и медицинских отходов к месту назначения. проведения ежедневной влажной и генеральной уборки палат, помещений, кабинетов с использованием дезинфицирующих и моющих средств. проведения обеззараживания воздуха и проветривания палат, помещений, кабинетов. обеспечения порядка в холодильниках и санитарное содержание холодильников для хранения личных пищевых продуктов пациентов. проведения дезинфекция предметов ухода, оборудования, инвентаря и медицинских изделий. проведения предстерилизационной очистки медицинских изделий. получения информации от пациентов (их родственников / законных представителей). размещения и перемещения пациента в постели. проведения санитарной обработки, гигиенического ухода за тяжелобольными пациентами (умывание, обтирание кожных покровов, полоскание полости рта). оказания пособия пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода при физиологических отправлениях. кормления пациента с недостаточностью самостоятельного ухода. получения комплектов чистого нательного белья, одежды и обуви. осуществления смены нательного и постельного белья. осуществления транспортировки и сопровождения пациента. оказания помощи медицинской сестре в проведении простых диагностических исследований: измерение температуры тела, частоты пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений. наблюдения за функциональным состоянием пациента.

	осуществления доставки биологического материала в лабораторию. оказания первой помощи при угрожающих жизни состояниях. проведения ухода за телом умершего человека. осуществления транспортировки тела умершего человека.
Уметь	согласовывать действия с медицинским персоналом медицинской организации при перемещении, транспортировке материальных объектов и медицинских отходов. рационально использовать специальные транспортные средства перемещения. удалять медицинские отходы с мест первичного образования и перемещать в места временного хранения. производить транспортировку материальных объектов и медицинских отходов с учетом требований инфекционной безопасности, санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима. обеспечивать сохранность перемещаемых объектов в медицинской организации. производить герметизацию упаковок и емкостей однократного применения с отходами различных классов Опасности. использовать упаковку (пакеты, баки) однократного и многократного применения в местах первичного сбора отходов с учетом класса Опасности. правильно применять средства индивидуальной защиты. производить гигиеническую обработку рук. оказывать первую помощь. производить уборку помещений, в том числе с применением дезинфицирующих и моющих средств. применять разрешенные для обеззараживания воздуха оборудование и химические средства. поддерживать санитарное состояние холодильников для хранения личных пищевых продуктов пациентов. обеспечивать порядок хранения пищевых продуктов пациентов в холодильниках. использовать моющие и дезинфицирующие средства при дезинфекции предметов ухода, оборудования, инвентаря, емкостей многократного применения для медицинских отходов. использовать и хранить уборочный инвентарь, оборудование в соответствии с маркировкой. производить предстерилизационную очистку медицинских изделий. производить обезвреживание отдельных видов медицинских отходов, обработку поверхностей, загрязненных биологическими жидкостями. правильно применять средства индивидуальной защиты. получать информацию от пациентов (их родственников / законных представителей). использовать специальные средства для размещения и перемещения пациента в постели с применением принципов эргономики. размещать и перемещать пациента в постели с использованием принципов эргономики. создавать комфортные условия пребывания пациента в медицинской организации. измерять температуру тела, частоту пульса, артериальное давление, частоту дыхательных движений. Определять основные показатели функционального состояния пациента. измерять антропометрические показатели (рост, масса тела). информировать медицинский персонал об изменениях в состоянии пациента. оказывать помощь пациенту во время его осмотра врачом. оказывать первую помощь при угрожающих жизни состояниях.

	использовать средства и предметы ухода при санитарной обработке и гигиеническом уходе за пациентом. оказывать пособие пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода при физиологических отправлениях. кормить пациента с недостаточностью самостоятельного ухода. выявлять продукты с истекшим сроком годности, признаками порчи и загрязнениями. получать комплекты чистого нательного белья, одежды и обуви. производить смену нательного и постельного белья. осуществлять транспортировку и сопровождение пациента. доставлять биологический материал в лаборатории медицинской организации. своевременно доставлять медицинскую документацию к месту назначения. производить посмертный уход. обеспечивать сохранность тела умершего человека. измерять рост и массу тела умершего человека при работе в патологоанатомическом отделении. создавать условия для производства вскрытий и забора биологического материала при работе в патологоанатомическом отделении. осуществлять туалет тела умершего человека и помещать его в трупохранилище. транспортировать тело умершего человека до места временного хранения. доставлять трупный материал в лабораторию медицинской организации. производить регистрацию приема и выдачи тела умершего человека при работе в патологоанатомическом отделении. правильно применять средства индивидуальной защиты.
Знать	виды упаковок (емкостей), контейнеров для материальных объектов и медицинских отходов, правила герметизации упаковок для отходов различного класса опасности. средства и способы перемещения и транспортировки материальных объектов, медицинских отходов и обеспечения их сохранности в медицинской организации. назначение и правила использования средств перемещения. правила подъема и перемещения тяжестей с учетом здоровьесберегающих технологий. требования инфекционной безопасности, санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим при транспортировке материальных объектов. инструкция по сбору, хранению и перемещению медицинских отходов организации. схема обращения с медицинскими отходами. правила гигиенической обработки рук. перечень состояний, при которых оказывается первая помощь; признаки заболеваний и состояний, требующих оказания первой помощи; алгоритмы оказания первой помощи; правила применения средств индивидуальной защиты. график проведения ежедневной влажной и генеральной уборки палат, помещений, кабинетов с использованием дезинфицирующих и моющих средств. способы обеззараживания воздуха и проветривания палат, помещений, кабинетов. инструкция по санитарному содержанию холодильников и условиям хранения личных пищевых продуктов пациентов. правила инфекционной безопасности при выполнении трудовых действий. правила хранения уборочного инвентаря, дезинфицирующих и моющих

	средств. инструкции по применению моющих и дезинфицирующих средств, используемых в медицинской организации. правила дезинфекции и предстерилизационной очистки медицинских изделий. инструкции по проведению дезинфекции предметов ухода, оборудования, инвентаря, емкостей многократного применения для медицинских отходов. методы безопасного обезвреживания инфицированных и потенциально инфицированных отходов (материалы, инструменты, предметы, загрязненные кровью и / или другими биологическими жидкостями; патологоанатомические отходы, органические операционные отходы, пищевые отходы из инфекционных отделений, отходы из микробиологических, клинико-диагностических лабораторий, биологические отходы вивариев; живые вакцины, не пригодные к использованию). методы безопасного обезвреживания чрезвычайно эпидемиологически Опасныхотходов (материалы, контактировавшие с больными инфекционными болезнями, вызванными микроорганизмами 1-й и 2-й групп патогенности, отходы лабораторий, работающих с микроорганизмами 1-й и 2-й групп патогенности). правила общения с пациентами (их родственниками / законными представителями). здоровьесберегающие технологии при перемещении пациента с недостаточностью самостоятельного ухода. порядок проведения санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода. методы пособия при физиологических отправлениях пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода. правила информирования об изменениях в состоянии пациента. алгоритм измерения антропометрических показателей. показатели функционального состояния, признаки ухудшения состояния пациента. порядок оказания первой помощи при угрожающих жизни состояниях. санитарно-эпидемиологические требования соблюдения правил личной гигиены пациента. правила кормления пациента с недостаточностью самостоятельного ухода. санитарно-эпидемиологические требования к организации питания пациентов. алгоритм смены нательного и постельного белья пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода. правила использования и хранения предметов ухода за пациентом. условия безопасной транспортировки и перемещения пациента с использованием принципов эргономики. условия конфиденциальности при работе с биологическим материалом и медицинской документацией. правила безопасной транспортировки биологического материала в лабораторию медицинской организации, работы с медицинскими отходами. структура медицинской организации. способы и средства оказания первой помощи при угрожающих жизни состояниях. последовательность посмертного ухода. условия хранения тела умершего человека. правила санитарной обработки и хранения тела умершего человека. технология транспортировки тела умершего человека до места временного хранения.

	учетные формы медицинской документации. трудовое законодательство российской федерации, регулирующее трудовой процесс, нормы этики и морали в профессиональной деятельности. правила внутреннего трудового распорядка, лечебно-охранительного, санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима медицинской организации. правила применения средств индивидуальной защиты.

Освоить общие компетенции

Код	Наименование общих компетенций
ОК 01.	Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам
ОК 02.	Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации, и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности
ОК 04.	Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде
ОК 05.	Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста
ОК 09.	Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках.

Освоить профессиональные компетенции

Код	Наименование видов деятельности и профессиональных компетенций
ВД 1	Осуществление профессионального ухода за пациентами
ПК 1.1.	Осуществлять рациональное перемещение и транспортировку материальных объектов и медицинских отходов
ПК 1.2.	Обеспечивать соблюдение санитарно-эпидемиологических правил и нормативов медицинской организации
ПК 1.3.	Осуществлять профессиональный уход за пациентами с использованием современных средств и предметов ухода
ПК 1.4.	Осуществлять уход за телом человека

Личностные результаты

Личностные результаты реализации программы воспитания (дескрипторы)	**Код личностных результатов реализации программы воспитания**
Осознающий себя гражданином России и защитником Отечества, выражающий свою российскую идентичность в поликультурном и много конфессиональном российском обществе и современном мировом сообществе. Сознающий свое единство с народом России, с Российским государством, демонстрирующий ответственность за развитие страны. Проявляющий готовность к защите Родины, способный аргументировано отстаивать суверенитет и достоинство народа России, сохранять и защищать историческую правду	ЛР 1

о Российском государстве	
Проявляющий активную гражданскую позицию на основе уважения закона и правопорядка, прав и свобод сограждан, уважения к историческому и культурному наследию России. Осознанно и деятельно выражающий неприятие дискриминации в обществе по социальным, национальным, религиозным признакам; экстремизма, терроризма, коррупции, антигосударственной деятельности. Обладающий опытом гражданской социально значимой деятельности (в студенческом самоуправлении, добровольчестве, экологических, природоохранных, военно-патриотических и др. объединениях, акциях, программах). Принимающий роль избирателя и участника общественных отношений, связанных с взаимодействием с народными избранниками	ЛР 2
Демонстрирующий приверженность традиционным духовно-нравственным ценностям, культуре народов России, принципам честности, порядочности, открытости. Действующий и оценивающий свое поведение и поступки, поведение и поступки других людей с позиций традиционных российских духовно-нравственных, социокультурных ценностей и норм с учетом осознания последствий поступков. Готовый к деловому взаимодействию и неформальному общению с представителями разных народов, национальностей, вероисповеданий, отличающий их от участников групп с деструктивным и девиантным поведением. Демонстрирующий неприятие социально опасного поведения окружающих и предупреждающий его. Проявляющий уважение к людям старшего поколения, готовность к участию в социальной поддержке нуждающихся в ней	ЛР 3
Проявляющий и демонстрирующий уважение к труду человека, осознающий ценность собственного труда и труда других людей. Экономически активный, ориентированный на осознанный выбор сферы профессиональной деятельности с учетом личных жизненных планов, потребностей своей семьи, российского общества. Выражающий осознанную готовность к получению профессионального образования, к непрерывному образованию в течение жизни Демонстрирующий позитивное отношение к регулированию трудовых отношений. Ориентированный на самообразование и профессиональную переподготовку в условиях смены технологического уклада и сопутствующих социальных перемен. Стремящийся к формированию в сетевой среде личностно и профессионального конструктивного «цифрового следа»	ЛР 4
Демонстрирующий приверженность к родной культуре, исторической памяти на основе любви к Родине, народу, малой родине, знания его истории и культуры, принятие традиционных ценностей многонационального народа России. Выражающий свою этнокультурную идентичность, сознающий себя патриотом народа России, деятельно выражающий чувство причастности к многонациональному народу России, к Российскому Отечеству. Проявляющий ценностное отношение к историческому и культурному наследию народов России, к национальным символам, праздникам, памятникам, традициям народов, проживающих в России, к соотечественникам за рубежом, поддерживающий их заинтересованность в сохранении общероссийской культурной идентичности, уважающий их права	ЛР 5
Ориентированный на профессиональные достижения, деятельно выражающий познавательные интересы с учетом своих способностей,	ЛР 6

образовательного и профессионального маршрута, выбранной квалификации	
Осознающий и деятельно выражающий приоритетную ценность каждой человеческой жизни, уважающий достоинство личности каждого человека, собственную и чужую уникальность, свободу мировоззренческого выбора, самоопределения. Проявляющий бережливое и чуткое отношение к религиозной принадлежности каждого человека, предупредительный в отношении выражения прав и законных интересов других людей	ЛР 7
Проявляющий и демонстрирующий уважение законных интересов и прав представителей различных этнокультурных, социальных, конфессиональных групп в российском обществе; национального достоинства, религиозных убеждений с учётом соблюдения необходимости обеспечения конституционных прав и свобод граждан. Понимающий и деятельно выражающий ценность межрелигиозного и межнационального согласия людей, граждан, народов в России. Выражающий сопричастность к преумножению и трансляции культурных традиций и ценностей многонационального российского государства, включенный в общественные инициативы, направленные на их сохранение	ЛР 8
Сознающий ценность жизни, здоровья и безопасности. Соблюдающий и пропагандирующий здоровый образ жизни (здоровое питание, соблюдение гигиены, режим занятий и отдыха, физическая активность), демонстрирующий стремление к физическому совершенствованию. Проявляющий сознательное и обоснованное неприятие вредных привычек и опасных наклонностей (курение, употребление алкоголя, наркотиков, психоактивных веществ, азартных игр, любых форм зависимостей), деструктивного поведения в обществе, в том числе в цифровой среде	ЛР 9
Бережливо относящийся к природному наследию страны и мира, проявляющий сформированность экологической культуры на основе понимания влияния социальных, экономических и профессионально-производственных процессов на окружающую среду. Выражающий деятельное неприятие действий, приносящих вред природе, распознающий опасности среды обитания, предупреждающий рискованное поведение других граждан, популяризирующий способы сохранения памятников природы страны, региона, территории, поселения, включенный в общественные инициативы, направленные на заботу о них	ЛР 10
Проявляющий уважение к эстетическим ценностям, обладающий основами эстетической культуры. Критически оценивающий и деятельно проявляющий понимание эмоционального воздействия искусства, его влияния на душевное состояние и поведение людей. Бережливо относящийся к культуре как средству коммуникации и самовыражения в обществе, выражающий сопричастность к нравственным нормам, традициям в искусстве. Ориентированный на собственное самовыражение в разных видах искусства, художественном творчестве с учётом российских традиционных духовно-нравственных ценностей, эстетическом обустройстве собственного быта. Разделяющий ценности отечественного и мирового художественного наследия, роли народных традиций и народного творчества в искусстве. Выражающий ценностное отношение к технической и промышленной эстетике	ЛР 11
Принимающий российские традиционные семейные ценности.	ЛР 12

Ориентированный на создание устойчивой многодетной семьи, понимание брака как союза мужчины и женщины для создания семьи, рождения и воспитания детей, неприятия насилия в семье, ухода от родительской ответственности, отказа от отношений со своими детьми и их финансового содержания	
Личностные результаты реализации программы воспитания, определенные отраслевыми требованиями к деловым качествам личности	
Демонстрирующий готовность и способность вести диалог с другими людьми, достигать в нем взаимопонимания, находить общие цели и сотрудничать для их достижения в профессиональной деятельности	ЛР 13
Проявляющий сознательное отношение к непрерывному образованию как условию успешной профессиональной и общественной деятельности	ЛР 14
Соблюдающий врачебную тайну, принципы медицинской этики в работе с пациентами, их законными представителями и коллегами	ЛР 15
Соблюдающий программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, нормативные правовые акты в сфере охраны здоровья граждан, регулирующие медицинскую деятельность.	ЛР 16
Соблюдающий нормы медицинской этики, морали, права и профессионального общения.	ЛР 17
Личностные результаты реализации программы воспитания, определенные субъектом Российской Федерации (при наличии)	
Осознающий значимость вклада Челябинской области в историю и культуру России.	ЛР 18
Проявляющий нетерпимость к пропаганде идей экстремизма, ксенофобии, национальной и религиозной исключительности.	ЛР 19
Обладающий сформированной культурой безопасного поведения в современном информационном пространстве.	ЛР 20
Личностные результаты реализации программы воспитания, определенные ключевыми работодателями (при наличии)	
Принимающий цели и задачи научно-технологического, экономического, информационного развития России, готовый работать на их достижение.	ЛР 21
Осознающий важность выбора профессии и возможности реализации собственных жизненных планов; отношение к профессиональной деятельности как возможности участия в решении личных, общественных, государственных, общенациональных проблем.	ЛР 22
Готовый к профессиональной конкуренции и конструктивной реакции на критику, сохраняющий психологическую устойчивость в ситуативно сложных или стремительно меняющихся ситуациях.	ЛР 23
Личностные результаты реализации программы воспитания, определенные субъектами образовательного процесса (при наличии)	
Проявляющий эмпатию, выражающий активную гражданскую позицию, участвующий в студенческом самоуправлении, в том числе на условиях добровольчества, продуктивно взаимодействующий и участвующий в деятельности общественных организаций, а также некоммерческих организаций, заинтересованных в развитии гражданского общества и оказывающих поддержку нуждающимся.	ЛР 24
Признающий ценность образования, стремящийся к повышению профессиональной подготовки путем участия в учебно–исследовательской работе, в конкурсах профессионального мастерства.	ЛР 25

2. ФОРМЫ КОНТРОЛЯ И ОЦЕНИВАНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

В результате текущей аттестации по учебной дисциплине осуществляется комплексная проверка следующих умений и знаний, а также динамика формирования общих компетенций.

МДК профессионального модуля	Проверяемые ОК, ПК, ИП, З, У.	Форма текущего контроля и оценивания
Дифференцированный зачет МДК 01. 01	ВД 1 ПК 1.1, 1.2, 1.3, 1.4; ОК 01, 02, 04, 05, 09; ЛР 1-25	ФОС к дифзачету МДК01. 01
УП 01	ВД 1 ПК 1.1, 1.2, 1.3, 1.4; ОК 01, 02, 04, 05, 09; ЛР 1-25	ФОС к УП 01
Квалификационный экзамен	ВД 1 ПК 1.1, 1.2, 1.3, 1.4; ОК 01, 02, 04, 05, 09; ЛР 1-25	ФОС к квалификационному экзамену ПМ 01

3.КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

3.1. Задания к дифференцированному зачету по МДК 01. 01 Санитарное содержание палат, специализированных кабинетов, перемещение материальных объектов и медицинских отходов, уход за телом умершего человека

Перечень вопросов

- Профилактика профессионального заражения в медицинской организации.
- Состав аптечки анти-ВИЧ.
- Действия медицинского работника в аварийной ситуации. (СанПиН 3.3686-21 "Санитарно- эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней")
- «Дезинфекция» понятие, виды и методы дезинфекции.
- Меры предосторожности при работе с дезинфицирующими средствами.
- Требования, предъявляемые к хранению и приготовлению дезинфицирующих средств и растворов.
- Как использовать моющие и дезинфицирующие средства при дезинфекции предметов ухода, оборудования, инвентаря, емкостей многократного применения для медицинских отходов.
- Первая помощь при отравлениях дезинфицирующими препаратами.
- Дезинфекция воздуха в помещениях ЛПУ.
- Алгоритм проведения генеральной уборки процедурного кабинета.
- Мероприятия при выявлении педикулеза.
- «Предстерилизационная очистка» понятие. Алгоритм проведения
- Контроль качества предстерилизационной очистки.
- Стерилизация: понятие, методы и режимы.

- Классификация антисептиков. Кожные антисептики класса А, Б, В, (МУ.3.5.1.3674-20)

- Поддержание санитарного состояния холодильников для хранения личных пищевых продуктов пациентов.

- Классификация медицинских отходов. Класс А, Б, В, Г, Д.

(По СанПиН 2.1.3684-21 "Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно - противоэпидемических (профилактических) мероприятий"

- Что запрещается при сборе и дальнейшем обращении с медицинскими отходами. (По СанПиН 2.1.3684-21)

- Требования, предъявляемые к санитарно-эпидемиологическим условиям хранения медицинских отходов.

Перечень манипуляций, выносимых на дифференцированный зачет:

1. Подготовка рабочего места для проведения сестринских манипуляций.
2. Обработка рук (социальный уровень)
3. Обработка рук (гигиенический уровень)
4. Приготовление дезинфицирующего раствора в соответствии с инструкцией по применению
5. Надевание стерильных перчаток и снятие использованных перчаток
6. Использование средств индивидуальной защиты для профилактики профессионального инфицирования (халат, маска, колпак)
7. Проведение генеральной уборки
8. Проведение текущей уборки в процедурном кабинете
9. Проведение предстерилизационной очистки инструментария ручным способом
10. Приготовление 0,5% моющего раствора
11. Проведение химической дезинфекции шприцев и игл однократного применения после использования.
12. Подготовка емкости для сбора отходов класса А, Б.
13. Осуществление сбора, обеззараживания и временного хранения медицинских отходов в местах их образования в медицинской организации.
14. Проведение экстренных профилактических мероприятий при возникновении аварийных ситуаций с риском инфицирования медицинских работников.
15. Проведение проб для определения качества предстерилизационной очистки медицинских изделий
16. Сортировка и упаковка медицинских изделий в соответствии с видом стерилизации
17. Осуществление контроля режимов стерилизации

Тестовые задания
Выберите один правильный ответ

1.Основной причиной, тормозящей эффективное использование программы профилактики ВБИ является

а) формирование устойчивых штаммов микроорганизмов

б) сложное оборудование, требующее соответствующей обработки
в) недостаточное использование способов «холодной» стерилизации
г) «человеческий фактор»

2.Основной целью проведения мероприятий по инфекционной безопасности и инфекционному контролю в ЛПУ является профилактика
а) любых ВБИ
б) гепатита
в) заболеваний, передающихся через кровь
г) ВИЧ-инфекции

3.Мероприятия, направленные на уничтожение или уменьшение количества микроорганизмов в ране или в организме в целом, называется
а) асептикой
б) дезинфекцией
в) антисептикой
г) стерилизацией

4.Дератизация – это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение
а) патогенных и условно-патогенных микробов
б) членистоногих переносчиков возбудителей инфекционных заболеваний
в) грызунов-источников инфекции
г) грибов

5.Воздействие на микроорганизмы высокой температуры, лучистой энергии относится к методу дезинфекции
а) химическому
б) комбинированному
в) физическому
г) механическому

6.Воздействие на микроорганизмы химическими веществами относится к методу дезинфекции
а) химическому
б) комбинированному
в) физическому
г) механическому

7.Целью дезинфекции является
а) уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов
б) стерилизация медицинского оборудования
в) предстерилизационная очистка
г) процесс удаления или уничтожение микроорганизмов

8.Дезинфекцию проводят с учетом
а) экологической обстановки
б) эпидемической опасности
в) возраста пациентом
г) возможностей ЛПУ

9.К методам дезинфекции относятся
а) механический, физический, радиационный
б) физический, химический, радиационный
в) механический, физический, химический

г) химический, экологический, механический

10.Текущая дезинфекция проводится
а) однократно
б) **многократно**
в) 1 раз в неделю
г) 1 раз в месяц

11.Наиболее широко в ЛПУ используется метод дезинфекции
а) физический
б) бактериологический
в**) химический**
г) механический

12.Заключительная дезинфекция проводится
а) однократно
б) многократно
в)1 раз в неделю
г)1 раз в месяц

13.Одноразовые пакеты для сбора отходов ЛПУ класса Б имеют окраску
а) красную
б) черную
в) желтую
г) белую

14.Использованные многоразовые изделия медицинского назначения, соприкасающиеся с кровью пациента, подлежат (в соответствии с СанПиН 3.3686-21 "Санитарно- эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней")
а) только дезинфекции
б) только стерилизации
в) дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации
г) утилизации

15.Медицинские отходы класса А собирают в пакеты цвета
а) белого
б) желтого
в) красного
г) чёрного

16.Срок сохранения стерильности изделий, простерилизованных в крафт-пакетах, закрытых на скрепки, составляет
а) 1 сутки
б) 3 суток
в) 20 суток
г) 6 мес.

17.Температура моющего раствора для ручной предстерилизационной очистки инструментов
а) 18°- 20° С
б) 37° С
в) 40° С
г) 50° С

18.Целью предстерилизационной очистки медицинского инструментария является

а) удаление различных загрязнений и остатков лекарственных средств

б) уничтожение только патогенных микробов

в) уничтожение патогенных и условно-патогенных микробов

г) уничтожение всех микробов и их спор

19.На стерильном столе, накрытом простынями, срок сохранения стерильности изделий, простерилизованных без упаковки

а) должны быть использованы непосредственно после стерилизации 4-6 часов

б) 24 часа

в) 3 суток

г) 20 суток

20.Срок сохранения стерильности изделий, простерилизованных в стерилизационной коробке без фильтра, составляет

а) 1 сутки

б) 3 суток

в) 20 суток

г) 6 -12 мес.

21.Режим паровой стерилизации

а) 120° С, 45 минут

б) 140° С, 15 минут

в) 160° С, 150 минут

г) 180° С, 30 минут

22.При попадании биологического материала (крови) на неповрежденную кожу медперсонал должен в соответствии с требованиями СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-профилактические требования по профилактике инфекционных болезней»:

а) обработать 70% спиртом, обмыть кожу водой и мылом, обработать 70% спиртом.

б) обмыть кожу водой и мылом, затем обработать кожу 70% спиртом.

в) обмыть кожу водой и мылом.

г) обработать кожу 70% спиртом.

23.К самому распространенному резервуару возбудителей в ЛПУ относятся

а) мочевыводящие пути

б) кишечник

в) кровь

г) руки

24.К факторам, влияющим на восприимчивость хозяина к инфекции, относят

а) санитарное состояние ЛПУ, состояние пищеблока и водоснабжения

б) возраст, хронические заболевания

в) дыхательные пути, пищеварительный тракт

г) формирование госпитальных штаммов

25.Основной причиной, тормозящей эффективное использование программы профилактики ВБИ является

а) формирование устойчивых штаммов микроорганизмов

б) сложное оборудование, требующее соответствующей обработки

в) недостаточное использование способов «холодной» стерилизации

г) «человеческий фактор»

26.К факторам, способствующим распространению внутрибольничной инфекции, относятся

а) санитарное состояние ЛПУ, применение антибиотиков и иммунодепрессантов

б) желудочно-кишечный тракт, мочеполовая система

в) вирусные гепатиты, кишечные инфекции

г) вакцины, сыворотки

27.К факторам риска возникновения гнойно-септических инфекций относятся

а) увеличение обсемененности воздуха и рук персонала

б) нарушение удовлетворения основных потребностей

в) приспособительные реакции организма

г) перемещение пациента

28.Цепочка инфекционного процесса состоит из

а) восприимчивого хозяина, возбудителя болезни, резервуара, входных и выходных ворот инфекции

б) восприимчивого хозяина, возбудителя болезни, резервуара, входных и выходных ворот инфекции, способа передачи инфекции

в) восприимчивого хозяина, возбудителя болезни, входных и выходных ворот инфекции, способа передачи инфекции

29.При проведении процедур и манипуляций медсестра проводит обработку рук

а) перед процедурой

б) после всех процедур

в) после нескольких процедур

г) перед началом и после окончания процедуры

30.Любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, возникшее у пациента во время нахождения в ЛПУ или обращения в него за медицинской помощью, а также медицинских работников данного ЛПУ, называется:

а) инфекционным процессом

б) гнойно-септической инфекцией

в) постинъекционным осложнением

г) внутрибольничной инфекцией

31.Основным путем профилактики ВБИ является

а) мытье рук медицинского персонала

б) разрушение цепочки инфекции

в) обеззараживание воды

г) эффективное лечение пациентов

32.Основным механизмом передачи инфекции в ЛПУ является

а) фекально-оральный

б) трансмиссивный

в) контактный

г) трансплацентарный

Микроорганизмы, вызывающие развитие инфекционного процесса только при определенных условиях, называются

а) патогенными

б) непатогенными

в) условно-патогенными
г) резистентными

33.Процесс взаимодействия микро - и макроорганизма в определенных условиях внешней среды, составляющий сущность инфекционной болезни, называется
а) инфекционным процессом
б) патологическим процессом
в) физиологическим процессом
г) физическим процессом

34.Механизм проникновения возбудителя из кишечника больного через рот в организм другого человека называется
а) аэрозольным
б) фекально-оральным
в) контактным
г) артифициальным

35.Наиболее вероятным фактором передачи ВБИ в ЛПУ являются
а) перевязочные средства
б) препараты крови
в) медикаменты
г) руки и медицинский инструментарий

36.Асептика – это мероприятия, направленные на
а) предупреждение попадания микробов в рану
б) уничтожение или уменьшение количества микробов в ране или организме в целом
в) уничтожение патогенных и условно-патогенных микробов на эпидемиологически значимых объектах больничной среды
г) уничтожение всех микробов и их спор

37.Антисептика – это мероприятия, направленные на
а) предупреждение попадания микробов в рану
б) уничтожение или уменьшение количества микробов в ране или организме в целом
в) уничтожение патогенных и условно-патогенных микробов на эпидемиологически значимых объектах больничной среды:
г) уничтожение всех микробов и их спор на изделиях медицинского назначения

38.Мероприятия по удалению патогенных микроорганизмов и их переносчиков после удаления источника инфекционного заболевания из основного очага – это дезинфекция
а) профилактическая
б) очаговая
в) текущая
г) заключительная

39.Комплекс мероприятий, направленных на уничтожение членистоногих переносчиков возбудителей инфекционных заболеваний, называется
а) дезинфекцией
б) дезинсекцией
в) дератизацией
г) антисептикой

40.Химические средства дезинфекции подразделяются на
а) 8 групп
б) 13 групп
в) 5 групп
г) 7 групп

41.Целью дезинфекции является
а) стерилизация медицинского оборудования
б) предстерилизационная очистка
в) уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов
г) процесс удаления или уничтожение микроорганизмов

42.Дезинфекцию проводят с учетом
а) эпидемической опасности
б) экологической обстановки
в) возраста пациентом
г) возможностей ЛПУ

43.К методам дезинфекции относятся
а) механический, физический, химический
б) механический, физический, радиационный
в) физический, химический, радиационный
г) химический, экологический, механический

44.Экспозиционной выдержкой называется
а) инкубационный период
б) промежуток времени для наступления дезинфекции (стерилизации)
в) уничтожение возбудителей инфекционных болезней в окружающей среде
г) генерализованная форма инфекции

45.Текущая дезинфекция проводится
а) однократно
б) многократно
в) 1 раз в неделю
г) 1 раз в месяц

46.Дезинфицировать необходимо
а) только изделия многократного применения
б) только изделия однократного применения
в) изделия однократного и многократного применения
г) только изделия, контактирующие с пациентом

47.Дезинфекция кипячением в дистиллированной воде происходит в течение
а) 30 минут
б) 60 минут
в) 15 минут
г) 1,5 часов

48.Дезинфекция кипячением в 2% растворе соды происходит в течение
а) 30 минут
б) 60 минут
в) 15 минут
г) 1,5 часов

49.Наиболее широко в ЛПУ используется метод дезинфекции
а) физический
б) бактериологический
в) химический
г) механический

50.Комплекс мероприятий, направленный на удаление или уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний на объектах внешней среды, предметах ухода за больными, медицинском оборудовании и инструментах, называется
а) дератизацией
б) стерилизацией
в) дезинсекцией
г) дезинфекцией

51.К механическому методу дезинфекции относится
а) влажная уборка
б) ультрафиолетовое облучение
в) кипячение
г) замачивание в дезинфицирующем средстве

52.Воздействие на микроорганизмы химическими веществами относится к методу дезинфекции
а) химическому
б) комбинированному
в) физическому
г) механическому

53.Заключительная дезинфекция проводится
а) однократно
б) многократно
в)1 раз в неделю
г)1 раз в месяц

54.После выздоровления пациента или перевода его в другое отделение проводят дезинфекцию
а) очаговую текущую
б) очаговую
в) очаговую заключительную
г) профилактическую

55.Комплекс мероприятий, направленный на уничтожение членистоногих, являющихся переносчиками инфекционных заболеваний, называется
а) дератизацией
б) стерилизацией
в) дезинсекцией
г) дезинфекцией

56.К видам дезинфекции относится:
а) профилактическая и текущая
б) профилактическая и очаговая
в) текущая и заключительная
г) профилактическая и заключительная

57.В непосредственном окружении больного или бациллоносителя проводится дезинфекция

а) очаговая профилактическая

б) очаговая текущая

в) очаговая заключительная

г) профилактическая

58.Профилактическая дезинфекция проводится

а) при наличии инфекции

б) по мере необходимости

в) при подозрении на инфекцию

г) при отсутствии очага инфекции, во всех ЛПУ

59.Медицинские отходы класса В собирают в пакеты цвета

а) белого

б) желтого

в) красного

г) черного

60.Контроль качества предстерилизационной очистки на остатки крови проводится пробой

а) бензидиновой

б) азопирамовой

в) фенолфталеиновой

г) с Суданом

61.Срок сохранения стерильности изделий, простерилизованных в крафт-пакетах, закрытых на липкую поверхность

а) 3 суток

б) 10 суток

в) 20 суток

г) месяц

62.Медицинские отходы класса Б собирают в пакеты цвета

а) белого

б) желтого

в) красного

г) чёрного

63.При проведении ручной предстерилизационной очистки обрабатываемое изделие погружают в моющий раствор на

а) 20 минут

б) 15 минут

в) 30 минут

г) 60 минут

64.Целью стерилизации является уничтожение на изделиях медицинского назначения

а) всех микробов и их спор

б) только патогенных микробов

в) только условно-патогенных микробов

г) и патогенных, и условно-патогенных микробов

65.Медицинские изделия после предстерилизационной очистки разрешено

сушить

а) протиранием ветошью

б) на открытом воздухе в лотке

в) сухим горячим воздухом при 85° С

г) в термостате

66.Срок сохранения стерильности изделий, простерилизованных в двойной бязевой упаковке, составляет

а) 1 сутки

б) 3 суток

в) 20 суток

г) 6 –12 мес.

67.Текущая уборка в стационарах проводится (в соответствии с СанПиН 3.3686-21 "Санитарно- эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней")

а) 1 раз в сутки

б) 2 раза в сутки

в) 1 раз в 7 дней

г) 2 раза в 7 дней

68.При проведении предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения

а) удаляют различные загрязнения

б) уничтожают вегетативные формы микроорганизмов

в) уничтожают вегетативные и споровые формы микробов

г) обезвреживают источник инфекции

69.Термин «стерилизация» означает:

а) уничтожение

б) обеспложивание

в) обеззараживание

г) удаление

70.Время стерилизации инструментария в сухожаровом шкафу при температуре 180^0 С в мин:

а) 20

б) 30

в) 40

г) 60

71.Срок стерильности изделий в стерилизационных коробках (КФ) при условии ежемесячной смены фильтров, в сутках:

а) 1

б) 3

в) 5

г) 20

72.Срок стерильности мед. инструментария в невскрытых стерилизационных коробках КС в сутках:

а) 1

б) 3

в) 5

г) 20

73.При использовании одноразовых контейнеров для острого инструментария допускается их заполнение в течение

а) 3-х суток

б) 8 часов

в) рабочей смены

г) рабочего дня

74.Режим стерилизации металлических изделий при автоклавировании:

а) 1,1 А-120 С-45 мин

б) 2 А- 132 С-20 мин

в) 160 С- 150 мин

г) 180 С- 60 мин

75.Режим стерилизации перевязочного материала при автоклавировании:

а) 1,1А – 120С – 45 мин

б) 2 А – 132С – 20 мин

в) 160С – 150 мин

г) 180С – 60 мин

76.Режим стерилизации изделий из стекла и металла в воздушном стерилизаторе:

а) 1,1 А – 120 С – 45 мин

б) 2 А – 132 С – 20 мин

в) 160 С – 120 мин

г) 180 С – 60 мин

77.Режим воздушной стерилизации

а) 120° С, 45 минут

б) 132° С, 20 минут

в) 160° С, 150 минут

г) 180° С, 30 минут

78.Срок сохранения стерильности изделий, простерилизованных в крафт-пакетах, закрытых на скрепки, составляет

а) 1 сутки

б) 3суток

в) 20 суток

г) 6 мес.

79.Стерилизация изделий в сухожаровом шкафу относится к

а) паровому методу стерилизации

б) газовому методу стерилизации

в) воздушному методу стерилизации

г) химическому методу стерилизации

80.Одним из недостатков воздушного метода стерилизации является то, что он:

а) не вызывает коррозии металлов

б) недорогой и нетоксичный

в) не увлажняет упаковку изделий

г) медленно и неравномерно прогревает стерилизуемые изделия

81.Недостатком парового метода стерилизации является то, что он

а) прост в использовании
б) вызывает коррозию инструментов
в) недорогой
г) позволяет стерилизовать изделия в упаковке

82.Температурный режим сушки мед. инструментария перед стерилизацией в ^{0}C:

а) 60-65
б) 70-75
в) 80-85
г) 90-95

83.Полное уничтожение м/о и их спор:

а) дезинфекция
б) стерилизация
в) дезинсекция
г) дератизация

84.Для сбора острых отходов класса Б должны использоваться емкости (контейнеры)

а) одноразовые влагостойкие
б) не прокалываемые
в) с плотно прилегающей крышкой
г) все ответы правильные

85.Сотрудник, ответственный за сбор отходов в данном медицинском подразделении завязывает пакет или закрывает его с использованием бирок-стяжек или других приспособлений, исключающих высыпание отходов класса Б, после заполнения пакета

а) не более чем на 3/4
б) не более чем на 1/2
в) при полном заполнении

86.Сбор отходов в местах их образования в пакеты осуществляется в течение

а) не более 3 часов
б) более 8 часов
в) рабочей смены
г) рабочего дня

87.Индикатор стерильности изделий из стекла и металла в паровоздушном стерилизаторе:

а) ИС-180
б) ИС-160
в) ИС-132
г) ИС-120

88.Индикатор стерильности перевязочного материала, белья:

а) ИС-180
б) ИС-160
в) **ИС-132**
г) ИС-120

89.Индикатор стерильности в паровом стерилизаторе при давлении 1,1 А, экспозиции 45 мин:

а) ИС-120
б) ИС-132
в) ИС-160
г) ИС-180

90.Пригодность рабочего раствора азопирама проверяют нанесением 2-3 капель раствора на:
а) стерильный шарик
б) стерильный тампон
в) стерильную салфетку
г) кровяное пятно

91.Стерилизацию биологических препаратов проводят:
а) сухим горячим воздухом
б) паром под давлением
в) химическими препаратами
г) γ-лучами

92.Универсальная проба для проверки мед. инструментария на наличие скрытой крови называется
а) бензидиновой
б) фенолфталеиновой
в) азопирамовой
г) бензойной

93.Экспозиция при стерилизации инструментов в 6% растворе перекиси водорода комнатной температуры (в мин.)
а) 360
б) 180
в) 90
г) 60

94.Для стерилизации инструментов применяется перекись водорода
а) 6%
б) 4%
в) 3%
г) 1%

95.Для предупреждения распространения инфекции проводят дезинфекцию
а) профилактическую
б) очаговую
в) текущую
г) заключительную

96.Длительность кипячения в 2% растворе гидрокарбоната натрия при дезинфекции мединструментария многоразового использования (в мин.)
а) 60
б) 45
в)15
г) 30

97.Режим кварцевания процедурного кабинета
а) через каждые 60 мин. на 15 мин.
б) 2 раза в день
в) 3 раза в день
г) **через 2 часа по 30 мин.**

98.Положительная азопирамовая проба на скрытую кровь дает окрашивание
а) зеленое
б) розовое
в) красное
г) фиолетовое (переходящий в розово-сиреневый цвета)

99. При положительной фенолфталеиновой пробе появляется окрашивание
а) сине-зеленое
б) фиолетовое
в) розовое до малинового
г) коричневое

100.ЦСО – это
а) центральное специализированное отделение
б) централизованное стерилизационное отделение
в) централизованное специализированное отделение
г) централизованное стерильное отделение

101.Концентрация спирта, используемого для обработки кожи пациента перед инъекцией (в град.)
а) 96
б) 80
в) 70
г) 60

102.Срок использования маски процедурной медсестры (в часах)
а) 6
б) 4
в) 2
г) 1

103.Дезинфекция термометров в 3% перекиси водорода (в мин.)
а) 80
б) 60
в) 45
г) 15

104.Уборку процедурного кабинета производит
а) палатная медсестра
б) младшая медсестра
в) старшая медсестра
г) процедурная медсестра

105.Уборка столовой и буфета должна проводиться
а) 2 раза в день
б) 3 раза в день
в) после каждой раздачи пищи
г) в конце рабочего дня

106.Аппарат, применяемый для стерилизации перевязочного материала
а) термостат
б) автоклав
в) сухожаровой шкаф
г) стерилизатор

107.Искусственный путь передачи ВБИ:
а) воздушно-капельный
б) контактно-бытовой
в) артифициальный
г) воздушно-пылевой

108.Химический метод дезинфекции медицинского инструментария – применение:
а) пара
б) воздуха
в) УФ-лучей
г) растворов

109.Установить соответствие:

Вид обработки:	Назначение вида обработки:
1. Дезинфекция	а) уничтожение насекомых
2. Дезинсекция	б) уничтожение грызунов
3. Дератизация	в) уничтожение патогенных микроорганизмов
4. Стерилизация	г) уничтожение патогенных и непатогенных микроорганизмов и спор

Выбрать правильный ответ:
а) 1а; 2б; 3в; 4г.
б) 1в; 2а; 3б; 4г.
в) 1г; 2в; 3б; 4а.
г) 1в; 2а; 3г; 4б.

110.После выздоровления или смерти пациента проводят дезинфекцию:
а) текущую
б) профилактическую
в) предварительную
г) заключительную

111.Резиновые грелки, пузыри для льда после использования обрабатывают:
а) двукратно протирают дезинфицирующим раствором
б) протирают перекисью водорода
в) промывают под проточной водой
г) погружают на 1 час в 3% раствор хлорамина

112.Генеральную уборку палат проводят:
а) 1 раз в 3 дня
б) 1 раз в 7 дней
в) 1 раз в 10 дней
г) 1 раз в месяц

113.Бактерицидные (кварцевые) лампы излучают:
а) ультрафиолетовые лучи
б) инфракрасные лучи
в) видимые лучи
г) ионизирующие лучи

114.Установите соответствие:

Классы дезинфицирующих средств:	Наименования:
1.Хлорсодержащие	а) Лизоформин 3000
2.Кислородсодержащие	б) Жавель-солид

3.Альдегидсодержащие в) Перекись водорода
г) Гибитан

Выбрать правильный ответ:
а) 1в; 2г; 3бг; 4в
б) 1б; 2в; 3а
в) 1г; 2б; 3вг
г) 1а; 2б; 3в;

115.Установите соответствие:

Способ передачи инфекции:	Заболевания:
1.Контактный прямой	а) сальмоннелез
2.Контактный косвенный	б) малярия
3.Воздушно-капельный	в) половые инфекции
4.Трансмиссивный	г) грипп

Выбрать правильный ответ:
а) 1а; 2б; 3в; 4г
б) 1г; 2в; 3б; 4а
в) 1в; 2а; 3г; 4б
г) 1б; 2а; 3г; 4в

116.Обязательной стерилизации в ЦСО перед использованием подлежат:
а) одноразовые бритвенные станки
б) белье для палаты новорожденных
в) пузыри для льда в послеоперационных палатах
г) столовая посуда

117.Время стерилизации инструментария в сухожаровом шкафу, при температуре 180С, в мин:
а) 20
б) 30
в) 40
г) 60

118.Установите соответствие:

Стерилизуемый объект:	Режим стерилизации:
1.Текстиль	а) Т – 180С; т – 60 мин.
2.Изделия из коррозийно нестойкого материала	б) Т – 160С; т – 150 мин.
3.Изделия из латекса	в) Р – 2 атм; Т-132С; т- 20мин.
4.Изделия из силиконовой резины	г) Р – 1,1 атм; Т-120С; т-45мин.

Выбрать правильный ответ:
а) 1а; 2б; 3в; 4г.
б) 1б; 2а; 3г; 4в.
в) 1в; 2а; 3г; 4б.
г) 1г; 2в; 3б; 4а.

119.Стерилизацию металлических изделий в открытом виде проводят:
а) паром под давлением
б) горячим воздухом
в) 6% раствором перекиси водорода
г) γ –лучами

120.Аварийные ситуации, подлежащие регистрации все, кроме:
а) укол инфицированной иглой
б) попадание крови на слизистую глаз
в) попадание крови на кожу рук
г) попадание биологического материала на кушетку

121.Фенолфталеиновая проба проводится для определения:
а) остатки масляного раствора
б) остатки крови
в) остатков моющего раствора
г) остатков лекарственных средств.

122.Для контроля качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения проводится исследование:
а) не менее 3-5 единиц однородных изделий от всей партии
б) 5 % изделий от всей партии
в) 10 % упаковок от всей партии
г) 100% изделий, подлежащих стерилизации

123.Жидкое мыло для мытья рук медперсонала должно иметь оптимальное значение PH:
а) 3,0
б) 5,5
в) 7,0
г) 8,5

124.Ртуть из разбитых термометров относится к видам отходов:
а) эпидемиологически безопасным
б) эпидемиологически опасным
в) чрезвычайно эпидемиологически опасным
г) токсикологически опасным

125.Назовите перчатки, которые максимально защищают руки от порезов режущими инструментами
а) латексные
б) кольчужные
в) нитриловые
г) виниловые

126.Санитарно-противоэпидемический режим - это
а) комплекс мероприятий, направленный на выполнение дезинфекции в МО
б) уничтожение микроорганизмов в окружающей среде
в) режим, который устанавливается в отделении
г) комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний

3.2. Задания к комплексному дифференцированному зачету
по УЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ
«ПМ. 01 Осуществление профессионального ухода за пациентом МДК 01. 01 Санитарное содержание палат, специализированных кабинетов, перемещение материальных объектов и медицинских отходов, уход за телом умершего человека МДК 01. 02 Оказание медицинских услуг по уходу»

Перечень манипуляций для комплексного дифференцированного зачета

1. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки подкожной инъекции
2. Продемонстрируйте алгоритм разведение антибиотиков
3. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки внутримышечная инъекции
4. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки внутривенной инъекции
5. Технология выполнения простой медицинской взятие крови на биохимический анализ
6. Технология выполнения простой медицинской услуги заполнения раствором системы для в/в капельного вливания
7. Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка горчичников"
8. Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка банок»
9. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером»
10. Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при гастростомах»
11. Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при стамах толстого кишечника»
12. Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка очистительной клизмы»
13. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за постоянным мочевым катетром»
14. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за внешним мочевым катетером»
15. Технология выполнения простой медицинской услуги «Перемещение

тяжелобольного в постели»
16. Технология выполнения простой медицинской услуги «Размещение тяжелобольного в постели»
17. Технология выполнения простой медицинской услуги «Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд»
18. Технология выполнения простой медицинской услуги «Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному»
19. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных»
20. Технология выполнения простой медицинской услуги «Оценка интенсивности боли»
21. Продемонстрируйте алгоритм измерения артериального пульса. Основные характеристики пульса
22. Технология выполнения простой медицинской услуги измерения АД
23. Технология выполнения простой медицинской услуги ЧДД на статисте.
24. Технология выполнения простой медицинской услуги капель в глаза
25. Технология выполнения простой медицинской услуги закапывания капель в нос
26. Профилактика пролежней
27. Технология выполнения простой медицинской услуги применение грелки и пузыря со льдом
28. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки согревающего компресса
29. Технология выполнения простой медицинской услуги обработка рук перед манипуляцией
30. Соберите аптечку при биологических авариях (Анти-СПИД).
31. Технология выполнения простой медицинской услуги катетеризации мочевого пузыря у мужчины.
32. Технология выполнения простой медицинской услуги катетеризации мочевого пузыря у женщины.
33. Технология выполнения простой медицинской услуги промывание желудка
34. Продемонстрируйте технику проведения базовой сердечно- легочной реанимации на фантоме.
35. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки масляной клизмы
36. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки гипертонической клизмы
37. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки газоотводной трубки
38. Подготовьте пациента к сдаче мочи на общий анализ

Тестовые задания для комплексного дифференцированного зачета
по УЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ
«ПМ. 01 Осуществление профессионального ухода за пациентом МДК 01. 01 Санитарное содержание палат, специализированных кабинетов, перемещение материальных объектов и медицинских отходов, уход за телом умершего человека МДК 01. 02 Оказание медицинских услуг по уходу»

1. Способ транспортировки пациента из приемного покоя в отделение определяет:
а) младшая медицинская сестра
б) старшая медицинская сестра приемного отделения
в) врач
г) медицинская сестра приемного отделения

2. «Журнал учета приема больных и отказа от госпитализации» – это:

а) уч.ф. 066/у
б) уч.ф. 001/у
в) уч.ф. 003/у
г) уч.ф. 074/у

3. Медицинская сестра приемного отделения стационара заполняет:

а) титульный лист медицинской карты
б) температурный лист
в) листок нетрудоспособности
г) лист врачебных назначений

4. При поступлении тяжелобольного в приемное отделение стационара медицинская сестра должна в первую очередь:

а) срочно вызвать дежурного врача
б) транспортировать пациента в реанимационное отделение
в) оформить необходимую медицинскую документацию
г) начать оказание неотложной до врачебной помощи

5. Вопрос объема санитарной обработки пациента решает:

а) медсестра приемного отделения
б) врач
в) старшая медсестра
г) процедурная медсестра

6. Разность между систолическим и диастолическим давлением, называется:

а) максимальное артериальное давление
б) минимальное артериальное давление
в) пульсовое давление
г) дефицит пульса

7. У пациента артериальное давление 160/100 мм рт.ст. Как называется такое давление?

а) гипотония
б) брадикардя
в) гипертония
г) тахикардия

8. Пульсовое давление в норме составляет:

а) 40-50 мм рт.ст.
6) 60-89 мм рт.ст.
в) 80-100 мм рт.ст.
г) 100-139 мм рт.ст.

9. Максимальное артериальное давление:

а) диастолическое
б) систолическое
в) аритмическое
г) пульсовое

10. Нормальные цифры систолического давления:

а) 60-89 мм рт.ст.
6) 90-100 мм рт.ст.
в) 140-159 мм рт.ст.
г) 100-139 мм рт.ст.

11. Нормальная частота пульса (число ударов в минуту):

а) 60-80
б) 45-60
в) 80-100
г) 50-70

12.Кратковременная остановка дыхания:

а) брадипноэ
б) тахипноэ
в) апноэ
г) асфиксия

13. К свойствам пульса относятся все, кроме:

а) наполнения
б) напряжения
в) частоты
г) типа

14. При экспираторной одышке затруднен:
а) вдох
б) выдох
в) вдох и выдох

15. По наполнению пульс различают:
а) ритмичный, аритмичный
б) скорый, медленный
в) полный, пустой
г) твердый, мягкий

16. В развитии лихорадки различают _____ периода.
а) четыре
б) три
в) два
г) один

17. Субфебрильная температура тела (в градусах С):
а) 39,1-40,0°С
б) 38,1-39,0°С
в) 37,1-38,0°С
г) 36,1-37,0°С

18. Лихорадка, которая длится несколько часов:
а) хроническая
б) подострая
в) острая
г) мимолетная

19. Снижение температуры тела в течение нескольких дней:
а) кризис
б) фебрилитет
в) лизис
г) субфебрилитет

20. В первом периоде лихорадки возможно применение:
а) влажного обертывания
б) грелки
в) холодного компресса
г) пузыря со льдом

21. В случае выявления у пациента инфекционного или паразитарного заболевания медицинская сестра заполняет:
а) уч.ф. 001/у
б) уч.ф. 003/у
в) уч.ф. 058/у
г) уч.ф. 074/у

22. Для обработки волосистой части головы при обнаружении педикулеза используется:
а) раствор фурацилина
б) раствор гидрокарбоната натрия
в) «Мистраль»
г) «Ниттифор»

23. Повторный осмотр пациента после обнаружения педикулеза и обработки волосистой части головы проводят через ____ дней.
а) 30 **в) 7**

б) 20 г) 5

24. Как часто пациент принимает гигиеническую ванну:

а) не реже 1 раза в 7 дней

б) каждый день

в) 1 раз в 2 недели

г) 1 раз в 10 дней

25. Наиболее частая область образования пролежня у тяжелобольного пациента при положении «на спине»:

а) крестец

б) голень

в) бедро

г) затылок

26. Признак второй степени пролежней:

а) бледность

б) отек, краснота

в) пузыри

27. Лечение третьей степени пролежней:

а) протирание 10%-ным раствором камфорного спирта

б) массаж

в) хирургическое

г) обработка кожи вокруг раны раствором бриллиантового зеленого

28. Для протирания ресниц и век можно использовать раствор:

а) перманганата калия

б) перекиси водорода

в) салицилового спирта

г) фурацилина

29. Для подмывания тяжелобольного пациента необходимо приготовить:

а) таз, раствор антисептика, шприц Жанэ, ватные тампоны, корцанг

б) грушевидный баллон, корцанг, ватные тампоны, раствор антисептика

в) клеенка, судно, салфетки, кувшин, корцанг, вода

г) кувшин, корцанг, таз, раствор антисептика, кружку Эсмарха

30. Протирание ресниц и век необходимо делать:

а) круговыми движениями

б) от внутреннего угла глаза к наружному

в) снизу вверх

г) от наружного угла глаза к внутреннему

31. С целью удаления корочек из носовой полости используется:

а) 70% этиловый спирт

б) вазелиновое масло

в) 10% раствор камфорного спирта

г) 3% раствор перекиси водорода

32. Кто определяет необходимую диету и длительность ее применения?

а) диетическая медицинская сестра

б) палатная медицинская сестра

в) лечащий врач

г) буфетчица

33. Исключение из рациона продуктов, вызывающих усиление секреции пищеварительных желез и двигательной функции желудка и кишечника способствует их _____ щажению.

а) механическому

б) химическому

в) физическому

г) термическому

34. Порционное требование составляется:

а) 2 раза в неделю
б) раз в неделю
в) ежедневно
г) при поступлении пациента

35. Предмет, необходимый для искусственного кормления:
а) дуоденальный зонд
б) система для инфузионной терапии
в) катетер
г) поильник

36. Показания для парентерального питания все, кроме:
а) непроходимость пищевода (спайки, новообразования, травмы)
б) предоперационная подготовка
в) полибулия
г) постоперационный период

37. Температура питательной смеси вводимой через назогастральный зонд:
а) не ниже 15ºС
б) 32-36ºС
в) 38-40ºС
г) 57-62ºС

38. Противопоказания для применения горчичников все, кроме:
а) приступ стенокардии
б) высокая лихорадка
в) рак легкого
г) нарушение целостности кожных покровов

39. Противопоказание для применения пиявок:
а) инфаркт миокарда
б) тромбофлебит
в) гипертония
г) лечение антикоагулянтами

40. Механизм действия холодного компресса основан на:
а) сужении сосудов
б) повышении чувствительности нервных окончаний
в) повышении свертывания крови
г) все вышеперечисленное верно

41. Показание для применения грелки:
а) острый аппендицит
б) кровотечение
в) гипотензия
г) постинъекционный инфильтрат

42. Противопоказания для постановки банок все, кроме:
а) высокая температура
б) радикулит
в) истощение
г) стенокардия

43. Для макроклизмы необходимо приготовить воды:
а) 100-500 мл
б) 500-1 000 мл
в) от 1 до 10 литров
г) 10-15 литров

44. У пациента задержка стула более 48 часов, это проблема:
а) второстепенная
б) настоящая
в) потенциальная

45. Показание для постановки очистительной клизмы:

а) воспалительные заболевания прямой кишки
б) подготовка пациента к извлечению желудочного содержимого
в) первые дни после операции на ЖКТ
г) перед постановкой лекарственной клизмы

46. К послабляющим клизмам относится:
а) питательная
б) очистительная
в) лекарственная
г) масляная

47. Проведение клизмы относится к _____ сестринскому вмешательству.
а) зависимому
б) независимому
в) взаимозависимому

48. Положение пациента при постановке очистительной клизмы:
а) на правом боку
б) на левом боку
в) Симса
г) на животе

49. Количество воды для сифонной клизмы (в литрах):
а) 10-12
б) 5-6
в) 2-3
г) 1-1,5

50. После постановки лекарственной клизмы пациент должен находиться в постели (в часах):
а) 1
б) 2
в) 4
г) 6

51. Для постановки гипертонической клизмы необходимо приготовить:
а) 100 мл 2% раствора гидрокарбоната натрия
б) 100 мл 10% раствора хлорида натрия
в) 100 мл 5% раствора сульфата магния
г) 100 мл 0,9% раствора хлорида натрия

52. Для постановки очистительной клизмы используется:
а) зонд с воронкой
б) грушевидный баллон и газоотводная трубка
в) кружка Эсмарха с наконечником
г) шприц Жане и газоотводная трубка

53. Показанием к катетеризации мочевого пузыря является:
а) появление отеков
б) недержание мочи
в) задержка мочеиспускания, вызванная травмой мочеиспускательного канала
г) острая задержка мочи более 6 часов

54. Промывание мочевого пузыря проводят с целью:
а) лечения воспалительных процессов
б) восстановления баланса мочевого пузыря
в) извлечения остатков мочи
г) выведения газов

55. При катетеризации мочевого пузыря медсестра имеет право использовать катетер:
а) любой
б) мягкий
в) Малеко
г) жесткий

56. Расстройство процесса мочеиспускания:

а) дизурия
б) олигурия
в) полиурия
г) дисбаланс

57. При катетеризации используются перчатки только:
а) чистые
б) стерильные
в) одноразовые
г) многоразовые

58. Только для желудочного кровотечения характерны:
а) слабость, головокружение, обморок
б) нитевидный пульс, слабость
в) понижение АД, головокружение
г) рвота «кофейной гущей», «дегтеобразный» стул

59. Прекращение воздействия токсических веществ и их удаление из организма:
а) промывание
б) детоксикация
в) зондирование
г) интоксикация

60. Элемент сестринского ухода при рвоте:
а) промывание желудка
б) обильное щелочное питье
в) применение пузыря со льдом на эпигастральную область
г) обработка полости рта

61. Как правило, промывание желудка проводится в положении:
а) лежа на левом боку
б) лежа на животе
в) сидя
г) стоя

62. Наркотические препараты необходимо хранить:
а) в стеклянном шкафу на отдельной полке
б) в сейфе
в) в холодильнике
г) в ящике стола на посту

63. Скоропортящиеся лекарственные препараты необходимо хранить:
а) в защищенном от света месте
б) в стеклянном шкафу на отдельной полке
в) в сейфе
г) в холодильнике для лекарственных препаратов

64. В журнале учета наркотических препаратов при списании необходимо указать:
а) путь введения препарата
б) цель введения препарата
в) диагноз пациента
г) Ф.И.О. пациента, № истории болезни

65. Местное действие на организм оказывает препарат, введенный:
а) через рот
б) под язык
в) через лекарственную клизму
г) в ухо

66. Сублингвальный способ введения лекарственных препаратов – это введение препарата:
а) в прямую кишку
б) в дыхательные пути
в) под язык

г) на кожу

67. Недостатком энтерального пути введения лекарственных препаратов не является:

а) влияние пищи и других лекарственных препаратов на всасывание

б) медленное развитие терапевтического эффекта

в) простота способов

г) индивидуальные различия в скорости и полноте всасывания

68. Наружный способ применения лекарственных препаратов:

а) на кожу, слизистые

б) внутрикожно

в) ректально

г) перорально

69. Лекарственные формы применяемые наружно все, кроме:

а) мази

б) пилюли

в) аэрозоли

г) пластыри

70. До какой температуры необходимо подогреть лекарственный раствор для закапывания в ухо?

а) 27-28ºС

б) 32-33ºС

в) 36-37ºС

г) 40-42ºС

71. При попадании крови пациента на кожные покровы медицинского персонала проводится обработка:

а) 70% этиловым спиртом

б) 96% этиловым спиртом

в) 1% аламинолом

г) 6% перекисью водорода

72. Шприцы одноразового использования после применения следует:

а) погрузить в 5% раствор хлорамина на 60 минут, затем по мере накопления утилизировать

б) погрузить в 3% раствор хлорамина на 60 минут

в) прокипятить в 2% растворе гидрокарбоната натрия в течение 30 минут

г) погрузить в 2% раствор «Бриллиант» на 60 минут

73. Парентеральное введение лекарственных препаратов предполагает лекарственные формы:

а) стерильные растворы

б) драже

в) таблетки

г) порошки

74. Изделия медицинского назначения, не содержащие жизнеспособных микроорганизмов и спор, считаются:

а) чистыми

б) продезинфицированными

в) стерильными

г) одноразовыми

75. Возможное осложнение при инсулинотерапии:

а) липодистрофия

б) некроз

в) тромбофлебит

г) гепатит

76. Для разведения антибиотиков используют растворы:

а) 2% новокаин, 0,9% хлорид натрия
б) 0,25% новокаин, 0,9% хлорид натрия
в) 2% новокаин, 10,0 % хлорид натрия
г) 0,25% новокаин, 10,0% хлорид натрия

77. Инъекцию инсулина делают:
а) после того как место инъекции просохло от антисептика
б) через 15 секунд после обработки антисептиком
в) сразу же
г) через 30 секунд после обработки антисептиком

78. Антибиотики чаще всего вводятся:
а) подкожно
б) внутримышечно
в) внутривенно
г) внутрикожно

79. Продолжительность мытья рук до и после любой манипуляции (в секундах):
а) 30
б) 45
в) 60
г) 15

80. Угол наклона иглы при внутрикожной инъекции (в градусах):
а) 90
б) 45
в) 5
г) не имеет значения

81. Концентрация изотонического раствора хлорида натрия (в %):
а) 0,9
б) 10
в) 1
г) 0,5

82. Место введения внутрикожной инъекции:
а) бедро
б) передняя брюшная стенка
в) средняя треть передней поверхности предплечья
г) средняя треть наружной поверхности плеча

83. После использования резиновые перчатки подвергаются:
а) промыванию под проточной водой, дезинфекции
б) промыванию под проточной водой, стерилизации
в) промыванию под проточной водой, дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации
г) дезинфекции

84. При возникновении инфильтрата на месте подкожной инъекции необходимо:
а) сделать местный согревающий компресс или положить грелку
б) приложить пузырь со льдом
в) обколоть место инъекции 0,5% раствором новокаина
г) выше места инъекции наложить венозный жгут на конечность

85. Во время очередной инъекции медсестра обратила внимание на резко выраженную гиперемию кожи в месте инъекции: кожа как бы «натянута», блестит. Со слов больного с вечера беспокоит «пульсирующая» боль. О каком осложнении идет речь?
а) медикаментозная эмболия
б) абсцесс
в) инфильтрат
г) повреждение седалищного нерва

86. Подкожно можно вводить лекарственного препарата не более (в мл):
а) 5
б) 4

в) 3
г) 2

87. Через несколько минут после введения лекарственного препарата, пациент пожаловался на зуд кожи и чувство жара. При осмотре: кожа покрыта мелкой розовой сыпью, горячая на ощупь. О каком осложнении идет речь?

а) повреждение надкостницы
б) сепсис
в) аллергическая реакция
г) медикаментозная эмболия

88. Перед введением стерильный масляный раствор необходимо подогреть до температуры (в градусах С):

а) 44
б) 38
в) 34
г) 28

89. Какое количество лекарственного препарата обычно вводят при внутримышечной инъекции:

а) 0,1-0,2 мл, не более 1 мл
б) 3-5 мл, не более 20 мл
в) 100-200 мл, до 500 мл
г) 500 мл и более

90. Укажите правильное действие при внутримышечной инъекции в область ягодицы:

а) большим и указательным пальцами левой руки в месте предполагаемого прокола растянуть кожу ягодицы, нажимая на тело
б) указательным и средним пальцами левой руки в месте предполагаемого прокола собрать кожу ягодицы в складку
в) указательным пальцем левой руки нажимать на ягодицу в месте предполагаемого прокола

91. Местом внутримышечного введения лекарственных препаратов является:

а) подлопаточная область
б) внутренняя поверхность предплечья
в) передняя брюшная стенка
г) дельтовидная мышца

92. Время дезинфекции шприцев и игл в 5% растворе хлорамина (в минутах):

а) 120
б) 60
в) 45
г) 15

93. Направление иглы при внутримышечной инъекции в область ягодицы должно быть:

а) под острым углом (20-30º) к поверхности ягодицы
б) под углом 45º к поверхности ягодицы
в) перпендикулярно к поверхности ягодицы
г) любое

94. На правильность наложения жгута указывают следующие признаки:

а) бледность кожи ниже наложения жгута, наличие пульса на лучевой артерии
б) синюшность кожи ниже наложения жгута, наличие пульса на лучевой артерии
в) бледность кожи ниже наложения жгута, отсутствие пульса на лучевой артерии
г) синюшность кожи ниже наложения жгута, отсутствие пульса на лучевой артерии

95. При попадании 10% хлорида кальция в ткани развивается осложнение:

а) тромбофлебит
б) некроз
в) абсцесс
г) инфильтрат

96. При неудачной пункции вены под кожей образовалось багровое пятно. Какое осложнение возникло?

а) некроз
б) медикаментозная эмболия
в) тромбофлебит
г) гематома

97. Для профилактики каких осложнений необходимо строгое соблюдение правил асептики?

а) сепсис, абсцесс
б) инфильтрат, некроз
в) тромбофлебит, гематома, эмболия
г) сепсис, аллергическая реакция

98. Глубина введения иглы при проведении внутривенной инъекции:

а) только срез иглы
б) две трети иглы
в) в зависимости от расположения сосуда
г) на всю длину иглы

99. Вутривенно капельно можно вводить все, кроме:

а) изотонических растворов
б) суспензии бициллина
в) питательных смесей
г) кровезаменителей

100. При попадании воздуха в длинную трубку системы может возникнуть осложнение:

а) абсцесс
б) тромбофлебит
в) воздушная эмболия
г) инфильтрат

101. Многоразовые изделия медицинского назначения после инвазивных манипуляций подвергаются:

а) только предстерилизационной очистке
б) только дезинфекции
в) только стерилизации
г**) дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации**

102. При проведении венепункции игла располагается срезом:

а) вверх
б) влево
в) вниз
г) не имеет значения

103. Перед внутривенным введением лекарственного препарата жгут накладывают:

а) на нижнюю треть плеча
б) на среднюю треть предплечья
в) не имеет значения
г) на среднюю треть плеча

104. Внутривенно капельно можно вводить:

а) 10,0-20,0 мл
б) 1,0-2,0 мл
в) от 100,0 мл до нескольких литров в сутки
г) 50,0-100,0 мл

105. В каком количестве необходимо доставить мокроту на микобактерии туберкулеза:

а) 3-5 мл
б) 10-15 мл
в) 15-20 мл
г) 20-30 мл

106. Для взятия мазка из носа необходимо приготовить:

а) чашку Петри
б) стерильную пробирку с тампоном
в) стерильную пробирку с металлическим стержнем
г) стерильную банку

107. Мокрота на туберкулез собирается в течение:
а) часа
б) 1-3 суток
в) 5 суток
г) 12 часов

108. Для сбора мокроты на общий клинический анализ мокроты необходимо приготовить:
а) стерильную банку
б) чашку Петри
в) чистую широкогорлую банку
г) карманную плевательницу с дез.раствором

109. Соотношение количества выпитой и выделенной жидкости называется:
а) суточный диурез
б) водный баланс
в) анурез
г) дневной диурез

110. Для исследования мочи на сахар ее собирают в течение (в часах):
а) 24
б) 10
в) 8
г) 3

111. Пробой Зимницкого определяется в моче:
а) количество сахара, ацетона
б) количество форменных элементов, бактерий
в) наличие уробилина, желчных пигментов
г) плотность и диурез

112. Для исследования мочи по методу Нечипоренко ее собирают:
а) за 24 часа
б) за 10 часов
в) 100-200 мл
г) среднюю порцию струи мочи

113. Кал для исследования на простейшие доставляется в лабораторию:
а) в течение дня
б) через 3 часа
в) через 1 час
г) немедленно, теплым

114. Анализ кала на микрофлору проводят _____ исследованием.
а) клиническим
б) бактериологическим
в) цитоскопическим
г) иммунологическим

115. Для исследования кала на скрытую кровь пациента готовят:
а) за сутки
б) за 2-3 суток
в) за 3-5 дней
г) подготовка не обязательна

116. Перед сбором кала на копрологическое исследование пациенту назначается диета:
а) Певзнера
б) бесшлаковая

в) Спасокукоцкого-Кочергина
г) с исключением продуктов содержащих железо

117. К рентгенологическим методам исследования относится:

а) ЭФГДС
б) ирригоскопия
в) цистоскопия
г) ЭКГ

118. Верографин применяется при исследовании:

а) почек
б) желчного пузыря
в) желчного пузыря и желчных протоков
г) желудка

119. Перед проведением УЗИ органов малого таза пациенту необходимо:

а) опорожнить мочевой пузырь
б) наполнить мочевой пузырь
в) провести катетеризацию мочевого пузыря
г) побрить переднюю брюшную стенку

120. За 3 дня до проведения УЗИ органов брюшной полости из рациона питания пациента медсестра посоветует исключить:

а) гречневую кашу, помидоры, гранаты
б) молоко, овощи, фрукты, черный хлеб
в) яйца, белый хлеб, сладости
г) мясо, рыбу, консервы

121. Обследование с целью определения положения почек, их размера, наличие камней и опухоли называется:

а) холецистография
б) урография
в) ирригоскопия
г) цистоскопия

122. Подготовка больного к ректороманоскопии:

а) премедикация
б) измерение температуры тела в прямой кишке
в) прием контрастного вещества
г) очистительная клизма вечером и утром

123. Подготовка пациента к ЭФГДС:

а) применение газоотводной трубки
б) исследование натощак
в) очистительная клизма вечером и утром
г) выведение мочи катетером

124. Эндоскопическое исследование, не требующее применения очистительной клизмы:

а) колоноскопия
б) ирригоскопия
в) бронхоскопия
г) бронхография

125. Эндоскопический осмотр слизистой толстого кишечника – это:

а) колоноскопия
б) эзофагогастродуоденоскопия
в) дуоденоскопия
г) ирригоскопия

126. Противопоказание к эндоскопическому обследованию желудка:

а) хронический гастрит
б) ожоги и сужение пищевода
в) инородное тело в желудке
г) новообразования верхних отделов желудка

127. Признак, характерный для предагонального состояния:

а) редкое, глубокое дыхание

б) отсутствие сознания

в) резкая тахикардия

г) брадикардия

128. Помощь взрослому пострадавшему в бессознательном состоянии при закупорке верхних дыхательных путей:

а) абдоминальные толчки

б) запрокинуть голову назад, ИВЛ способом «изо рта в рот»

в) ввести спазмолитики

г) коникотомия

129. Достоверный признак биологической смерти:

а) прекращение дыхания

б) прекращение сердечной деятельности

в) расширение зрачка

г) симптом «кошачьего глаза»

130. Признак, характерный для агонального состояния:

а) частое, поверхностное дыхание

б) ясное сознание

в) резкая тахикардия

г) брадикардия

131. При проведении наружного массажа сердца ладони следует расположить:

а) на верхней трети грудины

б) на границе верхней и средней трети грудины

в) на границе средней и нижней трети грудины

г) в пятом межреберном промежутке слева

132. Противопоказание для проведения реанимационных мероприятий:

а) появление признаков биологической смерти

б) хроническая почечная недостаточность

в) нарушение мозгового кровообращения с потерей сознания

г) электротрама

133. Критерием эффективности проводимой ИВЛ является:

а) повышение тонуса вен, сужение глазной щели

б) экскурсия грудной клетки

в) расширение зрачка

г) отсутствие пульсовой волны на сонной артерии

134. При проведении закрытого массажа сердца поверхность, на которой лежит пациент, обязательно должна быть:

а) жесткой

б) мягкой

в) наклонной

г) неровной

135. Глубина продавливания грудной клетки при проведении закрытого массажа сердца взрослому человеку:

а) 1-2 см

б) 5-6 см

в) 7-8 см

136. Противопоказание для определения массы тела пациента:

а) поступление пациента в стационар

б) постельный режим

в) выявление дефицита веса

г) наблюдение за динамикой веса

137. «Медицинская карта стационарного больного» – это:

а) уч.ф. 066/у

б) уч.ф. 001/у
в) уч.ф. 003/у
г) уч.ф. 074/у

138. Вновь поступивших пациентов с внутренним распорядком в ЛПУ знакомит:
а) заведующий
б) лечащий врач
в) старшая медсестра
г) медсестра приемного отделения

139. Кабинет приемного отделения, в котором проводится первичный осмотр пациентов дежурным врачом:
а) реанимационный
б) смотровой
в) клизменный
г) санитарный пропускник

140. Антропометрия включает измерение всего, кроме:
а) роста
б) веса
в) окружности запястья
г) окружности грудной клетки

141. Артериальное давление ниже 100 мм рт.ст. называется:
а) гипотония
б) брадикардя
в) гипертония
г) тахикардия

142. Минимальное артериальное давление:
а) диастолическое
б) систолическое
в) аритмическое
г) пульсовое

143. Артериальное давление зависит:
а) от частоты сокращений сердца
б) от силы сокращений сердца
в) от тонуса артериальной стенки
г) как от систолического объема сердца, так и от тонуса артериальной стенки сосудов

144. Фактор, приводящий к снижению артериального давления:
а) повышенное потребление поваренной соли
б) применение лекарственных препаратов (сосудосуживающие средства)
в) уменьшение общего объема циркулирующей крови
г) прием алкоголя

145. Нормальные цифры диастолического артериального давления:
а) 60-89 мм рт.ст.
б) 90-100 мм рт.ст.
в) 140-159 мм рт.ст.
г) 100-139 мм рт.ст.

146. Учащение дыхания называется:
а) брадипноэ
б) тахипноэ
в) брадикардия
г) тахикардия

147. Дефицит пульса возникает при:
а) повышении АД
б) понижение АД
в) брадикардии

г) мерцательной аритмии

148. При значительной физической нагрузке возникает одышка:

а) смешанная

б) физиологическая

в) патологическая

г) инспираторная

149. У 40 летней женщины пульс при физической нагрузке 55 в минуту. Это можно назвать:

а) аритмией

б) брадикардией

в) нормой

г) тахикардией

150. Основной признак второго периода лихорадки:

а) озноб

б) головная боль

в) чувство жара

г) рвота

151. При гектической лихорадке:

а) утренняя температура ниже, чем вечерняя

б) суточные колебания держатся в пределах 1°С

в) периоды повышения температуры чередуются с периодами нормальной или пониженной температуры

г) суточные колебания держатся в пределах 2°С

152. Вид лихорадки, при которой утренняя температура тела выше вечерней:

а) извращенная

б) послабляющая

в) истощающая

г) перемежающаяся

153. Лихорадка, которая длится свыше 45 дней:

а) хроническая

б) подострая

в) острая

г) мимолетная

154. Резкое снижение температуры тела в течение часа:

а) субфебрилитет

б) кризис

в) лизис

г) фебрилитет

155. Порядок этапов санитарной обработки:

1) переодевание в чистую одежду

2) осмотр волосистой части головы

3) гигиеническая ванна, душ или обтирание

4) дезинсекция, если вши обнаружены

а) 4, 1, 3, 2

б) 2, 3, 1, 4

в) 2, 4, 3, 1

г) 1, 3, 2, 4

156. Срок наблюдения очага педикулеза ____ дней.

а) 30 в) 7

б) 20 г) 5

157. Обработку волосистой части головы при наличии педикулеза проводит:

а) врач

б) медицинская сестра

в) санитарка

г) родственники

158. К основным симптомам педикулеза не относится:

а) зуд

б) меланодермия

в) колтун

г) облысение

159. При проведении осмотров на педикулез учету подлежат люди, у которых при осмотре выявлены:

а) как жизнеспособные, так и нежизнеспособные вши в любой стадии развития

б) жизнеспособные вши

в) нежизнеспособные вши в любой стадии развития (яйцо-гнида, личинка, взрослое насекомое).

160. Опрелости – это:

а) воспаление кожи в естественных складках

б) некротическое повреждение тканей

в) воспаление мышечной ткани

г) струпьевидное повреждение тканей

161. Установите соответствие:

Стерилизуемый объект:	**Режим стерилизации:**
1.Текстиль	а) Т – 180С; т – 60 мин.
2.Изделия из коррозийно нестойкого материала	б) Т – 160С; т – 150 мин.
3.Изделия из латекса	в) Р – 2 атм; Т-132С; т- 20мин.
4.Изделия из силиконовой резины	г) Р – 1,1 атм; Т-120С; т-45мин.

Выбрать правильный ответ:

а) 1а; 2б; 3в; 4г.

б) 1б; 2а; 3г; 4в.

в) 1в; 2а; 3г; 4б.

г) 1г; 2в; 3б; 4а.

162. Локализация опрелостей:

а) поверхность спины

б) верные ответы в, г

в) подмышечные впадины

г) под молочными железами

163. Профилактика пролежней включает:

а) умывание

б) лечебную физкультуру

в) смену положения тела каждые два часа

г) смену положения тела 3 раза в день

164. Факторы, способствующие возникновению пролежней:

а) ожирение, метеоризм

б) нарушение сна, ограничение подвижности

в) задержка мочи, прием седативных препаратов

г) пожилой возраст, обезвоживание организма

165. Наиболее частая область образования пролежня у тяжелобольного пациента при положении «на боку»:

а) область тазобедренного сустава

б) подколенная ямка

в) область локтей

г) ребра

166. При первой степени пролежней отмечается:

а) разрушение кожного покрова, жидкие выделения из раны

б) кожный покров не нарушен, устойчивая гиперемия, не проходящая после прекращения давления

в) нарушение целостности кожи, отслойка эпидермиса

г) образование полости с повреждением в ней нижележащих тканей

167. При появлении у пациента трещин на губах медицинская сестра может их обработать:

а) вазелином

б) 5% раствором перманганата калия

в) 3% раствором перекиси водорода

г) 70% раствором этилового спирта

168. Установите правильную последовательность действий при подаче судна пациенту:

1. подложить под таз пациента клеенку
2. извлечь судно
3. ополоснуть судно теплой водой
4. продезинфицировать судно и клеенку
5. подставить судно под ягодицы пациента
6. приподнять таз пациента
7. извлечь клеенку

а) 3, 6, 1, 5, 6, 2, 7, 4

б) 6, 2, 7, 4, 3, 1, 5, 6

в) 3, 1, 5, 6, 2, 7, 4

г) 3, 6, 7, 4, 1, 6, 2, 5

169. Для протирания слизистой ротовой полости можно использовать раствор:

а) 2% гидрокарбоната натрия

б) 3% перекиси водорода

в) 1% хлорамина

г) 70% этилового спирта

170. При недержании мочи в ночные часы желательно использовать:

а) памперсы

б) резиновое судно

в) металлическое судно

г) съемный мочеприемник

171. Какова должна быть температура холодных блюд?

а) 7-14ºС

б) 15-20ºС

в) 21-35ºС

г) 36-40ºС

172. «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ» приказ №:

а) 330

б) 408

в) 170

г) 345

173. Перерыв между энтеральными приемами пищи в дневное время должен быть не более _____ часов.

а) 6

б) 5

в) 4-х

г) 2-х

174. Препарат, используемый для парентерального питания:

а) диклофенак

б) реополиглюкин
в) викасол
г) липофундин

175. Показания для искусственного питания все, кроме:
а) бессознательное состояние пациента
б) стеноз привратника
в) гастрит с секреторной недостаточностью
г) отек языка, глотки, пищевода

176. Перед введением средств для парентерального питания их подогревают до:
а) 20-25ºС
б) 32-36ºС
в) 37-38ºС

177. Противопоказания для постановки банок все, кроме:
а) высокая температура
б) радикулит
в) истощение
г) стенокардия

178. Механизм действия горчицы основан на:
а) торможении свертывания крови
б) ограничении воспаления и травматического отека тканей
в) рефлекторном расширении кровеносных сосудов внутренних органов
г) снижении чувствительности нервных рецепторов.

179. Показание для согревающего компресса:
а) первые сутки после травмы
б) кровотечения
в) лихорадка
г) отит

180. Пузырь со льдом применяют:
а) в 1-ый период лихорадки
б) во 2-ой период лихорадки
в) в 3-ий период лихорадки

181. Показание для постановки пиявок:
а) гипертония
а) анемия
б) гипотония
в) повышенная кровоточивость тканей

182. Показанием для постановки сифонной клизмы не является:
а) отсутствие эффекта от очистительной клизмы
б) подозрение на кишечную непроходимость
в) подготовка пациента к рентгенологическому исследованию ЖКТ
г) удаление из кишечника продуктов брожения, гниения, ядов

183. При спастических запорах чаще назначается _____ клизма.
а) гипертоническая
б) очистительная
в) сифонная
г) масляная

184.Показание для постановки клизмы:
а) выпадение прямой кишки
б) капростаз
в) острое воспалительное заболевание прямой кишки
г) энурез

185. К микроклизмам не относится:
а) гипертоническая
б) очистительная

в) лекарственная
г) масляная

186. При атонических запорах чаще назначается _____ клизма.

а) гипертоническая
б) очистительная
в) сифонная
г) масляная

187. Газоотводную трубку не оставляют в кишечнике надолго, потому что:

а) это причиняет дискомфорт пациенту
б) закончится лечебный эффект
в) могут образоваться пролежни стенки кишечника
г) трубка закупориться каловыми массами

188. Температура раствора, используемого при постановке послабляющей клизмы (в градусах С):

а) 12-20
б) 20-22
в) 37-38
г) 40-42

189. Необходимое количество растительного масла для постановки масляной клизмы (в мл):

а) 10
б) 100
в) 200
г) 1 000

190. Газоотводную трубку после использования необходимо:

а) прокипятить в 2% растворе гидрокарбоната натрия в течение 30 минут
б) обработать в автоклаве: при 1,1 атм.120ºС 45 минут
в) обработать в автоклаве: при 110ºС 0,5 атм. 20 минут
г) замочить в 0,4% растворе «Септодор-форте» на 30 минут

191. После масляной клизмы опорожнение кишечника, как правило, наступает через (в часах):

а) 1-2
б) 4-6
в) 6-10
г) 10-12

192. Перед введением катетера медицинская сестра проводит:

а) тщательное орошение наружных половых органов
б) тщательное омывание половых органов и отверстия мочеиспускательного канала
в) спринцевание
г) очистительную клизму

193. Задержка мочи называется:

а) анурия
б) полиурия
в) олигурия
г) ишурия

194. Для промывания мочевого пузыря используют раствор фурацилина температуры (в град. С):

а) 40-43
б) 37-40
в) 33-36
г) любой

195. Противопоказания для промывания желудка все, кроме:

а) отравление грибами
б) желудочное кровотечение
в) ожог пищевода
г) «острый живот»

196. До прихода врача больному с желудочно-кишечным кровотечением медицинская сестра может:
а) поставить очистительную клизму
б) положить на живот пузырь со льдом
в) положить на живот горячую грелку
г) дать выпить 50 мл 0,9% раствора хлорида натрия

197. Формула определения глубины введения желудочного зонда для промывания желудка:
а) рост в см. – 50
б) рост в см. – 1/2 роста
в) рост в см. – 100
г) рост в см. – 80

198. Концентрация спиртовых настоек и растворов при неправильном хранении:
а) не изменяется
б) увеличивается
в) уменьшается
г) спирт полностью испаряется

199. Медсестра не имеет права (верно все, кроме):
а) переливать и перекладывать лекарственные препараты из одной упаковки в другую
б) распределять лекарственные препараты, учитывая физико-химические свойства препаратов
в) соединять в одну одинаковые лекарственные препараты из разных упаковок
г) выдавать пациенту деформированные лекарственные формы

200. В требованиях на ядовитые, наркотические, остродефицитные и дорогостоящие препараты указывают:
а) Ф.И.О. пациента, № истории болезни
б) путь введения препарата
в) Ф.И.О. пациента, № истории болезни, диагноз
г) цель введения препарата

201. Лекарственные средства, предназначенные для лечения больных в стационаре, выписываются и получаются:
а) заведующим отделением
б) лечащим врачом
в) старшей медсестрой
г) палатной медсестрой

202. Препараты, раздражающие слизистую оболочку ЖКТ, запивают:
а) молоком
б) минеральной водой
в) водой
г) соком

203. Пилюли, капсулы, применяются внутрь:
а) в разжеванном виде
б) содержимое высыпается под язык
в) в неизменном виде
г) содержимое высыпать, растворить в воде, выпить

204. Какое действие оказывает белковая пища на некоторые лекарственные препараты?
а) замедляет их эвакуацию из желудка
б) ускоряет их терапевтическую активность

в) снижает их терапевтическую активность

205. Опасность отравления лекарственными препаратами предотвращает их хранение:

а) в виде россыпи

б) в стеклянных медицинских шкафах под замком

в) в шкафах на посту в открытом виде

г) в холодильнике

206. Какое количество капель закапывают в глаз?

а) 1-2 в) 5-6

б) 3-4 г) 6-8

207. Как долго необходимо втирать мазь?

а) до тех пор, пока мазь не исчезнет

б) в соответствии с инструкцией

в) пока кожные покровы не покраснеют

г) не имеет значения

208. Введение в организм лекарственных препаратов путем их вдыхания называется:

а) инъекция

б) ингаляция

в) впрыскивание

г) компресс

209. Одновременно с нажатием на дно баллона с лекарственным препаратом пациент должен сделать:

а) задержку дыхания

б) глубокий выдох

в) глубокий вдох

г) не имеет значения

210. Перед наложением лекарственного пластыря кожу необходимо:

а) обезжирить

б) смазать вазелином

в) протереть 0,9% раствором хлорида натрия

г) обработать присыпкой

211. Один из способов парентерального введения лекарственных веществ в организм предусматривает их введение:

а) внутримышечно

б) через прямую кишку

в) через зонд в желудок

г) под язык

212. Одноразовые пакеты для сбора отходов ЛПУ, относящихся классу Б, должны иметь окраску:

а) черную

б) красную

в) белую

г) желтую

213. Длина иглы для внутримышечной инъекции (в мм):

а) 60 в) 30

б) 40 г) 10

214. Объем шприца, применяемого для подкожной инъекции (в мл):

а) 10

б) 5

в) 2

г) 1

215. 1 000 000 ЕД антибиотика развели в 5 мл раствора новокаина. В шприц необходимо набрать 200 000 ЕД. Сколько мл Вы наберете в шприц?

а) 1 мл
б) 2 мл
в) 5 мл
г) 10 мл

216. В 1 мл простого инсулина содержится (в ЕД):

а) 100
б) 40
в) 20
г) 4

117. Для разведения 1 000 000 ЕД антибиотика в соотношении 1:2 необходимо набрать в шприц _____ растворителя.

а) 1 мл
б) 2 мл
в) 5 мл
г) 10 мл

218. Глубина введения иглы при проведении внутрикожной инъекции:

а) только срез иглы
б) две трети иглы
в) в зависимости от расположения сосуда
г) вся длина иглы

219. Срок использования маски процедурной медсестрой (в часах):

а) 6
б) 4
в) 3
г) 1

220. Внутрикожно вводится:

а) туберкулин
б) клофелин
в) ампициллин

221. Игла при подкожной инъекции вводится под углом (в градусах):

а) 90
б) 60
в) 45
г) 5

222. Больной жалуется на боль в области инъекции, при пальпации болезненность, прощупывается уплотнение. О каком осложнении идет речь?

а) некроз
б) абсцесс
в) повреждение седалищного нерва
г) инфильтрат

223.Глубина введения иглы при проведении подкожной инъекции:

а) только срез иглы
б) две трети иглы
в) в зависимости от расположения сосуда
г) на всю длину иглы

224. При несоблюдении правил асептики может возникнуть осложнение:

а) гематома
б) липодистрофия
в) абсцесс
г) анафилактический шок

225. Глубина введения иглы при проведении внутримышечной инъекции:

а) только срез иглы
б) две трети иглы
в) в зависимости от расположения сосуда

г) на всю длину иглы

226. Внутримышечные инъекции в область ягодицы делают пациенту в положении:

а) стоя

б) сидя

в) лежа на животе, боку

г) лежа на спине, боку

227. Возможное осложнение при внутримышечной инъекции:

а) инфильтрат

б) воздушная эмболия

в) липодистрофия

г) некроз

228. Укажите место постановки внутримышечной инъекции:

а) верхневнутренний квадрант ягодицы

б) верхненаружный квадрант ягодицы

в) нижневнутренний квадрант ягодицы

г) нижненаружный квадрант ягодицы

229. Тяжелая форма аллергической реакции пациента на введение лекарственного препарата:

а) отек Квинке

б) анафилактический шок

в) крапивница

г) покраснение

230. При ошибочном введении 10% хлорида кальция под кожу медсестра должна обколоть место инъекции:

а) 25% раствором сульфата магния

б) 0,9% раствором хлорида натрия

в) 0,25% раствором новокаина

г) стерильной водой

231. Выполняя внутривенную инъекцию, Вы удачно «попали в вену» и убедились, что игла в вене (потянули поршень – появилась кровь). Укажите, какое из последующих действий будете выполнять первым?

а) приложите к месту введения иглы ватный шарик, смоченный антисептиком

б) не меняя положения шприца, левой рукой начнете медленно вводить лекарственный препарат

в) не меняя положения шприца, левой рукой отпустите жгут и попросите пациента разжать кулак

232. Какое из осложнений внутривенной инъекции может привести к моментальной смерти?

а) воздушная эмболия

б) гематома

в) некроз

233. Капельница должна быть заполнена раствором:

а) полностью

б) на 1/2 объема

в) на 2/3 объема

г) не имеет значения

234. Цель инфузионной терапии:

а) восстановление объема циркулирующей крови, нормализация водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия организма

б) устранение явлений интоксикации при инфекционной патологии и отравлениях

в) введение в организм лекарственных средств для их быстрой абсорбции

г) все вышеперечисленное верно

235. При подготовке устройства для инфузионной терапии необходимо проверить:

а) герметичность, цвет упаковки

б) наличие игл, страну изготовитель

в) срок годности, герметичность

г) прозрачность, срок годности

236. После заполнения системы раствором необходимо:

а) приготовить полоски лейкопластыря

б) закрепить ее на штативе

в) медленно заполнить капельницу раствором

г) проверить отсутствие пузырьков воздуха

237. Во время проведения инфузионной терапии дополнительно лекарственный препарат вводят:

а) непосредственно во флакон с инфузионным раствором

б) в короткую трубку системы

в) в узел для инъекций, предварительно остановив введение инфузионного раствора при помощи зажима

г) в длинную трубку системы

238. Прокол вены называется :

а) венепункция

б) венесекция

в) внутривенная инъекция

г) укол в вену

239. Скорость введения в вену сильнодействующих веществ:

а) 2 мл/мин

б) 1 мл/мин

в) 5 мл/мин

г) 10 мл/мин

240. Внутривенно струйно можно вводить:

а) не более 100 мл

б) не более 500 мл

в) не более 10 мл

г) не более 1 л

241. Мазок, взятый из зева, должен быть доставлен в лабораторию не позднее:

а) 1,5-2 часов

б) через сутки

в) через 3 суток

г) немедленно после взятия

242. Мокроту для общего клинического анализа необходимо собрать:

а) свежевыделенную

б) в течение суток

в) в течение 5 суток

г) в течение 10 часов

243. Для анализа мазка из зева необходимо снять налет:

а) с зубов

б) с миндалин и дужек

в) с передней стенки глотки

г) с языка

244. Перед забором мазка из зева необходима подготовка:

а) тщательно сполоснуть полость рта водой

б) почистить зубы

в) подготовки не требуется

г) прополоскать полость рта антисептическим раствором

245. Моча на диастазу должна быть доставлена в лабораторию:

а) через 24 часа

б) в любое время

в) через 1 час

г) немедленно

246. Моча для общего клинического анализа должна быть доставлена в лабораторию:

а) немедленно

б) в течение 2 часов

в) не позже часа, как собрана

г) в любое время

247. Продолжительность сбора анализа мочи по Зимницкому (в часах):

а) 24

б) 10

в) 8

г) 3

248. Цель исследования мочи по методу Нечипоренко – определение:

а) концентрационной способности почек

б) форменных элементов

в) физико-химических свойств

г) выделительной функции почек

249. В условиях стационара кал для бактериологического исследования берут стерильной петлей непосредственно из прямой кишки:

а) да б) нет, это неверно

250. При заборе кала на скрытую кровь из рациона пациента исключают все перечисленные продукты, за одним исключением:

а) помидоры

б) молочные продукты

в) мясо, рыба

г) гречневая каша

251. Кал на яйца гельминтов необходимо взять:

а) из одного места

б) из разных мест

в) всю порцию кала без примеси воды и мочи

г) не имеет значения

252. Исследование кала для определения переваривающей способности различных отделов пищеварительного тракта носит название:

а) кал на яйца гельминтов

б) бактериологическое исследование

в) кал на скрытую кровь

г) копрологическое исследование

253. Кал на яйца гельминтов следует отнести в лабораторию:

а) бактериологическую

б) цитологическую

в) биохимическую

г) клиническую

254. Вещество, вводимое пациенту перед рентгенологическим исследованием желудка:

а) взвесь сульфата бария

б) сульфат магния

в) холевид

г) уротраст

255. Медсестра проводит пробу на переносимость йодсодержащих препаратов перед:

а) ирригоскопией

б) флюорографией

в) бронхоскопией

г) бронхографией

256. УЗИ молочных желез рекомендуют проводить:

а) в первые 10 дней менструального цикла
б) после 3-х дневного соблюдения диеты
в) во вторую половину менструального цикла
г) после анализа мочи

257. Контрастный препарат применяемый при холецистографии:
а) сульфат бария
б) триомбраст
в) билитраст
г) уротраст

258. Перед ректороманоскопией бесшлаковую диету:
а) назначают за день до исследования
б) назначают за 3-5 дней до исследования
в) назначают за неделю до исследования
г) не назначают

259. Эндоскопия органов брюшной полости:
а) колоноскопия
б) эзофагогастродуоденоскопия
в) дуоденоскопия
г) лапороскопия

260. Ректороманоскопия – это:
а) рентгенологическое исследование толстого кишечника
б) эндоскопическое исследование пищевода и желудка
в) эндоскопическое исследование двенадцатиперстной кишки
г) эндоскопическое исследование прямой и сигмовидной кишок

261. Биопсия возможна при проведении:
а) холецистоскопии
б) эзофагогастродуоденоскопии
в) ирригоскопии
г) ретроградной урографии

262. Подготовка больного к цистоскопии:
а) премедикация
б) наполнить мочевой пузырь
в) прием контрастного вещества
г) очистительная клизма

263. Продолжительность клинической смерти:
а) 1-2 минуты
б) 3-6 минуты
в) 25-30 минут
г) 8-10 минут

264. К аспирации инородных тел предрасполагают:
а) вредная привычка держать во рту мелкие предметы
б) разговор во время торопливой еды
в) неожиданный глубокий вдох при испуге, плаче, падении
г) все вышеперечисленное верно

265. Признаки клинической смерти:
а) отсутствие сознания и пульса на сонных артериях
б) спутанность сознания и возбуждение
в) нитевидный пульс на сонных артериях, тахипноэ
г) дыхание не нарушено, гипотония

265. Необратимый этап умирания:
а) преагония
б) биологическая смерть
в) клиническая смерть
г) агональная пауза

267. Признак эффективности непрямого массажа сердца:

а) отсутствие экскурсий грудной клетки

б) расширение зрачка

в) отсутствие пульсовой волны на сонной артерии

г) появление пульсовой волны на сонной артерии

268. Главным условием эффективности проведения ИВЛ является:

а) свободная проходимость дыхательных путей

б) проведение ИВЛ с помощью технических средств

в) введение в легкие пострадавшего около 0,5 л воздуха

г) число вдуваний в дыхательные пути пострадавшего должно равняться 5-6 в минуту

269. Методы ИВЛ:

а) «изо рта в рот», «изо рта в нос», «изо рта в нос и рот», «изо рта в трахеотомическую трубку»

б) «изо рта в рот», «из носа в рот», «изо рта в нос и рот», «изо рта в трахеотомическую трубку»

в) «изо рта в рот», «изо рта в нос», «изо рта в нос и рот», «изо рта в нос и рот», «из трахеотомической трубки в рот»

270. Соотношение компрессий на грудину и вдуваний при проведении реанимации взрослому человеку:

а) 2 компрессии на 1 вдох

б) 10 компрессий на 1 вдох

в) 5 компрессий на 1 вдох

г) 30 компрессий на 2 вдоха

271.Паллиативное лечение – это:

а) лечение, которое начинается тогда, когда все другие виды лечения не эффективны и болезнь не поддается лечению

б) лечение, которое направлено на реабилитацию тяжелобольных пациентов

в) высокотехнологичная медицинская помощь тяжелобольным пациентам

г) оказание профессиональной сестринской помощи тяжелобольным пациентам

272. Эмоциональный отклик на утрату или разлуку, проходящий несколько стадий «фаз»:

а) печаль

б) переживание

в) горе

г) траур

273. Цель паллиативной помощи:

а) эвтаназия

б) достичь как можно лучшего качества жизни больных и их семей

в) облегчение боли

г) решение психологических, социальных и духовных проблем

274. Кто определил пять эмоциональных стаций, которые проходит человек, получивший известие о предстоящей потере (смерти)?

а) Вирджиния Хендерсон

б) Флоренс Найтингейл

в) Абрахам Маслоу

г) Элизабет Кюблер-Росс

275. Терминальное состояние – это:

а) состояние обратимого угасания жизнедеятельности организма, предшествующее биологической смерти

б) состояние не обратимого угасания жизнедеятельности организма, предшествующее клинической смерти

в) состояние биологической смерти

г) состояние клинической смерти, после которого неизбежно наступает

биологическая смерть

276. Медико-социальная служба, оказывающая квалифицированную помощь безнадежно больным и умирающим:

а) госпиталь

б) диспансер

в) дом-интернат

г) хоспис

277. Тело умершего переводят в патологоанатомическое отделение после констатации биологической смерти (в часах):

а) через 6

б) через 2

в) через 1

г) сразу после констатации смерти

278. На какой стадии эмоционального горевания человек пытается «заключить сделку»:

а) 1

б) 2

в) 3

г) 4

д) 5

279. После констатации врачом биологической смерти пациента медсестра должна заполнить:

а) лист врачебных назначений

б) титульный лист истории болезни

в) сопроводительный лист

г) температурный лист

280. Преднамеренное прерывание жизни неизлечимого больного, с целью прекращения его страданий:

а) аутопсия

б) эгротогения

в) аутосуггестия

г) эвтаназия

281. Лаборатория, осуществляющая исследование крови на содержание антител к ВИЧ:

а) бактериологическая

б) клиническая

в) биохимическая

г) иммунологическая

282. Медицинские отходы, загрязненные биологическими жидкостями пациентов, в том числе кровью, относятся к классу:

а) А

б) Б

в) В

г) Г

283. Анализ крови на содержание сахара производится в лаборатории:

а) клинической

б) цитологической

в) биохимической

г) бактериологической

284. Биологическая среда ВИЧ-инфицированного пациента, содержащая наибольшее количество вирусов:

а) кровь

б) слюна

в) пот

г) сперма

285. Кровь на биохимические анализы берется:

а) утром натощак

б) после завтрака

в) в любое время суток

г) перед обедом

286. Механизм передачи гепатита В в ЛПУ:

а) артифициальный

б) фекально-оральный

в) аэрогенный

г) контактный

287. Забор крови для биохимического исследования проводит:

а) процедурная медсестра

б) клинический лаборант

в) палатная медсестра

г) младшая медсестра

288. Вутривенно капельно можно вводить все, кроме:

а) изотонических растворов

б) суспензии бициллина

в) питательных смесей

г) кровезаменителей

289. Показанием для катетеризации периферических вен не является:

а) частые курсы внутривенной терапии пациентам с хроническими заболеваниями

б) введение камфоры в масле

в) экстренные инфузии при неотложных состояниях

г) регидратация объема жидкости в организме

290. При попадании воздуха в длинную трубку системы может возникнуть осложнение: а) абсцесс

б) тромбофлебит

в) воздушная эмболия

г) инфильтрат

291. Многоразовые изделия медицинского назначения после инвазивных манипуляций подвергаются:

а) только предстерилизационной очистке

б) только дезинфекции

в) только стерилизации

г) дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации

292. Не является составной частью устройства для инфузионной терапии:

а) воздуховод

б) катетер

в) приемная игла

г) инъекционный узел

293. Капельница должна быть заполнена раствором:

а) полностью

б) на 1/2 объема

в) на 2/3 объема

г) не имеет значения

294. Цель инфузионной терапии:

а) восстановление объема циркулирующей крови, нормализация водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия организма

б) устранение явлений интоксикации при инфекционной патологии и отравлениях

в) введение в организм лекарств для их быстрой абсорбции

г) все вышеперечисленное верно

295. При подготовке устройства для инфузионной терапии необходимо проверить:

а) герметичность, цвет упаковки
б) наличие игл, страну изготовитель
в) срок годности, герметичность
г) прозрачность, срок годности

296. После заполнения системы раствором необходимо:
а) приготовить полоски лейкопластыря
б) закрепить ее на штативе
в) медленно заполнить капельницу раствором
г) проверить отсутствие пузырьков воздуха

297. Одноразовые изделия медицинского назначения после использования подлежат:
а) уничтожению
б) дезинфекции, а затем утилизации
в) дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации
г) очистке, а затем утилизации

3.3 Задания для дифференцированного зачета по производственной практике, экзамена квалификационного и оценки сформированности ВД 1 ПК 1.1, 1.2, 1.3, 1.4; ОК 01, 02, 04, 05, 09; ЛР 1-25.

Перечень вопросов

1. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного»
2. Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка горчичников"
3. Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка банок»
4. Технология выполнения простой медицинской услуги «Бритье кожи предоперационное или поврежденного участка»
5. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии»
6. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких»
7. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером»
8. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за сосудистым катетером»
9. Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при гастростомах»
10. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за назогастральным зондом"
11. Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при стамх толстого кишечника»
12. Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при дефекации тяжелого больного»
13. Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка очистительной клизмы»
14. Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при мочеиспускании тяжелого больного»
15. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за постоянным мочевым катетром»
16. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за внешним мочевым катетером»

17. Технология выполнения простой медицинской услуги «Перемещение тяжелобольного в постели»
18. Технология выполнения простой медицинской услуги «Размещение тяжелобольного в постели»
19. Технология выполнения простой медицинской услуги «Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения»
20. Технология выполнения простой медицинской услуги «Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд»
21. Технология выполнения простой медицинской услуги «Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному»
22. Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному»
23. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных»
24. Технология выполнения простой медицинской услуги «Оценка интенсивности боли»
25. Проведение дезинфекции уборочного инвентаря и предметов ухода за пациентами
26. Продемонстрируйте алгоритм измерения артериального пульса. Основные характеристики пульса
27. Технология выполнения простой медицинской услуги измерения АД
28. Технология выполнения простой медицинской услуги ЧДД на статисте.
29. Проведение оксигенотерапии. Показания.
30. Технология выполнения простой медицинской услуги капель в глаза
31. Технология выполнения простой медицинской услуги закапывания капель в нос
32. Профилактика пролежней
33. Технология выполнения простой медицинской услуги применение грелки и пузыря со льдом
34. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки согревающего компресса
35. Технология выполнения простой медицинской услуги обработка рук перед манипуляцией
36. Соберите аптечку при биологических авариях (Анти-СПИД).
37. Продемонстрируйте алгоритм накрытия стерильного стола
38. Расскажите дезинфекцию ИМН
39. Расскажите предстерилизационную очистку ИМН
40. Расскажите стерилизацию ИМН
41. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки подкожной инъекции
42. Наберите в шприц 8 ед. простого инсулина
43. Наберите в шприц 26 ед. простого инсулина
44. Продемонстрируйте алгоритм разведение антибиотиков
45. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки внутримышечная инъекции
46. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки внутривенной инъекции
47. Технология выполнения простой медицинской взятие крови на биохимический анализ
48. Технология выполнения простой медицинской услуги заполнения раствором системы для в/в капельного вливания
49. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки сифонной клизмы
50. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки масляной клизмы

51. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки гипертонической клизмы
52. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки газоотводной трубки
53. Подготовьте пациента к сдаче мочи на общий анализ
54. Подготовьте пациента к сдаче мочи на анализ по Нечипоренко
55. Подготовьте пациента к сдаче мочи на анализ по Зимницкому
56. Технология выполнения простой медицинской услуги катетеризации мочевого пузыря у мужчины.
57. Технология выполнения простой медицинской услуги катетеризации мочевого пузыря у женщины.
58. Продемонстрируйте алгоритм оказания помощи пациенту при рвоте
59. Технология выполнения простой медицинской услуги промывание желудка
60. Продемонстрируйте технику проведения базовой сердечно- легочной реанимации на фантоме.

Манипуляционная техника

Гигиеническая обработка рук

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представлени	Сказать
1.	Поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Выполнить / Сказать	«Здравствуйте! Меня зовут ___ (ФИО)»
2.	Сообщить проводимой манипуляции	Сказать	«Мне необходимо провести гигиеническую обработку рук при помощи кожного антисептика»
3.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«Цель: удаление загрязнений и снижение количества микроорганизмов до безопасного уровня (профилактика ИСМП). Обработка рук проводится кожным антисептиком в нестерильной зоне с соблюдением последовательности выполняемых действий».
	Подготовка процедуры		
4.	Объяснение техники и продолжительности процедуры	Сказать	«Каждое движение повторяем 5 раз. Руки на протяжении всей процедуры должны быть увлажнены, при необходимости добавляем кожный антисептик и продолжаем обработку по алгоритму»
5.	Нанести кожный антисептик на ладонь из флакона с кожным антисептиком.	Выполнить / Сказать	«Обработка рук кожным антисептиком производится после обработки рук жидким мылом и высушиванием одноразовыми бумажными полотенцами» «Объем кожного антисептика, наносимого на поверхность руки должна соответствовать инструкции применения (в среднем 3-5 мл), и должен покрывать всю поверхность руки»

	Выполнение процедуры		
6.	Потрите одну ладонь о другую ладонь.	Выполнить	
7.	Правой ладонью разотрите тыльную поверхность левой кисти, переплетая пальцы	Выполнить	
8.	Левой ладонью разотрите тыльную поверхность правой кисти, переплетая пальцы	Выполнил	
9.	Переплетите пальцы, растирая ладонью ладонь	Выполнить	
10.	Соедините пальцы в "замок", тыльной стороной согнутых пальцев растирайте кончики пальцев другой руки, поменяйте руки	Выполнить	
11.	Охватите большой палец левой руки правой ладонью и потрите его круговым движением	Выполнить	
12.	Охватите большой палец правой руки левой ладонью и потрите его круговым движением		
13.	Круговым движением в направлении вперед и назад сомкнутыми пальцами правой руки потрите левую ладонь	Выполнить	
14.	Круговым движением в направлении вперед и назад сомкнутыми пальцами левой руки потрите правую ладонь		
	Завершение процедуры		
15.	Дождитесь полного естественного высыхания кожного антисептика.	Выполнить/ Сказать	«Не сушить. Дожидаемся полного естественного высыхания кожного антисептика.»

Алгоритм одевания стерильных перчаток

1. Взять перчатки в стерильной упаковке, проверить целостность упаковки, дату годности, развернуть упаковку
2. Взять перчатку для правой руки из отворота так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки
3. Сомкнуть пальцы правой руки и ввести их в перчатку
4. Надеть перчатку не нарушая ее отворота, разомкнув пальцы правой руки
5. Взять перчатку для левой руки, вторым, третьим и четвертым пальцами правой руки (в перчатке) под отворот так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки
6. Сомкнуть пальцы левой руки и ввести их в перчатку
7. Расправить отвороты, взяв их под отворот, и слегка натянуть их на предплечье и рукав халата на левой, затее правой руке

Алгоритм снятия использованных перчаток

1. Взять пальцами правой руки в перчатке за отворот на левой перчатке, касаясь ее с наружной стороны, сделать отворот
2. Взять пальцами левой руки в перчатке за отворот на правой перчатке, касаясь ее с наружной стороны, сделать отворот
3. Снять перчатку с левой руки, выворачивая ее наизнанку и держа за отворот в правой руке

5. Левой рукой взять перчатку на правой руке за отворот с внутренней стороны и снять, выворачивая ее наизнанку
7. Погрузить обе перчатки в емкость с дез.средством

Состав аптечки анти-ВИЧ

(САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА И НОРМЫ САНПИН 3.3686-21 "САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ")

№	Наименование	Количество	Вид упаковки	Срок хранения	Назначение
1	Спирт 70%-100.0	1	Флакон	Не ограничен	Для полоскания ротовой полости, горла, обработки кожи
2	5% спиртовой раствор йода-10.0	1	Заводская упаковка	Указан на упаковке	Обработка на поврежденной коже
3	Тампоны марлевые стерильные или салфетки марлевые медицинские стерильные 14*16 см	32	Заводская ламинированная упаковка	Указан на упаковке	Обработка кожи, перчаток, поверхностей

При аварийной ситуации медицинскому работнику необходимо осуществлять следующие мероприятия:

· в случае порезов и уколов немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70%-м спиртом, смазать ранку 5%-м спиртовым раствором йода;

· при попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70%-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70%-м спиртом;

· при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта: ротовую полость, слизистую оболочку носа и глаз обильно промывают водой (не тереть).

· при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в бикс (бак) для автоклавирования;

· при наличии риска заражения ВИЧ-инфекцией незамедлительно начать прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ.

Необходимо незамедлительно после контакта обследовать на ВИЧ и вирусные гепатиты В и С лицо, которое может являться потенциальным источником заражения и контактировавшее с ним лицо методом экспресс-тестирования. Лицо, которое может являться потенциальным источником заражения, необходимо опросить о носительстве вирусных гепатитов, ИППП, Вич. Если источник инфицирован ВИЧ, выясняют, получал ли он антиретровирусную терапию.

Проведение постконтактной профилактики заражения ВИЧ антиретровирусными препаратами прием антиретровирусных препаратов, который должен быть начат в течение первых двух часов после аварии, но не позднее 72 часов согласно схемам профилактики (3-мя и более антиретровирусными препаратами в течение 4 недель).

Аварийные ситуации должны учитываться в каждой медицинской организации в журнале учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций.

Все медицинские организации должны быть обеспечены или иметь при необходимости доступ к экспресстестам на ВИЧ и антиретровирусным препаратам.

Срок диспансерного наблюдения пациентов, пострадавших в аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ составляет 1 год; периодичность обследования на антитела к ВИЧ (метод иммуноферментного анализа): в день (ближайшие дни после)

аварийной ситуации, в дальнейшем через 3, 6, 12 месяцев после аварии.

По истечении года при отрицательных результатах лабораторных исследований пострадавший снимается с диспансерного наблюдения. В случае получения положительного результата проводится расследование обстоятельств и причин возникновения у работника профессионального заболевания.

Меры предосторожности при работе с дезинфицирующими средствами

1.К работе с дезинфицирующими веществами допускаются лица не моложе 18 лет, прошедшие соответствующий инструктаж по технике безопасности, обязанностям, мерам предосторожности и профилактике случайных отравлений, утвержденный соответствующими правилами.

2.Лица с повышенной чувствительностью к применяемым химическим веществам к работе с ними не допускаются.

3.Все работы по дезинфекции оборудования и инструментария проводят в специально отведенном для этого месте, оборудованном приточно-вытяжной вентиляцией.

Хранят растворы и выдерживают в них инструментарий и оборудование в плотно закрывающихся емкостях.

4.Растворы дезинфицирующих средств готовят в специальном помещении, оборудованном приточно-вытяжной вентиляцией или в вытяжном шкафу.

5.Персонал готовящий раствор, должен работать в спецодежде:
халат, шапочка, маска, резиновые перчатки, а если есть указания, то и респиратор определённой марки и защитные очки.

6.Запасы препаратов хранят в местах, не доступных для общего пользования, в темной посуде, в сухом, темном и прохладном помещении.

7.Все дезинфекционные средства и растворы
должны иметь этикетки с указанием названия, концентрации, даты изготовления и срока годности. Следует строго соблюдать последовательность и точно выполнять все этапы очистки и дезинфекции.

8.После окончания работы руки необходимо вымыть и смазать смягчающим кремом.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ

При попадании на кожу:

пораженное место обильно промыть водой;

при попадании в глаза:

немедленно промыть водой или 2% раствором питьевой соды в течение нескольких минут;

при раздражении глаз — закапать раствор альбуцида;

при отравлении через дыхательные пути:

1) вынести пострадавшего в другое помещение или на свежий воздух;
2) прополоскать рот и промыть носоглотку водой;

рекомендуют прием теплого молока с питьевой содой

Приготовление моющего раствора 5 литров. (Перекись водорода 3%).

Необходимо взять:
- 25грамм моющего средства
- 800 мл. 3% перекиси водорода
- 4л 175мл. воды

Алгоритм проведения генеральной уборки в процедурном кабинете

1. в мешок.

Обработанное помещение закрывают Генеральная уборка в ЛПУ проводится в соответствии с планом-графиком.

Частота проведения генеральной уборки:

- Операционные блоки, перевязочные, родильные залы, процедурные кабинеты, манипуляционные, диагностические кабинеты- 1 раз в неделю
- Помещения палат, кабинеты-1 раз в месяц
- Помещения инфекционных стационаров- 1 раз в 7-10 дней
- Ванные комнаты, туалеты- 1 раз в 10-15 дней

I. Подготовительный этап

1. В день генеральной уборки в помещении не должно быть пациентов.
2. Освободить кабинет от предметов, оборудования, инструментов, медикаментов или сдвинуть последние в центр помещения, обеспечить доступ к шкафам и столам
3. Отключить от сети УФ-облучатели и другие электроприборы
4. Подготовить уборочный инвентарь, спецодежду и мешок для использованных салфеток.

Внимание: выполняйте все работы по уборке в средствах индивидуальной защиты, спецодежде, которые указаны в инструкции к дезсредству. Не надевайте открытую и промокающую обувь.

II. Первый этап

2. Удалить из помещения отходы классов А и Б. Собрать грязное белье.
3. Внести уборочный инвентарь в помещение
4. Лицо, осуществляющее генеральную уборку моет руки и надевает спецодежду.
5. Строго соблюдается очередность мытья: стены на высоту не менее 2м (в операционных блоках на всю высоту), окна, подоконники, затем мебель и оборудование.
6. Салфеткой смоченной дезраствором протирают внутренние и внешние поверхности шкафа, стол, окна, подоконник, радиатор, мебель, УФ-облучатель, двери. При этом уделяют особое внимание местам прилегающим к выключателям, дверным ручкам и раковине для мытья рук. В последнюю очередь обрабатываются контейнеры для сбора мусора и отходов.
7. Дозатор для кожного антисептика подлежит дезинфекции, промыванию водой, высушиванию не реже 1 раза в месяц.
8. Труднодоступные места обрабатываются с помощью ручного распылителя, щетки
9. Заканчивают уборку мытьем полов, начиная из дальнего конца комнаты, тщательно промывая углы, плинтуса и пол около них по всему периметру комнаты, затем моют ее центральную часть.
10. Использованные салфетки, ветошь, мопысбрасывают на время экспозиции

III. Второй этап

1. Смыть раствор проточной водой в той же последовательности, что и при нанесении дезинфицирующего средства на поверхности.
2. Внутреннюю поверхность окна, другие стеклянные поверхности, зеркало после удаления раствора следует вытереть насухо и отполировать хорошо отжатой салфеткой
3. В последнюю очередь вымыть пол.
4. Обеззараживание воздуха в течении 1 часа.
5. Проветривание помещения
6. Мопы и салфетки транспортируются в прачечную
7. Производится расстановка мебели, подключение оборудования.
8. Сотрудник, проводивший уборку, снимает одежду, складывает в мешок и производит гигиеническую обработку рук.

9. Выполняется запись в Журнале генеральных уборок и Журнале учета времени работы УФО воздуха

10. Генеральная уборка ранней осенью и поздней весной (2 раза в год), должна включать обязательное двухстороннее мытье стекол.

Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация ИМН

САНПИН 3.3686-21 «САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ»

(ОСТ N 42 – 21-2 - 85«СТЕРИЛИЗАЦИЯ И ДЕЗИНФЕКЦИЯ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ»)

1этап ДЕЗИНФЕКЦИЯ *- уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, за исключением споровых форм на объектах оборудования и изделиях медицинского назначения.*

Для дезинфекции ИМН чаще используется химический метод.

При использовании любых дезинфицирующих средств нужно строго соблюдать правила разведения, применения и замены раствора, указанные в инструкции.

Изделия медицинского назначения погружают в рабочий дезинфицирующий раствор с заполнением каналов и полостей. Объем емкости должен быть достаточным, раствор выше изделий не менее 1 см.

Если нет дез средств, то метод кипячения:

в дистилированной воде 30' или

в дистилированной воде + 2% сода - 15'

После дезинфекции инструментарий прополоскать под проточной водой в течении 1 минуты.

2 этап ***ПРЕДСТЕРИЛЯЗАЦНОННАЯ ОЧИСТКА*** - удаление с изделий медицинского назначения белковых, жирных, лекарственных, механических загрязнений, в том числе невидимых (крови, слизи), дезинфицирующих средств, детергентов, что обеспечивает эффективность последующей стерилизации и безопасное использование простерилизованных изделий.

ПСО изделий осуществляют после дезинфекции или при совмещении с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства): ручным или механизированным способами.

При ручной обработке делится на 5 моментов:

Этапы проведения очистки	**Порядок проведения**
1. Поместить инструмент в моющий раствор	Полное погружение в разобранном виде
2. Провести механическую очистку в растворе в течении не менее 30 секунд	Машинным(автоматически) или ручным (ершами/ватно-марлевыми тампонами) способами
3. Промыть под проточной водой в течении 30 сек каждое изделие, пропуская воду через полости инструментария.	Освобождение от остатков дезинфектанта и моющих компонентов
4. Ополоснуть дистиллированной водой	Осаждение солей, содержащихся в водопроводной воде
5. Высушить горячим воздухом	В сушильных или сухожаровых шкафах при температуре 80-85°С до полного испарения влаги

Для механизированной предстерилизационной обработки используют специальные моечные и моечно-дезинфекционные (комбинированные) машины для мойки игл, хирургических инструментов. Работа моечных машин основана на использовании одного

из методов: струйного, ротационного, ершевания, ультразвукового. Методика проведения механизированной обработки зависит от типа используемого оборудования и должна соответствовать инструкции по эксплуатации.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ.

Качество предстерилизационной обработки контролируют путем проб:
Азопирамовая – остатки крови, дезинфектантов
Фенолфталеиновая- остатки моющего средства

АЗОПИРАМОВАЯ ПРОБА. Раствор может храниться в плотно закрытом флаконе при 4 град, (в холодильнике) 2 месяца, а в темноте при комнатной температуре (18-23 град.) не более 1 месяца. Умеренное пожелтение реактива в процессе хранения без выделения осадка не снижает его рабочих качеств.

Непосредственно перед пробой готовят рабочий раствор: смешивают в равных количествах азопирам и 3% перекись водорода.

Рабочий раствор азопирама должен быть использован в течение 1-2 часов, иначе может появиться спонтанное розовое окрашивание. При температуре 25 град, раствор розовеет быстрее, поэтому его используют в течение 30-40 минут.

Нельзя подвергать проверке горячие инструменты, а также держать раствор при ярком свете, повышенной температуре (вблизи нагревательных приборов и т. п.)

Для проведения реакции необходимо небольшое количество раствора набрать в пипетку и капнуть 2-4 капли на инструмент.

Реакция читается в течение 1 минуты.

Положительная - реактив изменил цвет на фиолетовый переходящий в:
- розово-сиреневый цвета, свидетельствует о наличии крови на инструменте
- розовато-бурое окрашивание – наличие дезинфектанта

ФЕНОЛФТАЛЕИНОВАЯ ПРОБА. Готовят спиртовой раствор I% фенолфталеина который хранится во флаконе с притертой пробкой в холодильнике в течение 1 месяца. При положительной пробе на моющее средство цвет реактива изменяется от розового до малинового.
При положительной пробе всю группу контролируемых изделий подвергают повторной очистке (до получения отрицательных результатов).
Контролю подвергают 1% каждого наименования изделий, обработанных в сутки в ЦСО, в отделениях 1% одновременно обработанных изделий одного наименования, но не менее 3-5 единиц.

3 этап СТЕРИЛИЗАЦИЯ - *это метод, обеспечивающий гибель в стерилизуемом материале вегетативных и споровых форм патогенных и непатогенных микроорганизмов.*
Самые распространенные в ЛПУ – ***Термические методы*** *- паровой и воздушный методы стерилизации.*

1 способ. ВОЗДУШНЫЙ МЕТОД . Стерилизующим агентом является сухой горячий воздух. Отличительная особенность метода не происходит увлажнения упаковки и изделий, связанного с этим уменьшения срока стерильности, а также коррозии металлов.
Недостатки метода: медленное и неравномерное прогревание стерилизуемых изделий;
необходимость использования более высоких температур;
невозможность использовать для стерилизации изделий из резины, полимеров;
невозможность использовать все имеющиеся упаковочные материалы.

Воздушный метод: проводят в воздушных стерилизаторах (сухо жаровом шкафу) 2-мя режимами:

а) t 180 град. С - 60 мин, с момента подъема t.
б) t 160 град. С - 150 мин, с момента подъема t.

Эффективность воздушной стерилизации во многом зависит от равномерного проникновения горячего воздуха к стерилизуемым изделиям, что достигается

принудительной циркуляцией воздуха со скоростью 1 м/с и соблюдением норм загрузки стерилизатора. Шкаф можно заполнять на 70%. Воздушный метод стерилизации экологически чистый.

2 способ. Паровой метод - надежный, нетоксичный, недорогой, ообеспечивающий стерильность не только поверхности, но и всего изделия. Он осуществляется при сравнительно невысокой t, обладает щадящим действием на обрабатываемый материал, позволяет стерилизовать изделия и упаковке, благодаря чему предупреждается опасность реконтамииации (повторного обсеменения микроорганизмами).

Стерилизуемый агент при этом методе - водяной насыщенный пар под избыточным давлением. Стерилизацию проводят 2-мя режимами в автоклавах:

а)Давление 2 Атм - t 132 град. - время 20 мин.

металл, стекло, вата-марля, перевязочный материал.

б)Давление 1,1 Атм - t 120 град.- время 45мин.

Резина, пластмасса, шовный материал - стерилизуют в 2-х слойной бязевой упаковке, срок хранения 3 е суток

В качестве упаковки используют стерилизационные коробки (биксы), пергамент, оберточные бумаги, бязь.

Чтобы пар хорошо проникал в различные точки стерилизационной камеры, между изделиями и внутрь изделий из текстиля, очень важно соблюдать нормы загрузок как стерилизатора, так и бикса.

Контроль качества стерилизации:

1. Технический, визуальный, физический- под контролем t и экспозиции времени.
2. Биологический, бактериологический
3. Химический-термохимические индикаторы (бумажка 1-2 см.).

3 СПОСОБ. ХИМИЧЕСКИЙ СПОСОБ СТЕРИЛИЗАЦИИ

Стерилизация растворами (стерилиянтами) применяют при невозможности использование других способов стерилизации (громоздкий оптический инструментарий).

Недостатки - Изделия стерилизуются без упаковки;

Их необходимо промывать после химических растворов в стерильных водах, что может привести к реконтаминации.

Преимущества: повсеместная доступность; легкость в исполнении.

Стерилизуемые растворами изделия свободно раскладывают в емкости. При большой длине изделия укладывают по спирали, каналы и полости заполняют раствором.

Используют растворы:

1)Перекись водорода 6%

При комнатной t 18 град, на 6 часов при полном погружении.

При 50 град. - 3 часа при полном погружении и поддержки t. После экспозиции времени инструменты подлежат ополаскиванию стерильной водой в 2-х емкостях в течении 5' в одной емкости и 5' во второй емкости затем стерильным корнцангом их переносят в стерильную емкость, выложенную стерильной простыней

2) Сайдекс - на 10 часов полное погружение. Прополаскивать в стерильных водах по 10 минут в 2 х емкостях.

3)Гигасептик на 10 часов полное погружение, прополаскивать в стерильных водах по 15 мин в 2х емкостях

Общие требования для накрытия стерильного стола

Необходимые условия:

- Стерильный стол накрывается *на смену (6 часов)* после проведения текущей уборки и облучения бактерицидной лампой процедурного кабинета.

- Стерильный стол должен быть установлен не менее чем на 0,3-0,5 м от стены и

электрических розеток

- Пространство вокруг стерильного стола является зоной ограниченного передвижения и только для процедурной медсестры
- Перед накрытием стерильного стола двери в ПК закрыть

Все предметы со стерильного стола необходимо брать сухими стерильными пинцетами (корнцангами).

При необходимости выполнения манипуляций в палате также используется двух- или трехъярусный манипуляционный передвижной столик.

Верхняя его часть делится на *стерильную зону,* где ставится лоток, накрытый стерильной салфеткой со стерильным инструментарием и перевязочным материалом и *не стерильную зону,* где могут находиться флаконы с лекарственными препаратами, спиртом, упаковки шприцев одноразового использования.

На нижнем ярусе находятся емкости для утилизации использованных ватных шариков или инструментария. По приходу в ПК инструментарий и перевязочный материал (ватные шарики) должен быть продезинфицирован и утилизирован или подвергнут дальнейшей обработке для повторного использования.

Накрывание стерильного стола в процедурном кабинете

Цель: сохранение стерильности медицинского инструментария, перевязочного материала, белья.

Показания: подготовка к работе процедурного и перевязочного кабинетов, операционной.

Оснащение: бикс со стерильным бельем, перевязочным материалом, перчатками; дезинфицирующий раствор для обработки стола, чистые перчатки.

Алгоритм действий медицинской сестры:

1. Обработайте поверхность стола 3 % раствором хлорамина дважды с интервалом в 15 мин.
2. Проверьте вид укладки, дату стерилизации на бирке бикса и наличие подписи работника, проводившего стерилизацию.
3. Проставьте дату, время вскрытия бикса и свою подпись.
4. Наденьте маску, вымойте руки, обработайте гигиеническим способом, наденьте стерильные перчатки.
5. Попросите помощника открыть крышку стерилизатора или нажать на педаль подставки для бикса, проверьте индикаторы стерилизации.
6. Стерильным пинцетом откиньте углы пеленки в стороны и закройте ею края бикса.
7. Достаньте простыню, сложенную в четыре слоя, не касаясь нестерильных поверхностей (в том числе своего халата), накройте ею поверхность стола так, чтобы нижний край простыни свисал на 20-30 см ниже поверхности стола.
8. Два верхних слоя простыни приподнимите и сложите «гармошкой» на задней поверхности стола;
9. Достаньте вторую простыню, сложенную вчетверо или вдвое, и положите на два слоя первой простыни (вторая простыня должна свисать на 5 см ниже края стола);
10. Закройте вторую простыню двумя слоями первой простыни;
11. Закрепите стерильными цапками 2 слоя верхней простыни и 2 слоя внутренней (при восьмислойном столе) или 2 слоя верхней простыни и 1 слой внутренней простыни (при шестислойном столе).
12. Разложите стерильный материал или инструментарий на внутренней поверхности второй простыни, в правом ближнем углу - стерильную салфетку и пинцет (мини-столик);
13. Держа цапки в руках, закройте стерильный стол так, чтобы верхние слои прикрывали внутренние.
14. Прикрепите бирку с датой, временем накрытия и Ф.И.О. медицинской сестры.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.

Сроки сохранения стерильности стерильных столов:

- мини-столика – 2 часа;
- в процедурном кабинете – 6 часов;
- в операционном блоке - 24 часа, если инструментарием со стола не пользовались;
- стерильный стол накрывается в процедурном кабинете, в перевязочной или в операционной, в которых перед началом работы обязательно включаются бактерицидные лампы не менее, чем на 60 минут;
- стерильный стол не должен оставаться открытым ;
- медицинская сестра не должна брать стерильный инструментарий со стола руками, а только стерильным пинцетом, который должен лежать в правом углу стерильного стола.

Если стерильный стол накрывается в **операционном блоке медицинская сестра предварительно облачается в стерильную одежду.**

Методические рекомендации по эксплуатации камеры ультрафиолетовой для хранения стерильных изделий

Техническое обслуживание

1. Наружные поверхности камеры протираются тканевыми салфетками, смоченными 3% р-ром перекиси водорода с добавлением моющего средства. Лампы и отражатели протираются тканевыми салфетками, смоченными 70% спиртом.

2. На наружных поверхностях камеры, отражателях и лампе не должно быть пыли и других загрязнений.

3. Осмотр технического состояния камеры проводится специалистами по ремонту медицинской техники один раз в 6 месяцев.

4. Замена лампы проводится в зависимости от отработанного времени согласно инструкции.

Порядок работы

1. Перед раскладкой стерильного материала (инструментария) внутренние поверхности камеры и решетку дважды протирают растворами согласно методическим указаниям, с последующим облучением бактерицидной лампой в течение 25 минут.

2. Загрузку и изъятие стерильного материала (инструментария) проводят в асептических условиях.

3. Стерильный материал раскладывают стерильным корцангом или пинцетом в один слой, продвигаясь от задней стенки к передней.

4. Время загрузки стола составляет не более 10 минут.

После загрузки материала крышка должна быть закрыта и не открываться в течение 25 минут при включенной лампе.

5. При изъятии стерильного материала из камеры в течение 3-5 секунд следующий забор проводится не ранее чем через 3-5 минут.

6. Если время изъятия превышает 5 секунд, то следующий забор проводится не ранее, чем через 25 минут.

7. Если камера находится открытой более 10 минут, то все находящиеся в ней изделия (материалы) подлежат повторной стерилизации, а камера обрабатывается в соответствии с пунктом 1.

8. Допускается хранение стерильных изделий в камере не более 7 суток. По истечении указанного срока невостребованные изделия из камеры подлежат повторной стерилизации, а камера обрабатывается в соответствии с пунктом 1.

9. Пинцет (корнцанг) используемый для изъятия стерильного материала (инструментария)

стерилизуется один раз в смену.
10.Регистрацию работы ламп камеры (подсчет часов) фиксируют в журнале.

Перевязочный материал и бельё стерилизуют автоклавированием при стандартных режимах.

Перед стерилизацией перевязочный материал и бельё укладывают в биксы

Существует три основных вида укладки бикса:

1-Универсальная укладка. Обычно используют при работе в перевязочной и при малых операциях.

Бикс условно разделяют на секторы, каждый из них заполняют определённым видом перевязочного материала или белья: в один сектор помещают салфетки, в другой - шарики, в третий – тампоны; все необходимое для накрытия стерильного стола или для работы в течение дня в процедурном кабинете.и т.д.

2-Целенаправленная укладка. Предназначена для выполнения типичных манипуляций, процедур и малых операций. Например, укладка для трахеостомии, катетеризации подключичной вены, перидуральной анестезии и пр. В бикс укладывают все инструменты, перевязочный материал и бельё, необходимые для осуществления процедуры.

3-Видовая укладка. Обычно используют в операционных, где необходимо большое количество стерильного материала. При этом в один бикс, например, укладывают хирургические халаты, в другой - простыни, в третий - салфетки и т.д.

В небольшом количестве используют перевязочный материал в упаковках, прошедший лучевую стерилизацию. Существуют и специальные наборы операционного белья одноразового использования (халаты и простыни), изготовленного из синтетических тканей, также подвергшихся лучевой стерилизации.

Цель: обеспечение условий для стерилизации.

Показания: подготовка к стерилизации универсальной укладки для накрытия стерильного стола процедурного кабинета.

Оснащение: бикса с индикаторами стерильности соответствующего режима, пеленка для выстилания биксов, полотенце,1 простынь, 1 халат, 2 цапки, влагопрочный мешок.

1. Проверить исправность бикса и его герметичность:

- плотность закрытия крышки;
- легкость передвижения пояса;
- а- точность совпадения отверстий корпуса с отверстиями пояса;
- прочность фиксации металлического пояса к корпусу зажимным устройством.

2. Закрепить пояс в положении, в котором отверстия корпуса открыты.

3. Обработать бикс внутри – дезсредством или 3% раствором перекиси водорода (для избегания образования конденсата)

4. Выстлать бикс салфеткой так, чтобы её концы свисали на 2/3 высоты.

5. Поместить на дно бикса индикатор стерильности.

6. Подготовить и уложить в бикс весь необходимый материал: на дно 2 цапки, взатем вертикально, рыхло, чтобы пар свободно проходил глубину бикса, халат (тесемками внутрь, изнанкой наружу, свернуть продольно несколько раз до величины высоты бикса); 1 простынь.

7. Поместить индикатор стерильности в центральную часть бикса.

8. Накрыть салфеткой, свисающей с краев бикса, весь уложенный материал

9. Положить сверху пинцет, салфетку или полотенце, сверху индикатор стерильности.

10. Закрыть крышку бикса на замок.

11. Привязать к ручке бикса бирку с указанием отделения (кабинета), способа (вида укладки), подписи медицинской сестры, выполнившей процедуру.

12. Доставить бикс в ЦСО в плотном влагостойком мешке или на каталке.

Укладка перевязочного материала

1. Проверить бикс на целостность (дно, пояс натяжения, замки).
2. Открыть пояс натяжения на стерилизационной коробке.
3. Двукратно, с интервалом 15 минут, обработать внутреннюю и наружную поверхность бикса ветошью, смоченной дезсредством или 3% раствором перекиси водорода (движения могут быть от центра к периферии).
4. Положить на дно бикса развернутую пеленку таким образом, чтобы ее края свисали на 2/3 высоты бикса.
5. Укладку материала (простыни, халат, перевязочный материал и др.) необходимо проводить рыхло, ребром вверх и таким образом, чтобы высота белья не превышала высоту бикса).
6. Белье должно быть расположено параллельно крышке, а сбоку укладывают перевязочный материал: перевязанные салфетки укладываются стопкой друг на друга, марлевые тампоны должны быть завернуты в марлю.
7. Расположить бумажные термовременные химические индикаторы стерильности (ИС- 132 или ИС - 110) внутри бикса (стеритесты) на три уровня: на дно, в середину и поверх белья (стеритесты приклеивают на бинт на расстоянии друг от друга).
8. Свободными краями пеленки аккуратно закрывают белье, поверх пеленки приклеивают еще один ИС и выводят конец бинта, на котором были прикреплены три ИС.
9. Закрыть бикс, застегнуть замки, оставив открытыми отверстия на поясе натяжения.
10. К ручке бикса прикрепить бирку из клеенки, указав на ней отделение, дату стерилизации и фамилию медсестры, которая укладывала бикс.
11. Бикс помещают в тканевой мешок и относят в ЦСО.

Медсестра ЦСО

1. приклеивает на крышку бикса стериконт соответствующего режима.

о указывается дата стерилизации;

о указывается материал для стерилизации;

о отмечается вид упаковки;

о отмечается количество упаковок;

о выбирается соответствующий режим для стерилизации (в зависимости от содержимого бикса);

о после включения автоклава и достижения установленной температуры в нем, указывается время начала стерилизации;

о после окончания стерилизации медсестра фиксирует время окончания стерилизации;

о записывается фамилия медсестры ЦСО, которая проводила стерилизацию.

Работа со стерильным биксом

1. Обработать руки на гигиеническом уровне.
2. Проверить, что пояс натяжения на биксе закрыт; Поставить дату вскрытия крышки.
3. Проверить срок годности бикса на бирке:

о невскрытый бикс поясом натяжения сохраняет стерильность 3 суток;

о невскрытый бикс с фильтром сохраняет стерильность 20 суток.

4. Проверить подпись ответственного за стерилизацию.
5. Открыть крышку бикса движением на себя, с разворотом, не касаясь руками его внутренней поверхности.
6. Проверить отсутствие влаги на внутренней поверхности крышки бикса.
7. С помощью стерильного пинцета достать индикаторы стерильности и проверить изменение цвета ИС (верхнего на пеленке и трех внутренних на бинте).
8. В том случае, если влаги на крышке нет, и ИС изменили цвет до указанного, то стерилизация считается успешной и белье стерильным.

9. С помощью стерильного пинцета из бикса выкладывают косынку и халат, которые медсестра надевает на себя.

10. Затем с помощью стерильных пинцетов медсестра накрывает стерильный стол и выкладывает на него стерильный материал.

11. Материал, выложенный на стерильный стол, сохраняет стерильность 6 часов.

12. Индикаторы стерильности медсестра вклеивает в журнал контроля стерилизации данного отделения.

Методические указания МУ 3.5.1.3674-20 «Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи» (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 14 декабря 2020 г.)

Класс	Область применения	Снижение микробной обсемененности	Особенности обработки	Количество и время экспозиции	Примечание
Класс А	Для обработки кожи операционного и инъекционного полей пациентов	Кожные антисептики класса А обеспечивают снижение общей микробной обсемененности поверхности кожи не менее, чем на 95-100%	Обработку кожи операционного поля, кожи мест введения пункционной иглы или установки периферического/центрального венозного катетера проводят только способом протирания двукратно, последовательно, отдельными стерильными салфетками/тампонами, смоченными кожным антисептиком. Кожу инъекционного поля протирают однократно стерильными салфетками/тампонами или орошают кожным антисептиком из флакона с распылителем.	Необходимое для обработки количество антисептика и время его экспозиции определяются инструкцией по применению конкретного препарата. После обработки необходимо выдержать интервал не менее 30 секунд для высыхания поверхности кожных покровов.	Для детей в возрасте до 7 лет рекомендуется применять антисептики на основе этилового спирта без добавления других действующих веществ. Для кожи новорожденных с массой тела более 1500 г применяют спирт этиловый 70%. Для обработки кожи новорожденных с массой тела менее 1500 г применяют предназначенные для них антисептические средства, которые после применения необходимо смыть стерильной салфеткой, пропитанной водой для инъекций. Для обработки операционного поля предпочтительнее применять антисептики с красителем для визуального определения границы обработанного участка.
Класс Б	Для обработки рук хирургов и других мед. работников,	Кожные антисептики класса Б обеспечивают	До нанесения антисептика - кисти рук, запястья и предплечья до локтей включительно моют в течение	Количество кожного антисептика на одну обработку,	Обработку рук проводят перед выполнением любых оперативных вмешательств или других инвазивных процедур,

	участвующих в выполнении оперативных и иных инвазивных вмешательств (врачей анестезиологов-реаниматологов, врачей акушеров-гинекологов, операционных мед. сестер, акушерок)	снижение общей микробной обсемененности поверхности кожи не менее, чем на 100%	двух минут теплой проточной водой с жидким мылом. Затем руки высушивают (промокают) одноразовой стерильной тканевой салфеткой или стерильным полотенцем. Следуя определенному алгоритму, обрабатывают кисти рук, запястья и предплечья до локтей включительно.	кратность обработки и её продолжительность должны соответствовать инструкции по применению препарата.	манипуляций любой локализации, продолжительности: - перед пункциями тканей, полостей, сосудов, спинномозговых каналов; - перед выполнением стерильных эндоскопических манипуляций; - перед приемом родов; - при проведении процедур и уходе за новорожденными в отделениях/палатах реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.
Класс В	Для гигиенической обработки кожных покровов	Кожные антисептики класса В обеспечивают снижение общей микробной обсемененности поверхности кожи не менее, чем на 95%.	Обработку рук проводят: - до и после непосредственного контакта с пациентом; - после контакта с биологическими жидкостями организма, слизистыми оболочками, повязками; - перед выполнением инвазивных процедур, - при переходе от более контаминированного микроорганизмами участка тела пациента к менее контаминированному при оказании медицинской помощи и уходе за пациентом; - после снятия медицинских перчаток.	Количество кожного антисептика на одну обработку, её продолжительность должны соответствовать инструкции по применению препарата	Кожные антисептики класса В предназначены для гигиенической обработки рук работников медицинских и др. организаций на всех этапах оказания медицинской помощи, включая работников пищеблоков и других вспомогательных подразделений; лиц, осуществляющих уборку помещений, обслуживание оборудования, а также для пациентов, членов их семей, других лиц при посещении пациентов и уходе за ними.

Для обеспечения эффективного мытья и обеззараживания рук, необходимо соблюдать следующие условия:

1 Ногти на руках - чистые, коротко остриженные, не покрытые лаком;

2 Отсутствие искусственных ногтей;

3 На пальцах и кистях рук - отсутствие колец, перстней, элементов пирсинга, других украшений; перед обработкой рук хирургов необходимо снять часы, браслеты, другие украшения рук и предплечий;

4 Микротравмы (порезы, проколы, заусеницы, царапины, микротрещины) необходимо обработать антисептическим лекарственным средством и закрыть водостойким лейкопластырем.

5 Мытье рук жидким мылом и водой необходимо при их явном загрязнении, при этом следует соблюдать определенную последовательность.

6 После мытья руки высушивают, промокая их салфеткой/полотенцем однократного использования;

7 Необходимо обеспечить доступность антисептиков, предназначенных для гигиенической обработки рук, в достаточном количестве для всех пользователей. Для этого дозаторы размещают в наиболее востребованных местах, удобных для применения персоналом, пациентами, посетителями – у входа в отделение, процедурную, перевязочную, палату, туалет и др. обеспечивая их бесперебойную работу.

8 Для ухода за кожей рук перед рабочей сменой, перед обеденным перерывом и после него, а также в конце рабочей смены рекомендуется использовать смягчающие и увлажняющие, питающие кожу кремы, лосьоны, бальзамы.

Требования к санитарной одежде и СИЗ в СанПиН 3.3686-21

Требования СанПиН 3.3686-21		
Одежда		
Нахождение персонала в рабочей медицинской одежде и рабочей обуви за пределами МО не допускается	3471	
Медицинский персонал должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, медицинскими костюмами, шапочками, сменной обувью в соответствии с табелем оснащения, но не менее **3 комплектов спецодежды на одного работающего**	3466	
При проведении манипуляций/операций, сопровождающихся образованием брызг крови, секретов, экскретов, персонал надевает маски, приспособления для защиты глаз (очки, щитки)	3466	
В подразделениях хирургического и акушерского профилей, а также отделениях реанимации и интенсивной терапии сменная одежда и обувь должны быть предусмотрены также и для медицинского персонала других подразделений, оказывающего консультативную и другую помощь, а также для инженерно-технических работников	3468	
В операционных и родовых залах врачи и другие лица, участвующие в операции или приеме родов, должны работать в стерильных халатах и бахилах, специальной обуви, шапочках, перчатках и медицинских масках	3466	
Обувь		
Сменная обувь персонала должна быть из нетканого материала, доступного для дезинфекции	3467	
Внешние поверхности сменной обуви подлежат дезинфекции с той же периодичностью, что и спецодежда, дезинфицирующими средствами, разрешенными для этих целей	3467	
СИЗ: общие требования		
Персонал должен быть обеспечен СИЗ в необходимом количестве и соответствующих размеров (перчатками, масками, очками, щитками, респираторами, фартуками, нарукавниками и др.) в зависимости от профиля отделения и характера проводимой работы	3469	
Предпочтение отдают средствам защиты однократного применения	3466	
СИЗ: маски		
В перевязочных, процедурных, отделениях новорожденных, ожоговых отделениях, гематологических отделениях, отделениях трансплантологии, отделениях хирургической реанимации при проведении инвазивных манипуляций используют перчатки и медицинские маски	3466	
Использовать маски обязательно во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия	3466	
Медицинские маски используются при непрерывном применении не более 3-х часов, повторное использование многоразовых масок без стирки и дезинфекции не	3466	

допускается		
Одноразовые использованные маски относят к отходам класса Б	3466	
СИЗ: медицинские перчатки		
Общие требования		
В медицинских организациях при оказании отдельных видов медицинских услуг обязательно использовать медицинские перчатки	3485	
Медицинские перчатки необходимо надевать: – во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, в т. ч. во время уборки помещений; – при контакте со слизистыми оболочками; – при контакте с поврежденной кожей; – при контакте с агрессивными жидкостями; – при использовании колющих и режущих инструментов; – при проведении инвазивных диагностических и лечебных манипуляций	3486	
Перчатки надевают после полного высыхания антисептика на коже рук	3487	
При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин место повреждения заклеивается лейкопластырем	3487	
После снятия перчаток следует провести гигиеническую обработку рук кожным антисептиком	3490	
Новую пару перчаток надевать на высохшие руки	3490	
Использованные перчатки после парентеральных манипуляций, в т. ч. перевязок, удаляют как медицинские отходы класса Б	3491	
С целью снижения риска послеоперационных осложнений у пациентов (спаек, гранулем, келоидных рубцов и иных) и контактного дерматита у медицинского персонала следует при всех видах оперативных вмешательств использовать неопудренные перчатки	3498	
Стерильные медицинские перчатки		
Стерильные хирургические перчатки должны использоваться при выполнении всех видов оперативных вмешательств	3488	
Стерильные диагностические перчатки следует использовать при введении стерильного устройства в стерильные полости организма, постановке центрального катетера, проведении стерильных эндоскопических вмешательств	3488	
Нестерильные медицинские перчатки		
Нестерильные диагностические перчатки допускается использовать при выполнении неинвазивных диагностических процедур, а также внутрикожных, подкожных и внутримышечных инъекций, катетеризации периферических вен, внутривенных вливаний, постановке периферического венозного катетера, при проведении нестерильных эндоскопических вмешательств, при работе в клинико-диагностических, бактериологических лабораториях, а также при обработке загрязненных медицинских инструментов и материалов	3489	

Специальные медицинские перчатки	
При наличии риска инфицирования гемоконтактными инфекциями во время вмешательств с высоким риском нарушения целостности перчаток необходимо использовать двойные перчатки с индикатором нарушения целостности перчатки	3492
При приеме родов, характеризующихся возможностью биологического загрязнения кожных покровов в ходе ручного обследования родовых путей (в т. ч. ручное отделение последа), применяют перчатки с удлиненной манжетой	3493
При выполнении ортопедических вмешательств следует использовать двойные перчатки или перчатки повышенной плотности	3494
Кольчужные перчатки используют при оперативных вмешательствах с высоким риском пореза, в том числе на костях (травматология, хирургия)	3495
При выполнении микрохирургических манипуляций следует использовать перчатки с высоким коэффициентом сцепления с поверхностью либо микротекстурированные перчатки	3496
При интраоперационной внутриполостной химиотерапии, работе с костным цементом и другими химически агрессивными веществами следует использовать хирургические перчатки из синтетических эластомеров (полихлоропрен, нитрил и иные материалы с аналогичными характеристиками)	3497

Санитарная обработка пациента при выявлении педикулеза

Цель: уничтожение вшей и гнид на волосистой части головы (профилактика сыпного тифа).

Оснащение:

Укладка защитной одежды и белья в биксе – медицинский халат, косынка, маска, клеенчатый фартук, перчатки. Полиэтиленовые косынки – 2 шт., клеенчатая пелерина, полотенца – 2 шт., ватные тампоны, стержень, шампунь, противопедикулезные препараты (например, Медифос, Педилин, Ниттифор, Рид, Пара Плюс и др.), 6% р-р уксуса, подогретый до 30°С; клеенчатый мешок, ножницы, частый гребень, препараты для дезинсекции помещений (Карбофос 0,15%).

Таз для сжигания волос, спички.

Один из дезинсектицидных (педикулоцидных) р-ров:

а) 20% р-р эмульсии бензилбензоата или ниттифор;

б) 0,5% р-р метилацетофоса в равных количествах с уксусной 6% кислотой;

в) 0,25% р-р дикрезила.

Чистое нательное белье.

Историю болезни пациента или амбулаторную карту и журнал осмотра на педикулез.

Экстренное извещение об инфекционном заболевании.

Обязательные условия: соблюдать противопоказания. К ним относится обработка беременных, рожениц, родильниц и кормящих матерей, детей до пяти лет, пациентов при заболеваниях кожи головы.

Обработку проводить в специальном, хорошо вентилируемом помещении.

Соблюдать права пациента, конфиденциальность, инфекционную безопасность.

№п/п	Этапы	Обоснование
	Подготовка к процедуре	
1	Сообщить пациенту о наличии у него педикулёза, способе обработки и получить согласие на обработку или стрижку волос.	Уважение прав пациента, мотивация пациента к сотрудничеству, стрижка волос и их сжигание способствуют достижению цели.
2	При стрижке волос: состричь волосы машинкой над тазом и сжечь их. *Примечание*. Стричь волосы по письменному разрешению пациента или родственников. *При отказе от стрижки*: надеть дополнительный халат, маску, косынку, фартук, сменную обувь, перчатки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
3	Усадить пациента на стул, накрытый клеенкой, (или постелить клеёнку на пол и поставить на неё стул) или кушетку, накрытую клеёнкой.	Обеспечение инфекционной безопасности.
4	Плечи пациента накрыть клеенчатой пелериной	
	Выполнение процедуры	
1	Обработать волосы одним из противопедикулезных средств, согласно инструкции. Например, смочить волосы и втереть 20% эмульсию бензилбензоата и оставить на 30 мин. или ниттифор на 40 мин *Примечание:* Следить, чтобы средство не попало в глаза, а волосы были равномерно смочены.	Проводится противопедикулезная обработка, уничтожаются живые формы вшей и гнид.
2	Покрыть волосы полиэтиленовой косынкой, а сверху полотенцем и оставьте на время экспозиции (согласно инструкции)	Время выдержки
3	Вымыть голову с шампунем, осушить полотенцем, сбросить полотенце в клеёнчатый мешок.	Обеспечение инфекционной безопасности.
4	Обработать волосы подогретым 6% раствором уксуса.	Раствор тёплого столового уксуса обеспечивает открепление гнид от волос.
5	Покрыть волосы полиэтиленовой косынкой, обвязать полотенцем и оставьте на 20 минут. Сбросить полиэтиленовую косынку, полотенце в клеёнчатый мешок.	Время воздействия на хитиновую нить, с помощью которой гнида прикрепляется к волосу.
6	Вымыть голову с шампунем, осушить полотенцем, сбросить полотенце в клеёнчатый мешок.	Обеспечение инфекционной безопасности.
7	Тщательно расчесать волосы, наклонив голову над	Контроль процедуры.

	бумажной салфеткой, по окончании осмотреть, убедиться, что живых форм и гнид нет. Обработать гребень.	
	Окончание процедуры	
1	Сжечь бумагу, использованные предметы продезинфицировать.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2	Провести санитарную обработку пациента. Сменить нательное белье.	Обеспечение инфекционной безопасности
3	Вещи от лиц с педикулёзом сложить в клеёнчатый мешок и отправить для камерной обработки в дезинфекционную камеру.	Непосредственное уничтожение насекомых и гнид.
4	Снять перчатки, фартук, халат и поместить их в мешок для дальнейшей обработки. Вымыть и высушить руки. Сменить спецодежду.	Обеспечение инфекционной безопасности.
5	Помещение, в котором проводилась противопедикулезная обработка, обработать препаратами для дезинсекции, затем продезинфицировать помещение.	Непосредственное уничтожение насекомых и гнид на всех поверхностях. Обеспечение инфекционной безопасности.
6	Сделать запись о проведённой обработке на титульном листе Медицинской карты стационарного больного ф-003у. Пометка «Р»	Обеспечение преемственности в работе.
7	Зарегистрировать пациента в «Журнале учета инфекционных заболеваний» ф -60	Обеспечение учёта и контроля выполненной процедуры.
8	Отправить «Экстренное извещение об инфекционном заболевании» ф – 58/у в Центр гигиены и эпидемиологии	Регистрация педикулёза по месту жительства пациента.
9	Осмотреть волосы пациента повторно через 7 – 10 дней.	Обеспечение контроля успешно выполненной процедуры.

Классификация медицинских отходов

Класс опасности	Характеристика морфологического состава

Класс опасности	Характеристика морфологического состава
Класс А (эпидемиологически безопасные отходы, по составу приближенные к ТКО)	отходы, не имеющие контакт с биологическими жидкостями пациентов, инфекционными больными (эпидемиологически безопасные отходы, по составу приближенные к ТКО,), в том числе: - использованные средства личной гигиены и предметы ухода однократного применения больных неинфекционными заболеваниями; - канцелярские принадлежности, упаковка, мебель, инвентарь, потерявшие потребительские свойства; - сметы от уборки территории; - пищевые отходы центральных пищеблоков, столовых для работников медицинских организаций, а также структурных подразделений организаций, осуществляющих медицинскую и (или) фармацевтическую деятельность, кроме подразделений инфекционного, в том числе фтизиатрического профиля;
Класс Б (эпидемиологически опасные отходы)	отходы, инфицированные и потенциально инфицированные микроорганизмами 3-4 групп патогенности (*эпидемиологически опасные* отходы), в том числе: - материалы и инструменты, предметы, загрязненные кровью и (или) другими биологическими жидкостями; - патологоанатомические отходы; - органические операционные отходы (органы, ткани); - пищевые отходы и материалы, контактировавшие с больными инфекционными болезнями, вызванными микроорганизмами 3-4 групп патогенности;
Класс В (эпидемиологически опасные отходы)	отходы от деятельности в области использования возбудителей инфекционных заболеваний 1-2 группы патогенности, а также в области использования генно-инженерно-модифицированных организмов в медицинских целях (*эпидемиологически опасные* отходы), в том числе: -отходы микробиологических, клинико-диагностических лабораторий; - отходы, инфицированные и потенциально инфицированные микроорганизмами 1-2 групп патогенности; -отходы сырья и продукции от деятельности по производству лекарственных средств и медицинских изделий, от производства и хранения биомедицинских клеточных продуктов; -биологические отходы вивариев; -живые вакцины, непригодные к использованию;
Класс Г (токсикологически опасные отходы 1-4* классов опасности)	отходы, не подлежащие последующему использованию (*токсикологически опасные* отходы 1-4 классов опасности), в том числе: - ртутьсодержащие предметы, приборы и оборудование; - лекарственные (в том числе цитостатики), диагностические, дезинфекционные средства; - отходы от эксплуатации оборудования, транспорта, систем освещения, а также другие токсикологически опасные отходы, образующиеся в процессе осуществления медицинской, фармацевтической деятельности, деятельности по производству лекарственных средств и медицинских изделий, при производстве,

Класс опасности	Характеристика морфологического состава
	хранении биомедицинских клеточных продуктов, деятельности в области использования возбудителей инфекционных заболеваний и генно-инженерно-модифицированных организмов в медицинских целях;
Класс Д Радиоактивные отходы	Все виды отходов, в любом агрегатном состоянии, в которых содержание радионуклидов превышает допустимые уровни, установленные нормами радиационной безопасности.

Сбор первичных медицинских отходов в мягкую упаковку

Мягкая упаковка отходов производится в пакеты полиэтиленовые, которые комплектуются стяжками и ярлыками (бирками).

Имеют

любой цвет за исключением желтого и красного(класс А),

желтый (класс Б),

красный (класс В) и

контейнеры любой цвет за исключением желтого и красного (класс Г), а также имеют различные размеры: от 300х330 мм до 800х900 мм. Обладают высокой прочностью и герметичностью. Используются для сбора и хранения неострых одноразовых медицинских отходов.

Специальные стяжки применяются для быстрой и эффективной герметизации пакета после его заполнения, примерно на 3/4 объема, с возможностью безопасного сбора в них до 10 кг отходов. При соблюдении правил пользования риск распространения инфекции отсутствует.

Примечание. Медицинские пакеты (мешки) изготавливаются из прочного двухслойного полиэтилена: мягкий внутренний и жесткий наружный слой увеличивают прочность и надежность мешка. При производстве пакеты соединяются с помощью надежного двойного шва, исключающего вероятность прорыва.

Правила применения полиэтиленовых пакетов (ПО) для сбора и хранения одноразовых медицинских отходов

1. Достать нужный пакет из коробки, определив класс опасности.
2. Расправить и раскрыть его по горловине.
3. Вставить пакет до касания дна в подходящую по размеру тару для удобства применения.
4. Загнуть края пакета по краю тары для фиксации пакета.
5. Заполнить примерно на 3/4 объема не острыми отходами выбранного класса опасности.
6. Заполнить бирку выбранного класса опасности, отвечая на вопросы, указанные на бирке. Указать место сбора медицинских отходов, дату, время, поставить подпись ответственного лица за сбор отходов.
7. Надеть бирку на стяжку.
8. Собрать края пакета и выпустить из него воздух.
9. Перекрутить горловину пакета.
10. Герметизировать пакет при помощи стяжки, обогнув перекрученную горловину пакета стяжкой и просунув гладкий ее хвостик в отверстие стяжки на другом ее конце.

Пакет готов к транспортировке с места образования отходов

на место временного хранения отходов данного класса опасности на территории ЛПО.

Примечание. Все пакеты объемом 5, 30, 60, 100, 105, 110 и 160 л имеют необходимые сертификаты соответствия государственным нормам Российской Федерации.

Сбор медицинских отходов в твердую упаковку

Емкости-контейнеры пластиковые для сбора отходов, не подлежащих сбору в мягкую тару, в том числе игл и другого одноразового острого инструментария, органических и микробиологических отходов классов Б (желтого цвета) и В (красного цвета).

Использовать контейнеры можно в любом структурном подразделении ЛПО.

Контейнеры емкостью 1 л, 0,5 л комплектуются крышкой № 1 с отверстиями для бесконтактного снятия иглы со шприца, красной крышкой № 2 с заглушкой, основой и наклейкой — маркировкой.

Контейнеры, емкостью 3 л, 6 л красной крышки № 2 с заглушкой не имеют. Используются контейнеры в течение одной смены. Контейнеры должны обеспечивать герметизацию в процессе сбора и невозможность их вскрытия при транспортировке отходов вне пределов медицинского отделения. Они подходят для сбора СР-шприцев (СР — саморазрушающиеся).

Емкости -контейнеры пластиковые являются одноразовыми и применяются в операционных, лабораториях, процедурных, манипуляционных и других кабинетах. При правильном использовании снижается риск инфицирования заболеваниями, передающимися через кровь.

Правила пользования емкостью-контейнером для сбора острого одноразового инструментария (ЕК -01)

Подготовка

1. Разобрать контейнер, положить перед собой.
2. Заполнить наклейку — маркировку выбранного класса опасности, отвечая на вопросы, указанные на бирке.
3. Наклеить маркировку на основу.
4. Приготовить раствор для дезинфекции игл.
5. Заполнить основу на 2/3 раствором.
6. Закрыть основу большой крышкой № 1 до щелчка.
7. Поставить контейнер вблизи с местом проведения инъекций для того, чтобы потенциально опасная игла перед погружением в емкость находилась в воздухе как можно меньше.

Заполнение контейнера

Выполнить инъекцию, поднести шприц с иглой к контейнеру.

1. Опустить иглу в дезинфицирующий раствор, находящийся в контейнере, и потянуть поршень шприца на себя.
2. Поддеть конюлю иглы за одно из приспособлений для снятия иглы (съемное устройство), которое находится в отверстии крышки № 1.
3. Выпустить раствор из конуса шприца обратно в контейнер. Менять дезинфицирующий раствор в соответствии с методическими указаниями применяемого дезинфектанта.
4. Заполнить иглами контейнер так, чтобы дезинфицирующий раствор полностью покрывал иглы.
5. Закрыть контейнер красной крышкой № 2 на время экспозиционной выдержки.
6. Слить раствор, слегка открывая крышку № 2.

7. Закрыть контейнер с крышкой № 2 до щелчка.

При сборе и дальнейшем обращении с медицинскими отходами запрещается:

1. вручную разрушать, разрезать медицинские отходы классов Б и В, в целях их обеззараживания;
2. снимать вручную иглу со шприца после его использования, надевать колпачок на иглу после инъекции;
3. прессовать контейнеры с иглами, конструкция которых допускает рассыпание игл после прессования;
4. пересыпать (перегружать) неупакованные медицинские отходы классов Б и В из одной емкости в другую;
5. утрамбовывать медицинские отходы классов Б и В;
6. осуществлять любые манипуляции с медицинскими отходами без перчаток или необходимых средств индивидуальной защиты и спецодежды;
7. использовать мягкую одноразовую упаковку для сбора острого медицинского инструментария и иных острых предметов;
8. устанавливать одноразовые и многоразовые емкости для сбора медицинских отходов на расстоянии менее 1 метра от нагревательных приборов.

При сборе и перемещении необеззараженных медицинских отходов классов Б и В в случае возникновения **аварийной ситуации (рассыпание, разливание отходов) должны быть выполнены следующие действия:**

-персонал медицинской организации с использованием одноразовых средств индивидуальной защиты и уборочного инвентаря одноразового использования (щетки, ветошь) собирает отходы в другой одноразовый пакет или контейнер цвета, соответствующего классу опасности отходов;

-закрывает и повторно маркирует упаковку;

-доставляет ее к месту временного хранения (накопления) необеззараженных медицинских отходов или на участок обеззараживания, обезвреживания медицинских отходов.

К способам и методам обеззараживания и (или) обезвреживания медицинских отходов классов Б и В предъявляются следующие санитарно-эпидемиологические требования:

а) обеззараживание, обезвреживание медицинских отходов классов Б может осуществляться централизованным или децентрализованным способом, при котором участок по обращению с отходами располагается в пределах территории организации, осуществляющей медицинскую и (или) фармацевтическую деятельность;

б) медицинские отходы класса В обеззараживаются только децентрализованным способом, хранение и транспортирование необеззараженных медицинских отходов класса В не допускается;

в) физический метод обеззараживания медицинских отходов классов Б и В, включающий воздействие водяным насыщенным паром под избыточным давлением, высокой температурой, в том числе плазмой, радиационным, электромагнитным излучением, применяется при наличии специального оборудования - установок для обеззараживания медицинских отходов;

г) химический метод обеззараживания медицинских отходов классов Б и В, включающий воздействие растворами дезинфицирующих средств, обладающих бактерицидным (включая туберкулоцидное), вирулицидным, фунгицидным (спороцидным - по мере необходимости) действием в соответствующих режимах, применяется с помощью специальных установок или способом погружения отходов в промаркированные емкости с дезинфицирующим раствором в местах их образования;

д*) жидкие медицинские отходы класса Б (рвотные массы, моча, фекалии, мокрота) больных туберкулезом допускается сливать без предварительного обеззараживания в систему централизованной канализации, при условии ее оснащения системой обеззараживания сточных вод. При отсутствии централизованной канализации обеззараживание данной категории отходов проводят химическим или физическим методами.*

Жидкие медицинские отходы класса В (рвотные массы, моча, фекалии, мокрота от больных, инфицированных микроорганизмами 1-2 групп патогенности) не допускается сливать в систему централизованной канализации без предварительного обеззараживания химическим или физическим методами;

е) при любом методе обеззараживания медицинских отходов классов Б и В используют дезинфекционные средства и оборудование, разрешенные к использованию в системе обращения с медицинскими отходами в соответствии с инструкциями по их применению;

ж) термическое уничтожение медицинских отходов классов Б и В может осуществляется децентрализованным способом (инсинераторы или другие установки термического обезвреживания, предназначенные к применению в этих целях). Термическое уничтожение обеззараженных медицинских отходов классов Б и В может осуществляться централизованным способом (мусоросжигательный завод);

з) при децентрализованном способе обезвреживания медицинских отходов классов Б и В установки обезвреживания медицинских отходов размещаются на территории организации, осуществляющей медицинскую и (или) фармацевтическую деятельность, в соответствии с требованиями Санитарных правил;

и) применение технологий утилизации, в том числе с сортировкой отходов, возможно только после предварительного аппаратного обеззараживания медицинских отходов класса Б и В физическими методами. Не допускается использование вторичного сырья, полученного из медицинских отходов, для изготовления товаров детского ассортимента, материалов и изделий, контактирующих с питьевой водой и пищевыми продуктами, изделиями медицинского назначения;

к) размещение обезвреженных медицинских отходов класса Б и В на полигоне ТКО допускается только при изменении их товарного вида (измельчение, спекание, прессование) и невозможности их повторного применения;

л) персонал медицинской организации осуществляет обеззараживание и уничтожение вакцин.

К условиям хранения медицинских отходов предъявляются следующие санитарно-эпидемиологические требования:

а) сбор медицинских отходов в местах их образования осуществляется в течение рабочей смены. При использовании одноразовых контейнеров для колющего и режущего инструментария допускается их заполнение в течение 3-х суток с начала момента накопления отходов;

б) хранение (накопление) более 24 часов необеззараженных медицинских отходов класса Б и В осуществляется в холодильных шкафах не более 7 суток или в морозильных камерах - до одного месяца с начала момента накопления отходов;

в) одноразовые пакеты, используемые для сбора медицинских отходов классов Б и В

должны обеспечивать возможность безопасного сбора в них не более 10 кг отходов;

г) накопление и временное хранение необеззараженных медицинских отходов классов Б и В осуществляется персоналом медицинской организации раздельно от отходов других классов в специальных помещениях, исключающих доступ лиц, не связанных с обращением с медицинскими отходами. В небольших медицинских организациях (медицинские пункты, кабинеты, фельдшерско-акушерские пункты и так далее) допускается временное хранение и накопление отходов классов Б и В в емкостях, размещенных в подсобных помещениях (при хранении более 24-х часов используется холодильное или морозильное оборудование). Применение холодильного или морозильного оборудования, предназначенного для накопления отходов, для других целей не допускается;

д) контейнеры с медицинскими отходами класса А устанавливаются на специальной площадке. Контейнерная площадка должна располагаться на территории хозяйственной зоны медицинской организации не менее чем в 25 м от лечебных корпусов и пищеблока, иметь твердое покрытие (асфальтовое, бетонное). Размер контейнерной площадки должен превышать площадь основания контейнеров на 0,5 метра во все стороны. Контейнерная площадка должна иметь ограждение.

Техника и правила измерения роста и массы тела. Расчет ИМТ. Алгоритм измерения роста, массы тела и ИМТ

Оснащение

1. Ростомер.
2. Весы.
3. Перчатки.
4. Одноразовые салфетки.
5. Бумага, ручка

Подготовка и проведение процедуры

6. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (обучению измерения роста, массы тела и определения ИМТ) и получить его согласие.

7. Вымыть и осушить руки.

8. Подготовить ростомер к работе, поднять планку ростомера выше предполагаемого роста, положить салфетку на площадку ростомера (под ноги пациента).

9. Попросить пациента снять обувь и встать на середину площадки ростомера так, чтобы он касался вертикальной планки ростомера пятками, ягодицами, межлопаточной областью и затылком.

10. Установить голову пациента так, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии.

11. Опустить планку ростомера на голову пациента и определить на шкале рост пациента по нижнему краю планки.

12. Попросить пациента сойти с площадки ростомера (при необходимости — помочь сойти). Сообщить пациенту о результатах измерения, записать результат.

13. Объяснить пациенту о необходимости измерения массы тела в одно и тоже время, на голодный желудок, после посещения туалета.

14. Проверить исправность и точность медицинских весов, установить равновесие (для механических весов) или включить (для электронных), постелить салфетку на площадку весов

15. Предложить пациенту разуться и помочь ему встать на середину площадки весов, провести определение массы тела пациента.

16. Помочь пациенту сойти с площадки весов, сообщить ему результат исследования массы тела, записать результат.

Окончание процедуры

17. Надеть перчатки, снять салфетки с площадки ростомера и весов и поместить

их в емкость с дезинфицирующим раствором. Поверхность ростомера и весов обработать дезинфицирующим раствором однократно или двукратно с интервалом 15 минут в соответствии с методическими указаниями по применению дезинфицирующего средства.

18. Снять перчатки и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором,

19. Вымыть и осушить руки.

20. Определить ИМТ (индекс массы тела) — масса тела (в кг) рост (в м 2) Индекс меньше 18,5 — недостаточная масса тела; 18,5 — 24,9 — нормальная масса тела; 25 — 29,9 — избыточная масса тела; 30 — 34,9 — ожирение 1 степени; 35 — 39,9 — ожирение II степени; 40 и больше — ожирение III степени. Записать результат.

21. Сообщить пациенту ИМТ, записать результат.

Техника измерения окружности грудной клетки пациента

Показания : контроль за физически состоянием пациента

Противопоказания: тяжелое состояние пациента, травмы кистей скелета пациента

Оснащение: сантиметровая лента

Подготовка пациента: снять одежду, освободив грудной отдел

Алгоритм выполнения

1. Попросить пациента встать, дыхание спокойное, руки опущены
2. Расположить сантиметровую ленту спереди по 4-му ребру, а сзади од углом лопаток. У женщин сантиметровую лент спереди располагают над грудными железами по месту прикрепления 4-го ребра к грудине
3. Измерения проводят во время выдоха и на высоте вдоха
4. Данные записать в медицинскую историю
5. Вымыть руки

Алгоритм размещения тяжелобольного в постели	I Подготовка к процедуре: 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 перчатки. 4) Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций. II. Выполнение процедуры: **а) Размещение пациента лежа на спине (выполняется одним медицинским работником)** 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати. 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. 3) Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею. 4) Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком полотенце. 5) Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бедер, начиная от области большого вертела бедренной кости. 6) Подложить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети. 7) Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90°. 8) Положить под предплечья небольшие подушки. **б) Размещение пациента с гемиплегией в положении на спине (выполняется одним медицинским работником)**

	1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати. 2) Под парализованное плечо положить сложенное полотенце или подушку. 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. 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. 5) Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно. 6) Под парализованное бедро положить небольшую подушку. 7) Согнуть колено парализованной конечности под углом 30° и положить его на подушку. 8) Обеспечить упор для стоп под углом 90°. **в) Размещение пациента в положении Фаулера (выполняется одним медицинским работником)** 1) Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати, убрать подушки. 2) Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки): человек, прямо сидящий на кровати, находится в положении Фаулера. 3) Подложить подушки или сложенное одеяло под голени пациента. 4) Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье). 5) Подложить под предплечья и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз. 6) Подложить пациенту под поясницу подушку. 7) Подложить небольшую подушку или валик под колени пациента. 8) Подложить небольшую подушку пациенту под пятки. 9) Обеспечить упор для стоп под углом 90°. **г) Размещение пациента с гемиплегией в положении Фаулера** 1) Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки). 2) Усадить пациента как можно выше. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье). 3) Слегка приподнять вверх подбородок пациента. 4) На прикроватном столике перед пациентом обеспечить опору для парализованной кисти и предплечья; отодвинуть плечо пациента от его тела и подложить под локоть подушку. 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. 6) Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно. 7) Согнуть пациенту ноги в коленях и бедрах, подложив под колени подушку или сложенное одеяло.

	8) Обеспечить упор для стоп под углом 90°. **д) Размещение пациента в положении на боку (выполняется одним медицинским работником, пациент может помочь)** 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально. 2) Передвинуть пациента ближе к одному краю, противоположному стороне поворота. 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. 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. 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. 6) Повернуть пациента на бок, перенеся свой вес на ногу, стоящую на полу. 7) Подложить подушку под голову и шею пациента. Выдвинуть вперед «нижнее» плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке. 8) Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение. Рука, находящаяся сверху, лежит на подушке на уровне плеча. 9) Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента). 10) Под согнутую «верхнюю» ногу пациента, лежащую немного впереди нижней, поместить подушку (от паховой области до стопы). 11) Поместить мешок с песком у подошвы «нижней» ноги. Расправить подкладную пеленку. **е) Размещение пациента в положении лежа на животе (выполняется одним или двумя медицинскими работниками, пациент не может помочь)** 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально. 2) Аккуратно приподнять голову пациента, убрать обычную и положить маленькую подушку. 3) Переместить пациента к краю кровати. 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. 5) Перейти на другую сторону кровати. 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. 7) Перевернуть пациента на живот, в сторону медицинской сестры. Голова пациента должна быть повернута набок. 8) Подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались постели. 9) Согнуть руку, к которой обращена голова пациента, в локтевом суставе

	под углом 90°, другую руку вытянуть вдоль туловища. 10) Подложить подушки под локти, предплечья и кисти. 11) Положить небольшие валики рядом со стопами (с наружной стороны). 12) Расправить простыню и подкладную пеленку. **ж) Размещение пациента с гемиплегией в положении на животе (выполняется одним или двумя медицинскими работниками, пациент не может помочь)** 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. 2) Передвинуть пациента к краю кровати в направлении непарализованной стороны тела. 3) Перейти на другую сторону. Поставить колено на край кровати и повернуть пациента на бок (на непарализованную боковую поверхность тела). 4) Поместить подушку под живот пациента. 5) Выпрямить локоть парализованной руки, прижать ее по всей длине к туловищу и подсунуть кисть под бедро или поднять вверх параллельно туловищу. 6) Осторожно повернуть пациента через парализованную руку на живот. 7) Повернуть голову пациента набок (в сторону парализованной половины тела). 8) Согнутую в локте руку отвести в сторону кистью к изголовью кровати; пальцы руки по возможности разогнуть. 9) Слегка согнуть оба колена пациента и подложить подушку под обе ноги (от колен до лодыжек). 10) С помощью достаточно высокой подушки приподнять пальцы стоп над матрасом, так чтобы угол между стопой и голенью составлял 90°. **и) Размещение пациента в положении Симса (положение, промежуточное между положением на животе и на боку)** 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. 2) Положить пациента на спину. 3) Переместить пациента к краю кровати. 4) Переместить пациента в положение лежа на боку и частично на животе. 5) Положить подушку под голову пациента. 6) Под согнутую, находящуюся сверху руку поместить подушку на уровне плеча. Другую руку пациента положить на простыню. 7) Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку, так чтобы нога оказалась на уровне бедра. 8) У подошвы ноги положить мешок с песком. III. Окончание процедуры: 1) Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати. 2) Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик. 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его состояние. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
Дополнительные сведения об особенностях	При смене положения пациента необходимо руководствоваться следующими правилами: Убедиться, что все оборудование, капельницы и трубки, присоединенные к пациенту, надежно закреплены, так что они не будут смещены при его

выполнения методики	перемещении. Отсоединить дренирующие трубки, если это необходимо, и снова их присоединить после придания пациенту необходимой позы. Убедиться в наличии помощника при обращении с конечностями, зафиксированными жесткими стабилизаторами (например, гипс, вытяжение) и с тяжелым оборудованием, которое необходимо перемещать вместе с пациентом (например, аппарат для вытяжения). Поддерживать необходимое приподнятое положение головы для пациентов, подверженных диспноэ в горизонтальном положении; отводить краткие периоды для отдыха по необходимости во время процедуры. Использовать подушки, валики и специальные устройства для поддержания необходимой позы, положения конечностей, предотвращения чрезмерного давления на уязвимые поверхности кожи. Убедиться, что лицо пациента не прижато к постели или подушкам во время поворачивания и что положение тела не мешает полному расширению диафрагмы. Использовать правильные принципы механики человеческого организма. При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела
Достигаемые результаты и их оценка	Кожа пациента теплая, сухая. Повреждения и изменения цвета в точках давления отсутствуют. Пациент чувствует себя комфортно

Технология транспортировки тяжелобольного внутри учреждения

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполении услуги	Выполнение транспортировки: На каталке осуществляют не менее двух медицинских работников. На носилках – не менее четырех медицинских работников
Материальные ресурсы	Каталка или носилки или функциональное кресло-каталка. Одеяло. Подушка. Простыня. Клеенка с пеленкой – при необходимости.
СПОСОБ ТРАНСПОРТИРОВКИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ВНУТРИ УЧРЕЖДЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ ВРАЧ. 1 алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на каталке (носилках)	I Подготовка к транспортировке: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить, как себя вести при транспортировке (если пациент без сознания – информация предоставляется доверенному лицу пациента). 2) Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни. 3) Определить готовность к транспортировке каталки, ее техническое состояние. 4) Постелить на каталку простыню, положить подушку, клеенку с пеленкой (при необходимости). II. Выполнение транспортировки: **а) Перемещение пациента на каталку (должно осуществляться тремя медицинскими работниками)** 1) Поставить каталку ножной частью под углом к изголовью кровать или другим способом, более удобным в данной ситуации. Отрегулировать высоту каталки по высоте кровати.

Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на каталке (носилках)	2) Приподнять пациента – один медицинский работник подводит руки под голову и лопатки пациента, второй – под таз и верхнюю часть бедер, третий – под середину бедер и голени. 3) Одновременно поднять пациента, вместе с ним повернуться в сторону каталки, уложить пациента на каталку. Положить руки пациента ему на грудь или живот. 4) Укрыть пациента одеялом. **б) Осуществление транспортировки на каталке** 1) Встать у каталки – один медицинский работник спереди носилок, другой – сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения. 2) Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента. **в) Осуществление транспортировки на носилках** 1) Встать у носилок – два медицинских работника спереди каталки, два – сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения. 2) Передвижение персонала при этом должно осуществляться не в ногу, а короткими шагами, слегка сгибая ноги в коленях, удерживая носилки. 3) Вниз по лестнице пациента необходимо нести ножным концом носилок вперед в горизонтальном положении. Вверх по лестнице пациента необходимо нести головным концом носилок вперед также в горизонтальном положении. 4) Во время транспортировки осуществляют непрерывное наблюдение за состоянием пациента. III. Окончание транспортировки: 1) Поставить каталку так, как позволяет площадь палаты. 2) Снять с кровати одеяло, раскрыть пациента и доступным способом переложить его на кровать (на руках или на простыне). 3) Укрыть пациента и убедиться, что он чувствует себя комфортно (если пациент в сознании). 4) Уточнить у пациента о его самочувствии. Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу.
Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на функциональном кресле-каталке	I. Подготовка к транспортировке: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить, как себя вести при транспортировке. 2) Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни. 3) Определить готовность к транспортировке кресла-каталки. II. Выполнение транспортировки: а) Перемещение пациента на кресло-каталку (выполняется одной медицинской сестрой, если пациент может помочь) 1) Поставить кресло-каталку рядом с кроватью, закрепить тормоза. По возможности опустить кровать до уровня кресла. 2) Помочь пациенту занять сидячее положение на кровати. 3) Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперед. 4) Поставить ногу, которая дальше от кресла-каталки, между коленями пациента коленом к нему, а другую ногу по направлению движения. 5) Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая и не поворачивая. Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где

	находится кресло-каталка. 6) Поставив пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не займет положение спиной к креслу-каталке. 7) Опустить пациента в кресло-каталку. Для этого: согнуть колени и придерживать ими колени пациента; держать спину прямо; пациент может помочь, если положит руки на подлокотники кресла-каталки, чтобы опуститься в него. 8) Отпустить пациента, только убедившись, что он надежно сидит в кресле. Попросить пациента поставить ноги на подставку для ног. б) Осуществление транспортировки на кресле-каталке 1) Снять кресло-каталку с тормозов и транспортировать пациента. 2) Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента. III. Окончание транспортировки на кресле-каталке: 1) Поставить кресло-каталку у кровати, закрепить тормоза. 2) Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперед. 3) Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая и не поворачивая. Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кровать. 4) Поставив пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не почувствует край кровати задней поверхностью бедер. 5) Посадить пациента на кровать. 6) Уложить пациента, укрыть одеялом, убедиться, что он чувствует себя комфортно. 7) Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу. 8) Провести дезинфекцию использованных для транспортировки средств
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Пациента, находящегося в бессознательном состоянии дополнительно фиксируют с помощью специальных ремней или поручней каталки. Если они отсутствуют, то пациента придерживает при передвижении кто-нибудь из персонала. В случае отсутствия каталки или невозможности ее использования пациента переносят на носилках вручную не менее четырех человек. При появлении усталости у медицинского работника необходимо сообщить остальным участникам транспортировки, так как уставшие пальцы могут непроизвольно расслабиться. При транспортировке тяжелобольного пациента из операционной в отделение контроль за транспортировкой осуществляет медицинская сестра – анестезистка. Все перемещения осуществлять с соблюдением правил биомеханики тела
8Достигаемые результаты и их оценка	Удовлетворенность пациента. Отсутствие видимых ухудшений самочувствия пациента

1 Алгоритм выполнения мытья головы	I Подготовка к процедуре: 1) Подготовить все необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности. 2) 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. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки. 4) Надеть одноразовый фартук. 5) Поставить в изголовье кровати с рабочей стороны стул; пустую емкость для воды поставить на стул. 6) Наполнить другую емкость теплой водой, поставить рядом. Измерить температуру воды. 7) Раздеть пациента до пояса и накрыть оголенную часть туловища простыней, под плечи положить валик. II Выполнение процедуры: 1) Удалить все заколки, шпильки. Снять очки. Расчесать волосы пациенту. 2) Подстелить под голову и плечи пациента клеенку, конец которой опустить в емкость, стоящую на стуле; по краю клеенки, вокруг головы положить свернутое валиком полотенце, или использовать надувную ванночку. 3) Глаза пациента закрыть полотенцем или пеленкой. 4) Наполнить кувшин водой и аккуратно смочить волосы пациента. 5) Нанести немного шампуня и обеими руками вымыть волосы, бережно массируя кожу головы пациента. 6) Налить в кувшин воду и смыть весь шампунь (если пациент просит, вымыть его волосы шампунем еще раз). 7) Развернуть чистое сухое полотенце, поднять голову пациента и вытереть его волосы насухо. Если ему холодно, обернуть голову полотенцем или косынкой. III Окончание процедуры: 1) Клеенку, полотенце, валик, лежащие под головой положить в непромокаемый мешок. 2) При необходимости сменить простыню. 3) Расчесать волосы пациента. Предложить ему зеркало. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его самочувствие. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

2 Алгоритм ухода за ногтями тяжелобольного	I Подготовка к процедуре: 1)Наполнить емкость теплой водой, помочь пациенту вымыть руки с мылом. Подготовить необходимое оснащение. 2) 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. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки. 4) Положить руки пациента на полотенце и вытереть их насухо. II Выполнение процедуры: 1) Подстричь ножницами ногти пациента. 2) Нанести крем на руки пациента. 3) Положить полотенце в мешок для белья. III Окончание процедуры: 1) Удобно расположить пациента в постели. 2) Ножницы поместить в емкость для дезинфекции. 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его самочувствие. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.
3 Алгоритм бритья тяжелобольного	I Подготовка к процедуре: 1) Подготовить все необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности. 2) 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. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Нанести крем для бритья на кожу пациента. Пальцами одной руки натягивать кожу лица, другой осуществлять бритье прямыми движениями от подбородка к щекам. 2) Предложить пациенту воспользоваться лосьоном после бритья. 3) Предложить пациенту зеркало после процедуры. III Окончание процедуры: 1) Поместить станок и помазок в емкость для дезинфекции, утилизировать одноразовый станок. 2) Удобно расположить пациента в постели. 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 4) Вымыть руки и осушить их. 5) Уточнить у пациента его самочувствие. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	После мытья головы, особенно женщинам с длинными волосами следует надеть на голову полотенце или косынку, чтобы избежать переохлаждения. При обработке ногтей на ногах следует стричь их прямо, не закругляя углы для предупреждения врастания.При повреждении кожи пациента следует обработать ее 70 %-ным спиртом. Бритье тяжелобольного пациента рекомендовано выполнять электробритвой для уменьшения раздражения и риска инфицирования кожи. При выполнении всего комплекса процедур представиться следует один раз

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему, включает сведения о цели данного действия. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на уход за волосами, ногтями и бритье не требуется, так как данные действия не являются потенциально опасным для жизни и здоровья пациента

Технология постановки горчичников

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Алгоритм постановки горчичников	I. Подготовка к процедуре: 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. II. Выполнение процедуры: 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. III. Окончание процедуры: 1) При появлении стойкой гиперемии (через 10-15 мин) снять горчичники и положить их в приготовленный 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

<table>
<tr><td>Содержание требования, условия</td><td>Требования по реализации, алгоритм выполнения</td></tr>
<tr><td>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</td><td>Необходимо следить за временем выполнения процедуры, так как при более длительном воздействии горчичников возможен химический ожег кожи с образованием пузырей.
При сильном жжении или повышенной чувствительности кожи горчичники накладываются через тонкую бумагу или ткань.</td></tr>
<tr><td>Достигаемые результаты и их оценка</td><td><table>
<tr><td>Результат</td><td>Оценка</td></tr>
<tr><td>Гиперемия кожи, чувство жжения</td><td>Процедура выполнена правильно</td></tr>
<tr><td>Отсутствие покраснения, нет чувства жжения</td><td>Процедура выполнена неправильно, лечебный эффект не достигнут</td></tr>
<tr><td>Признаки химического ожога (появление на коже пузырей)</td><td>Процедура выполнена неправильно в связи с несоблюдением времени постановки горчичников</td></tr>
</table>Пациент чувствует себя комфортно</td></tr>
</table>

Технология постановки банок

<table>
<tr><td>1 Алгоритм постановки банок</td><td>I Подготовка к процедуре:
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) Убедиться в целости краев банок и разместить их в ящике, на столе у постели пациента.
3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4) Отрегулировать высоту кровати.
5) Опустить изголовье кровати, помочь пациенту лечь на живот (при постановке банок на спину), предложить повернуть голову на бок, руками обхватить подушку. Освободить от одежды верхнюю часть туловища.
6) Длинные волосы пациента(ки) прикрыть пеленкой.
7) При наличии волос в месте постановки банок, заручившись согласием пациента, сбрить их.
II Выполнение процедуры:
1) Нанести на кожу тонкий слой вазелина.
2) Сделать плотный фитиль из ваты и закрепить на корнцанге.
3) Смочить фитиль в спирте и отжать его. Флакон закрыть крышкой и отставить в сторону. Вытереть руки.
4) Зажечь фитиль
5) Ввести фитиль в банку, предварительно взятую в другую руку.
6) Удержать фитиль в полости банки 2-3 с, извлечь его и быстрым движением приставить банку к коже больного.
7) Повторить этапы 5-6 необходимое, по числу банок, количество раз.
8) Потушить фитиль, погрузив его в воду.
9) Накрыть поверхность банок полотенцем или пеленкой, а сверху накрыть больного одеялом.
10) Через 3-5 мин проконтролировать эффективность постановки по выраженному (1 и более см.) втягиванию кожи в полость банки и убедиться в отсутствии болевых ощущений у пациента. При неэффективной постановке одной или нескольких банок – снять их и установить повторно.
11) Выдержать экспозицию 15-20 мин.</td></tr>
</table>

	12) По истечении времени процедуры снять банки (одной рукой отклонить банку в сторону, другой надавить на кожу с противоположной стороны у края банки, после чего снять банку). 13) Салфеткой удалить с кожи пациента вазелин. III Окончание процедуры: 1) Помочь пациенту одеться. 2) Банки вымыть теплой водой, продензифицировать и уложить в ящик. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Типичным местом постановки банок является поверхность грудной клетки, исключая область сердца, область позвоночника и область молочных желез у женщин. В практике рефлексотерапии допустима постановка банок на иные зоны тела, с соблюдением общих противопоказаний. Во всех случаях банки должны ставиться на области с выраженным подкожно-жировым и/или мышечным слоем. В клинической практике разрешается использование альтернативных способов постановки банок. Преимуществами альтернативных способов является достижение клинического эффекта без использования пламени, снижение материальных затрат, больший психологический комфорт для пациента. Альтернативными способами постановки банок являются использование: -силиконовых банок, позволяющих после сжатия и контакта с поверхностью кожи пациента создавать дозированное разряжение до 0,05 МПа. При этом этапы 10-15 методики выполнения простой медицинской услуги изменяются следующим образом: сдавить корпус банки, достигая уменьшения объема внутренней полости; приложить банку к выбранному месту, обеспечивая плотный контакт плоскости горлышка с кожей пациента; отпустить корпус банки. -методов аппаратной вакуум-терапии, при которых разрежение в полости банки достигается использованием механического или электрического насоса. Использование аппаратов вакуум-терапии проводится в соответствии с инструкцией производителя
Достигаемые результаты и их оценка	Снижение давления на участке коже существенно изменяет нормальное соотношение градиентов гидростатического и онкотического давлений в подлежащих кровеносных и лимфатических сосудах, что приводит к нарастанию конвекционного потока жидкости и двустороннего обмена веществ в зоне микроциркуляции. Нарастание концентрационных градиентов кислорода и диоксида углерода приводит к нарастанию скорости их транскапиллярной диффузии и повышает интенсивность метаболизма подлежащих тканей. Увеличение проницаемости эндотелия поверхностного сосудистого сплетения дермы, приводит к увеличению количества выходящих в интерстиций нейтрофилов и макрофагов, которые утилизируют продукты воспаления и стимулируют репаративную регенерацию тканей. Разрыв капилляров в месте постановки приводит к образованию гематомы, вследствие аутолиза которой активизируется биосинтез собственных, в том числе иммунокомпетентных, белков организма. Раздражение рефлекторных зон кожи приводит, вследствие возникающих кожно-висцеральных рефлексов, к увеличению кровоснабжения внутренних органов, сегментарно связанных с данной областью воздействия

Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги

Технология бритья кожи предоперационного или поврежденного участка

1 Алгоритм бритья кожи предоперационного или поврежденного участка	I Подготовка к процедуре: 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) Обеспечить конфиденциальность процедуры (пригласить пациента в специально отведенное помещение или установить ширму). 3) Подготовить необходимое оснащение. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Помочь пациенту раздеться и принять необходимое положение (лежа на спине, животе, сидя на стуле). При необходимости подстелить под площадь обрабатываемой кожи клеенку. 6) Надеть нестерильные перчатки и клеенчатый фартук. 7) Оценить состояние кожных покровов в области операционного вмешательства или раневого участка (наличие повреждений, высыпаний, новообразований и признаков инфекции или инфицирования). 8) Определить границы бритья с учетом возможного расширения операционного доступа. II Выполнение процедуры: 1) Обработать кожу пациента кожным антисептиком, разрешенным к применению. 2) Убедиться, что кожные покровы сухие. 3) Приступить непосредственно к бритью кожных покровов с использованием средства для бритья при необходимости: вести станок вниз, оттягивая кожу кверху, до полного удаления волосяного покрова (при бритье пораженного участка направление движения – от краев раны кнаружи, на рану положить стерильную салфетку, чтобы не попали волосы). 4) При загрязнении лезвия волосами удалить их салфеткой. 5) Обработать кожу после бритья кожным антисептиком. III Окончание процедуры: 1) Поместить волосы в емкость для утилизации. 2) Поместить бритвенный станок, перчатки и другие использованные материалы в емкость для дезинфекции. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию
7Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Необходимо использовать щадящую, бережную технику бритья. Принимать меры для соблюдения приватности. При подготовке пациента к хирургическому вмешательству на голове использовать машинку для стрижки волос. При наличии длинного волосяного покрова на груди, животе, спине и конечностях рекомендуется сначала использовать ножницы, а потом станок.

	При подготовке операционного поля плановых пациентов использовать депиляционные средства (крем, пенка)

Технология ухода за полостью рта больного
в условиях реанимации и интенсивной терапии

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Алгоритм ухода за полостью рта	I. Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Подготовить все необходимое оборудование. 4) Расположить пациента в одном из следующих положений. 5) На спине под углом более 45°, если это не противопоказано, или 6) Лежа на боку, или 7) Лежа на животе (или спине), повернув голову вбок. 8) Надеть перчатки. 9) Обернуть полотенце вокруг шеи пациента. II Выполнение процедуры: 1) Приготовить мягкую зубную щетку (без зубной пасты) для чистки зубов. Смочить ее в приготовленном антисептическом растворе. При отсутствии зубной щетки можно использовать марлевую салфетку, закрепленную на зажиме или пинцете. 2) Произвести чистку зубов, начиная с задних зубов, и последовательно вычистить внутреннюю, верхнюю и наружную поверхность зубов, выполняя движения вверх-вниз в направлении от задних к передним зубам. Повторить те же действия с другой стороны рта. Процедура повторяется не менее двух раз. Использовать шпатель для обнажения зубов. 3) Сухими тампонами промокнуть ротовую полость пациента для удаления остатков жидкости и выделений из полости рта. 4) Попросить больного высунуть язык. Если он не может этого сделать, то необходимо обернуть язык стерильной марлевой салфеткой и левой рукой осторожно вытянуть его изо рта. 5) Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть язык, снимая налет, в направлении от корня языка к его кончику. Отпустить язык, сменить салфетку. 6) Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть внутреннюю поверхность щек, пространство под языком, десны пациента. 7) При сухости языка смазать его стерильным глицерином. 8) Обработать последовательно верхнюю и нижнюю губы тонким слоем вазелина (для профилактики трещин на губах). III Завершение процедуры: 1) Убрать полотенце. Разместить пациента в удобном положении. 2) Собрать принадлежности по уходу и доставить в специальную комнату для

	дальнейшей обработки. 3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента о его самочувствии. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При сухости во рту или галитозе (неприятный запах) рот следует промывать 15-30 мл стандартного состава для полоскания рта (на 1 л воды одна чайная ложка пищевой соды, одна чайная ложка соли, мятная вода для запаха) через каждые 2-4 ч
8 Достигаемые результаты и их оценка	Отсутствие у пациента скопления секрета в полости рта. Отсутствие патологических изменений слизистых полости рта

Технология ухода за респираторным трактом
в условиях искусственной вентиляции легких

1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры

	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 Алгоритм ухода за респираторным трактом	I Подготовка к процедуре: 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.

Алгоритм ухода за респираторным трактом	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. II Выполнение процедуры: 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: 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. б) Включить электроотсос и осторожными вращательными движениями извлечь катетер из дыхательных путей, проводя отсасывание. 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. г) Опустить катетер в стерильный физиологический раствор и провести отсасывание для удаления сгустков и мокроты из катетера. д) Аспирацию повторять неоднократно до восстановления свободной проходимости дыхательных путей. 9) Уход за манжетой: а) Проверить раздувание манжеты трубки путем сжатия между большим и указательным пальцами. б) Выпустить воздух из манжеты при помощи шприца. 10) При необходимости, перед аспирацией, провести санацию верхних дыхательных путей*:* а) Стерильными катетерами поочередно аспирировать содержимое носовых ходов. б) Носовые ходы обработать стерильным физиологическим раствором. в) Провести аспирацию из трахеи по вышеуказанной методике. г) Раздуть манжету воздухом с помощью шприца до создания герметичности. Манипуляцию проводить каждые 2-4 ч. д) Перед удалением воздуха из манжеты убедиться в отсутствии содержимого в носоглотке и ротоглотке. е) Повторить аспирацию катетером содержимого ротовой полости до полного его удаления. 11) Использованные инструменты, изделия медицинского назначения и

<table>
<tr><td></td><td>расходуемые материалы поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.
12) При наличии у пациента трахеостомы сделать перевязку трахеостомической раны (смена повязки проводится каждые 8 ч).
III Окончание процедуры:
1) Установить скорость подачи кислорода на уровень, предписанный до отсасывания.
2) Оценить состояние дыхательной системы и жизненные показатели.
3) Выключить аппарат для отсасывания.
4) Обернуть катетер для отсасывания вокруг руки в стерильной перчатке.
5) Отсоединить катетер для отсасывания от соединяющей трубки.
6) Снять перчатку, обернуть ее поверх катетера.
7) Поместить использованные материалы в емкость с дезинфицирующим раствором.
8) Проверить герметичность дыхательного контура, правильность нахождения трубки, наличие жидкости в увлажнителе дыхательного аппарата.
9) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
10) Включить аварийную сигнализацию аппарата искусственной вентиляции легких.
11) Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании).
12) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию</td></tr>
<tr><td>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</td><td>Санацию проводят до полного восстановления дыхательных путей.
Катетер используется однократно.
Для лучшей эвакуации мокроты ввести 1-2 мл физиологического раствора.
При наличии густой, вязкой мокроты и обструкции мелких бронхов, провести лаваж.
Не проводить отсасывание более 10-15 с. В интервалах между аспирацией проводить искусственную вентиляцию легких аппаратом.
Содержимое каждого из носовых ходов и ротоглотки аспирировать разными катетерами.
Для открытия рта использовать роторасширитель, для отведения языка – языкодержатель, для отведения щек – шпатель.
Для обработки полости рта стерильным физиологическим раствором использовать стерильные марлевые тампоны, пинцет и зажим</td></tr>
<tr><td>Достигаемые результаты и их оценка</td><td>У пациента отмечается восстановление проходимости дыхательных путей:
-отсутствие хлюпающих звуков из трубки при дыхании;
-проведение легочного звука по всем легочным полям при аускультации;
У пациента отсутствуют инфекции дыхательных путей.
Пациент может свободно дышать через трахеостому. Кожа вокруг трахеостомической трубки без видимых изменений.
<table><tr><td>Частота дыхания</td><td>Оценка результатов</td></tr><tr><td>14-20</td><td>норма</td></tr><tr><td>Уменьшение сопротивления на вдохе не более 10-15 мм вод.ст.</td><td>норма</td></tr><tr><td>Сатурация кислорода не ниже 94 % - 96 %</td><td>норма</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>Особенности добровольного информированного согласия пациента при</td><td>Необходимо письменное согласие в истории болезни на интубацию трахеи пациента или его законных представителей. При невозможности получить такое согласие из-за тяжести состояния больного и отсутствия времени на поиск законных представителей решение принимается консилиумом врачей в составе лечащего врача, анестезиолога-реаниматолога,</td></tr>
</table>

выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	заместителя гл. врача по медицинской части учреждения или дежурного администратора. При невозможности собрать консилиум, вопрос решает лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения. Медицинская сестра должна убедиться в наличии письменного согласия или решения консилиума на процедуру, которая предусматривает необходимость ухода за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких

Технология ухода за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером

Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Алгоритм ухода за назогостральным зондом, носовыми канюлями и катетером	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Надеть перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления. 2) Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке. 3) 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). 4) Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение – манипуляции, связанные с оксигенотерапией. 5) Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы. 6) 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. III Окончание процедуры: 1) Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен. 2) Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком. 3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции

	4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании). 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Промывание зонда нужно проводить с приподнятым головным концом
8 Достигаемые результаты и их оценка	Отсутствие видимых изменений (раздражений) со стороны слизистых оболочек носа. Проходимость зонда

Технология ухода за сосудистым катетером

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. До проведения процедуры надеть медицинскую шапочку и маску. Использовать перчатки во время процедуры

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Материальные ресурсы	Столик манипуляционный. Лоток. Стерильный пинцет. Одноразовый шприц объемом 10 см^3 (10 мл). Одноразовые стерильные заглушки (по количеству просветов катетера). Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. Гепаринизированный раствор (0,01 мл гепарина на 1 мл физиологического раствора – т.е. 50 ЕД/1 мл) в объеме, равном внутреннему объему внутривенного катетера. Раствор натрия хлорида 0,9 %-ный 5,0 -10,0 мл. Спиртосодержащий антисептик для обработки кожи пациента и всех частей (соединений) катетера, включая канюлю ЦВК (ПВК) и сам катетер. Раствор хлоргексидина 0,5 - 2 %-ный в 70 %-ном этиловом или изопропиловом спирте для обработки кожи пациента вокруг сосудистого катетера. Раствор повидон-йодина 10 %-ный в 70 %-ном этиловом или изопропиловом спирте при наличии противопоказаний к применению раствора хлоргексидина. Антисептик для обработки рук. Стерильные марлевые тампоны. Стерильные марлевые салфетки/самоклеющаяся стерильная повязка. Стерильная пеленка. Стерильная прозрачная повязка или стерильная прозрачная повязка, содержащая хлоргексидин. Пластырь. Стерильные перчатки. Маска.

	Медицинская шапочка
1Алгоритм ухода за сосудистым катетером (центральным) - смена повязки Алгоритм ухода за сосудистым катетером (центральным) - смена повязки	I Подготовка к процедуре: 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) Надеть маску и медицинскую шапочку. 3) Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции. 4) Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону. 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. II Выполнение процедуры: 1) Осмотреть место входа катетера в кожу сквозь неповрежденную повязку для 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, желательно, 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 (по метке). 6) Обработать кожу вокруг катетера кожным антисептиком: стерильным марлевым шариком с помощью стерильного пинцета от центра к периферии. 7) Обработать все части (соединения), включая канюлю, и сам катетер антисептиком: стерильным марлевым шариком. 8) Положить на кожу вокруг катетера стерильную пеленку. 9) Дождаться полного высыхания антисептика. 10) Наложить стерильную повязку и зафиксировать ее бактерицидным пластырем/стерильным пластырем или самоклеющейся стерильной повязкой. Примечание – При использовании стерильной специальной прозрачной повязки наложить ее так 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). III Завершение процедуры: 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.
2Алгоритм выполнения ухода за сосудистым катетером (центральным/периферическим) - промывание катетера	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Надеть маску и медицинскую шапочку. 3) Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции. 4) Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону. 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. 9) Набрать в шприц объем 10 см^3 5 мл раствора натрия хлорида 0,9 %-ный. В случае постановки «гепаринового замка» при ЦВК дополнительно подготовить шприц объемом 10 см^3 с гепаринизированным раствором (0,01 мл гепарина на 1 мл раствора натрия хлорида 0,9 %-ного - т.е. 50 ЕД/1 мл) в объеме, равному внутреннему объему внутривенного катетера. В педиатрии расчет дозы гепаринизированного раствор индивидуален. При ПВК «гепариновый замок» без назначения врача не рекомендуется. II Выполнение процедуры: 1) Закрыть линии ЦВК специальными зажимами, которые входят в комплект катетера. Если зажима нет - попросить пациента сделать выдох, задержать дыхание. Заглушки для ЦВК и ПВК стерильные и одноразовые. При закрытии катетера использовать новую стерильную заглушку. 2) Обработать разъем катетера стерильной салфеткой, смоченной в антисептике – 15 вращательных движений. 3) Если ранее в катетер был введен «гепариновый замок», то необходимо вытянуть его, присоединив шприц объемом 10 см^3 с раствором натрия хлорида 0,9 %-ным (5 мл) и потянув его на себя. 4) Для того чтобы убедиться, что проходимость катетера не нарушена: присоедините новый шприц объемом 10 см^3 с раствором натрия хлорида 0,9 %-ным (5 мл), открыть зажим и потянуть легко поршень на

	себя (появилась кровь), ввести содержимое шприца, закрыть зажим. В случае затруднении прохождения раствора при нажатии на поршень организовать вызов врача. 5) Для постановки «гепаринового замка» соединить шприц объемом 10 см^3 с гепаринизированным раствором с катетером, снять зажим и ввести гепаринизированный раствор в объеме, равном внутреннему объему просвета катетера (не более), закрыть зажим. Данный объем необходимо уточнить заблаговременно (объем каждого из просветов указан на упаковке ЦВК). 6) Обработать разъем катетера стерильной салфеткой, смоченной в антисептики – 15 вращательных движений. 7) Закрыть просвет катетера новой стерильной заглушкой, не прикасаясь к внутренней части заглушки и коннектора катетера. III Завершение процедуры: 1) Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/контейнер. 2) Доставить использованный материал в процедурный кабинет для дальнейшей дезинфекции и утилизации отходов класса Б. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
3Алгоритм ухода за сосудистым катетером (периферическим) - смена повязки	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться пациенту, 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) 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. II Выполнение процедуры: 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, желательно, 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 марлевым шариком, с помощью стерильного пинцета от центра к периферии. 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. 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). III Завершение процедуры: 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
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При проведении процедуры с катетером, находящимся в периферической вене, пациент может сидеть или лежать на спине, рука, в вене которой находится катетер расположена вдоль туловища: если катетер расположен в кубитальной или в вене предплечья - ладонью вверх, если в венах кисти - ладонью вниз. Снятие заглушки не связано с фазой дыхания. При оказании процедуры, с катетером находящимся в бедренной вене, ножной конец кровати опущен на 25°. Снятие заглушки не связано с фазой дыхания. При смене повязки у пациентов с чувствительной кожей рекомендуется нанести стерильное барьерное средство для защиты кожи вокруг места установки сосудистого катетера и дождаться полного его высыхания. Выбор повязки необходимо осуществлять с учетом индивидуальных особенностей пациента. Если возраст пациента старше двух месяцев и существуют предрасполагающие к развитию инфекции факторы (длительность стояния ЦВК свыше трех суток; сниженный иммунный статус (онкологические пациенты и т.д.); повышенный риск колонизации катетера) то рекоменуется выбирать прозрачную полиуретановую повязку, содержащую гелевую подушечку с хлоргексидином. Для прочих случаев – оптимальным выбором является обычная прозрачная полиуретановая повязка. Если наблюдается кровоточивость вокруг места входа катетера в первые сутки после его введения – допустимо использование нетканой повязки с впитывающей подушечкой, которая подлежит замене на прозрачную через 24 ч. Замена прозрачных полиуретановых повязок на ЦВК производится каждые 5-7 сут (при условии, что фиксация не нарушена, нет выделений, сохранен обзор). Замена прозрачных полиуретановых повязок на ПВК производится

	каждые 3-4 сут (при условии, что фиксация не нарушена, нет выделений, сохранен обзор). При ЦВК постановка «гепаринового замка» катетера проводится 1 раза в сутки (утро/вечер) и при условии отсутствия инфузии в течение дня. При наличии инфузии в течение дня или нескольких введений лекарственных средств, до и после взятия крови – используется 5-10 мл раствора натрия хлорида 0,9 % без «гепаринового замка». Промывать ПВК необходимо до и после введения лекарственных средств. В случае если ПВК не используется 2 раза в сутки (утро/вечер). Визуальный осмотр места установки сосудистого катетера проводить не реже 1 раза в сутки
Достигаемые результаты и их оценка	Катетер промыт, при необходимости поставлен «гепариновый замок», проходим, повязка заменена, раздражения воспаления под повязкой не наблюдается

Технология пособия при стомах толстого кишечника

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры

Материальные ресурсы	Калоприемник. Зонд кишечный №18 (стерильный) для промывания стомы. Ирригационный рукав для промывания стомы. Штатив для внутривенного вливания. Ирригационный контейнер. Антисептик для обработки поля вокруг стомы. Вазелиновое масло. Барьерное средство для защиты кожи (например, салицилово-цинковая паста, паста Стомагезив). Стерильные марлевые салфетки (ватные шарики). Салфетки. Очищающие салфетки (запатентованные для интимного применения или гигиенические). Пластиковые пакеты для использованных материалов и калоприемника, клеенчатый мешок для белья. Полотенце. Простыня. Дезодорант для мешка стомы. Туалетная бумага. Одноразовые полиэтиленовые пакеты. Трафарет и ножницы. Измеритель со стандартными отверстиями. Карандаш или ручка Зажим для мешка. Емкость для воды. Нестерильные перчатки. Стерильные перчатки. Ширма

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

	течение 1-2 мин, прижимая рукой край отверстия, прилежащий к стоме, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы. 11) Аккуратно расправить нижние края калоприемника (при применении многоразового). 12) При использовании многоразового калоприемника, прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению пластырем. Присоединить пояс к кромке калоприемника. III Окончание процедуры: 1) Снять перчатки. Продезинфецировать и утилизировать использованный материал. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Уточнить у пациента его самочувствие. 4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
2 Алгоритм промывания колостомы	I Подготовка процедуры: 1) Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменен плана ухода за стомой. 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и це процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольно информированного согласия на предстоящую процедуру. В случ отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 3) Обеспечить возможность для соблюдения конфидициальности, ес процедура проходит в положение лежа. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Надеть нестерильные перчатки. 6)Налить в ирригационный контейнер 500 – 1000 мл теплой воды. 7) Повесить контейнер на штатив для внутривенных вливаний и заполни систему водой. 8) Помочь пациенту сесть на стул (лицом к унитазу) или лечь набок кровати и подложить судно. 9) Отсоединить и поместить в использованный калоприемник в мешок. 10) Вымыть кожу в области колостомы, как при замене калопремника. 11) Обработать перчатки антисептическим раствором. II Выполнение процедуры: 1) Наложить ирригационный рукав поверх стомы. 2) Смазать вазелиновым маслом катетер. 3) Осторожно ввести катетер в стому на глубину 5 – 10 см. 4) Расположить нижний край рукава в унитаз или судно. 5) Включить систему и удерживать ирригационный конец. 6) Проводить вливание в течении 10 – 15 мин. 7) Задержать ток воды, если пациент почувствует схваткообразные боли и случится обратный заброс жидкости, закрыть систему и дать отдых. 8) Вытереть нижний край рукава туалетной бумагой и перекрыть и перегнуть его верхнюю часть, пока пациент сидит. 9) Промыть рукав водой, обсушить его конец и закрыть его. 10) Попросить пациента походить 35 – 40 мин. 11) Удалить рукав и катетер, поместить их в ёмкость для дезинфекции. 12) Обмыть кожу пациента вокруг стомы. 13) Закрепить новый калоприемник. III Окончание процедуры: 1) Снять перчатки. Продезинфицировать и утилизировать использованн материал.

	2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Уточнить у пациента его самочувствие. 4) Сделать запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
3Алгоритм бужирования стомы	I Подготовка процедуры: 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 информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 3) Обеспечить возможность для соблюдения конфидициальности, если процедура проходит в положение лежа. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Надеть стерильные перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Смазать указательный палец стерильным вазелиновым маслом. 2) Ввести осторожно палец в стому, повторяя движения: вперёд и назад. 3) Обработать кожу вокруг стомы. 4) Закрепить новый калоприемник. III Окончание процедуры: 1) Снять перчатки. Продезинфицировать и утилизировать использованный материал. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Уточнить у пациента его самочувствие. 4) Сделать запись о результатах выполнения в медицинскую документацию
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Целесообразно обучить пациента и его родственников уходу за стомой. Калоприемник следует опорожнять по заполнении каловыми массами и газами на ½ или 1/3 объёма, в противном случае может нарушится герметичность стыка вокруг стомы
Достигаемые результаты и их оценка	Пациент способен и демонстрирует с точностью 100% самостоятельное выполнение манипуляции. Пациент в комфортном состоянии, кожа вокруг стомы без видимых изменений. Пациента чувствует себя комфортно

Технология пособия при дефекации тяжелого больного

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Материальные ресурсы	Подкладное судно. Клеенка. Туалетная бумага. Ширма. Емкость с водой. Мыло. Нестерильные перчатки. Ширма
Тяжелобольным, контролирующим физиологические отправления, при строгом постельном режиме для опорожнения кишечника в постель подают судно. Алгоритм выполнения процедуры	I Подготовка к процедуре: 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) Отгородить пациента ширмой (при необходимости). 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Надеть нестерильные перчатки. 5) Ополоснуть судно и оставить в нем немного теплой воды. Убедиться, что поверхность судна, соприкасающаяся с кожей, сухая. 6) Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня. II Выполнение процедуры: 1) Подойти с помощником с разных сторон кровати: медицинская сестра помогает пациенту слегка повернуться на бок, лицом к себе, придерживая его рукой за плечи и таз, или приподнимает таз пациента (в зависимости от состояния пациента), помощник (вторая медсестра/младший медицинский персонал/родственник пациента) – подкладывает и расправляет клеёнку под ягодицами пациента. 2) Под ягодицы пациента подвести судно и помочь ему повернуться на спину так, чтобы его промежность оказалась на судне. 3) Поднять изголовье кровати так, чтобы пациент оказался в полусидящем положении (положение Фаулера), так как в положении «на спине» многие испытывают трудности при физиологических отправлениях. 4) Снять перчатки, положить их в емкость для дезинфекции. 5) Каждые пять минут проверять, все ли в порядке у пациента. 6) После окончания дефекации надеть новые перчатки. 7) Опустить изголовье кровати. 8) Медицинская сестра помогает пациенту слегка повернуться на бок, лицом к себе, придерживая его рукой за плечи и таз, или приподнимает таз пациента (в зависимости от состояния пациента), помощник (вторая медсестра/младший медицинский персонал/родственник пациента) – убирает судно, вытирает область анального отверстия туалетной бумагой (если пациент не может сделать самостоятельно). 9) Помощник ставит чистое судно, помогает пациенту повернуться на спину так, чтобы промежность его оказалась на судне. Подмыть пациента

	и тщательно осушить промежность. 10) Переместить пациента на спину. Подмыть его (ее). Тщательно осушить промежность. 11) Убрать судно и клеенку. III Окончание процедуры: 1) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции. Продезинфицировать и утилизировать использованный материал 2) Обеспечить пациенту возможность вымыть руки или протереть их антисептическим раствором. 3) Укрыть пациента одеялом, придать ему удобное положение. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его самочувствие. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Помощь пациенту в использовании судна должны оказывать два медицинских работника или прибегнуть к помощи помощника из числа младшего медицинского персонала или родственника пациента
Достигаемые результаты и их оценка	Пациент чувствует себя комфортно

Технология пособия при мочеиспускании тяжелого больного

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры

Материальные ресурсы	Подкладное судно (для женщин) или мочеприемник (для мужчин). Нестерильные перчатки. Лоток. Ширма. Клеенка. Чистые салфетки. Емкость с теплой водой
Алгоритм выполнения простой медицинской услуги	I Подготовка к процедуре: 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) Отгородить пациента ширмой (при необходимости). 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки. 4) Ополоснуть судно и оставить в нем немного теплой воды. Убедиться, что поверхность судна, соприкасающаяся с кожей, сухая. 5) Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня. II Выполнение процедуры: 1) Встать с обеих сторон кровати: медицинский работник помогает пациентке слегка повернуться набок, лицом к ней, придерживает рукой за плечи и таз; помощник (вторая медсестра/младший медицинский

	персонал/родственник пациента) – подкладывает и расправляет клеенку под ягодицами. 2) Под ягодицы пациентки подвести судно и помочь ей повернуться на спину так, чтобы ее промежность оказалась на судне. Для пациента мужчины поставить мочеприемник между ногами и опустить в него половой член (если пациент не может этого сделать самостоятельно). 3) Медицинский работник поворачивает пациента на бок и придерживает ее за плечи и таз; помощник – убирает судно (мочеприемник у мужчины) и укрывает спину пациента. 4) Подмыть его (ее). Тщательно осушить промежность. 5) Убрать клеенку. 6) Осмотреть выделенную мочу, измерить ее количество. III Окончание процедуры: 1) Поместить в емкость для дезинфекции использованный материал и оснащение. 2) Снять перчатки и поместить их в емкость для использованного материала. 3) Обеспечить пациенту возможность вымыть руки или протереть их антисептическим раствором. 4) Укрыть пациента одеялом, придать ему удобное положение. 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6) Уточнить у пациента его самочувствие. 7) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Помощь пациенту в использовании судна должны оказывать два медицинских работника или необходимо прибегнуть к помощи родственника пациента. Если пациент в состоянии помочь медицинскому работнику, то оказать помощь в использовании судна или мочеприемника может оказать и один медицинский работник
Достигаемые результаты и их оценка	Пациент чувствует себя комфортно

Технология ухода за внешним мочевым катетером

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры

Материальные ресурсы	Катетер типа «кондом». Нестерильные перчатки. Емкость для сбора выделяемой мочи с канюлей. Емкость для воды. Застежка-«липучка» или резинка. Марлевые салфетки. Адсорбирующая пеленка
Алгоритм ухода за внешним катетером	I Подготовка к процедуре: 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) Обеспечить конфиденциальность процедуры. 3) Опустить изголовье кровати. 4) Помочь пациенту расположиться в полулежачем положении или на спине, положив предварительно под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку. 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6) Надеть перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Положить емкость для сбора выделяемой мочи на кровать так, чтобы канюля лежала на кровати, свисала петлей с матраса и прикреплялась к самой кровати. 2) Вымыть и осушить половой член пациента. 3) Использованный материал поместить в емкость для дезинфекции. 4) Взять половой член одной рукой, другой рукой надеть катетер типа «кондом» на половой член, раскатывая вверх и оставляя 2,5 – 5 см открытого пространства до дистального конца полового члена для прикрепления к системе дренирования. 5) Придерживая катетер «кондом» одной рукой, надеть застежку-«липучку» или резинку на верхнюю часть резинового катетера, но не на сам половой член, так, чтобы она прилегала плотно, но не туго. 6) Присоединить конец катетера к дренирующей трубке 7) Расположить дренирующую трубку так, чтобы она была свободной, не натягивая ее. 8) Проверять безопасность, надежность расположения катетера на половом члене; каждые 4 ч. 9) Снимать катетер типа «кондом» на полчаса во время ежедневной ванны или каждые 24 ч. III Окончание процедуры: 1) Удобно расположить пациента. Поднять боковые поручни. 2) Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал. 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его самочувствие. 6) Сделать запись о результатах выполнения в медицинскую документацию
Достигаемые результаты и их оценка	Отсутствие признаков воспаления при осмотре уретры вокруг катетера и кожи промежности

Технология перемещения тяжелобольного в постели

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним – двумя помощниками. Желательно наличие приспособлений для подъема пациента. До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры

Материальные ресурсы	Функциональная кровать. Оборудование для придания нужного положения (валики, подушки). Простыни для переворачивания. Нестерильные перчатки.
Алгоритм перемещения тяжелобольного в постели	I. Подготовка к процедуре: 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 перчатки. 4) Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций. II.Выполнение процедуры: **а) Перемещение пациента к изголовью кровати на невысокой кровати (выполняют два человека)** 1) Помочь пациенту сесть: одна медицинская сестра поддерживает пациента, другая – может подложить подушку. 2) Встать с обеих сторон кровати, лицом друг к другу, близко к кровати и немного сзади пациента так, чтобы плечи были вровень со спиной пациента. 3) Положить на край кровати пеленку. 4) Встать коленом, которое ближе к пациенту, на кровать, расположив голень на пеленке вдоль края кровати и придвинув голень как можно ближе к пациенту. Нога, стоящая на полу, является точкой опоры при поднятии пациента. 5) Подвести плечо, находящееся ближе к пациенту, в подмышечную впадину и к туловищу пациента. Кисть этой руки подводится под бедра пациента. Пациент кладет свои руки на спину медицинским сестрам. В том случае, если невозможно подвести плечо к подмышечной области пациента или пациент не может положить руку медицинской сестре на спину, необходимо расположить руку между туловищем и плечом пациента. Кисть этой руки располагается под бедрами пациента. 6) Упереться рукой, расположенной ближе к изголовью, в кровать сзади пациента (локоть согнут). Другой рукой, расположенной под бедрами пациента, ближе к ягодицам, медицинские сестры берут друг друга за запястье. 7) Приподнять пациента, переместить его на небольшое расстояние и опустить его на постель, сгибая ногу, расположенную ближе к изголовью и руку, обеспечивающую опору. Повторять перемещение до расположения пациента в заданном месте. **б) Перемещение пациента к изголовью кровати (выполняется одной медицинской сестрой)** 1) Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально. 2) Встать лицом к ножному концу кровати под углом 45°. Расставить ноги на ширину 30 см. Ногу, находящуюся ближе к изголовью, отставить немного назад. Согнуть ноги в коленях (руки медицинской сестры должны находиться на уровне ног пациента). 3) Переместить центр тяжести на ногу, отставленную назад. 4) Передвинуть ноги пациента по диагонали к изголовью кровати. 5) Переместиться параллельно верхней части туловища пациента, согнуть ноги в коленях так, чтобы руки находись на уровне туловища пациента. 6) Подвести под шею пациента руку, находящуюся ближе к изголовью, и

	снизу обхватить и поддерживать ею его плечо. 7) Подвести другую руку под верхнюю часть спины пациента. 8) Передвинуть голову и верхнюю часть туловища пациента по диагонали к изголовью кровати. 9) Переходить с одной стороны кровати на другую, повторяя действия, пока тело пациента не достигнет в постели желаемой высоты. 10) Переместить пациента на середину постели, точно так же поочередно передвигая три части его тела. 11) Поднять голову и плечи пациента и подложить подушку. в) Перемещение пациента к изголовью кровати с помощью простыни (выполняется одной медицинской сестрой) 1) Вытащить края простыни из-под матраса со всех сторон. 2) Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально. 3) Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой. 4) Скатать простыню около головы и плеч пациента. Попросить пациента согнуть колени (если он может это сделать) и прижать стопы к матрасу, чтобы быть в состоянии помочь. 5) Взяться за скатанные края простыни с обеих сторон от головы пациента двумя руками ладонями вверх. 6) Согнуть свои ноги в коленях, чтобы спина оставалась ровной. 7) Предупредить пациента, чтобы он был готов к перемещению. 8) Предупредив пациента, отклонить корпус назад и подтянуть пациента к изголовью кровати. 9) Положить подушку под голову пациента, расправить простыню. г) Перемещение пациента к краю кровати (выполняется одной медицинской сестрой, пациент может помочь) 1) Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально. 2) Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой. Согнуть колени. 3) Попросить пациента скрестить руки на груди, обхватив себя за локти. 4) Подложить одну руку под шею и плечи пациента, а вторую – под верхнюю часть его спины. 5) Отклонить корпус назад и подтянуть на себя верхнюю часть его спины. 6) Поменять положение рук: одну руку подложить под талию, другую – под бедра пациента. 7) Также отклонить корпус назад и потянуть на себя нижнюю часть туловища пациента. 8) Подложить руки под голени и стопы пациента и придвинуть их к себе. Приподнять голову пациента и подложить под нее подушку. III. Окончание процедуры: 1) Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати. 2) Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик. 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его самочувствие. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
Дополнительные сведения об	В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок.

особенностях выполнения методики	Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним – двумя помощниками. При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела
8Достигаемые результаты и их оценка	У пациента отсутствуют признаки физических травм, таких, как свежие синяки, ссадины и повреждения костной системы после перемещения

Технология размещения тяжелобольного в постели

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним – двумя помощниками. Желательно наличие приспособлений для подъема пациента. До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры

Материальные ресурсы	Вспомогательные устройства, необходимые для пациента. Подушка для головы и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели
Алгоритм размещения тяжелобольного в постели	I Подготовка к процедуре: 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 перчатки. 4) Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций. II. Выполнение процедуры: **а) Размещение пациента лежа на спине (выполняется одним медицинским работником)** 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати. 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. 3) Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею. 4) Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком полотенце. 5) Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бедер, начиная от области большого вертела бедренной кости. 6) Подложить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети.

	7) Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90°. 8) Положить под предплечья небольшие подушки. **б) Размещение пациента с гемиплегией в положении на спине (выполняется одним медицинским работником)** 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати. 2) Под парализованное плечо положить сложенное полотенце или подушку. 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. 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. 5) Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно. 6) Под парализованное бедро положить небольшую подушку. 7) Согнуть колено парализованной конечности под углом 30° и положить его на подушку. 8) Обеспечить упор для стоп под углом 90°. **в) Размещение пациента в положении Фаулера (выполняется одним медицинским работником)** 1) Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати, убрать подушки. 2) Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки): человек, прямо сидящий на кровати, находится в положении Фаулера. 3) Подложить подушки или сложенное одеяло под голени пациента. 4) Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье). 5) Подложить под предплечья и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз. 6) Подложить пациенту под поясницу подушку. 7) Подложить небольшую подушку или валик под колени пациента. 8) Подложить небольшую подушку пациенту под пятки. 9) Обеспечить упор для стоп под углом 90°. **г) Размещение пациента с гемиплегией в положении Фаулера** 1) Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки). 2) Усадить пациента как можно выше. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье). 3) Слегка приподнять вверх подбородок пациента. 4) На прикроватном столике перед пациентом обеспечить опору для парализованной кисти и предплечья; отодвинуть плечо пациента от его тела и подложить под локоть подушку. 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. 6) Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть

	расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно. 7) Согнуть пациенту ноги в коленях и бедрах, подложив под колени подушку или сложенное одеяло. 8) Обеспечить упор для стоп под углом 90°. **д) Размещение пациента в положении на боку (выполняется одним медицинским работником, пациент может помочь)** 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально. 2) Передвинуть пациента ближе к одному краю, противоположному стороне поворота. 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. 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. 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. 6) Повернуть пациента на бок, перенеся свой вес на ногу, стоящую на полу. 7) Подложить подушку под голову и шею пациента. Выдвинуть вперед «нижнее» плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке. 8) Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение. Рука, находящаяся сверху, лежит на подушке на уровне плеча. 9) Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента). 10) Под согнутую «верхнюю» ногу пациента, лежащую немного впереди нижней, поместить подушку (от паховой области до стопы). 11) Поместить мешок с песком у подошвы «нижней» ноги. Расправить подкладную пеленку. **е) Размещение пациента в положении лежа на животе (выполняется одним или двумя медицинскими работниками, пациент не может помочь)** 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально. 2) Аккуратно приподнять голову пациента, убрать обычную и положить маленькую подушку. 3) Переместить пациента к краю кровати. 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. 5) Перейти на другую сторону кровати. 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.

	7) Перевернуть пациента на живот, в сторону медицинской сестры. Голова пациента должна быть повернута набок. 8) Подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались постели. 9) Согнуть руку, к которой обращена голова пациента, в локтевом суставе под углом 90°, другую руку вытянуть вдоль туловища. 10) Подложить подушки под локти, предплечья и кисти. 11) Положить небольшие валики рядом со стопами (с наружной стороны). 12) Расправить простыню и подкладную пеленку. **ж) Размещение пациента с гемиплегией в положении на животе (выполняется одним или двумя медицинскими работниками, пациент не может помочь)** 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. 2) Передвинуть пациента к краю кровати в направлении непарализованной стороны тела. 3) Перейти на другую сторону. Поставить колено на край кровати и повернуть пациента на бок (на непарализованную боковую поверхность тела). 4) Поместить подушку под живот пациента. 5) Выпрямить локоть парализованной руки, прижать ее по всей длине к туловищу и подсунуть кисть под бедро или поднять вверх параллельно туловищу. 6) Осторожно повернуть пациента через парализованную руку на живот. 7) Повернуть голову пациента набок (в сторону парализованной половины тела). 8) Согнутую в локте руку отвести в сторону кистью к изголовью кровати; пальцы руки по возможности разогнуть. 9) Слегка согнуть оба колена пациента и подложить подушку под обе ноги (от колен до лодыжек). 10) С помощью достаточно высокой подушки приподнять пальцы стоп над матрасом, так чтобы угол между стопой и голенью составлял 90°. **и) Размещение пациента в положении Симса (положение, промежуточное между положением на животе и на боку)** 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. 2) Положить пациента на спину. 3) Переместить пациента к краю кровати. 4) Переместить пациента в положение лежа на боку и частично на животе. 5) Положить подушку под голову пациента. 6) Под согнутую, находящуюся сверху руку поместить подушку на уровне плеча. Другую руку пациента положить на простыню. 7) Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку, так чтобы нога оказалась на уровне бедра. 8) У подошвы ноги положить мешок с песком. III. Окончание процедуры: 1) Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати. 2) Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик. 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его состояние. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При смене положения пациента необходимо руководствоваться следующими правилами: Убедиться, что все оборудование, капельницы и трубки, присоединенные к пациенту, надежно закреплены, так что они не будут смещены при его перемещении. Отсоединить дренирующие трубки, если это необходимо, и снова их присоединить после придания пациенту необходимой позы. Убедиться в наличии помощника при обращении с конечностями, зафиксированными жесткими стабилизаторами (например, гипс, вытяжение) и с тяжелым оборудованием, которое необходимо перемещать вместе с пациентом (например, аппарат для вытяжения). Поддерживать необходимое приподнятое положение головы для пациентов, подверженных диспноэ в горизонтальном положении; отводить краткие периоды для отдыха по необходимости во время процедуры. Использовать подушки, валики и специальные устройства для поддержания необходимой позы, положения конечностей, предотвращения чрезмерного давления на уязвимые поверхности кожи. Убедиться, что лицо пациента не прижато к постели или подушкам во время поворачивания и что положение тела не мешает полному расширению диафрагмы. Использовать правильные принципы механики человеческого организма. При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела
Достигаемые результаты и их оценка	Кожа пациента теплая, сухая. Повреждения и изменения цвета в точках давления отсутствуют. Пациент чувствует себя комфортно

Технология транспортировки тяжелобольного внутри учреждения

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполении услуги	Выполнение транспортировки: На каталке осуществляют не менее двух медицинских работников. На носилках – не менее четырех медицинских работников
Материальные ресурсы	Каталка или носилки или функциональное кресло-каталка. Одеяло. Подушка. Простыня. Клеенка с пеленкой – при необходимости.
СПОСОБ ТРАНСПОРТИРОВКИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ВНУТРИ УЧРЕЖДЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ ВРАЧ. 1 Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на	I Подготовка к транспортировке: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить, как себя вести при транспортировке (если пациент без сознания – информация предоставляется доверенному лицу пациента). 2) Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни. 3) Определить готовность к транспортировке каталки, ее техническое состояние. 4) Постелить на каталку простыню, положить подушку, клеенку с пеленкой (при необходимости). II. Выполнение транспортировки: **а) Перемещение пациента на каталку (должно осуществляться**

каталке (носилках)	**тремя медицинскими работниками)** 1) Поставить каталку ножной частью под углом к изголовью кровать или другим способом, более удобным в данной ситуации. Отрегулировать высоту каталки по высоте кровати. 2) Приподнять пациента – один медицинский работник подводит руки под голову и лопатки пациента, второй – под таз и верхнюю часть бедер, третий – под середину бедер и голени. 3) Одновременно поднять пациента, вместе с ним повернуться в сторону каталки, уложить пациента на каталку. Положить руки пациента ему на грудь или живот. 4) Укрыть пациента одеялом.
Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на каталке (носилках)	**б) Осуществление транспортировки на каталке** 1) Встать у каталки – один медицинский работник спереди носилок, другой – сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения. 2) Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента. **в) Осуществление транспортировки на носилках** 1) Встать у носилок – два медицинских работника спереди каталки, два – сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения. 2) Передвижение персонала при этом должно осуществляться не в ногу, а короткими шагами, слегка сгибая ноги в коленях, удерживая носилки. 3) Вниз по лестнице пациента необходимо нести ножным концом носилок вперед в горизонтальном положении. Вверх по лестнице пациента необходимо нести головным концом носилок вперед также в горизонтальном положении. 4) Во время транспортировки осуществляют непрерывное наблюдение за состоянием пациента. III. Окончание транспортировки: 1) Поставить каталку так, как позволяет площадь палаты. 2) Снять с кровати одеяло, раскрыть пациента и доступным способом переложить его на кровать (на руках или на простыне). 3) Укрыть пациента и убедиться, что он чувствует себя комфортно (если пациент в сознании). 4) Уточнить у пациента о его самочувствии. Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу.
Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на функциональном кресле-каталке	I. Подготовка к транспортировке: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить, как себя вести при транспортировке. 2) Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни. 3) Определить готовность к транспортировке кресла-каталки. II. Выполнение транспортировки: а) Перемещение пациента на кресло-каталку (выполняется одной медицинской сестрой, если пациент может помочь) 1) Поставить кресло-каталку рядом с кроватью, закрепить тормоза. По возможности опустить кровать до уровня кресла. 2) Помочь пациенту занять сидячее положение на кровати. 3) Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперед.

	4) Поставить ногу, которая дальше от кресла-каталки, между коленями пациента коленом к нему, а другую ногу по направлению движения. 5) Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая и не поворачивая. Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кресло-каталка. 6) Поставив пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не займет положение спиной к креслу-каталке. 7) Опустить пациента в кресло-каталку. Для этого: согнуть колени и придерживать ими колени пациента; держать спину прямо; пациент может помочь, если положит руки на подлокотники кресла-каталки, чтобы опуститься в него. 8) Отпустить пациента, только убедившись, что он надежно сидит в кресле. Попросить пациента поставить ноги на подставку для ног. б) Осуществление транспортировки на кресле-каталке 1) Снять кресло-каталку с тормозов и транспортировать пациента. 2) Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента. III. Окончание транспортировки на кресле-каталке: 1) Поставить кресло-каталку у кровати, закрепить тормоза. 2) Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперед. 3) Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая и не поворачивая. Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кровать. 4) Поставив пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не почувствует край кровати задней поверхностью бедер. 5) Посадить пациента на кровать. 6) Уложить пациента, укрыть одеялом, убедиться, что он чувствует себя комфортно. 7) Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу. 8) Провести дезинфекцию использованных для транспортировки средств
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Пациента, находящегося в бессознательном состоянии дополнительно фиксируют с помощью специальных ремней или поручней каталки. Если они отсутствуют, то пациента придерживает при передвижении кто-нибудь из персонала. В случае отсутствия каталки или невозможности ее использования пациента переносят на носилках вручную не менее четырех человек. При появлении усталости у медицинского работника необходимо сообщить остальным участникам транспортировки, так как уставшие пальцы могут непроизвольно расслабиться. При транспортировке тяжелобольного пациента из операционной в отделение контроль за транспортировкой осуществляет медицинская сестра – анестезистка. Все перемещения осуществлять с соблюдением правил биомеханики тела
8Достигаемые результаты и их оценка	Удовлетворенность пациента. Отсутствие видимых ухудшений самочувствия пациента

Технология кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд

Содержание	Требования по реализации, алгоритм выполнения

требования, условия	
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
Материальные ресурсы	Фонендоскоп. Система для непрерывного режима зондового кормления. Шприц объемом 20-50 мл. Зажим хирургический. Изотонический раствор хлорида натрия. Салфетка. Лейкопластырь. Перчатки нестерильные. Воронка. Часы. Комплект столовой посуды, в соответствии с выбранным режимом кормления
Алгоритм кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться (если пациент в сознании), проинформировать о предстоящем кормлении, составе и объеме пищи, методе кормления. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки (если кормление будет осуществляться через назогастральный зонд). 3) Подготовить питательный раствор; подогреть его до температуры 30 ^{0}С – 35 ^{0}С. II Выполнение процедуры: **а) При кормлении пациента через рот** 1) Помочь пациенту занять полусидячее положение в постели, или положение, сидя с опущенными ногами, или помочь пересесть на стул. 2) Помочь пациенту вымыть руки, причесаться, поправить одежду. 3) Накрыть грудь пациента салфеткой. 4) При наличии у пациента съемных зубных протезов помочь пациенту установить их. 5) Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол. 6) Расположить тарелки с пищей в соответствии с пожеланиями пациента. При нарушении моторики подложить под тарелки нескользящие салфетки. При нарушении координации использовать посуду с защитным бортиком или иную посуду, рекомендованную специалистом по восстановительной медицине. 7) Предложить пациенту воспользоваться столовым прибором, в том числе специальной посудой для пациентов с нарушенными моторными функциями. **б) Если пациент готов есть самостоятельно** 1) При необходимости использовать вспомогательные приспособления для предплечья, облегчающие подъем руки до уровня рта (например, подвижные подставки для предплечья; поддерживающие ремни, одеваемые через голову); протезные или ортопедические приспособления. 2) Наблюдать за процессом питания; эффективностью пережевывания и глотания. 3) По мере необходимости заменять тарелки.

Алгоритм кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд	4) По окончании процедуры помочь пациенту прополоскать рот и занять удобное положение в постели. **в) Если пациент нуждается в активном кормлении** 1) Приподнять головной конец кровати. 2) Убедиться, что пища, приготовленная для пациента, имеет гомогенную консистенцию. 3) Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол. 4) Одной рукой приподнять голову пациента; другой поднести ложку ко рту пациента (при гемипарезе пища подносится со здоровой стороны). 5) Поддерживать голову пациента в процессе жевания и глотания. 6) Поить пациента по требованию или через каждые три – пять ложек пищи. Жидкость дают с помощью ложки или поильника. 7) По окончании кормления помочь пациенту прополоскать рот или обработать ротовую полость по протоколу 14.07.002 «Уход за полостью рта тяжелобольного». 8) Придать пациенту полусидячее положение на 30 минут после окончания еды. **г) При кормлении пациента через назогастральный зонд** 1) Определить предписанный пациенту режим кормления – непрерывный или перемежающийся (фракционный). 2) Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика) 3) Поднять головной конец кровати на 30° – 45°. 4) Проверить правильность положения зонда. 5) Присоединить шприц объемом 20 см^3 к дистальному участку зонда и аспирировать содержимое желудка. - Оценить характер содержимого – при появлении признаков кровотечения прекратить процедуру. - При выявлении признаков нарушения эвакуации желудочного содержимого – прекратить кормление. 6) Присоединить к дистальному участку зонда шприц, заполненный 20 см^3 воздуха и ввести воздух внутрь, одновременно аускультируя область эпигастрия. 7) Осмотреть кожу и слизистые оболочки носовых ходов, исключить признаки инфицирования и трофических нарушений, связанных с постановкой назогастрального зонда. 8) Проверить качество фиксации зонда, при необходимости заменить пластырную повязку. **д) При непрерывном режиме зондового кормления** 1) Промыть емкость для питательной смеси и соединительную канюлю. 2) Заполнить емкость предписанной питательной смесью. 3) Присоединить канюлю к дистальному участку назогастрального зонда или приемному штуцеру инфузионного насоса. 4) Установить требующуюся скорость введения раствора с помощью дозатора канюли или блока управления насоса. 5) Контролировать скорость введения раствора и объем введенной смеси каждый час. 6) Каждый час аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота. 7) Каждые 3 часа проверять остаточный объем желудочного содержимого. При превышении объема показателя, указанного в назначении, – прервать кормление. 8) По окончании процедуры – промыть зонд 20 – 30 мл физиологического раствора или другого раствора в соответствии с предписанной схемой. **е) При перемежающимся (фракционном) режиме зондового**

	кормления 1) Подготовить предписанный объем питательной смеси; перелить его в чистую посуду. 2) Заполнить шприц объемом 20-50 мл или воронку питательным раствором. 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. 4) После введения каждой порции, пережимать дистальный участок зонда, препятствуя его опустошению. 5) По окончании кормления ввести предписанный назначением объем воды. Если введение жидкости не предусмотрено, промыть зонд 30 мл физиологического раствора. III. Окончание процедуры. 1) Аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота. 2) Обработать ротовую полость, вытереть лицо пациента от загрязнений. 3) Подвергнуть дезинфекции использованный материал. 4) Снять перчатки, обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента о его самочувствии. 6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При использовании для зондового питания инфузионных насосов настройка и порядок работы с последними определяются инструкцией к аппарату. Используемый инвентарь в части видов посуды и ортопедических (протезных приспособлений) может варьироваться в соответствии с назначениями специалиста по восстановительной медицине. Недоношенным детям, выхаживаемым в кювезе, а также травмированным вертикальное положение не придается
Достигаемые результаты и их оценка	Пациент получает достаточное количество сбалансированного питания с учетом рекомендаций лечащего врача

Технология пособия по смене белья и одежды тяжелобольному

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры. При выполнении данной услуги может использоваться помощник из числа медицинских работников или родственников пациента
Материальные ресурсы	Перчатки нестерильные. Комплект чистого нательного белья. Комплект чистой одежды для пациента. Непромокаемый мешок для грязного белья. Клеенчатый фартук
Алгоритм смены белья и одежды	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель

тяжелобольному	процедуры, получить его согласие. 2) Приготовить комплект чистого нательного белья и одежды. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Надеть перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента. При необходимости – установить ширму. 2) Помочь пациенту сесть на край кровати. 3) Помочь пациенту снять рубашку (платье). Если одна руки повреждена или производится инфузия, надо начать с другой руки. Осторожно проносить рукав над поврежденной рукой (иглой, катетером). При внутривенном вливании флакон с раствором снимается со штатива и проносится через рукав. 4) Помочь пациенту снять нижнее белье. 5) Укрыть пациента простыней. 6) Помочь пациенту надеть чистую рубашку (ночную рубашку, пижамную куртку) сначала на поврежденную конечность. 7) Помочь пациенту снять носки. 8) Помочь пациенту лечь в постель, поправить простыню. 9) Помочь пациенту снять брюки, нижнее белье. 10) Помочь пациенту надеть чистое белье, носки и брюки. III Окончание процедуры: 1) Удобно расположить пациента в постели, накрыть одеялом 2) Поместить грязную одежду в мешок для грязного белья. 3) Протереть стул или тумбочку, где располагалось грязное белье и одежда, влажной ветошью. 4) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции. 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6) Уточнить у пациента его самочувствие. 7) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	В ходе смены нательного белья и одежды не стоит обнажать пациента (нужно прикрывать его простыней). Следует обеспечивать его безопасность (страховка от падения). Необходимо поощрять пациента активно участвовать в процедуре, разговаривать с ним (поддержание личного достоинства, восполнение потребности в общении). Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним – двумя помощниками. При этом один помощник осторожно поднимает голову и плечи пациента, а медицинская сестра одна или со вторым помощником снимает рубашку через голову, затем с рук пациента и надевает ему чистую рубашку в обратном порядке

Технология ухода за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры

Материальные ресурсы	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)
Алгоритм выполнения манипуляции	I Подготовка к процедуре: 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. II Выполнение процедуры: **а) У женщин** 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. б) У мужчин 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. III Окончание процедуры: 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

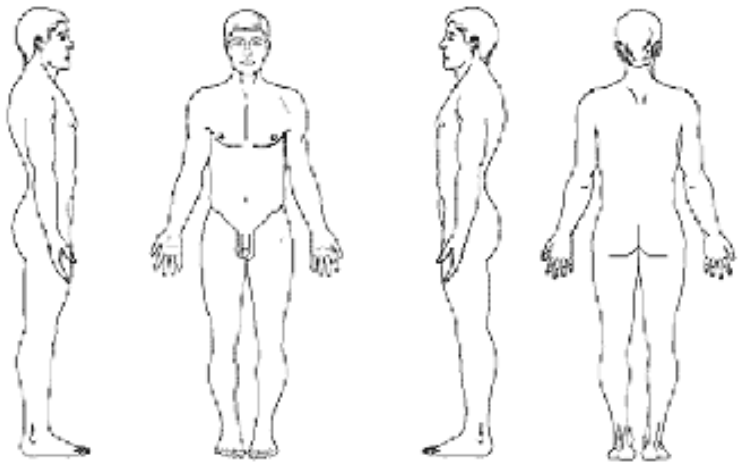
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методик	Процедура выполняется тяжелобольным пациентам, находящимся на строгом постельном и постельном режиме. Подмывание проводится 2 раза в сутки, а также после каждого акта дефекации у всех больных, у женщин после каждого мочеиспускания. Естественные складки у тучных людей обрабатывать при увлажнении – присыпкой, при сухости кожи пользоваться увлажняющим кремом
Достигаемые результаты и их оценка	Кожа промежности и наружных половых органов чистая. Опрелостей нет. Пациент (родственники) удовлетворены качеством получаемой услуги

Технология оценки интенсивности боли

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук
Материальные ресурсы	Визуально-аналоговая шкала оценки боли. Вопросник Мак-Гилла по определению степени выраженности болевого синдрома. Вербально-рейтинговая шкала оценки боли. Числовая шкала оценки боли. Комбинированная шкала оценки боли
Алгоритм оценки интенсивности боли	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, (если пациент в сознании). Получить добровольное информированное согласие. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Убедиться, что пациент находится в сознании. При диагностировании сознания, отличного от ясного использовать шкалу комы Глазго (Glasgow Coma Score) для диагностики уровня угнетения сознания. 3) Убедиться в возможности речевого контакта с пациентом, учитывая тяжесть состояния, возраст, уровень сознания, нарушения речи, наличие/отсутствие языкового барьера. При невозможности речевого контакта с пациентом, диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли). 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. II Выполнение процедуры: 1) При наличии ясного сознания и возможности речевого контакта провести оценку уровня боли на диагностическом уровне: - спросить у пациента о наличии боли. **а) При подтверждении пациентом наличия болевого синдрома:** 1) Предложить пациенту оценить интенсивность боли по 5-бальной шкале. 2) Выяснить локализацию боли. 3) Выяснить иррадиацию боли.

	4) Выяснить продолжительность боли. 5) Выяснить характер боли. 6) Полученные результаты документировать. Зоны боли описать в терминах топографической анатомии или отметить на схематическом изображении человеческого тела. **б) При отрицании пациентом наличия болевого синдрома, документировать в медицинской документации** факт отсутствия боли в момент осмотра. в) При проведении повторного исследования уровня боли (динамический мониторинг уровня боли), провести оценку уровня боли на уровне динамической оценки. 1) Предложить пациенту отметить текущий уровень боли на 10-бальной шкале визуально-аналогового контроля. 2) Попросить пациента отметить на той же шкале уровень боли на момент предыдущего осмотра. 3) Оценить положительную/отрицательную динамику субъективной оценки болевого синдрома в абсолютных и/ или относительных показателях. 4) Полученные результаты документировать. **г) При проведении первичной оценки уровня боли, а также при изменении характера болевого синдрома провести оценку уровня боли на описательном уровне:** 1) Инструктировать пациента о правилах заполнения вопросника Мак-Гилла по определению степени выраженности болевого синдрома. 2) Предоставить пациенту бланк вопросника Мак-Гилла и авторучку. 3) По окончании заполнения, рассчитать ранговые индексы по 4 основным группам (сенсорные ощущения, эмоциональные ощущения, оценка интенсивности, параметры, отражающие общие характеристики боли); на основании полученных показателей рассчитать ранговый индекс боли (РИБ). 4) Заполнить расчетные поля бланка вопросника. 5) На основании данных, заполнить поле «настоящее ощущение интенсивности боли» (НИБ). III Окончание процедуры: 1) Ознакомить пациента с полученными результатами. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию. 4) При отказе пациента от проведения оценки, а также при наличии подозрений в истинности предоставляемых данных (симуляция, аггравация, диссимуляция) диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли)
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При проведении оценки уровня боли по шкале Мак-Гилл (McGill) необходимо попросить пациента отметить одно слово, которое наиболее точно отражает его болевые ощущения в любых (не обязательно во всех) классах оценочной шкалы. В педиатрической, геронтологической, психиатрической практике, а также в случаях, когда проведение оценки уровня боли затруднено языковым барьером, может быть использована пиктографическая шкала, схематично изображающая выражения лица человека. К невербальным признакам боли (маркерам боли) относятся: -влажная кожа. -тахикардия и тахипноэ, не связанные с заболеванием. -слезы, влажные глаза.

	-расширение зрачков. -вынужденная поза. -характерная мимика - сжатые зубы, напряжение мимической мускулатуры лица (нахмуренный лоб, поджатые губы). -прижатие рукой места локализации боли, поглаживание и растирание его. -нарушение глазного контакта (бегающие глаза). -изменение речи (темпа, связности, стиля). -поведенческие реакции (двигательное беспокойство, постукивание пальцами, непоседливость). -эмоциональные реакции: капризность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, вспышки агрессии. -нарушения сна. -потеря аппетита. -стремление к одиночеству. -стоны во сне или в те моменты, когда пациент считает, что он один. -частые разнообразные жалобы, не связанные с болью
Достигаемые результаты и их оценка	Уровень боли пациента объективно оценен в соответствии с приведенными методиками
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	1 образец визуально-аналоговой шкалы 2 образец визуально-аналоговой шкалы для использования в педиатрической практике 3 Образец схематического изображения мужского тела для графического обозначения зон болевого синдрома

Технология внутрикожного введения лекарственных средств

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Во время процедуры обязательно использовать перчатки. Обязательно использование непрокалываемого контейнера для использованных игл.
Материальные ресурсы	Манипуляционный столик Кушетка Шприц одноразовый емкостью 1 мл и две иглы длиной 15 мм Лоток стерильный Лоток нестерильный для расходуемого материала Пилочка (для открытия ампул) Нестерильные ножницы или пинцет (для открытия флакона) Емкости для дезинфекции Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. Антисептический раствор для обработки инъекционного поля, шейки ампулы, резиновой пробки флакона Антисептик для обработки рук Дезинфицирующее средство Стерильные салфетки или шарики (ватные или марлевые) Перчатки нестерильные
Алгоритм выполнения внутрикожного введения лекарственных препаратов	I. Подготовка к процедуре. 1 Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача. 2 Взять упаковку и проверить пригодность лекарственного препарата (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду). Сверить назначения врача. 3 Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата. 4 Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного

	высыхания антисептика. 6. Надеть нестерильные перчатки. 7 Подготовить шприц. Проверить срок годности, герметичность упаковки. 8 Набрать лекарственный препарат в шприц. ***<u>Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы.</u>*** • Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка. • Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части. • Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептиком. Вскрыть ампулу. • Набрать лекарственный препарат в шприц. • Выпустить воздух из шприца. ***<u>Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой.</u>*** • Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности. • Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором. • Ввести иглу под углом 90° во флакон, перевернуть его вверх дном, слегка оттягивая поршень, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата. • Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость. 9. Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток. 10. Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений. II. Выполнение процедуры 1 Обработать место инъекции не менее чем двумя салфетками или шариками, смоченными антисептическим раствором. Дождаться его высыхания. 2 Обхватив предплечье пациента снизу, растянуть кожу пациента на внутренней поверхности средней трети предплечья. 3 Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем, ввести в кожу пациента в месте предполагаемой инъекции только конец иглы почти параллельно коже, держа её срезом вверх под углом 10-15°. 4 Нажимая указательным пальцем на поршень, ввести лекарственный препарат до появления папулы, свидетельствующей о правильном введении препарата. 5 Извлечь иглу. К месту введения препарата не прижимать салфетку с антисептическим раствором. III. Окончание процедуры. 1 Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить их поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4 Уточнить у пациента о его самочувствии. 5 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию
	Подготовка оснащения для выполнения процедуры всегда проводится в

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	процедурном кабинете. При проведении внутрикожной инъекции необходимо выбирать место, где отсутствуют рубцы, болезненность при прикосновении, кожный зуд, воспаление, затвердение. Через 15-30 минут после инъекции обязательно узнать у пациента о его самочувствии и о реакции на введённое лекарство (выявление осложнений и аллергических реакций). Внутрикожные инъекции детям выполняют в среднюю треть внутренней поверхности предплечья, верхнюю треть наружной поверхности плеча. При вскрытии флакона необходимым условием является надпись на флаконе, сделанная медицинским работником с отметкой даты вскрытия и времени. Объяснить пациенту, что нельзя тереть и мочить место инъекции в течение определенного времени (если инъекция выполняется с диагностической целью)
Достигаемые результаты и их оценка	Образовалась папула белого цвета. После извлечения иглы нет крови. Пациент чувствует себя комфортно.
9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители (для детей до 15 лет) получает информацию о предстоящем лечении. Врач получает согласие на лечение и информирует медицинский персонал. Письменное согласие пациента требуется в случае применения лекарственных препаратов, проходящих испытания или требующих особого выполнения режимных моментов (при прививках).

Технология внутривенного введения лекарственных средств

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Во время процедуры обязательно использование перчаток. Обязательно использование непрокалываемого контейнера для использованных игл. При угрозе разбрызгивания крови обязательно использование защитных средств (маска, очки и др.).

Материальные ресурсы	Столик манипуляционный Лоток стерильный Лоток нестерильный Жгут венозный Шприц инъекционный однократного применения от 10 до 20 мл Система для внутривенного капельного вливания однократного применения Игла инъекционная Непрокалываемый контейнер для использованных шприцев, непромокаемый пакет (в условиях «скорой медицинской помощи») Стойка-штатив для системы внутривенного капельного вливания Нестерильные ножницы или пинцет (для открытия флакона) Пилочка (для открытия ампулы) Подушечка из влагостойкого материала Емкости для дезинфекции Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. Стол, стул (для введения лекарственных препаратов в положении сидя) Кушетка (для ведения лекарственных препаратов в положении лежа) Антисептический раствор для обработки инъекционного поля, шейки ампулы, резиновой пробки флакона Раствор натрия хлорида Антисептик для обработки рук Дезинфицирующее средство Салфетка Перчатки нестерильные Перчатки стерильные Маска Салфетки марлевые стерильные Салфетки марлевые (ватные шарики) Бинт Лейкопластырь – 2-3 полоски или самоклеющаяся полупроницаемая повязка для фиксации иглы/катетера в вене
1.Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов (струйно)	I. Подготовка к процедуре. 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Взять упаковку и проверить пригодность лекарственного препарата (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду). Сверить назначения врача. 3. Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.

	6. Надеть нестерильные перчатки. 7. Подготовить шприц. Проверить срок годности, герметичность упаковки. 8. Набрать лекарственный препарат в шприц. ***<u>Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы.</u>*** • Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка. • Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части. • Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептическим раствором. Вскрыть ампулу. • Набрать лекарственный препарат в шприц. • Выпустить воздух из шприца. ***<u>Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой.</u>*** • Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности. • Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором. • Ввести иглу под углом 90° во флакон, перевернуть его вверх дном, слегка оттягивая поршень, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата. • Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость. 9. Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток. 10. Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений. 11. При выполнении венепункции в область локтевой ямки - предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку. 12. 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. 13. При выполнении венепункции в область локтевой ямки – наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяется на лучевой артерии. 14. Надеть нестерильные перчатки. II. Выполнение процедуры. 1. Обработать область венепункции не менее чем двумя салфетками/ватными шариками с антисептическим раствором, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. 2. Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху. 3. Другой рукой натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держа иглу срезом вверх, параллельно коже,

	проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену, ощущается «попадание в пустоту». 4. Убедиться, что игла в вене – держа шприц одной рукой, другой потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь (темная, венозная). 5. Развязать или ослабить жгут и попросить пациента разжать кулак. Для контроля нахождения иглы в вене еще раз потянуть поршень на себя, т.к. в момент ослабления жгута игла может выйти из вены 6. Нажать на поршень, не меняя положения шприца, и медленно (в соответствие с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце незначительное количество раствора. 7. Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором. 8. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места инъекции 5 - 7 минут, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции. 9. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет. III. Окончание процедуры. 1. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Уточнить у пациента о его самочувствии. 4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.
2 Алгоритм внутривенного введения лекарственных средств (капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов).	I. Подготовка к процедуре. 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Предложить пациенту опорожнить мочевой пузырь, учитывая длительность выполнения. 3. Предложить пациенту или помочь занять ему удобное положение, которое зависит от его состояния здоровья. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика. 6. Надеть нестерильные перчатки. 7. Заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и поместить его на штативе для инфузионных вливаний. ***<u>Заполнение устройства для вливаний инфузионных растворов однократного применения:</u>*** • Проверить срок годности устройства и герметичность пакета.

	• Прочитать надпись на флаконе: название, срок годности. Убедиться в его пригодности (цвет, прозрачность, осадок). • Нестерильными ножницами или пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона, обработать резиновую пробку флакона ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором. • Вскрыть упаковочный пакет и извлечь устройство (все действия производятся на рабочем столе). • Снять колпачок с иглы воздуховода, ввести иглу до упора в пробку флакона. В некоторых системах отверстие воздуховода находится непосредственно над капельницей. В этом случае нужно только открыть заглушку, закрывающую это отверстие. • Закрыть винтовой зажим. • Перевернуть флакон и закрепить его на штативе. • Повернуть устройство в горизонтальное положение, открыть винтовой зажим: медленно заполнить капельницу до половины объема. 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. • Закрыть винтовой зажим и вернуть устройство в исходное положение, при этом фильтр должен быть полностью погружен в лекарственный препарат, предназначенный для вливания. • 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. • Можно заполнять систему, не надевая иглу для инъекций, в этом случае капли должны показаться из соединительной канюли. • Убедиться в отсутствии пузырьков воздуха в трубке устройства (устройство заполнено). • Положить в стерильный лоток или в упаковочный пакет иглу для инъекции, закрытую колпачком, стерильные салфетки или ватные шарики с антисептическим раствором, стерильную салфетку сухую. • Приготовить 2 полоски узкого лейкопластыря, шириной 1 см., длинной 4-5 см. 8. Доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением, штатив с капельницей. 9. Обследовать, пропальпировать место предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений. 10. Наложить венозный жгут (на рубашку или пеленку) в средней трети плеча так, чтобы при этом пульс на лучевой артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее. II. Выполнение процедуры.

	11. Обработать область локтевого сгиба не менее чем двумя салфетками или ватными шариками с антисептическим раствором, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. 12. Фиксировать вену пальцем, натянув кожу над местом венепункции. 13. Другой рукой натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Пунктировать вену иглой с подсоединенной к ней системой, держа иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену, ощущается «попадание в пустоту». При появлении в канюле иглы крови - попросить пациента разжать кисть, одновременно развязать или ослабить жгут. Все использованные салфетки или ватные шарики помещаются в непромокаемый пакет. 14. Открыть винтовый зажим капельной системы, отрегулировать винтовым зажимом скорость капель (согласно назначению врача). 15. Закрепить иглу и систему лейкопластырем, прикрыть иглу стерильной салфеткой, закрепить ее лейкопластырем. 16. Снять перчатки, поместить их в непромокаемый пакет. 17. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 18. Наблюдать за состоянием пациента, его самочувствием на протяжении всей процедуры (в условиях оказания помощи в процессе транспортировки, продолжительность наблюдения определяется продолжительностью транспортировки). III. Окончание процедуры. 19. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептического раствора). 20. Надеть нестерильные перчатки. 21. Закрыть винтовый зажим капельной системы, извлечь иглу из вены, прижать место пункции на 5 - 7 минут салфеткой или ватным шариком с антисептическим раствором, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции. 22. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет. 23. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять нестерильные перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 24. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 25. .Уточнить у пациента о его самочувствии. 26. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.
3 Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов струйно или капельно через катетер	I Подготовка к процедуре.

установленный в центральной вене	1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Предложить пациенту или помочь занять ему удобное положение (сидя или лежа). Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата и способа введения лекарственного препарата – струйно или капельно. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика. 5. Надеть нестерильные ператки. 6. Собрать шприц и набрать в него лекарственный препарат, или заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и разместить его на штативе для инфузионных вливаний. Алгоритм набора лекарственного препарата и заполнение системы см. п.8.6.1.6 и п.8.6.2.5. 7. Доставить в палату необходимое оснащение. II Выполнение процедуры. 8. Обложить место, где установлен центральный катетер, стерильными салфетками. 9. Снять пробку (заглушку) с катетера и положить ее на стерильную салфетку, наружный вход катетера обработать стерильной салфеткой или марлевым шариком, смоченным антисептическим раствором. Если будет использоваться старая пробка, то ее нужно обработать антисептическим раствором и поместить в стерильную салфетку. Рекомендуется использовать новую заглушку. 10. Подключить шприц (без иглы), потянуть поршень на себя до появления крови в шприце; или систему для переливания инфузионных растворов. 10.1. При струйном введении - нажать на поршень и медленно (в соответствие с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце несколько миллилитров лекарственного препарата. 10.2. При капельном способе введения лекарственного препарата проверить проходимость катетера, подсоединив к нему шприц с физиологическим раствором – 2 мл. Скорость введения зависит от назначения врача. Количество раствора, оставляемого в шприце должно быть достаточным для обеспечения безопасного введения (препятствие попадания в вену пузырьков воздуха). Если, при нажатии на поршень, лекарственный препарат не удается ввести с обычным усилием, следует прекратить процедуру, сообщить врачу, и ставить вопрос о замене катетера. При капельном способе введения лекарственных препаратов, после подсоединения системы для капельных вливаний, закрепить ее, снять печатки, поместить их непромокаемый мешок, убедиться, что пациенту удобно,

	вымыть руки. Наблюдать за пациентом до окончания процедуры. III Окончание процедуры. 10. 1. При струйном введении лекарственных препаратов - отсоединить шприц от катетера и закрыть катетер стерильной пробкой. 10. 2. При капельном способе введения лекарственных препаратов – вымыть руки, надеть стерильные перчатки. Отсоединить систему для переливания инфузионных растворов от катетера, закрыть катетер стерильной пробкой. 11. Закрыть катетер стерильной салфеткой, закрепить ее. 12. Поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки или ватные шарики, пеленку в непрокалываемую емкость и транспортировать в процедурный кабинет. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 13. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4 Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов струйно и капельно через катетер установленный в периферической вене.	14. Уточнить у пациента о его самочувствии 15. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию. I Подготовка к выполнению процедуры. 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Предложить пациенту или помочь занять ему удобное положение (сидя или лежа). Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата и способа введения лекарственного препарата – струйно или капельно. Процедура можеть быть проведена как в палате, так и в процедурном кабинете. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика. 5. Надеть нестерильные перчатки. 6. Собрать шприц и набрать в него лекарственный препарат, или заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и разместить его на штативе для инфузионных вливаний. Алгоритм набора лекарственного препарата и заполнение системы см. п.6.1.6 и п.6.2.5. 7. Доставить в палату необходимое оснащение II Выполнение процедуры. 8. Снять пробку и положить ее на стерильную салфетку, наружный вход катетера обработать стерильной салфеткой или ватным шариком, смоченным антисептическим раствором.

	9. Подключить шприц (без иглы), потянуть поршень на себя до появления крови в шприце; или присоединить систему для переливания инфузионных растворов. 9.1. При *струйном* введении - нажать на поршень и медленно (в соответствие с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце несколько миллилитров лекарственного препарата. 9.2. При *капельном* способе внутривенного введения лекарственных препаратов проверить проходимость катетера, подсоединив к нему шприц с физиологическим раствором – 2 мл. Скорость введения зависит от назначения врача. Количество миллилитров, оставляемых в шприце должно быть достаточным для обеспечения безопасного введения (препятствие попадания в вену пузырьков воздуха). Если, при нажатии на поршень, лекарственный препарат не удается ввести с обычным усилием, то следует прекратить процедуру, сообщить врачу, и ставить вопрос о замене катетера. При капельном способе введения лекарственного препарата, после подсоединения системы для капельных вливаний, закрепить ее, снять печатки, поместить их непромокаемый мешок, убедиться, что пациенту удобно, вымыть руки. Наблюдать за пациентом до окончания процедуры. Окончание процедуры. 10.1. При *струйном* способе введения - отсоединить шприц от катетера и, закрыть катетер стерильной пробкой. 10.2. При *капельном* способе введения лекарственного препарата – вымыть руки, надеть нестерильные перчатки. Отсоединить систему для переливания инфузионных растворов от катетера, закрыть катетер стерильной пробкой. 11. Закрыть катетер стерильной салфеткой и закрепить ее. 12. Если процедура проводилась в процедурном кабинете, то поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки или ватные шарики в емкость с дезинфицирующим раствором. Если процедура проводилась в палате, то поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки или ватные шарики в непрокалываемую емкость и транспортировать в процедурный кабинет. 13. Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 14. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 16. Уточнить у пациента о его самочувствии. 17. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Подготовка оснащения для выполнения процедуры всегда проводится в процедурном кабинете. При необходимости по назначению врача перед инъекцией промывают катетер гепарином. 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, в вены свода черепа. Новорожденным, детям раннего и младшего возраста технология простой медицинской услуги «Внутривенное введение лекарственных препаратов» выполняется в височные вены головы, плечевую вену. При выполнении технологии следует учитывать возрастные особенности венозной системы, а также условия выполнения процедуры. Выбор положения пациента зависит от состояния пациента; 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). Особенностью выполнения методики у пациентов пожилого и старческого возраста является пунктирование вены при очень слабом сдавлении конечности жгутом для избежания травмы (гематома, скальпированная рана, скарификация кожи) и/или спонтанного разрыва вены, так как у данной категории пациентов тонкая кожа, достаточно хрупкие и ломкие сосуды. При наложении жгута женщине, не использовать руку на стороне мастэктомии. Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько это необходимо. При выполнении внутривенного введения лекарственного препарата в условиях процедурного кабинета выбросить салфетку или ватный шарик в педальное ведро; при выполнении внутривенного введения лекарственного препарата в других условиях, поместить салфетку или ватный шарик в непромокаемый пакет. Для транспортировки в процедурный кабинет. В условиях транспортировки и оказания скорой медицинской помощи специализированной службой мытье рук (из-за невозможности в условиях транспортировки) заменяется на надевание перчаток и их обработку антисептиком. При сборке шприцов, наборе лекарственного препарата в шприц, заполнении системы для капельных вливаний, при использовании катетера, находящегося в центральной вене используются стерильные перчатки и стерильная маска.
Достигаемые результаты и их оценка.	Назначенное врачом лекарственное средство введено внутривенно с помощью шприца (струйно). Пациенту введен необходимый объем жидкости с помощью системы для вливания инфузионных растворов (капельно). Достигнут терапевтический эффект при отсутствии осложнений. Простая медицинская услуга проведена с минимальным дискомфортом для пациента.

Технология промывания желудка

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры.
Материальные ресурсы	Толстый стерильный желудочный зонд диаметром 10-15 мм, длиной – 100-120 см с метками на расстоянии 45, 55, 65 см от слепого конца Резиновая трубка длиной 70 см (для удлинения зонда) и стеклянная соединительная трубка диаметром не менее 8 мм Шприц Жанэ. Фонендоскоп Тонометр Шелковая нить Емкость для промывных вод Водный термометр Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. Жидкое вазелиновое масло или глицерин Часы Воронка емкостью 1 л Полотенце Фартук клеенчатый для пациента и медицинского работника Перчатки нестерильные Ведро (с чистой водой комнатной температуры объёмом 10 л) Ковш Стерильные марлевые салфетки
Промывание с применением желудочного зонда (пациент в сознании)	Подготовка к процедуре: Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру промывания желудка (если он в сознании). В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. Усадить пациента на стул со спинкой или уложить на кушетку в положении на боку. Детей младшего возраста усадить на колени помощника. Измерить артериальное давление, подсчитать пульс, если состояние пациента позволяет это сделать. Снять зубные протезы у пациента (если они есть). Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки, фартук. Поставить таз к ногам пациента или к головному концу кушетки, если положение пациента лёжа. Измерить шёлковой нитью расстояние от резцов до пупка плюс ширина ладони пациента. Глубина введения зонда у ребенка определяется от переносицы до пупка или от мочки уха до кончика носа и до конца мечевидного отростка. Перенести метку на зонд, начиная от закруглённого конца. Взять зонд в правую руку как «писчее перо» на расстоянии 10 см от

	закруглённого конца. Выполнение процедуры Встать сбоку от пациента. Предложить пациенту открыть рот, слегка запрокинуть голову назад. Ребенка младшего возраста зафиксировать. Для этого левую руку положить на лоб ребенка, правой рукой охватить его руки (выполняет помощник). Ноги ребенка удерживаются скрещенными ногами помощника. Предварительно, для лучшей фиксации, обернуть больного в пеленку или простыню. Надеть на пациента фартук. Конец фартука опустить в емкость для сбора промывных вод. Детям младшего возраста положить на грудь пеленку. Смочить слепой конец зонда водой или глицерином. Положить зонд на корень языка, попросить пациента сделать глотательное движение одновременно с продвижением зонда. Наклонить голову пациента вперёд, вниз. Медленно продвигать зонд вслед за глотательными движениями до метки, при этом попросить пациента глубоко дышать через нос. Убедиться, что зонд в желудке «воздушной пробой» (присоединить шприц Жанэ, ввести воздух, с помощью фонендоскопа прослушать появление булькающих звуков). Во время введения зонда ребенку обратить внимание на его состояние (отсутствие кашля и цианоза). Продвинуть зонд на 7-10 см. Присоединить воронку к зонду. . Опустить воронку ниже положения желудка пациента. . Заполнить воронку водой больше половины, держа её наклонно. Для детей на первую порцию берется жидкость из расчета не более 15 мл/кг массы тела. При последующих введениях количество вводимой жидкости должно соответствовать количеству выведенных промывных вод. . Медленно поднять воронку выше уровня желудка, так чтобы вода поступала из воронки в желудок. . Как только вода достигнет устья воронки, быстро опустить воронку ниже уровня желудка, чтобы содержимое желудка наполнило воронку полностью. . 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. . Повторить промывание несколько раз до чистых промывных вод. . Воронку снять, зонд извлечь через салфетку, смоченную дезинфицирующим средством. III. Окончание процедуры: Поместить зонд, воронку в контейнер с дезинфицирующим средством, салфетку в контейнер. Промывные воды подвергнуть дезинфекции. Дать пациенту прополоскать рот, обтереть полотенцем вокруг рта. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. Пациента проводить в палату, тепло укрыть, наблюдать за состоянием. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Уточнить у пациента о его самочувствии. Отметить в листе назначений о выполненной процедуре.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Если пациент находится в бессознательном состоянии, промывание проводится с использованием шприца Жанэ, или после предварительной интубации трахеи. При отсутствии зонда начать промывание «стаканным методом»: предлагается выпить 6-8 стаканов воды и вызвать рвоту раздражением корня языка, если пациент в сознании. Однако, проводить промывание желудка «стаканным методом» не рекомендуется. Возможно промывание желудка тонким зондом (0,3-0,5 см), введённым интраназально, при этом в шприц Жане набирается вода в объёме 0,5 л, вводится в желудок и аспирируется обратно этим же шприцем. При уремии промывание проводить 2% - 4% раствором натрия гидрокарбоната. При подозрении на отравление, при пищевой токсикоинфекции, брать первую порцию промывных вод на исследование в стерильную ёмкость. При остром экзогенном отравлении в чистую емкость взять первую и последнюю порции промывных вод. Первую – для определения неизвестного яда, последнюю - для определения качества промывания желудка. Необходимо проводить учет введенного и выведенного объема воды. При наличии в промывных водах крови проведение процедуры остановить для коррекции последующих действий. При промывании желудка ребенка необходимо выбрать диаметр зонда, соответствующий возрасту: Новорожденному 2-3 мм До 3 мес 3-4 мм До 3 лет 5 мм До 4-6 лет 10 мм Зонд. До 3-х мес – желудочный катетер № 6, 8, 10, у детей до 3-х лет – тонкий зонд, старше – толстый. Ребенку раннего возраста открыть рот шпателем обернуть бинтом. В воронку налить или набрать в шприц воду. На одномоментное введение в объеме: Новорожденному – 20 мл 1-2 мес 60-80 мл 5-6 мес 100 мл 9-12 мес 120-150 мл 2-3 года 200-250 мл 6-7 лет 350-400 мл Нельзя допускать полного перехода всей жидкости из шприца (воронки) в желудок, т к после жидкости насасывается воздух, что затрудняет в дальнейшем удаление содержимого желудка. С целью профилактики водно-солевых нарушений и развития отека головного мозга для процедуры следует использовать солевые растворы (изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера, гемодез, воду с добавлением поваренной соли), контролировать количество жидкости, введенной в желудок и выведенной из него. Контроль состояния ребенка. У детей раннего возраста поршень не извлекают. С его помощью удаляют содержимое желудка. После процедуры очередное кормление ребенка следует пропустить!
Достигаемые результаты и их оценка	Наличие чистых промывных вод

Технология введения лекарств с помощью клизмы

Содержание	Требования по реализации, алгоритм выполнения

требования, условия	
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры.
Материальные ресурсы	Грушевидный баллон на 150 мл. Газоотводная трубка. Штатив для капельных вливаний. Система для капельного введения. Шприц. Лоток. Пинцет Стерильный наконечник Шпатель Ширма (если процедура выполняется в палате) Водный термометр Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. Вазелин Лекарственные препараты по назначению врача Нестерильные перчатки Туалетная бумага. Фартук влагонепроницаемый. Подкладная пеленка влагоустойчивая одноразовая. Пеленка для укрывания пациента Клеенка
Алгоритм введения лекарственных препаратов с помощью клизм	I. Подготовка к процедуре. 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Подготовьте все необходимое оснащение для выполнения данной процедуры. 3. Отгородить пациента ширмой (если процедура выполняется в многоместной палате). 4. Попросить пациента принять позу: положение на левом боку, ноги согнуты в коленях. Если пациенту противопоказано положение на боку, он может находиться в положении лежа на спине с согнутыми в коленях и разведенными в стороны ногами 5. Подложить под ягодицы и бёдра пациента клеенку и пелёнку. 6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить 7. Надеть фартук и нестерильные перчатки. II. Выполнение процедуры. 8. Набрать в грушевидный баллон теплого лекарственного препарата t 37-38° (количество вводимого лекарственного препарата определяет врач). 9. Закруглённый конец газоотводной трубки смазать вазелином на протяжении 30 см. 10. Закруглённый конец трубки взять в правую руку как «писчее перо», а свободный конец зажать 4 и 5 пальцем. 11. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки. Правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 15-30 см (первые 3-4 см по

	направлению к пупку, а остальные – по направлению позвоночника) так, чтобы наружный конец выступал не менее 10 см. У детей младшего возраста глубина введения трубки 6-15 см, с 10-12 лет вводить на глубину 15-30 см. 12. При однократном введении: присоединить к трубке грушевидный баллон или шприц и медленно ввести лекарственный препарат. Не разжимая грушевидный баллон, отсоединить его от газоотводной трубки, извлечь газоотводную трубку и поместить ее вместе с грушевидным баллоном в лоток. 13. При капельном введении: большим и указательным пальцами левой руки раздвинуть ягодицы, а правой рукой ввести наконечник в прямую кишку; отрегулировать скорость вливания раствора. 14. Укрыть пациента одеялом. 15. По окончании процедуры вытереть салфеткой (или туалетной бумагой) кожу в области анального отверстия (у женщин в направлении спереди–назад). III. Окончание процедуры. 16. Поместить бумагу в пластиковый пакет или лоток. 17. Снять фартук, перчатки, газоотводную трубку, наконечник поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б 18. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептического раствора) 19. Если процедура проводилась в манипуляционной – сопроводить пациента в палату. 20. Уточнить у пациента о его самочувствии. 21. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинской документации.
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	За 20-30 мин. до постановки лекарственной клизмы, а также лекарственной микроклизмы, сделать пациенту очистительную клизму. При проведении капельных вливаний 5% раствора глюкозы, 0.9% раствора хлорида натрия к флакону прикрепляют грелку для поддержания температуры раствора (40°-42°), скорость введения должна быть не более 60-80 кап/ мин. При введении лекарственных средств с помощью клизм у детей: Выбирают положение ребенка до 6 мес на спине, в старшем возрасте – на левом боку с приведенными к животу ногами. Температура раствора должна быть 36-37°С. количество раствора – 15-30 мл, у детей до 1 года, старше - не более 50 мл. Наконечник баллона смазывают вазелиновым маслом и вводят по направлению к пупку, затем параллельно к копчику. По окончании процедуры ребенок должен принять горизонтальное положение и соблюдать покой не менее 30 минут.
Достигаемые результаты и их оценка	Самочувствие пациента стабильное. Реакций на введение лекарственного препарата нет. Осложнений процедуры не наблюдается. Пациент чувствует себя комфортно.

Взятие крови из периферической вены с помощью вакуумной системы

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1	Установить контакт с пациентом:поздороваться, представиться,	Вып. / Сказать	«Здравствуйте!» «Я процедурная медсестра»

	обозначить свою роль		«Меня зовут _____ (ФИО)»
2	Попросить пациента представиться	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу Вам обращаться?»
3	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Сказать	«Пациент идентифицирован»
4	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать	«Вам назначено взятие крови из вены»
5	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» Ответ: «Возражений пациента на выполнение процедуры нет»
6	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«По назначению врача, для проведения обследования я возьму у Вас кровь из вены. В ходе манипуляции, рука пациента должна находиться на твердой поверхности, быть вытянута и наклонена немного вниз, так чтобы плечо и предплечье образовывали прямую линию»
	Подготовка к процедуре		
7	Предложить пациенту занять удобное положение сидя	Сказать	«Примите удобное положение сидя или могу Вам в этом помочь»
8	Проверить герметичность, визуальную целостность упаковки, и срок годности иглы вакуумной системы	Выполнить/ Сказать	«Герметичность упаковки иглы не нарушена. Визуальная целостность упаковки сохранена» «Срок годности соответствует сроку хранения»
9	Проверить герметичность, визуальную целостность упаковок и срок годности салфеток с антисептиком	Выполнить/ Сказать	«Герметичность упаковок салфеток с антисептиком не нарушена. Визуальна целостность упаковки сохранена» «Срок годности одноразовых салфеток с антисептиком соответствует сроку хранения»
10	Взять иглу вакуумной системы одной рукой за цветной колпачок	Выполнить/ Сказать	«Готовлю держатель для вакуумной системы»
11	Другой рукой снять короткий защитный колпачок с резиновой мембраны	Выполнить/ Сказать	«Взять иглу одной рукой за цветной колпачок, другой рукой снять короткий защитный колпачок (серого цвета) с резиновой мембраны. Вставить освободившийся конец иглы с резиновой мембраной в держатель и завинтить до упора»
12.	Поместить колпачок в емкость для медицинских отходов класса «А»		
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 столик	Выполнить	
	Выполнение процедуры		

15	Надеть маску одноразовую	Выполнить	
16	Надеть очки защитные медицинские	Выполнить	
17	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки гигиеническим способом.
18	Надеть нестерильные перчатки	Выполнить	
19	Вскрыть упаковки с 3-мя спиртовыми салфетками и не вынимая из упаковок, оставить на манипуляционном столе	выполнить	
20	Попросить пациента освободить от одежды локтевой сгиб руки	Сказать	
21	Подложить под локоть пациента влагостойкую подушку	Выполнить/	«Подкладываю под руку пациента влагостойкую подушку»
22	Наложить венозный жгут в средней трети плеча на одежду или тканевую салфетку	выполнить	

23	Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой венепункции	Выполнить	
24	Определить пульсацию на лучевой артерии	Выполнить/ Сказать	«Пульс на лучевой артерии определяется »
25	Попросить пациента сжать кулак	Сказать	«Сожмите пожалуйста руку в кулак. «Не рекомендуется задавать для руки нагрузку «сжать – разжать кулак», т.к. это приводит к изменению концентрации в картине крови некоторых показателей»
26	Обработать двукратно место венепункции двумя спиртовыми с антисептиком в одном направлении	Выполнить	
27	Поместить использованные салфетки с антисептиком в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
28	Поместить упаковки от салфеток с антисептиком в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
29	Взять в доминантную руку вакуумную систему и снять цветной защитный колпачок с иглы	Выполнить	
30	Сбросить защитный колпачок от иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
31	Натянуть свободной рукой кожу на расстоянии примерно 5 см ниже места венепункции по направлению к периферии, фиксируя вену	Выполнить	
32	Пунктировать локтевую вену «одномоментно» или «двухмоментно» под углом 10-15° (почти параллельно коже), держа иглу срезом вверх	Выполнить	

33	Ввести иглу не более чем на ½ длины	Выполнить	
34	Взять необходимую пробирку и вставить крышкой в держатель до упора	Вып./ Сказат	«Вставляю пробирку крышкой до упора»
36	Развязать/ослабить жгут на плече пациента с момента поступления крови в пробирку	Выполнить	
37	Попросить пациента разжать кулак	Сказат	«Пожалуйста, разожмите кулак»
38	Набрать нужное количество крови в пробирку	Вып./ Сказать	«Набираю необходимое количество крови в пробирку»
39	Отсоединить пробирку от иглы	Выполнить	
40	Перемешать содержимое наполненной пробирки, плавно переворачивая пробирку несколько раз для полного смешивания крови и наполнителя	Вып./ Сказать	«Очень аккуратно переворачиваем пробирку 5-6 раз для смешивания пробы крови с наполнителем»
41	Поставить пробирку в штатив	Выполнить	
42	Взять в руку салфетку с антисептиком, прижать ее к месту венепункции	Выполнить	
43	Извлечь систему «игла – держатель» из вены	Выполнить	
44	Попросить пациента держать салфетку с антисептиком у места венепункции 5-7 минут, прижимая большим пальцем свободной руки	Выполнить/ Сказать	«Пожалуйста, держите салфетку с антисептиком у места венепункции 5-7 минут, прижимая большим пальцем второй руки»
45	Сбросить упаковку от салфетки в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
46	Поместить систему «игла – держатель» в ёмкость-контейнер для сбора острых отходов класса «Б»	Выполнить	
47	Убедиться (через 5-7 минут) в отсутствии наружного кровотечения в области венепункции	Сказать	«Через 5-7 минут наружного кровотечение в области венепункции отсутствует»
48	Удалить салфетку с антисептиком с руки пациента и поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
49	Наложить давящую повязку в области венепункции	Сказать	«Накладываю давящую повязку на область венепункции»
	Завершение процедуры		
50	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	Сказать	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут»
51	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить/сказать	
52	Снять перчатки	Выполнить	
53	Поместить перчатки в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
54	Снять очки	Выполнить	

55	Поместить очки в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
56	Снять медицинскую одноразовую маску	Выполнить	
57	Поместить маску в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
58	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика.
59	Уточнить у пациента о его самочувствии	Сказать	«Как вы себя чувствуете?» «Пациент чувствует себя удовлетворительно»
60	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Письменный стол
2. Стул
3. Фантом верхней конечности для внутривенной инъекции
4. Манипуляционный стол
5. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»
6. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»
7. Емкость-контейнер с крышкой для сбора острых отходов класса «Б»
8. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета
9. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета
10. Вакуумная система для забора венозной крови (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
11. Пробирка для взятия крови вакуумной системой (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
12. Салфетка с антисептиком одноразовая (из расчета 3 шт. на одну попытку аккредитуемого)
13. Штатив для пробирок на несколько гнезд
14. Жгут венозный
15. Салфетка тканевая под жгут (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
16. Подушечка из влагостойкого материала
17. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
18. Маска для лица 3-хслойная медицинская одноразовая нестерильная (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
19. Очки защитные медицинские
20. Салфетка дезинфицирующая (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
21. Формы медицинской документации: лист назначения (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
22. Шариковая ручка с синими чернилами для заполнения аккредитуемым медицинской документации (из расчета 1 шт на все попытки аккредитуемого)
23. Аптечка Анти-ВИЧ и укладка экстренной медицинской помощи (достаточно имитации в виде фото)

Внутримышечное введение лекарственного препарата

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1.	Установить контакт с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Выполнить / Сказать	«Здравствуйте! Меня зовут _____ (ФИО). Вам необходимо провести процедуру введения лекарственного препарата в ягодичную мышцу»
2.	Идентифицировать пациента (попросить пациента представиться)	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста». Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Сказать	«Пациент идентифицирован в соответствии с листом назначений»
4.	Объяснить ход и цель процедуры (уточнить аллергологический анамнез)	Сказать	«По назначению врача я проведу Введение лекарственного препарата _____(указать наименование в соответствии условием) внутримышечно (верхний наружный квадрант ягодицы) для уменьшения болевых ощущений. Процедура проводится в положении лежа на животе на кушетке. В течение процедуры прошу Вас не шевелиться и сообщать мне о любых изменениях Вашего состояния», «Пациент не отмечает аллергию на данное лекарственное средство»
5.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«Вы согласны на проведение данной процедуры?» «У пациента нет возражений на проведение данной процедуры»
	Подготовка к процедуре		
6.	Предложить пациенту занять удобное положение на кушетке лежа на животе	Сказать	«Займите удобное положение на кушетке в положении лежа на животе или я могу вам в этом помочь»
7.	Проверить герметичность упаковки и срок годности одноразового шприца и иглы	Выполнить / Сказать	«Герметичность упаковки одноразового шприца не нарушена. Визуальная целостность упаковки одноразового шприца сохранена. Срок годности соответствует сроку хранения»
8.	Проверить герметичность упаковки и срок годности иглы для инъекции	Выполнить / Сказать	«Герметичность упаковки иглы для инъекций не нарушена. Визуальная целостность упаковки сохранена. Срок годности соответствует сроку хранения»
9.	Проверить герметичность упаковки и срок годности одноразовых спиртовых салфеток	Выполнить / Сказать	«Герметичность упаковки одноразовых спиртовых салфеток не нарушена. Визуальная целостность упаковки сохранена. Срок годности соответствует сроку

			хранения»
10.	Взять упаковку с лекарственным препаратом, сверить его наименование с назначением врача, проверить дозировку, объем и срок годности	Выполнить / Сказать	«Наименование, дозировка, объем, процентная концентрация лекарственного препарата соответствует листу назначений»
11.	Выложить на манипуляционный стол расходные материалы и инструменты	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
12.	Надеть средства защиты (маску одноразовую)	Выполнить	
13.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки гигиеническим способом»
14.	Надеть нестерильные перчатки	Выполнить	
15.	Вскрыть поочередно 4 одноразовые спиртовые салфетками и не вынимая из упаковки оставить на манипуляционном столе	Выполнить	
16.	Взять ампулу с лекарственным средством в доминантную руку, чтобы специально нанесенный цветной маркер был обращен к аккредитуемому	Выполнить	
17.	Прочитать на ампуле название препарата, объем и дозировку	Сказать	«Название лекарственного препарата, объем, процентная концентрация и дозировка соответствуют листу назначений»

18.	Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части	Выполнить	
19.	Обработать шейку ампулы первой стерильной спиртовой салфеткой	Выполнить	
20.	Обернуть этой же спиртовой салфеткой головку ампулы	Выполнить	
21.	Вскрыть ампулу резким движением пальцев руки "от себя "	Выполнить	
22.	Вскрытую ампулу с лекарственным средством поставить на манипуляционный стол	Выполнить	
23.	Спиртовую салфетку (внутри которой головка ампулы) и упаковку от нее поместить в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
24.	Вскрыть упаковку одноразового стерильного шприца со стороны поршня	Выполнить	

25.	Взяться за рукоятку поршня и обеспечить соединение цилиндра шприца с иглой внутри упаковки (не снимая колпачка с иглы)	Выполнить	
26.	Взять собранный шприц из упаковки, снять колпачок с иглы, придерживая иглу за канюлю	Выполнить	
27.	Поместить колпачок из-под иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
28.	Ввести иглу в ампулу, стоящую на столе и набрать нужное количество препарата, избегая попадания воздуха в цилиндр шприца	Выполнить	
29.	Поместить пустую ампулу в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
30.	Снять двумя пальцами одной руки иглу с цилиндра шприца	Выполнить	
31.	Поместить иглу в непрокалываемый контейнер отходов касса «Б»	Выполнить	
32.	Выложить шприц без иглы на стерильную поверхность упаковки от шприца	Выполнить	
33.	Вскрыть стерильную упаковку иглы для инъекции со стороны канюли и взяв шприц, присоединить шприц к канюле иглы	Выполнить	
34.	Поместить упаковку от иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
35.	Вытеснить воздух из шприца в колпачок до появления первой капли из иглы	Выполнить	
36.	Положить собранный шприц с лекарственным препаратом в упаковку	Выполнить	
37.	Попросить пациента освободить от одежды ягодичную область для инъекции (верхний наружный квадрант ягодицы)	Сказать	«Освободите от одежды ягодичную область для инъекции или я могу вам в этом помочь»
38.	Осмотреть и пропальпировать предполагаемое место инъекции	Выполнить	
39.	Обработать двукратно место инъекции 2 и 3 спиртовыми салфетками	Выполнить	

40.	Использованные спиртовые салфетки и упаковки от них поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
41.	Туго натянуть кожу пациента в месте инъекции большим и указательным пальцами одной руки, а в доминантную руку взять шприц, придерживая канюлю иглы	Выполнить	
42.	Ввести иглу быстрым движением руки под углом 90^0 на 2/3 её длины	Выполнить	
43.	Потянуть поршень на себя и убедиться в отсутствии крови в конюле иглы	Выполнить	
44.	Медленно ввести лекарственный препарат в мышцу не доминантной рукой	Выполнить	
45.	Извлечь иглу, прижав к месту инъекции 4-ю спиртовую салфетку, не отрывая руки с салфеткой, слегка помассировать место введения лекарственного препарата	Выполнить	
	Завершение процедуры		
46.	Отсоединить иглу от шприца с помощью иглосъемника и поместить в непрокалываемый контейнер отходов класса «Б»	Выполнить	
47.	Шприц в неразобранном виде поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
48.	Убедиться в отсутствии наружного кровотечения в области инъекции	Сказать	«Наружного кровотечения в области инъекции отсутствует»
49.	Поместить спиртовую салфетку, использованную при инъекции в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
50.	Упаковку от шприца и упаковку от салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
51.	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	Сказать	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут»
52.	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	сказать	«Салфетки помещаем в емкость для медицинских отходов класса «Б»
53.	Снять перчатки	Выпол	

		нить	
54.	Поместить перчатки в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
55.	Снять медицинскую одноразовую маску	Выполнить	
56.	Поместить маску в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
57.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем гигиеническим способом»
58.	Уточнить у пациента о его самочувствии	Сказать	«Как Вы себя чувствуете? Пациент чувствует себя удовлетворительно»
59.	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Стол для расходных материалов
2. Стул
3. Фантом таза для введения лекарственного препарата в ягодичную мышцу
4. Манипуляционный стол
5. Кушетка медицинская
6. Емкость- контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»
7. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»
8. Емкость-контейнер с крышкой для сбора острых отходов класса «Б»
9. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета
10. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета
11. Шприц инъекционный однократного применения в 5 мл., в комплекте с иглой 1 шт
12. Игла инъекционная однократного применения длина 30-40 мм; (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
13. Салфетка с антисептиком одноразовая (из расчета 4 шт. на одну попытку аккредитуемого)
14. Ампула с лекарственным препаратом с нанесенным цветным маркером для вскрытия в оригинальной заводской упаковке (из расчета 1 мл на одну попытку аккредитуемого)
15. Перчатки медицинские нестерильные 1 шт
16. Маска медицинская одноразовая (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)

Внутривенное введение лекарственного препарата (струйно)

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Сказать	«Здравствуйте! Меня зовут _____ (ФИО)
2.	Попросить пациента представиться	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста». Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Сказать	«Пациент идентифицирован в соответствии с листом назначений»
4.	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать	«Вам назначена процедура внутривенного струйного введения

			лекарственного препарата _____ (указать наименование в соответствии с условием)»
5.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«Вы согласны на проведение данной процедуры?» «Пациент согласен на проведение данной процедуры»
6.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«По назначению врача я проведу введение лекарстве- нного препарата_____ (указать наименование в соотве -тствии условием) внутривенно в вену локтевого сгиба. Процедура проводится в положении лежа на спине на кушетке или сидя. В течение процедуры прошу Вас не шевелиться и сообщать мне о любых изменениях Вашего состояния»
7.	Уточнить аллергический анамнез у пациента	Сказать	«У вас есть аллергия на данный лекарственный препарат? «У пациента нет аллергии на данный лекарственный препарат»
	Подготовка к процедуре		
8.	Предложить или помочь пациенту занять удобное положение сидя или лежа на спине	Сказать	«Займите удобное положение лежа на спине или сидя, или я могу вам в этом помочь»
9.	Проверить герметичность упаковки и срок годности одноразового шприца и иглы	Выполнить / Сказать	«Герметичность упаковки одноразового шприца не нару- шена. Визуальная целостность упаковки одноразового шприца сохранена. Срок годности соответствует сроку хранения»
10.	Проверить герметичность упаковки и срок годности иглы для инъекции	Выполнить / Сказать	«Герметичность упаковки иглы для инъекций не нарушена. Визуальная целостность упаковки сохранена. Срок годности соответствует сроку хранения»
11.	Проверить герметичность упаковки и срок годности одноразовых спиртовых салфеток	Выполнить / Сказать	«Герметичность упаковки одноразовых спиртовых салфеток не нарушена. Визуальная целостность упа- ковки сохранена. Срок годности соответствует сроку хранения»
12.	Взять упаковку с лекарственным препаратом, сверить его наименование с назначением врача, проверить дозировку, объем и срок годности	Выполнить / Сказать	«Название лекарственного препарата соответствует листу назначений. Дозировка, объем, процентная концентрация лекарственного препарата соответствует листу назначений»

13.	Выложить на манипуляционный стол расходные материалы и инструменты	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
14.	Надеть маску одноразовую	Выполнить	
15.	Надеть очки защитные медицинские	Выполнить	
16.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика
17.	Надеть нестерильные перчатки	Выполнить	
18.	Вскрыть поочередно 4 одноразовые спиртовые салфетки и, не вынимая из упаковки, оставить на манипуляционном столе	Выполнить	
19.	Взять ампулу с лекарственным средством в доминантную руку, чтобы специально нанесенный цветной маркер был обращен к аккредитуемому	Выполнить	

20.	Прочитать на ампуле название препарата, объем и дозировку	Сказать	«Название лекарственного препарата, объем, процентная концентрация и дозировка соответствуют листу назначений»
21.	Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части	Выполнить	
22.	Обработать шейку ампулы первой спиртовой салфеткой	Выполнить	
23.	Обернуть этой же стерильной спиртовой салфеткой головку ампулы	Выполнить	
24.	Вскрыть ампулу резким движением пальцев руки "от себя "	Выполнить	
25.	Вскрытую ампулу с лекарственным средством поставить на манипуляционный стол	Выполнить	
26.	Стерильную спиртовую салфетку (внутри которой головка ампулы) и упаковку от нее поместить в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
27.	Вскрыть упаковку одноразового стерильного шприца со стороны поршня	Выполнить	
28.	Взяться за рукоятку поршня и обеспечить соединение цилиндра шприца с иглой внутри упаковки (не снимая колпачка с иглы)	Выполнить	
29.	Взять собранный шприц из упаковки, снять колпачок с иглы, придерживая	Выполнить	

	ее за канюлю		
30.	Поместить колпачок из-под иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
31.	Ввести иглу в ампулу, стоящую на столе и набрать нужное количество препарата, избегая попадания воздуха в цилиндр шприца	Выполнить	
32.	Поместить пустую ампулу в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
33.	Снять двумя пальцами одной руки иглу с цилиндра шприца	Выполнить	
34.	Поместить иглу в непрокалываемый контейнер отходов класса «Б»	Выполнить	
35.	Выложить шприц без иглы на стерильную поверхность упаковки от шприца	Выполнить	
36.	Вскрыть стерильную упаковку иглы для инъекции со стороны канюли и взяв шприц, присоединить шприц к канюле иглы	Выполнить	
37.	Поместить упаковку от иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
38.	Вытеснить воздух из шприца в колпачок до появления первой капли из иглы	Выполнить	
39.	Положить собранный шприц с лекарственным препаратом в упаковку	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
40	Попросить пациента освободить от одежды область локтевого сгиба правой или левой руки	Сказать	«Освободите от одежды область локтевого сгиба или я могу вам в этом помочь»
41	Подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку	Выполнить	
42	Наложить венозный жгут в средней трети плеча на одежду или одноразовую салфетку	Выполнить	
43	Определить пульсацию на лучевой артерии	Вып./ Сказать	«Пульс на лучевой артерии определяется»
44	Попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее	Сказать	«Пожалуйста, несколько раз сожмите кисть в кулак и оставьте кулак сжатым»
45	Попросить пациента сжать кулак	Сказать	«Пожалуйста, сожмите кисть в кулак»
46	Пропальпировать и осмотреть предполагаемое место венепункции	Выполнить	
47	Обработать место венепункции 2-ой одноразовой салфеткой с	Выполнить	

	антисептиком в одном направлении		
48	Обработать место венепункции 3-й одноразовой салфеткой с антисептиком в одном направлении	Выполнить	
49	Поместить использованные одноразовые салфетки с антисептиком в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
50	Поместить упаковки от одноразовых салфеток с антисептиком в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
51	Взять шприц в доминантную руку, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы срезом вверх	Выполнить	
52	Снять колпачок с иглы	Выполнить	
53	Утилизировать колпачёк в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
54	Натянуть свободной рукой кожу на расстоянии примерно 5 см ниже места венепункции по направлению к периферии кожу, фиксируя вену	Выполнить	
55	Пунктировать локтевую вену «одномоментно» или «двухмоментно» под углом 10-15° (почти параллельно коже), держа иглу срезом вверх	Выполнить	
56	Ввести иглу не более чем на ½ длины	Выполнить	
57	Убедиться, что игла в вене – потянуть поршень шприца на себя при этом в шприц должна поступать кровь	Выполнить	
58	Развязать/ослабить жгут	Выполнить	
59	Попросить пациента разжать кулак	Сказать	«Пожалуйста, разожмите кулак»
60	Убедиться, что игла в вене – потянуть поршень шприца на себя при этом в шприц должна поступать кровь	Выполнить	
61	Нажать свободной рукой на поршень, не меняя положения шприца, медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце незначительное количество раствора	Выполнить	
62	Взять 4-ую одноразовую салфетку с антисептиком прижать ее к месту венепункции	Выполнить	
63	Извлечь иглу	Выполнить	

64	Попросить пациента держать одноразовую салфетку с антисептиком у места венепункции 5-7 минут, прижимая большим пальцем второй руки	Сказать	«Пожалуйста, держите одноразовую салфетку с антисептиком у места венепункции 5-7 минут, прижимая большим пальцем второй руки»
	Завершение процедуры		
65	Отсоединить иглу от шприца с помощью	Выполнить	
	иглосъемника и поместить в непрокалываемый контейнер отходов класса «Б»		
66	Поместить шприц в неразобранном виде поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
67	Убедиться (через 5-7 минут) в отсутствии наружного кровотечения в области венепункции	Сказать	«Через 5-7 минут наружное кровотечение в области венепункции отсутствует»
68	Поместить одноразовую салфетку с антисептиком, использованную при инъекции, в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
69	Поместить упаковку от шприца в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
70	Поместить упаковку от салфетки в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
71	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	Сказать	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут»
72	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Сказать	«Помещаем салфетки в емкость для медицинских отходов класса «Б»
73	Снять перчатки	Выполнить	
74	Поместить перчатки в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
75	Снять очки	Выполнить	
76	Поместить очки в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
77	Снять медицинскую одноразовую маску	Выполнить	
78	Поместить маску в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
79	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика
80	Уточнить у пациента о его самочувствии	Сказать	«Как Вы себя чувствуете? Пациент чувствует себя удовлетворительно»

81	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Письменный стол
2. Стул
3. Фантом верхней конечности для внутривенной инъекции
4. Манипуляционный стол
5. Кушетка медицинская
6. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»
7. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»
8. Емкость-контейнер с крышкой для сбора острых отходов класса «Б»
9. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета
10. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета
11. Шприц инъекционный однократного применения в объеме 10 мл., в комплекте с иглой (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого).
12. Игла инъекционная однократного применения длина 30-40 мм; (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
13. Салфетка с антисептиком одноразовая (из расчета 4 шт. на одну попытку аккредитуемого)
14. Ампула с лекарственным препаратом с нанесенным цветным маркером для вскрытия в оригинальной заводской упаковке (из расчета 1 мл на одну попытку аккредитуемого)
15. Жгут венозный
16. Салфетка тканевая под жгут (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
17. Подушечка из влагостойкого материала
18. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
19. Маска для лица 3-хслойная медицинская одноразовая нестерильная (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
20. Очки защитные медицинские
21. Формы медицинской документации: лист назначения (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
22. Шариковая ручка с синими чернилами для заполнения аккредитуемым медицинской документации (из расчета 1 шт на все попытки аккредитуемого)
23. Аптечка Анти-ВИЧ и укладка экстренной медицинской помощи

Внутривенное введение лекарственного препарата (капельно)

Внутривенное капельное вливание растворов используют в медицине для введения больших объемов лекарственных жидкостей в кровеносное русло пациента.

Такой способ введения лекарств имеет много преимуществ: поступление медикамента в кровь в неизмененном виде, точность дозировки, быстрота достижения терапевтической концентрации. Таким способом вводят медикаменты, которые не всасываются в кишечнике или оказывают сильное местнораздражающее действие.

Противопоказания: непереносимости лекарственного препарата, нарушение целостности кожи в месте инъекции

Место введения: вены локтевого сгиба, поверхностные вены предплечья и кисти, вены нижних конечностей

Осложнения: инфильтрат, гематома, некроз мягких тканей, масляная и воздушная эмболия, тромбоз и воспаление венозной стенки (тромбофлебит), аллергические реакции.

Оборудование и оснащение для практического навыка: письменный стол, стул, фантом верхней конечности для внутривенной инъекции, манипуляционный стол, кушетка медицинская, емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А», емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б», емкость-контейнер с крышкой для сбора острых отходов класса «Б», пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», система для внутривенного капельного вливания, салфетка с антисептиком одноразовая, флакон с лекарственным препаратом в оригинальной заводской упаковке, жгут венозный, штатив, салфетка тканевая под жгут, лейкопластырь, чистые ножницы, подушечка из влагостойкого материала, перчатки медицинские, маска для лица 3-хслойная медицинская одноразовая, очки защитные медицинские, формы медицинской документации: лист назначения, шариковая ручка с синими чернилами для заполнения медицинской документации, аптечка Анти-ВИЧ и укладка экстренной медицинской помощи.

Алгоритм выполнения манипуляции:

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Примерный текст комментариев
1.	Установить контакт с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Выполнить / Сказать	«Здравствуйте! Меня зовут _____ (ФИО)
2.	Идентифицировать пациента (попросить пациента представиться)	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста». Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Сказать	«Пациент идентифицирован в соответствии с листом назначений»
4.	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать	«Вам назначена процедура внутривенного капельного введения лекарственного препарата _____(указать наименование в соответствии с условием)»
5.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«Вы согласны на проведение данной процедуры?» «Пациент согласен на проведение данной процедуры»
6.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«По назначению врача я проведу введение лекарственного препарата _____ (указать наименование в соответствии условием) внутривенно капельно в вену локтевого сгиба. Процедура проводится в положении лежа на спине на кушетке. В течение процедуры прошу Вас не

			шевелиться и сообщать мне о любых изменениях Вашего состояния»
7.	Уточнить аллергологический анамнез	Сказать	«У вас есть аллергия на данный лекарственный препарат? «У пациента нет аллергии на данный лекарственный препарат»
Подготовка к процедуре:			
8.	Предложить пациенту занять удобное положение лежа на спине	Сказать	«Займите удобное положение лежа на спине или я могу вам в этом помочь»
9.	Проверить герметичность упаковки и срок годности системы для внутривенного капельного вливания	Выполнить / Сказать	«Герметичность упаковки системы для внутривенного капельного вливания не нарушена. Визуальная целостность упаковки сохранена. Срок годности соответствует сроку хранения»
10.	Подготовить лекарственный препарат (проверить срок годности лекарственного средства, целостность флакона)	Выполнить / Сказать	«Визуальная целостность флакона сохранена. Срок годности соответствует сроку хранения»
11.	Проверить герметичность упаковки и срок годности одноразовых спиртовых салфеток	Выполнить / Сказать	«Герметичность упаковки одноразовых спиртовых салфеток не нарушена. Визуальная целостность упаковки сохранена. Срок годности соответствует сроку хранения»
12.	Взять упаковку с лекарственным препаратом, сверить его наименование с назначением врача, проверить дозировку, объем и срок годности	Выполнить / Сказать	«Название лекарственного препарата соответствует листу назначений. Дозировка, объем, процентная концентрация лекарственного препарата соответствует листу назначений»
13.	Выложить на манипуляционный стол расходные материалы и инструменты	Выполнить	
Выполнение процедуры:			
14.	Надеть маску одноразовую	Выполнить	
15.	Надеть очки защитные медицинские	Выполнить	
16.	Обработать руки гигиеническим способом	Выполнить / Сказать	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика»
17.	Надеть перчатки	Выполнить	
18.	Вскрыть поочередно 4 одноразовые спиртовые салфетками и не вынимая из упаковки оставить на манипуляционном столе	Выполнить	
19.	Взять флакон с лекарственным средством в доминантную руку, чтобы специально нанесенный цветной маркер был обращен к медицинской сестре	Выполнить	
20.	Прочитать на флаконе название препарата, объем и дозировку	Сказать	«Название лекарственного препарата, объем, процентная

			концентрация и дозировка соответствуют листу назначений»
21.	Обработать спиртовой салфеткой наружную крышку флакона с лекарственным средством	Выполнить	
22.	Спиртовую салфетку и упаковку от нее поместить в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
23.	Нестерильным пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона	Выполнить	
24.	Обработать резиновую пробку флакона второй спиртовой салфеткой	Выполнить	
25.	Вскрытый флакон с лекарственным средством поставить на манипуляционный стол	Выполнить	
26.	Спиртовую салфетку и упаковку от нее поместить в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
27.	Вскрыть пакет с системой, взять ее в руки	Выполнить	
28.	Поместить упаковку от системы в емкость для отходов класса «А»	Выполнить	
29.	Закрыть зажим на системе	Выполнить	
30.	Снять колпачок с иглы для флакона	Выполнить	
31.	Поместить колпачок с иглы в емкость для отходов класса «А»	Выполнить	
32.	Ввести иглу до упора во флакон	Выполнить	
33.	Перевернуть флакон вверх дном и закрепил на штативе	Выполнить	
34.	Открыть воздуховод	Выполнить	
35.	Заполнить баллон системы до середины при помощи нажатия на него	Выполнить	
36.	Снять инъекционную иглу с колпачком, положить в упаковку от системы	Выполнить	
37.	Открыть зажим и заполнил капельницу по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком)	Выполнить	
38.	Закрыть зажим, присоединить инъекционную иглу с колпачком, вытеснить воздух через иглу, не снимая колпачка	Выполнить	
39.	Зафиксировать систему на штативе	Выполнить	
40.	Попросить пациента освободить от одежды область локтевого сгиба правой или левой руки	Выполнить / Сказать	«Освободите от одежды область локтевого сгиба или я могу вам в этом помочь»
41.	Подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку	Выполнить	

42.	Наложить венозный жгут в средней трети плеча на одежду или одноразовую салфетку	Выполнить	
43.	Определить пульсацию на лучевой артерии	Выполнить / Сказать	«Пульс на лучевой артерии определяется»
44.	Попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее	Сказать	«Пожалуйста, несколько раз сожмите кисть в кулак и оставьте кулак сжатым»
45.	Попросить пациента сжать кулак	Сказать	«Пожалуйста, сожмите кисть в кулак»
46.	Пропальпировать и осмотреть предполагаемое место венепункции	Выполнить	
47.	Обработать место венепункции 3-ой одноразовой салфеткой с антисептиком в одном направлении	Выполнить	
48.	Обработать место венепункции 4-й одноразовой салфеткой с антисептиком в одном направлении	Выполнить	
49.	Поместить использованные одноразовые салфетки с антисептиком в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
50.	Поместить упаковки от одноразовых салфеток с антисептиком в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
51.	Взять систему в руки	Выполнить	
52.	Снять колпачок с иглы	Выполнить	
53.	Утилизировать колпачёк в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
54.	Натянуть свободной рукой кожу на расстоянии примерно 5 см ниже места венепункции по направлению к периферии кожу, фиксируя вену	Выполнить	
55.	Пунктировать локтевую вену «одномоментно» или «двухмоментно» под углом 10-15° (почти параллельно коже), держа иглу срезом вверх	Выполнить	
56.	Ввести иглу не более чем на ½ длины	Выполнить	
57.	Убедиться, что игла в вене	Выполнить	
58.	Развязать/ослабить жгут	Выполнить	
59.	Попросить пациента разжать кулак	Сказать	«Пожалуйста, разожмите кулак»
60.	Открыть зажим капельницы, убедиться, что игла в вене и лекарство не поступает под кожу	Выполнить	
61.	Закрепить систему лентой лейкопластыря	Выполнить	
62.	Отрегулировать скорость поступления лекарственного средства	Выполнить	
63.	В течение инфузии следить за самочувствием пациента	Сказать	«В течение инфузии пациент чувствует себя удовлетворительно»
64.	После завершения инфузии обработать руки, надеть перчатки,	Сказать	«После завершения инфузии обрабатываю руки, надеваю

	надеть очки		перчатки, надеваю очки»
65.	Закрыть зажим, убрать лейкопластырь	Выполнить	
66.	К месту пункции приложить ватный шарик и извлечь иглу	Выполнить	
67.	Попросить пациента держать одноразовую салфетку с антисептиком у места венепункции 5-7 минут	Сказать	«Пожалуйста, держите одноразовую салфетку с антисептиком у места венепункции 5-7 минут, прижимая большим пальцем второй руки»
Завершение процедуры			
68.	Отсоединить иглу от системы с помощью иглосъемника и поместить в непрокалываемый контейнер отходов класса «Б»	Выполнить	
69.	Систему для инфузии поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
70.	Убедиться (через 5-7 минут) в отсутствии наружного кровотечения в области венепункции	Сказать	«Через 5-7 минут наружное кровотечение в области венепункции отсутствует»
71.	Поместить одноразовую салфетку с антисептиком, использованную при инъекции, в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
72.	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания	Сказать	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут»
73.	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Сказать	«Помещаем салфетки в емкость для медицинских отходов класса «Б»
74.	Снять перчатки	Выполнить	
75.	Поместить перчатки в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
76.	Снять очки	Выполнить	
77.	Поместить очки в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
78.	Снять медицинскую одноразовую маску	Выполнить	
79.	Поместить маску в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
80.	Обработать руки гигиеническим способом	Выполнить / Сказать	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика
81.	Уточнить у пациента о его самочувствии	Сказать	«Как Вы себя чувствуете? Пациент чувствует себя удовлетворительно»
82.	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации	Выполнить	

Подкожное введение лекарственного препарата

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Выполнить / Сказать	«Здравствуйте! Меня зовут _____ (ФИО)
2.	Попросить пациента представиться	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста». Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Сказать	«Пациент идентифицирован соответствии с листом назначений»
4.	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать	«Вам назначена процедура подкожного введения лекарствен-ного препарата _____ (указать наименование в соответствии с условием)»
5.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«Вы согласны на проведение данной процедуры?» «Пациент согласен на проведение данной процедуры»
6.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«По назначению врача я проведу Введение лекарственного препарата _____(указать наименование в соответствии условием) подкожно в область плеча. Процедура проводится в положении лежа на спине на кушетке или сидя. В течение про-цедуры прошу Вас не шеве-литься и сообщать мне о любых изменениях Вашего состояния»
7.	Уточнить аллергический анамнез у пациента	Сказать	«У вас есть аллергия на данный лекарственный препарат? «У пациента нет аллергии на данный лекарственный препарат»
	Подготовка к процедуре		
8.	Предложить пациенту занять удобное положение на кушетке сидя или лежа	Сказать	«Займите удобное положение лежа на спине или сидя, или я могу вам в этом помочь»
9.	Проверить герметичность упаковки и срок годности одноразового шприца и иглы	Выполнить / Сказать	«Герметичность упаковки одноразового шприца не нарушена. Визуальная целостность упаковки одноразового шприца сохранена. Срок годности соответствует сроку хранения»
10.	Проверить герметичность упаковки и срок годности иглы для инъекции	Выполнить / Сказать	«Герметичность упаковки иглы для инъекций не нарушена. Визуальная целостность упаковки сохранена. Срок годности соответствует сроку хранения»
11.	Проверить герметичность упаковки и срок годности одноразовых спиртовых салфеток	Выполнить / Сказать	«Герметичность упаковки одноразовых спиртовых салфеток не нарушена. Визуальная целос-тность упаковки сохранена. Срок годности соответствует сроку хранения»

12.	Взять упаковку с лекарственным препаратом, сверить его наименование с назначением врача, проверить дозировку, объем и срок годности	Выполнить / Сказать	«Название лекарственного препарата соответствует листу назначений. Дозировка, объем, процентная концентрация лекарственного препарата соответствует листу назначений»
	Выполнение процедуры		
13.	Надеть средства защиты (маску одноразовую)	Выполнить	
14.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки гигиеническим способом
15.	Надеть нестерильные перчатки	Выполнить	
16.	Вскрыть поочередно 4 стерильные упаковки с одноразовыми спиртовыми салфетками и не вынимая из упаковки оставить на манипуляционном столе	Выполнить	
17.	Взять ампулу с лекарственным средством в доминантную руку, чтобы специально нанесенный цветной маркер был обращен к аккредитуемому	Выполнить	
18.	Прочитать на ампуле название препарата, объем и дозировку	Сказать	«Название лекарственного препарата, объем, процентная концентрация и дозировка соответствуют листу назначений»
19.	Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части	Выполнить	
20.	Обработать шейку ампулы первой спиртовой салфеткой	Выполнить	
21.	Обернуть этой же спиртовой салфеткой головку ампулы	Выполнить	
22.	Вскрыть ампулу резким движением пальцев руки "от себя "	Выполнить	
23.	Вскрытую ампулу с лекарственным средством поставить на манипуляционный стол	Выполнить	
24.	Спиртовую салфетку (внутри которой головка ампулы) и упаковку от нее поместить в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
25.	Вскрыть упаковку одноразового стерильного шприца со стороны поршня	Выполнить	
26.	Взяться за рукоятку поршня и обеспечить соединение цилиндра шприца с иглой внутри упаковки (не снимая колпачка с иглы)	Выполнить	
27.	Взять собранный шприц из упаковки, снять колпачок с иглы,	Выполнить	

	придерживая иглу за канюлю		
28.	Поместить колпачок из-под иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
29.	Ввести иглу в ампулу, стоящую на столе и набрать нужное количество препарата, избегая попадания воздуха в цилиндр шприца	Выполнить	
30.	Поместить пустую ампулу в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
31.	Снять двумя пальцами одной руки иглу с цилиндра шприца	Выполнить	
32.	Поместить иглу в непрокалываемый контейнер отходов касса «Б»	Выполнить	
33.	Выложить шприц без иглы на стерильную поверхность упаковки от шприца	Выполнить	
34.	Вскрыть стерильную упаковку иглы для инъекции со стороны канюли и взяв шприц, присоединить шприц к канюле иглы	Выполнить	
35.	Поместить упаковку от иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
36.	Вытеснить воздух из шприца в колпачок до появления первой капли из иглы	Выполнить	
37.	Положить шприц с лекарственным препаратом в упаковку	выполнить	
38.	Попросить пациента освободить от одежды предполагаемое место инъекции	Сказать	«Освободите от одежды область плеча или я могу вам в этом помочь»
39.	Осмотреть и пропальпировать предполагаемое место инъекции	Выполнить	
40	Обработать двукратно место инъекции 2 и	Выполнить	
	3спиртовыми салфетками в одном направлении		
41	Использованные спиртовые салфетки и упаковки поместить в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
42	Снять колпачок с иглы и поместить его в емкость для отходов класса «А»	Выполнить	
43	Собрать кожу пациента в месте инъекции одной рукой в складку треугольной формы основанием вниз	Выполнить	
44	Взять шприц доминантной рукой, придерживая канюлю иглы	Выполнить	

	указательным пальцем, срезом вверх		
45	Ввести иглу со шприцем быстрым движением под углом 45° на 2/3 ее длины	Выполнить	
46	Медленно ввести лекарственный препарат в подкожную жировую клетчатку	Выполнить	
47	Извлечь иглу, прижать к месту инъекции 4 спиртовую салфетку, не отрывая руки с салфеткой, слегка помассировать место введения лекарственного препарата	Выполнить	
	Завершение процедуры		
48	Поместить спиртовую салфетку, использованную при инъекции, в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
49	Отсоединить иглу от шприца с помощью иглосъемника и поместить в непрокалываемый контейнер отходов класса «Б»	Выполнить	
50	Шприц в неразобранном виде поместить в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
51	Упаковку от шприца и упаковку от салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
52	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	Сказать	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут»
53	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Сказать	Поместить использованные салфетки в емкость для медици-нских отходов класса «Б»
54	Снять перчатки	Выполнить	
55	Поместить перчатки в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
56	Снять медицинскую одноразовую маску	Выполнить	
57	Поместить маску в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
58	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки гигиеническим способом
59	Уточнить у пациента о его самочувствии	Сказать	«Как Вы себя чувствуете? Пацие Пациент чувствует себя удовлетворительно»
60	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Письменный стол
2. Стул
3. Фантом верхней конечности для подкожной инъекции
4. Манипуляционный стол
5. Кушетка медицинская
6. Емкость- контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»
7. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»
8. Емкость-контейнер с крышкой для сбора острых отходов класса «Б»
9. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета
10. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета
11. Шприц инъекционный однократного применения в объеме от 1 до 5 мл., в комплекте с иглой (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого).
12. Игла инъекционная однократного применения длина 15 мм; (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
13. Салфетка с антисептиком одноразовая (из расчета 4 шт. на одну попытку аккредитуемого)
14. Ампула с лекарственным препаратом с нанесенным цветным маркером для вскрытия в оригинальной заводской упаковке (из расчета 1 мл на одну попытку аккредитуемого)
15. Перчатки медицинские нестерильные 1 шт
16. Маска для лица 3-хслойная медицинская одноразовая нестерильная (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
17. Формы медицинской документации: лист назначения 1 шт
18. Шариковая ручка с синими чернилами для заполнения аккредитуемым медицинской документации (из расчета 1 шт на все попытки аккредитуемого)
19. Аптечка Анти-ВИЧ и укладка экстренной медицинской помощи (достаточно имитации в виде фото)

Постановка очистительной клизмы

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1.	Установить контакт с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Сказать	«Здравствуйте! Меня зовут _____ (ФИО). Вам необходимо провести процедуру постановки очистительной клизмы
2.	Идентифицировать пациента (попросить пациента представиться, чтобы сверить с медицинской документацией)	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста»
3.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» проговорить «возражений пациента на выполнение процедуры нет»
4.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«Объясняю пациенту ход и цель выполняемой процедуры»
	Подготовка к проведению процедур		
5.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываю руки гигиеническим способом»

6.	Надеть непромокаемый фартук и нестерильные перчатки	Выполнить	
7.	Проверить герметичность упаковки, целостность и срок годности кружки Эсмарха	Выполнить/ сказать	
8.	Проверить температуру воды в емкости (кувшине) (23-25ºС) при помощи водного термометра	Выполнить	
9.	Вскрываем упаковку с одноразовой кружкой Эсмарха. Упаковку помещаем в емкость для отходов класса «А»	Выполнить	
10.	Перекрыть гибкий шланг кружки Эсмарха краником (зажимом) и наполнить водой в объеме 1200-1500 мл	Выполнить	
11.	Подвесить кружку Эсмарха на подставку, открыть краник (зажим), слить немного воды через наконечник в лоток, чтобы вытеснить воздух, закрыть краник (зажим)	Выполнить	
12.	Смазать наконечник лубрикантом методом полива над лотком	Выполнить	
13.	Уложить пациента на левый бок на кушетку с оголенными ягодицами	Сказать	«Помогаю пациенту лечь на левый бок»
14.	Положить под область крестца пациента одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую)	Выполнить	
15.	Попросить пациента согнуть ноги в коленях и слегка подвести к животу	Сказать	«Прошу пациента согнуть ноги в коленях и слегка подвести к животу»
	Выполнение процедуры		
16.	Развести одной рукой ягодицы пациента	Выполнить	
17.	Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку на 3-4 см по направлению к пупку, а далее вдоль позвоночника до 10-12 см	Выполнить/ сказать	«Ввожу наконечник в прямую кишку на 3-4 см по направлению к пупку, а далее вдоль позвоночника до 10-12 см»
18.	Уточнить у пациента его самочувствие	Сказать	«Как Вы себя чувствуете?»
19.	Открыть краник (зажим) и убедиться в поступлении жидкости в кишечник	Выполнить/ сказать	«Открываю краник и убеждаюсь в поступлении жидкости в кишечник
20.	Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом, задать	Сказать	«Прошу пациента рассла-биться и медленно подышать животом» «Есть ли у Вас неприятные ощущения в

	вопрос о возможном наличии неприятных ощущений		области живота?»
21.	Закрыть краник (зажим) после введения жидкости и, попросив пациента сделать глубокий вдох, осторожно извлечь наконечник через гигиеническую салфетку	Выполнить/ сказать	«Сделайте глубокий вдох»
22.	Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5-10 мин., после чего опорожнить кишечник	Сказать	«Задержите воду в кишечнике на 5-10 минут, после чего опорожните кишечник»
	Завершение процедуры		
23.	Кружку Эсмарха и использованную салфетку поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
24.	Попросить пациента встать	Сказать	«Встаньте, пожалуйста, и пройдите в туалет»
25.	Убрать одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую) методом скручивания и поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
26.	Использованный лоток дезинфицировать методом полного погружения	Сказать	«Использованный лоток дезинфицируем методом пол-ного погружения»
27.	Снять фартук и перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
28.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываю руки гигиеническим способом»
29.	Уточнить у пациента его самочувствие	Сказать	«Как Вы себя чувствуете?»
30.	Сделать запись о результатах процедуры в медицинской документации	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Письменный стол
2. Стул
3. Фантом ягодиц с возможностью проведения очистительной клизмы и постановки газоотводной трубки
4. Манипуляционный стол
5. Кушетка медицинская
6. Емкость- контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»
7. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б» 8. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого

(кроме желтого и красного) цвета

9. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета

10. Лубрикант
11. Стойка-штатив для фиксации кружки Эсмарха
12. Емкость (кувшин) с водой температуры 23-25°С
13. Водный термометр
14. Ёмкость для сбора воды из фантома
15. Фартук медицинский одноразовый нестерильный
16. Одноразовая впитывающая пеленка
17. Кружка Эсмарха одноразовая
18. Лоток нестерильный
19. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
20. Формы медицинской документации: лист назначения (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
21. Шариковая ручка с синими чернилами для заполнения аккредитуемым медицинской документации (из расчета 1 шт на все попытки аккредитуемого)

Постановка газоотводной трубки

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1.	Установить контакт с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Сказать	«Здравствуйте! Меня зовут _____ (ФИО) Вам необхо-димо провести процедуру постановки газоотводной трубки»
2.	Идентифицировать пациента (попросить пациента представиться, чтобы сверить с историей болезни)	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста»
3.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«У Вас нет возражений на выполнение данной проце-дуры?» проговорить «возражений пациента на выполнение процедуры нет»
4.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«Объясняю ход и цель процедуры»
5.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываю руки гигиеническим способом»
6.	Надеть нестерильные перчатки	Выполнить	
7.	Помочь пациенту лечь на левый бок, слегка привести ноги к животу	Сказать	«Помогаю пациенту лечь на левый бок, слегка привести ноги к животу
8.	Подложить под пациента одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую)	Выполнить	
9.	Поставить рядом с пациентом (на постель возле ягодиц) судно с небольшим количеством воды	Выполнить	
10.	Взять упаковку со стерильной газоотводной трубкой, оценить срок годности, убедиться в целостности упаковки	Выполнить / Сказать	«Целостность упаковки не на Срок годности соответствует сроку хранения»
11.	Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой	Выполнить	
12.	Поместить упаковку в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	

13.	Закруглённый конец трубки смазать лубрикантом (имитация вазелина) на протяжении 30 см методом полива над лотком и оставить трубку над лотком	Выполнить	
14.	Приподнять одной рукой ягодицу, и другой рукой осторожно ввести газоотводную трубку на 3-4 см по направлению к пупку, далее на 15-20 см по ходу кишечника параллельно позвоночнику	Выполнить / сказать	«Ввожу газоотводную трубку на 3-4 см по направлению к пупку, далее на 15-20 см по ходу кишечника»
15.	Уточнить у пациента его самочувствие	Сказать	«Как Вы себя чувствуете?»
16.	Опустить свободный конец трубки в судно с водой. Оставить трубку в кишечнике не более одного часа до полного отхождения газов	Выполнить / сказать	«Оставляю трубку в кишечнике не более одного часа до полного отхождения газов»
17.	Накрыть пациента простынёй или одеялом. При выполнении процедуры необходимо контролировать отхождение газов и самочувствие пациента каждые 15 минут	Сказать	«Накрываю пациента простынёй или одеялом. При выполнении процедуры контролирую отхождение газов и самочувствие пациента каждые15 минут»
18.	Уточнить у пациента его самочувствие	Сказать	«Как Вы себя чувствуете?»
19.	После полного отхождения газов извлекаем газоотводную трубку через сухую нестерильную салфетку	Выполнить	
20.	Поместить использованную газоотводную трубку в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
21.	Обработать прианальное пространство гигиенической влажной салфеткой	Выполнить	
22.	Поместить использованную салфетку в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
23.	Поместить судно на подставку	Выполнить	
24.	Убрать пеленку методом скручивания и поместить ее в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
25.	Снять перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
26.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываю руки гигиеническим способом»
27.	Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинскую документацию	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Модель-муляж для постановки газоотводной трубки 2. Кушетка медицинская

смотровая

3. Манипуляционный стол.
4. Судно медицинское подкладное
5. Вазелин медицинский
6. Трубка газоотводная
7. Табличка с надписью объекта имитации: «клизменная комната лечебного отделения медицинской организации»
8. Кожный антисептик для обработки рук (из расчета 5 мл на одного слушателя)
9. Шпатель одноразовый стерильный в упаковке
10. Салфетки марлевые нестерильные в упаковке
11. Перчатки медицинские нестерильные в упаковке Пеленка ламинированная (впитывающая) одноразовая нестерильная
12. Простыня одноразовая нестерильная (из расчета 1 шт. на одну попытку)
13. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А».
14. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б».
15. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А» любого цвета, кроме желтого и красного.
16. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б» желтого цвета.
17. Шариковая ручка с синими чернилами для заполнения слушателем медицинской документации.
18. Формы медицинской документации: - медицинская карта пациента (форма 003/У) лист назначения журнал учета процедур

Уход за постоянным мочевым катетером Фолея (у мужчины)

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1.	Поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Выполнить / Сказать	«Здравствуйте! Я медицинская сестра. Меня зовут_ (ФИО)»
2.	Попросить пациента представиться	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Сказать	«Пациент идентифицирован соответствии с листом назначений
4.	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать	«Вам необходимо провести процедуру по уходу за постоянным мочевым катетером»
5.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«Вам назначена процедура ухода за постоянным мочевым катетером с целью профилактики возможного инфицирования. Для проведения процедуры необходимо принять положение лежа на спине с отведенными и разведенными бедрами. Вам будет проведена обработка наружной части катетера антисептическим раствором»
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного	Сказать	«Вы согласны на выполнение данной процедуры?»

	согласия на предстоящую процедуру		Ответ: «Пациент согласен на Выполнение данной процедуры»
	Подготовка к проведению процедуры		
7.	Убедиться, что пациент находится в горизонтальном положении на кровати с опущенным изголовьем положении лежа на спине	Сказать	«Пациент находится в горизонтальном положении на кровати с опущенным изголовьем положении лежа на спине»
8.	Положить под область крестца пациента одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую)	Выполнить	
9.	Предложить или помочь пациенту принять положение лежа на спине с согнутыми в коленях ногами и слегка разведенными в тазобедренных суставах	Сказать	«Согните ноги в коленях и разведите бедра или я могу Вам в этом помочь»
10.	На манипуляционном столе подготовить лоток с уже приготовленными стерильными – салфеткой, пропитанной антисептическим раствором и сухой салфеткой.	Сказать	«Лоток с приготовленными для обработки стерильными салфетками находится на манипуляционном столе»
11.	Надеть непромокаемый фартук.	Выполнить	
12.	**Выполнение процедуры**		
13.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки гигиеническим способом»
14.	Надеть нестерильные перчатки	Выполнить	
15.	Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем	Сказать	«Вымыли промежность водой с жидким мылом и просушили полотенцем»
16.	Взять доминантной рукой из лотка салфетку, пропитанную антисептиком и движениями в одном направлении обработать проксимальный конец катетера от наружного отверстия мочеиспускательного канала к лобку на расстоянии 10 см	Выполнить/ Сказать	«Обрабатываю проксимальный конец катетера салфеткой с антисептиком в одном направлении от наружного отверстия мочеиспускательного канала к лобку на расстоянии 10 см»
17.	Использованную салфетку поместить в емкость для отходов класса Б	Выполнить	
18.	Взять доминантной рукой из лотка сухую стерильную салфетку и движениями в одном напавлении просушить проксимальный конец катетера от наружного отверстия мочеиспускательного канала к лобку на расстоянии 10 см	Выполнить/ Сказать	«Просушиваю проксимальный конец катетера сухой стерильной салфеткой в одном направлении от наружного отверстия мочеиспускательного канала к лобку на расстоянии 10 см»
19.	Использованную салфетку поместить в емкость для отходов класса Б	Выполнить	
20.	Осмотреть область уретры вокруг катетера; убедиться, что моча не подтекает.	Сказать	«Моча из уретры не подтекает»

21.	Визуально оценить состояние кожи промежности на наличие признаков инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое)	Сказать	«Признаки инфекции не обнаружены. Отсутствуют гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое»
22.	Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута	Выполнить/ Сказать	«Фиксация катетера к бедру не нарушена. Проксимальный конец катетера не натянут»
23.	Визуально оценить состояние системы «катетер – дренажный мешок», проверить отсутствие скручивания трубок системы	Выполнить/ Сказать	«Дренаж мочи из мочевого пузыря по системе не нарушен. Трубки системы не скручены»
24.	Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже её плоскости	Выполнить/ Сказать	«Дренажный мешок закреплен плоскости кровати
25.	**Завершение процедуры**		
26.	Извлечь одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую) методом скручивания	Выполнить	
27.	Утилизировать одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую) в емкость для отходов класса Б	Выполнить	
28.	Повергнуть лоток дезинфекции м погружения в маркированную емкость с дезраствором	Сказать	«Лоток обрабатываю методом полного погружения в маркированную емкость с дезраствором»
29.	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	Сказать	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут»
30.	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Сказать	«Салфетки помещаю в емкость для мед. отходов класса «Б»
31.	Снять фартук и поместить его в емкость для медицинских отходов класса «Б	Выполнить	
32.	Снять перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
33.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика
34.	Узнать у пациента его самочувствие	Сказать	«Как Вы себя чувствуете? Пациент чувствует себя удовлетворительно»
35.	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в лист назначений	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Письменный стол
2. Стул
3. Манипуляционный столик
4. Кушетка медицинская

5. Тренажер мужчины для катетеризации мочевого пузыря с установленным и зафиксированным лейкопластырем постоянным мочевым катетером (или манекен по уходу многофункциональный)
6. Пеленка одноразовая впитывающая 1 шт
7. Салфетка марлевая нестерильная (размер 110х125 мм) 1 шт
8. Салфетки марлевые стерильные 1 шт
9. Лоток нестерильный
10. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
11. Фартук медицинский одноразовый нестерильный
12. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»
13. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б» желтого цвета
14. Формы медицинской документации: лист назначения

Уход за назогастральным зондом

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Выполнить / Сказать	«Здравствуйте! Меня зовут ___(ФИО)
2	Попросить пациента представиться	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста». Как я могу к Вам обращаться?»
3	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Сказать	«Пациент идентифицирован в соответствии с листом назначений
4	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать	«Вам необходимо провести процедуру ухода за назогастральным зондом»
5	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«Вы согласны на проведение данной процедуры?» «Пациент согласен на проведение данной процедуры»
6	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«По назначению врача я проведу Уход за назогастральным зондом. В течение процедуры прошу Вас не шевелиться и сообщать мне о любых изменениях Вашего состояния»
	Подготовка процедуры		
7	На манипуляционном столе подготовить нестерильный лоток, одноразовый стерильный шприц 20 мг в упаковке, марлевые салфетки нестерильные, салфетку антисептическую в упаковке, флакон с физиологическим раствором, фонендоскоп	Выполнить/ сказать	«Готовим на манипуляционном столе нестерильный лоток, одноразовый стерильный шприц 20 мг в упаковке, марлевые салфетки нестерильные, салфетку антисептическую в упаковке, флакон с физиологическим раствором, фонендоскоп»
8	Проверить срок годности одноразового шприца	Вып. Сказать	«Срок годности соответствует сроку хранения»
9	Проверить герметичность упаковки одноразового шприца	Выполнить/ Сказать	«Герметичность упаковки одноразового шприца не наруше-на. Визуальная целостность упаковки одноразового шприца сохранена»
10	Проверить герметичность упаковки одноразовой антисептической	Выполнить/	«Герметичность упаковки одноразовой антисептической салфетки не

	салфетки	Сказать	нарушена. Визуальная целостность упаковки одноразового шприца сохранена
11	Проверить срок годности антисептической салфетки	Вып. Сказать	«Срок годности соответствует сроку хранения»
12	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика
13	Надеть нестерильные перчатки	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
14	Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавливания	Выполнить Сказать	«Осматриваю место введения зонда Признаков раздражения или сдавления нет
15	Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке	Сказать	Откройте пожалуйста рот» «Проговорить «контролирую нахождение зонда в глотке»
16	Вскрыть упаковку со стерильным шприцем, упаковку от шприца поместить в емкость для медицинских отходов класса А	Выполнить	
17	Набрать в шприц 20 мл воздуха	Выполнить	
18	Присоединить шприц к назогастральному зонду	Выполнить	
19	Вставить оливы фонендоскопа в уши и приложить мембрану к области эпигастрия	Выполнить	
20	Ввести воздух в зонд, одновременно выслушивая в эпигастральной области булькающие звуки	Выполнить Сказать	«Слышу булькающие звуки, зонд находится в желудке»
21	Отсоединить шприц от зонда и поместить его в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
22	Положить фонендоскоп на манипуляционный стол	Выполнить	
23	Увлажнить марлевые салфетки физиологическим раствором путем полива над лотком	Выполнить	
24	Увлажненными марлевыми салфетками очистить наружные носовые ходы вращательными движениями	Выполнить	
25	Поместить использованные салфетки в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
26	Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта с помощью увлажненных марлевых салфеток	Сказать	«С помощью увлажненных марлевых салфеток каждые 4 часа выполнять уход за полостью рта»
27	Оценить состояние лейкопластыря, фиксирующего зонд, при необходимости произвести замену	Сказать	«Меняю пластырь, если он отклеился, или загрязнен»

	пластыря		
	Завершение процедуры		
28	Вскрыть салфетку с антисептиком и обработать мембрану фонендоскопа салфеткой с антисептиком	Выполнить	
29	Поместить использованную салфетку в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
30	Поместить упаковку от использованной салфетки в емкость для медицинских отходов класса «А»		
31	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	Сказать	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 мин.»
32	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Сказать	«Салфетки помещаю в емкость для мед. отходов класса «Б»
33	Снять перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
34	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика
35	Уточнить у пациента его самочувствие	Сказать	«Как Вы себя чувствуете? Пациент чувствует себя удовлетворительно
36	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинскую документацию	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Фантом головы с возможностью постановки назогастрального зонда
2. Манипуляционный стол
3. Емкость- контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»
4. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»
5. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета
8. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета.
9. Шприц однократного применения 20 мл., в комплекте с иглой 1 шт
10. Салфетка с антисептиком одноразовая 1 шт.
11. Фонендоскоп
12. Лоток нестерильный
13. Салфетка марлевая нестерильная (размер 110х125 мм)
14. Лейкопластырь медицинский на тканевой основе
15. Флакон с 0,9% раствором натрия хлорида (изотонический раствор)
16. Перчатки медицинские нестерильные
17. Маска для лица 3-хслойная медицинская одноразовая нестерильная (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
18. Формы медицинской документации: лист назначения 1 шт
19. Аптечка Анти-ВИЧ и укладка экстренной медицинской помощи

Пособие по смене постельного белья тяжелобольному (продольным способом)

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Сказать	«Здравствуйте! Я постовая мед. сестра ……отделения. Меня зовут ___ (ФИО)»
2	Попросить пациента представиться	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3	Сверить ФИО пациента с мед. док-ей	Сказать	«Пациент идентифицирован»
4	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать	«Вам назначена процедура «Смена постельного белья»
5	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«Вы согласны на выполнение данной процедуры? – Пациент согласен на проведение данной процедуры»
6	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«Данная процедура необходима для создания комфорта, проф-илактики пролежней, соблюде-ния личной гигиены пациента»
	Подготовка процедуры		
7	Подготовить манипуляционный столик с комплектом чистого белья (простынь, наволочка, пододеяльник)	Сказать	«Подготовили манипуляцио-нный столик с комплектом чистого белья (простынь, наволочка, пододеяльник)»
8	Закрепить тормоза кровати	Вып.	
9	Убедиться в отсутствии лишних предметов на кровати и вокруг кровати	Выполнить/ Сказать	«Лишних предметов на кровати и вокруг кровати нет»
10	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки гигиеническим способом»
11	Надеть нестерильные перчатки	Вып.	
12	Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляции в соответствии с ростом мед. сестры	Сказать	«Нижний край кровати соответствует средней трети бедра мед.сестры»
13	Привести кровать в горизонтальное положение	Сказать	«Приводим кровать в горизонтальное положение»
14	Уточнить у пациента его самочувствие после отрегулирова-ния высоты кровати	Сказать	«Как Вы себя чувствуете?» - Пациент чувствует себя удовлетворительно
15	Опустить боковые поручни кровати со стороны медицинской сестры	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
16	Осторожно вынуть подушку из-под головы пациента	Выполнить	
17	Поднять боковые поручни со стороны медицинской сестры	Выполнить	
18	Сменить наволочку на подушке. Подушку положить на стул	Выполнить	
19	Грязную наволочку поместить в мешок для грязного белья.	Выполнить	

20	Опустить боковые поручни со стороны медицинской сестры	выполнить	
21	Вынуть одеяло из пододеяльника. Одеяло сложить и положить на стул	Выполнить	
22	Накрыть пациента пододеяльником на время смены белья	Выполнить	
23	Повернуть пациента на бок по направлению к себе	Выполнить	
24	Поднять боковые поручни со стороны медицинской сестры.	Выполнить	
25	Перейти на другую сторону, переместив манипуляционный столик	Выполнить	
26	Опустить боковой поручень со стороны медицинской сестры	Выполнить	
27	Скатать валиком грязную просты-ню, положить этот валик под спину пациенту (если белье сильно загрязнено, то на валик положить пеленку)	Выполнить/ сказать	
28	Положить сложенную вдвое чистую простыню на свободную сторону постели	Выполнить	
29	Заправить чистую простынь под матрас с противоположной от пациента стороны	Выполнить	
30	Помочь пациенту перекатиться через валик на чистую сторону на бок	Выполнить	
31	Уточнить у пациента о его самочувствии	Сказать	«Как Вы себя чувствуете?» - Пациент чувствует себя удовлетворительно
32	Поднять боковой поручень со стороны медицинской сестры.	Выполнить	
33	Перейти на другую сторону, манипуляционный столик	Выполнить	
34	Опустить боковой поручень со стороны медицинской сестры	Выполнить	
35	Скатать грязную простыню и положить ее в мешок для белья.	Выполнить	
36	Расправить чистую простыню.	Выполнить	
37	Заправить чистую простынь под матрас	Выполнить	
38	Расстелить чистый пододеяльник поверх грязного, вставить одеяло.	Выполнить	
39	Накрыть пациента одеялом, извлекая грязный пододеяльник, которым он был укрыт по направлению к ногам.	Выполнить	
40	Поместить грязный пододеяльник в мешок для грязного белья	Выполнить	
41	Удобно расположить пациента в постели. Осторожно поместить	Выполнить	

	подушку обратно.		
42	Уточнить у пациента о его самочувствии	Сказать	«Как Вы себя чувствуете?» - Пациент чувствует себя удовлетворительно
43	Поднять боковой поручень со стороны медицинской сестры	Выполнить	
	Завершение процедуры		
44	Обработать поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками. Салфетки поместить в емкость для отходов класса «Б»	Сказать	«Обрабатываем поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно методом протирания с инт-лом в 15 мин.
45	Снять перчатки	Выполнить	
46	Поместить перчатки в отходы класса Б	Выполнить	
47	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки гигиеническим способом»
48	Уточнить у пациента о его состоянии	Сказать	«Как Вы себя чувствуете?» - Пациент чувствует себя удовлетворительно
49	Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской карте стационарного больного (003–У)	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Манекен по уходу многофункциональный (Статист)
2. Манипуляционный стол
3. Кровать функциональная
4. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»
5. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета.
6. Тележка для сбора грязного белья с мешком
7. Постельные принадлежности: одеяло, подушка, простынь, наволочка, пододеяльник
8. Комплект чистого белья (простынь, наволочка, пододеяльник) (из расчета 1 комплект на одну попытку аккредитуемого).
9. Салфетки дезенфицирующие 2 шт Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого).
10. Формы медицинской документации: лист назначения (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)

Применение пузыря со льдом

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1.	Установить контакт с пациентом: Поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Сказать	«Здравствуйте! Я медицинская сест Меня зовут_ (ФИО)»
2.	Попросить пациента представиться	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Вып. Сказать	«Пациент идентифицирован в соответствии с листом назначений
4.	Сообщить пациенту о назначении	сказать	«Вам необходимо провести процедуру

	врача		постановки пузыря со льдом»
5.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«Вам назначена процедура постановки пузыря со льдом. Для проведения процедуры необходимо принять положение лежа на спине»
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«Вы согласны на выполнение данной процедуры?» Ответ: «Пациент согласен на Выполнение данной процедуры»
	Подготовка к процедуре		
7.	Предложить или помочь пациенту занять удобное положение лежа на спине на кровате, и освободить от одежды нужный участок тела.	Сказать	«Займите, пожалуйста, удобное положение, лежа на спине и освободите от одежды нужный участок тела»
8.	Обработать руки гигиеническим способом.	Сказать	«Обрабатываем руки гигиеническим способом»
9.	Надеть нестерильные медицинские перчатки	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
10.	Положить пузырь на гори поверхность манипуляционного стола	Выполнить	
11.	Проверить температуру воды в емкости (+14-16ºС) при помощи водного термометра	выполнить/ сказать	«Температура воды в емкости (+14-16ºС)»
12.	Наполнить пузырь кусочками льда (имитация) из контейнера, добавить воды температурой +14-16°С	Сказать	«Наливаю в лоток холодную воду, контролируя температуру воды водным термометром, Т воды – 14 -16 С»
13.	Слегка надавливая, вытеснить воздух, закрутить крышку пузыря	Выполнить	
14.	Проверить герметичность пузыря со льдом, перевернув над лотком	Вып./ Сказать	«Герметичность пузыря сохранена»
15.	Осушить пузырь со льдом с нестерильной салфеткой	выполнить	
16.	Поместить использованную салфетку в емкость для отходов класса А	Выполнить	
17.	Обернуть пузырь со льдом одноразовой пеленкой и положить на нужный участок тела на 20 мин.	Выполнить/ Сказать	«Оборачиваем пузырь со льдом пеленкой и ставим на 20 минут на нудный участок тела»
18.	Пузырь со льдом можно держать длительное время, но через каждые 20 минут необходимо делать перерывы по 15-20 минут.	Сказать	«При длительном применении через каждые 20 минут необходимо делать перерывы по 15-20 минут.»
19.	По мере таяния льда воду сливать и добавлять кусочки льда.	Сказать	«По мере таяния льда воду сливать и добавлять кусочки льда
20.	Контролировать состояние пациента, степень влажности пеленки.	Сказать	«Наблюдаю за состоянием пациен-та, степень влажности пеленки.
21.	Снять пузырь со льдом с тела пациента	Выполнить	
22.	Поместить одноразовую пеленку в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	

23.	Салфеткой осушить кожу пациента.	Выполнить	
	Завершение процедуры		
24.	Поместить салфетку в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
25.	Вылить воду из пузыря в раковину.	Сказать	Вылить воду из пузыря
26.	Обработать пузырь методом двукратного протирания салфеткой с дезинфицирующим раствором с интервалом 15 минут.	Сказать	«Обрабатываем пузырь для льда дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут
27.	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Сказать	«Салфетки помещаю в емкость для мед. отходов класса «Б»
28.	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дез. салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	Сказать	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола Дез. салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут»
29.	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Сказать	«Салфетки помещаю в емкость для мед. отходов класса «Б»
30.	Снять перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
31.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика.
32.	Узнать у пациента его самочувствии	Сказать	«Как Вы себя чувствуете? Пациент чувствует себя удовлетворительно»
33.	Сделать запись о выполненной процедуре в листе назначений	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Письменный стол
2. Стул
3. Манипуляционный стол
4. Кушетка медицинская
5. Маникен по уходу многофункциональный
6. Нестерильные перчатки (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
7. Резиновый медицинский пузырь для льда
8. Пеленка одноразовая впитывающая (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
9. Салфетка марлевая нестерильная (из расчета 2 шт на одну попытку аккредитуемого)
10. Емкость (кувшин) с водой температуры 14-16°С
11. Водный термометр
12. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»
13. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»
14. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета
15. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета
16. Формы медицинской документации: лист назначения (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
17. Шариковая ручка с синими чернилами для заполнения аккредитуемым медицинской документации (из расчета 1 шт на все попытки аккредитуемого)

Измерение артериального давления

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1.	Проверить исправность прибора для измерения артериального давления в соответствии с инструкцией по его применению.	Сказать	«Прибор для измерения артериального давления исправен, готов к применению» стетофонендоскоп находится в рабочем состоянии
2.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Сказать	«Здравствуйте! Я постовая медицинская сестра ____ отделения. Меня зовут ___ (ФИО)»
3.	Попросить пациента представиться	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
4.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Сказать	«Пациент идентифицирован в соответствии с медицинской картой стационарного больного (003-У)»
5.	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать	«Вам назначена процедура «Измерения артериального давления
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«Вы согласны на выполнение данной процедуры? – Пациент согласен на проведение данной процедуры»
7.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«Контроль артериального давления необходим для определения дальнейшей тактики»
	Подготовка к процедуре		
8.	Накрыть кушетку одноразовой простыней	Выполнить	
9.	Предложить (помочь) пациенту занять удобное положение на кушетке лежа на спине нижние конечности не скрещены, руки разогнуты	Сказать	«Вам необходимо лечь удобно или я могу Вам в этом помочь, ноги и руки выпрямить. Во время проведения процедуры не разговаривать, не делать резких движений»
10.	Проверить герметичность упаковки одноразовой антисептической салфетки	Выполнить/ Сказать	«Герметичность упаковки одноразовой антисептической салфетки не нарушена. Визуальная целостность упаковки одноразового шприца сохранена»
11.	Проверить срок годности антисептической салфетки	Вып./ Сказать	«Срок годности соответствует сроку хранения»
12.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки гигиеническим способом»
13.	Надеть нестерильные перчатки	выполнить	
14.	Освободить от одежды руку пациента выше локтевого сгиба,	Вып./ сказать	«Освободите от одежды руку выше локтевого сгиба или я могу Вам помочь»
15.	Расположить руку пациента на уровне сердца ладонью вверх	Выполнить	
16.	Определить размер манжеты	Сказать	«Размер манжеты соответствует

			обхвату плеча пациента»
	Выполнение процедуры		
17.	Наложить манжету прибора для измерения артериального давления (тонометра) на плечо пациента	Выполнить	
18.	Проверить, что между манжетой и поверхностью плеча помещается два пальца	Выполнить	
19.	Убедиться, что нижний край манжеты располагается на 2,5 см выше локтевой ямки	Выполнить/ сказать	«Нижний край манжеты располагается на 2,5 см выше локтевой ямки»
20.	Поставить два пальца левой руки на предплечье в области лучезапястного сустава в месте определения пульса	Выполнить/ сказать	«Определяю пульс на лучевой артерии
21.	Другой рукой закрыть вентиль груши прибора для измерения артериального давления (тонометра)	Выполнить	
22.	Произвести нагнетание воздуха грушей прибора для измерения артериального давления (тонометра) до исчезновения пульса в области лучезапястного сустава	Выполнить	
23.	Зафиксировать показания прибора для измерения артериального давления (тонометра) в момент исчезновения пульса в области лучезапястного сустава	Сказать	«Нагнетаю воздух до исчезновения пульса. В момент исчезновения пульса артериальное давление равно ….(называе показатель давления)»
24.	Спустить воздух из манжеты прибора для измерения артериального давления (тонометра)	Выполнить	
25.	Мембрану стетофонендоскопа поместить у нижнего края манжеты над проекцией локтевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к поверхности тела	Выполнить	
26.	Повторно накачать манжету прибора для измерения артериального давления (тонометра) до уровня, превышающего полученный результат при пальцевом измерении по пульсу на 30 мм рт.ст.	Выполнить/сказать	«Накачиваю манжету на 30 мм рт. ст выше предыдущего показателя»
27.	Сохраняя положение стетофонендоскопа, медленно спустить воздух из манжеты	Выполнить	
28.	Фиксировать по шкале на приборе для измерения артериального давления (тонометре) появление первого тона Короткова – это значение систолического давления	Выполнить/сказать	«Систолическое давление равно…..,….(называет показатели давления)»
29.	Фиксировать по шкале на приборе для измерения артериального давления (тонометре) прекращение громкого последнего тона	Выполнить/сказать	«Диастолическое давление равно….(называет показатели давления)»

	Короткова – это значение диастолического давления		
30.	Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона	Выполнить/сказать	«Убеждаюсь в полном исчезновении тонов…»
31.	Выпустить воздух из манжеты	Выполнить	
32.	Снять манжету прибора для измерения артериального давления (тонометра) с руки пациента	Выполнить	
33.	Сообщить пациенту результат измерения артериального давления	Сказать	«Ваше артериальное давление равно…» (называет показатели давления)
34.	Уточнить у пациента о его самочувствии	Сказать	«Как вы себя чувствуете?». «Пациент чувствует себя удовлетворительно»
35.	Помочь пациенту подняться с кушетки	Сказать	«Можно вставать. Нужна ли Вам моя помощь?
	Завершение процедуры		
36.	Вскрыть упаковку и извлечь из нее салфетку с антисептиком одноразовую	Выполнить	
37.	Утилизировать упаковку салфетки с антисептиком одноразовой в ёмкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
38.	Обработать (протереть) мембрану и оливы стетофонендоскопа салфет-кой с антисептиком одноразовой	Выполнить	
39.	Утилизировать салфетку с антисептиком одноразовую в ёмкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
40.	Утилизировать одноразовую простынь в ёмкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
41.	Снять перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
42.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки гигиеническим способом»
43.	Записать результаты в мед. карту пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях (форма 003/у)	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Письменный стол
2. Стул

3. Манекен по уходу многофункциональный
4. Кушетка медицинская
5. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»
6. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б» 7. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета
8. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета
9. Простынь одноразовая (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
10. Тонометр механический
11. Стетофонендоскоп
12. Салфетка с антисептиком одноразовая (из расчета 1 шт. на одну попытку аккредитуемого)
13. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 мл на одну попытку аккредитуемого)
14. Формы медицинской документации: лист назначения (из расчета 1 мл на одну попытку аккредитуемого)
15. Шариковая ручка с синими чернилами для заполнения аккредитуемым медицинской документации (из расчета 1 мл на все попытки аккредитуемого)

Правила исследования пульса и его характеристика. Понятие дефицита пульса.

Пульс – это толчкообразные колебания стенок сосудов, которые возникают при движении крови, выталкиваемой сердцем исследуют пульс в местах поверхностного расположения артерий. Чаще всего его прощупывают на лучевой артерии. Если исследование пульса на лучевой артерии затруднено (гипсовая по вязка, ожоги), то возможно определение его на сонной, бедренной, височной артериях и др. Характеристики пульса: ритм, частота, наполнение, напряжение, величина. Ритм – это временной промежуток между пульсовыми волнами. Если они одинаковые, то пульс ритмичный; если разные – то аритмичный. Частота – это количество пульсовых волн в 1 мин. В норме у взрослого человека – 60-80 ударов в минуту. Если частота пульса менее 60 ударов в минуту, это брадикардия, если более 80 – тахикардия. У доношенных новорожденных в норме – 120-140 ударов в минуту, у недоношенных – 140-160, в возрасте 1 года – 110-120 ударов в минуту. Наполнение пульса определяется по силе, с которой необходимо прижать лучевую артерию для того, чтобы ощутить пульсовую волну. Пульс полный, если прилагаемые усилия невелики; пульс пустой, если сила прижатия больше. Наполнение зависит от нагнетательной функции сердца, тонуса сосудов и количества выбрасываемой сердцем крови. Напряжение пульса определяется по силе, с которой надо прижать лучевую артерию до прекращения пульсации. В зависимости от силы прижатия выделяют пульс твердый (напряженный), умеренный и мягкий. Величина пульса зависит от наполнения и напряжения. При хорошем наполнении и напряжении говорят о большом пульсе, при слабом наполнении и напряжении пульс считается малым. Ритмичный пульс можно подсчитать за 1/2 мин, умножив затем полученные данные на 2. При аритмичном пульсе проводят исследование на обеих руках в течение 1 мин, затем данные складывают и делят на 2.

Приготовьте:

– секундомер;
– лист наблюдений.

Технология

Исследование пульса на лучевой артерии:

1. Больной должен быть спокоен, рука находится в расслабленном состоянии.

2. Захватите кисть пациента выше лучезапястного сустав так, чтобы ваш большой палец находился с локтевой стороны, а остальные пальцы – с ладонной стороны.

3. Прижмите лучевую артерию 2, 3, 4 пальцами к лучевой кости и найдите место пульсации.

4. Определите все характеристики пульса.

5. Занесите данные в лист наблюдений.

Дефицит пульса – меньшая по сравнению с частотой сердечных сокращений частота пульса; наблюдается при мерцательной аритмии и экстрасистолии в связи с гемодинамической неэффективностью некоторых сокращений сердца.

Технология измерение ЧДД на статисте

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

Проведение оксигенотерапии. Показания.

Оксигенотерапия - это применение кислорода с лечебной целью.

Поступление кислорода в организм жизненно необходимо для клеточного дыхания, образования богатых энергией химических соединений; в условиях повышенной концентрации кислорода погибают анаэробные микроорганизмы, ускоряется процесс заживления поврежденных тканей, улучшается их трофика.

Показания: гипоксия различного происхождения.

Противопоказания (При подаче кислорода больному из кислородной подушки):

1) гиповентиляция, вызванная угнетением дыхательного центра или парезом дыхательной мускулатуры;
2) частичная непроходимость дыхательных путей;
3) нарушение механизма дыхания операционной раной или травмой грудной клетки;
4) эмфизема легких с хронической дыхательной недостаточностью.

Возможные осложнения оксигенотерапии:

1) травмирование слизистых оболочек;
2) кислородная интоксикация;
3) остановка дыхания;
4) снижение объема вентиляции, гиперкапния.

1. Строго соблюдать назначенную врачом концентрацию кислорода (или скорость потока кислородно-воздушной смеси). Обычно оптимальная концентрация кислорода во вдыхаемой смеси составляет 30 – 40%, за исключением случаев кратковременной терапии 90-100% кислородом при гипоксии.

Превышение назначенной концентрации кислорода может оказать токсическое воздействие на ткани лёгких, центральную нервную систему, привести к утрате зрения, вызвать сухость слизистых оболочек дыхательных путей, остановку дыхания;

2. Обеспечивать увлажнение кислорода. Неувлажнённый кислород повреждает эпителий слизистой оболочки дыхательных путей, нарушает механизмы очистки её от секрета бактерий.

Увлажнение производится пропусканием кислорода через жидкость с помощью аппарата Боброва или его модификаций. Влажность кислородно-воздушной смеси при этом способе подачи достигает 50%. Более эффективным является использование аэрозольных увлажнителей, создающих мельчайшую водяную взвесь, насыщающую

кислород до 100%.

В аппарате Боброва высота увлажняющей жидкости должна составлять 15 см. Для увлажнения используют стерильные растворы воды, изотонический раствор натрия хлорида, 2% раствор натрия гидрокарбоната, сурфактантсберегающую смесь (1 часть глицерина и 4 части 0,85% раствора натрия хлорида). При неотложной помощи детям с отёком лёгких подаётся кислород, обогащённый парами пеногасителей (спирта или антифомсилана). Смена жидкости в увлажнителе производится один раз в сутки;

3. Обеспечить подогрев кислорода. В идеальном случае кислород должен быть подогрет до температуры тела. Обогрев кислорода можно осуществить пропусканием его через сосуд с подогреваемым увлажнителем. Жидкость для увлажнения кислорода нагревают до 40-45ºС, за исключением пеногасителей, температура которых должна быть комнаткой. В аппаратах ИВЛ подогрев кислорода предусмотрен конструкцией.

Недопустимо превышать указанную температуру увлажнителя во избежание термального ожога при вдыхании перегретого газа;

4. Контролировать назначенное врачом время подачи кислорода. Продолжительные сеансы даже малой концентрацией кислорода могут вызвать такой же токсический эффект, как и при воздействии повышенной его концентрацией;

5. Обеспечивать очистку газовой смеси. Очистка газовой смеси производится в кувезах, аппаратах ИВЛ;

6. Соблюдать охрану труда при работе с кислородом.

Технология применение ингалятора. Показания, противопоказания.

Алгоритм работы

1. Пациент должен тщательно прополоскать рот от остатков пищи.
2. Необходимо снять крышку с баллончика и хорошо его встряхнуть.
3. Следует выдохнуть и плотно обхватить губами мундштук баллончика.
4. Лекарственное средство вдыхается с одновременным нажатием на баллончик.
5. После этого мундштук вынимается, а дыхание задерживается на 10 секунд.
6. В заключении делается выдох, а баллончик закрывается.

Показания к применению:

– бронхиальная астма;
– болезнь легких в хронической обструктивной форме.

Противопоказаниями к применению служат:

– Индивидуальная непереносимость компонентов препарата.
– Осторожно назначают при вирусных заболеваниях.
– Не назначается при грибковых поражениях.
– При патологиях печени.
– Детский возраст младше 6 месяцев.

Технология постановки сифонной клизмы. Показания, противопоказания.

Цель. Освобождение кишечника от каловых масс и газов.

Показания. Отсутствие эффекта от очистительной клизмы; удаление из кишечника продуктов усиленного брожения, гниения, слизи, ядов, попавших через рот, и ядовитых веществ, выделенных из организма через кишечную стенку; подозрение на кишечную непроходимость (отсутствие пузырьков газа в промывных водах подтверждает подозрение).

Противопоказания. Кишечные кровотечения; перфорация кишечника; травмы кишечника.

Оснащение. Клеенка; система, состоящая из толстой резиновой кишечной трубки, соединенной посредством контрольной стеклянной трубки с другой резиновой трубкой,

длиной 1 м (на свободный конец резиновой трубки надета воронка емкостью 1 л); кипяченая вода (+38 °С) 10 л, т.е. ведро; таз; клеенчатый фартук; резиновые перчатки; ковш объемом 1 л; емкость с маркировкой «Для клизменных наконечников» с 3 % раствором хлорамина.

Техника выполнения. 1. К кушетке ставят таз, на кушетку стелят клеенку так, чтобы один ее конец свисал в таз.

2. Укладывают пациента на кушетку на левый бок с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами.

3. Медицинская сестра надевает клеенчатый фартук.

4. Конец кишечной трубки смазывают вазелином и вводят в прямую кишку на глубину 30 - 40 см, соблюдая изгибы кишечника.

5. Воронку держат в наклонном положении немного выше уровня тела пациента, наполняют ее водой в количестве 1 л и поднимают выше уровня тела (до высоты 1 м).

6. Как только уровень убывающей воды достигает вершины конуса воронки, ее опускают над тазом, не переворачивая, и выжидают, пока вода с кишечным содержимым вернется к прежнему уровню воронки. При таком положении воронки хорошо видны пузырьки выходящего вместе с водой газа, движение которого можно наблюдать и в соединительной стеклянной трубке.

7. Содержимое воронки выливают в таз. Снова наполняют ее водой и повторяют промывание. При подозрении на кишечную непроходимость (если не было выделения газов) необходимо сообщить врачу.

8. Промывание проводят до тех пор, пока в ведре есть вода.

9. По окончании процедуры воронку снимают, а трубку оставляют на 10 — 20 мин в прямой кишке, опустив ее наружный конец в таз для стока оставшейся жидкости и отхождения газов.

10. Систему и воронку сразу после использования замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч и далее обрабатывают по ОСТ.

Технология применение грелки у больного. Показания и противопоказания.

Грелку относят к сухим тепловым процедурам; она оказывает местное согревающее воздействие. Грелку применяют как болеутоляющее и спазмолитическое средство. При частом и продолжительном использовании грелки кожные покровы больного для предупреждения ожога и гиперпигментации предварительно смазывают вазелином.

Показания: воспалительные инфильтраты, невриты, невралгии.

Противопоказания: острая боль в животе неясного происхождения, острые процессы вбрюшной полости (аппендицит, панкреатит, холецистит и др.), злокачественные новообразования, первые сутки после травмы, кровотечения, инфицированная рана, повреждение кожных покровов, бессознательное состояние.

1. Смазать кожные покровы соответствующего участка тела вазелином (для профилактики ожога и гиперпигментации). 2. Наполнить грелку на 2/3 горячей водой. 3. Осторожно вытеснить из грелки воздух, сжав её руками по направлению к горловине. 4. Плотно закрыть грелку пробкой (крышкой). 5. Проверить грелку на герметичность, перевернув её. 6. Обернуть грелку полотенцем и приложить к соответствующему участку тела.

Технология постановки согревающего компресса. Показания и противопоказания для согревающего компресса

Чаще всего компрессы ставят при следующих проблемах:

- воспалительные процессы в зеве и гортани;
- бронхит;
- кашель;
- воспаление среднего уха;

- воспалительные процессы кожи и суставов.

При этом существует ряд противопоказаний при которых следует избегать или временно отложить использование согревающего компресса:

- острые воспалительные процессы кожи;
- кожные заболевания;
- гнойные воспаления;
- склонность к кровотечению;
- повышенная температура.

Цель применения: рассасывающий, болеутоляющий эффект, снятие мышечного спазма.

Механизм действия: длительное расширение кровеносных сосудов, это увеличивает кровенаполнение кожи, глублежащих тканей, органов и приводит к уменьшению венозного застоя, воспалительной инфильтрации, отечности тканей.

Оснащение: многослойная салфетка, компрессная бумага, лоток с препаратом (этиловый спирт 40 – 45%, вода комнатной температуры – 20 -24градусов), бинт, контейнер с дезсреством. Каждый последующий слой больше предыдущего по периметру на 1 – 2 см.

Последовательность действий:

1. Вымыть и осушить руки;
2. Смочить салфетку, отжать;
3. Приложить на необходимый участок тела;
4. Изолировать компрессной бумагой;
5. Обеспечить и сохранить тепло слоем ваты;
6. Зафиксировать повязку бинтом плотно к телу;
7. Вымыть и осушить руки;
8. Проверить влажность салфетки через 30 – 40 минут.
9. Обеспечить экспозиционную выдержку: спиртового компресса 4 – 6 часов, водного 8-10 часов;
10. Снять повязку.

Расчет и разведение антибиотиков

Вводят антибиотики внутримышечно или внутривенно. Существует 2 способа разведения антибиотиков: 1:1 и 1:2.

При разведении 1:1 в 1 мл раствора должно содержаться 100000 ЕД антибиотика.

Пример. Во флаконе 500000 ЕД, в этом случае нам потребуется x=500000/100000 = 5мл растворителя. Если пациенту для введения назначено 400000 ЕД мы наберем в шприц из флакона 4 мл.

При разведении 1:2 в 1 мл. раствора должно содержаться 200000 ЕД

Если во флаконе 500000 ЕД x=500000/200000=2,5 мл растворителя нам потребуется в данном случае. Если врач назначил пациенту ввести 300000 ЕД в/м, мы наберем в шприц из флакона 1,5 мл.

Оснащение: флакон с лекарственным препаратом, растворитель, ватные шарики, шприц и иглы, пинцет, стерильные перчатки.

1. Прочитать надпись на флаконе, наименование, дозу, срок годности.
2. Рассчитать необходимое количество растворителя.
3. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).
4. Вскрыть алюминиевую крышку пинцетом.
5. Ватными шариками, смоченными спиртом, обработать резиновую крышку двукратно.
6. Набрать в шприц нужное количество растворителя.
7. Взять флакон и ввести в него растворитель.
8. Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса и, встряхивая флакон, добиться полного растворения порошка.

9. Надеть иглу с флаконом на подыгольный конус.

10. Поднять флакон вверх дном, придерживая, набрать содержимое флакона или его часть в шприц.

11. Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса.

12. Выпустить воздух из шприца, проверить проходимость иглы.

13. Положить на стерильный лоток шприц, ватный шарик, смоченный спиртом.

Если доза антибиотиков выражается в граммах, (например, ампициллина натриевая соль выпускается во флаконах по 0,5 и 1 г), ввести нужно столько растворителя, чтобы в 1 мл раствора получилось 0,1 г ампициллина.

Расчет дозы и введение инсулина

Инсулин является специфическим антидиабетическим препаратом. При введении инсулина в организм понижается содержание сахара в крови, уменьшается его выделение с мочой.

Введение инсулина – ответственная процедура. Передозировка препарата может привести к тяжелой гипогликемической коме вследствие резкого снижения уровня сахара в крови.

Медицинская промышленность выпускает различные препараты инсулина – инсулины короткого и пролонгированного (продленного) действия.

Доза инсулина зависит от тяжести заболевания. Несвоевременное введение или недостаточная доза инсулина могут усугубить симптомы инсулиновой недостаточности – гипергликемию. Поэтому рассчитывать дозу инсулина следует очень тщательно.

Инсулин дозируют в биологических единицах действия (ЕД) и выпускают в специальных флаконах по 5 мл, в 1 мл содержится 40 ЕД или 100 ЕД.

Инсулины короткого действия прозрачны. В 1 мл содержится 40 ЕД. Во флаконах находится 5 мл, реже 10 мл.

Пролонгированные инсулины имеют осадок, перед употреблением их надо взбалтывать, во флаконе содержится 10 мл и 5 мл. За рубежом выпускают инсулин в 1 мл – 40,80,100,500 ЕД.

Так, в одном флаконе емкостью 5 мл содержится 200 ЕД инсулина (на флаконе есть соответствующая маркировка), соответственно в 1 мл – 40 ЕД препарата (200:5 = 40).

Инъекцию дозы инсулина лучше делать специальным шприцем, на котором указаны ЕД или шприц-ручкой.

Когда используется обычный шприц, перед введением препарата надо узнать, сколько единиц инсулина находится в каждом делении шприца. Расчет производится так: если в 1 мл содержится 40 ЕД дозы инсулина, это количество делится на количество делений в 1 мл шприца и получается количество дозы инсулина в одном делении. Например, в 1 мл шприца 20 делений, следовательно, в одном делении 2 ЕД (40:20 = 2). В случае, когда больному нужно ввести 16 ЕД, заполняется лекарством восемь делений шприца. Если в 1 мл шприца 10 делений, то каждому делению шприца соответствует 4 ЕД инсулина (40: 10 = 4). При необходимости ввести 16 ЕД инсулина наполняют лекарством четыре деления.

Нераспечатанный флакон с инсулином должен хранится в холодильнике при температуре +2ºС до +8ºС. Его лучше держать на дверце или нижнем отсеке холодильника, подальше от морозильной камеры.

Используемый флакон можно хранить в прохладном месте до 6 недель (картридж для шприц-ручки – до 4-х недель).

Инсулин для инъекций нельзя вводить холодным. Если его вынули из холодильника, необходимо дать ему постоять при комнатной температуре (20-22°С) или подогреть на водяной бане до 36-38ºС.

Нельзя вводить инсулин внутримышечно, так как быстрое всасывание из мышц может привести к гипогликемии.

Вводить инсулин необходимо за 20-30 минут до еды.

Места введения инсулина чередуют во избежание липодистрфии.

Коже, обработанной перед инъекцией спиртом, необходимо дать подсохнуть, так как спирт тормозит действие инсулина.

В последнее время все больше для лечения сахарного диабета используют специальные приспособления для введения инсулина – шприц-ручка. Это несложное, чрезвычайно удобное приспособление, внешне похожее на шариковую ручку, на одном конце которой находится игла, на другом нажимная кнопка. Внутрь этой шприц-ручки вставляется баллончик с инсулином и на передний конец ручки накручивается стерильная тонкая игла, покрытая двойным колпачком.

В баллончике находится 150 ЕД инсулина и поэтому не нужно каждый раз набирать обычным шприцом из флакона инсулин, а просто выполняется инъекция, пока в баллончике не закончится инсулин, затем такой баллончик можно заменить. Игла заменяется в среднем через 10-12 инъекций. Инсулин, используемый в шприц ручках, не нужно хранить в холодильнике. В этом одно из удобств: заправленную инсулином шприц-ручку можно брать с собой в школу, на работу, в гости.

Технология постановки мягкого катетера.

Катетеризация у женщин. Катетеризацией называется введение катетера в мочевой пузырь. Для нее можно использовать катетеры многократного (из резины и металла) и однократного применения (из полимерных материалов), имеющие различный диаметр просвета.

Цель. Опорожнение мочевого пузыря; введение лекарственных веществ в мочевой пузырь.

Показания. Острая и хроническая задержка мочи; получение мочи для исследования по специальному назначению врача; местное лечение заболеваний мочевого пузыря.

Противопоказания. Травмы мочевого пузыря; острое воспаление мочевого пузыря или мочеиспускательного канала.

Оснащение. Стерильные мягкий катетер – 2 шт. разного диаметра, ватные шарики – 2 шт., марлевые салфетки – 2 шт., глицерин, шприц Жане, лоток, пеленка; емкость для мочи (если моча берется для исследования на стерильность, то посуду для сбора получают в бактериологической лаборатории (стерильную)); раствор фурацилина 1:5 000 700-1 500 мл; 0,5% спиртовой раствор хлоргексидина; резиновые перчатки (стерильные); набор для подмывания; водяная баня для подогрева фурацилина; емкость с маркировкой «Для катетеров» с 3 % раствором хлорамина.

Техника выполнения. 1. Обрабатывают руки 0,5 % раствором хлоргексидина, готовят стерильный лоток. Достают из бикса и кладут на лоток стерильные катетеры.

Закругленный конец катетера поливают стерильным глицерином. Два стерильных ватных шарика смачивают раствором фурацилина, кладут на лоток. Также на лоток кладут две стерильные салфетки и пинцет. В шприц Жане набирают 100-150 мл подогретого на водяной бане до 37- 38 °С раствора фурацилина, кладут его на лоток.

2. Подмывают пациентку, убирают судно.

3. Между разведенными и согнутыми в коленях ногами пациентки ставят чистое сухое судно или другую емкость для мочи.

4. Надевают перчатки.

5. Встав справа от пациентки, кладут ей на лобок развернутую стерильную марлевую салфетку. Пальцами левой руки разводят половые губы и ватным шариком, взятым правой рукой пинцетоми смоченным фурацилином, обрабатывают наружное отверстие уретры. Затем пинцетом, взяв его как писчее перо, берут катетер на расстоянии 4- 5 см от его тупого конца, а свободный конец поддерживают между IV и V пальцами. Тупой конец катетера вращательными движениями медленно вводят в уретру на глубину 4- 5 см, а свободный конец опускают в емкость для мочи. Выделение мочи свидетельствует о том, что катетер находится в мочевом пузыре.

6. После прекращения выделения мочи катетер соединяют со шприцем Жане,

наполненным фурацилином, подогретым на водяной бане до +38 °С.

7. Медленно вводят раствор в мочевой пузырь, а затем, направив катетер в судно, выводят его из мочевого пузыря. -

8. Повторяют промывание до тех пор, пока промывная жидкость не будет чистой.

9. Закончив промывание, вращательными движениями осторожно извлекают катетер из уретры.

10. Еще раз обрабатывают наружное отверстие уретры шариком, смоченным раствором фурацилина, салфеткой убирают остатки влаги с промежности.

11. Катетер сразу же после использования замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч, затем обрабатывают по ОСТ 42-21-2-85.

Примечания. Медицинская сестра имеет право выполнять катетеризацию только мягким катетером и только по назначению врача. При проведении катетеризации мочевого пузыря возможны осложнения: занесение инфекции в мочевой пузырь; повреждение слизистой оболочки уретры и мочевого пузыря; уретральная лихорадка.

Катетеризация у мужчин. *Цель.* Освобождение мочевого пузыря; введение лекарственного средства; промывание мочевого пузыря.

Показания. Острая и хроническая задержка мочи; получение мочи для исследования; местное лечение заболеваний мочевого пузыря.

Противопоказания. Травмы мочевого пузыря; острое воспаление мочевого пузыря и мочеиспускательного канала (уретры).

Оснащение. Стерильные мягкие катетеры разного диаметра – 2 шт.; ватные шарики – 2 шт.; марлевые салфетки – 2 шт.; глицерин; шприц Жане; лоток; пеленка; резиновые перчатки; емкость для мочи (если мочу берут для исследования на стерильность, то посуда должна быть стерильной); пинцет; 700- 1 500 мл раствора фурацилина 1:5 000; 0,5 % спиртовой раствор хлоргексидина; набор для подмывания; водяная баня для подогрева фурацилина; емкость с 3 % раствором хлорамина, промаркированная надписью «Для дезинфекции катетеров».

Техника выполнения. 1. Моют руки. Обрабатывают их 0,5 % раствором хлоргексидина.

2. Кладут на стерильный лоток два стерильных катетера, закругленные концы которых смазывают стерильным глицерином, два стерильных ватных шарика, смоченных фурацилином, две стерильные салфетки, пинцет, шприц Жане с раствором фурацилина, подогретым на водяной бане до +37...+38°С.

3. Подмывают пациента. Между его ногами ставят емкость для мочи.

4. Надевают стерильные перчатки и встают справа от пациента.

5. Стерильной салфеткой оборачивают половой член ниже головки.

6. Берут половой член между IIIи IV пальцами левой руки, слегка сдавливают головку, а I и II пальцами слегка отодвигают крайнюю плоть.

7. Правой рукой берут ватный шарик, смоченный фурацилином, и обрабатывают головку полового члена движениями от отверстия уретры к периферии.

8. В наружное отверстие уретры вливают одну-две капли стерильного глицерина.

9. В правую руку берут стерильный пинцет.

10. Стерильным пинцетом берут катетер на расстоянии 5 —6 см от закругленного конца, а свободный конец захватывают между IV и V пальцами.

11. Вводят катетер пинцетом на 4 —5 см, удерживая его I и IIпальцами левой руки, фиксирующими головку полового члена.

12. Перехватывают катетер пинцетом и медленно вводят его еще на 5 см. Одновременно левой рукой натягивают половой член на катетер, что способствует его лучшему продвижению по уретре.

13. Как только катетер достигнет мочевого пузыря, появляется моча, и свободный конец катетера следует опустить в емкость для мочи.

14. После прекращения выделения мочи катетер соединяют с шприцем Жане, наполненным фурацилином, и медленно вводят 100-150 мл раствора в мочевой пузырь, а затем, направив катетер в лоток, удаляют содержимое.

15. Промывание повторяют до тех пор, пока из мочевого пузыря не будет выделяться прозрачная жидкость.

16. Закончив промывание, вращательными движениями осторожно извлекают катетер из уретры.

17. Еще раз обрабатывают наружное отверстие уретры ватным шариком, смоченным фурацилином.

Примечания. Перед проведением вмешательства необходимо установить доверительные отношения с пациентом. Необходимо сохранять стерильность катетера на 20 см от закругленного конца. Медицинская сестра имеет право выполнять катетеризацию только мягким катетером и только по назначению врача. При проведении катетеризации могут возникнуть осложнения.

Подготовка больного к фиброгастродуоденоскопии, клоноскопии, ректораманоскопии.

Подготовка к ректороманоскопии.

Цель. Целью исследования является осмотр слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки для выявления воспаления, изъязвлений, новообразований. Целями подготовки являются предупреждение газообразования и опорожнение кишечника.

Показания. Заболевания прямой и сигмовидной кишки.

Противопоказания. Тяжелое общее состояние пациента; наличие острых воспалительных и нагноительных процессов в области заднего прохода; рубцовые сужения прямой кишки.

Техника выполнения. 1. Пациента предупреждают, что исследование проводится натощак.

2. За 2 ч до исследования пациенту ставят очистительную клизму. При запорах клизму ставят и накануне вечером.

3. Непосредственно перед исследованием пациенту рекомендуется опорожнить мочевой пузырь.

4. Врач вводит ректоскоп и осматривает слизистую оболочку прямой кишки

5. Если пациенту во время осмотра проведена биопсия, то в течение суток необходимо вести наблюдение за его состоянием и самочувствием, так как есть опасность кишечного кровотечения.

Подготовка к колоноскопии. *Цель.* Целью исследования является осмотр слизистой толстого кишечника с помощью гибкойоптики для выявления воспалительных процессов, опухолей, полипов, кровотечения. Целями подготовки являются предупреждение газообразования, опорожнение кишечника.

Показания. Заболевания толстого кишечника.

Противопоказания. Инфаркт миокарда; острый тромбоз мозговых сосудов; коматозное состояние; перитонит; гемофилия.

Техника выполнения. 1. Пациенту рекомендуют бесшлаковую диету за 3 — 5 сут до исследования.

2. За 2 сут. до исследования пациенту дают масляное слабительное (30 — 50 мл касторового масла).

3. Накануне исследования, если позволяет состояние пациента, отменяют ужин.

4. Накануне вечером с интервалом 1,0-1,5 ч пациенту ставят очистительные клизмы.

5. Утром за 2 ч до исследования пациенту ставят очистительную клизму для полного опорожнения кишечника и вводят газоотводную трубку на 10-15 мин.

6. Историю болезни утром доставляют в эндоскопический кабинет, а после исследования возвращают в отделение.

7. Пациенту в отделении оставляют завтрак (предупреждают об этом раздатчицу).

Примечание. Если во время осмотра была сделана биопсия, то в течение суток ведется наблюдение за самочувствием и состоянием пациента, так как может возникнуть кишечное кровотечение.

Подготовка к фиброгастродуаденоскопии.

Подготовка к диагностике желудка включает следующие правила:

1. последний прием пищи за 12 часов до предполагаемого исследования;
2. ужин накануне дня обследования должен состоять из легкоусвояемых продуктов (гречневая каша с куриным мясом, тушеная рыба);
3. отказ от курения перед процедурой ФГДС;
4. прием легких успокоительных перед сном (эмоциональным пациентам, испытывающим страх перед предстоящим исследованием);
5. отказ от приема лекарственных средств утром перед фиброскопией;
6. психологическая подготовка врачом (объяснение безопасности и необходимости проведения);
7. соблюдение определенной диеты за 2 дня;
8. расспрос пациента на предмет наличия аллергии на какие-либо препараты (в частности, местные обезболивающие).

Подготовить пациента к рентгенологическим методам исследования (рентгеноскопия желудка и ирригоскопия, холецистография).

Подготовка к рентгенографии желудка

Показания:

1. Подозрения у пациента язвы желудка.
2. Предрасположенность к образованию доброкачественных и злокачественных опухолей.
3. Пороки развития желудка и пищевода.
4. Деформации стенок желудка, такие как выпячивания его стенок в виде мешка.
5. Воспалительные заболевания желудка.
6. Жалобы пациента на такие симптомы, как боли в районе пупа, кровь в кале, отрыжка, изжога, нарушение глотательного рефлекса, анемия и потеря веса.

Противопоказания:

1. Очень тяжелое состояние пациента.
2. Первый триместр беременности. Во втором и третьем триместре рентгеновское исследование проводится только с согласованием врача-гинеколога.
3. Желудочное и пищеводное кровотечение, которое не прекращается.

Но все противопоказания, кроме кровотечения, которое не останавливается, являются относительными. К тому же от рентгенографии можно отказаться, если возможно получить необходимую информацию, прибегнув к более щадящему исследованию, например, фиброгастроскопии.

Пациентам с нормальной функцией кишечника и желудка могут особо не готовиться к процедуре. Но единственным условием, которое следует соблюсти до процедуры, это **отказаться от приема пищи как минимум за 7 часов** до ее проведения.

Но людям, у которых есть хоть какие-то патологии кишечника или желудка, а так же пожилым людям, следует за несколько дней до процедуры начать придерживаться определенной диеты. Такая диета применяется для снижения газообразования. Следует исключить из рациона сдобу и сладости, молочные продукты, капусту и газированную воду. Рацион должен состоять из нежирного мяса, яиц, рыбы и каш на воде. Если у пациента запор, то в день исследование следует сделать клизму, а иногда – промывание желудка.

Методика обследования

В самом начале следует сделать обзорную рентгенограмму органов пищеварение. Это помогает оценить их состояние и наличие грубых патологий. После этого пациенту дается принять контраст и проводится серия снимков пищеварительной системы в разных проекциях, например, стоя, на спине, на животе.

Подготовка к ирригоскопии. *Цель.* При заполнении толстого кишечника бариевой солью посредством клизмы можно выявить наличие спаек, характер рельефа слизистой, кровообращение. Целями подготовки являются предупреждение газообразования и опорожнение кишечника.

Показания. Заболевания толстого кишечника. .

Противопоказания. Заболевания прямой кишки и ее сфинктера (воспаление, опухоль, свищ, трещина).

Техника выполнения. 1. За 2 — 3 сут. до исследований из питания пациента исключают продукты, вызывающие газообразование: черный хлеб, молоко, капусту, бобовые, яблоки, виноград и др.

2. При упорном метеоризме пациенту дают 3 раза в сутки настой ромашки по '/з стакана или по 2 — 3 таблетки карболена по назначению врача.

3. Накануне вечером пациенту ставят две очистительные клизмы с интервалом 1 ч.,

4. Утром пациенту ставят две очистительные клизмы за 3 и 2 ч до исследования.

5. За 1 ч до исследования пациенту ставят газоотводную трубку на 10— 15 мин.

6. Историю болезни к началу рабочего дня доставляют в рентгенологический кабинет.

7. Пациента информируют о месторасположении кабинета и времени проведения исследования или провожают в кабинет.

8. Бариевую взвесь вводят сотрудники рентгенологического кабинета.

9. Для пациента в отделении оставляют завтрак (предупреждают об этом раздатчицу).

10. Историю болезни с результатами исследования возвращают в отделение.

Подготовка к холецистографии.

Целью холецистографии являются изучение формы, размеров, положения и сократимости желчного пузыря и обнаружение наличия камней. Целью подготовки к холецистографии являются предупреждение газообразования и опорожнение кишечника.
Показания. Заболевания желчного пузыря.

Противопоказания. Наличие аллергии к йодсодержашим препаратам (выявляетсяпо анамнезу и аппликационной пробе).

Оснащение. Рентгеноконтрастное йодсодержащее вещество: йопагност, билигност, холевид; желчегонный завтрак (два яичных желтка или 20 г сорбита).

Техника выполнения подготовки к холецистографии:

1. За 2 - 3 сут. до исследования пациента предупреждают об исключении из диеты продуктов, способствующих газообразованию: ржаного хлеба, бобовых, фруктов, молока.

2. Ужин накануне вечером должен быть не позднее 20.00.

3. За 12 ч до исследования в течение 1 ч пациенту дают 6 - 12 таблеток контрастного вещества (по 1-2 таблетки каждые 10 мин). Доза определяется исходя из расчета 1 г на 15 - 20 кг массы тела пациента.

4. Накануне вечером и за 2 ч до исследования пациенту ставят очистительную клизму.

5. Вечером накануне пациента предупреждают, что исследование проводится натощак (в день исследования он также не должен пить, принимать лекарства, курить).

6. В день исследования утром историю болезни необходимо доставить в рентгенологический кабинет, пациенту указать место расположения кабинета и время исследования или проводить в кабинет.

7. Пациент принимает желчегонный завтрак по указанию врача-рентгенолога.

8. В отделении пациенту оставляют завтрак.

9. Историю болезни с результатом исследования возвращают в лечебное отделение.

Правила сбора мочи на общий анализ, анализ мочи по Нечепоренко. Нормы.

Цель. Определение количества форменных элементов и цилиндров.

Показания. Воспалительные заболевания почек.

Оснащение. Чистая сухая банка из прозрачного стекла; направление в клиническую лабораторию; чистый сухой горшок или судно с направлением.

Техника выполнения. 1. Получив назначение врача, готовят посуду с направлением.

2. Пациента готовят следующим образом: «Завтра утром вам нужно собрать мочу на исследование. В 8.00 утра тщательно подмойтесь и помочитесь прерывисто, т.е. сначала в унитаз, затем в горшок, остатки опять в унитаз. Всю мочу из горшка перелейте в банку и поставьте в санитарной комнате на стеллаж».

3. Мочу отправляют в лабораторию сразу после мочеиспускания в теплом виде.

4. Результат исследования подклеивают в историю болезни.

Примечания. Для исследования необходим 1 мл мочи. Мочу на

исследование по Нечипоренко при необходимости можно собирать в любое время. В экстренных случаях можно собрать не среднюю порцию струи мочи, а всю мочу, особенно если ее мало.

В норме при исследовании по Нечипоренко в моче содержатся: лейкоцитов — 4 000; эритроцитов — 1 000; цилиндров — 20.

Правила сбора мочи по Зимницкому, подсчет водного баланса.

Правила сбора мочи по Зимницкому Сбор мочи для пробы Зимницкого проводится в течение суток на фоне обычного питьевого и пищевого режимов, однако прием мочегонных препаратов следует отменить на этот промежуток. Чтобы собрать мочу по Зимницкому, подготовьте 8 чистых баночек, и подпишите каждую номером (1, 2, 3 и т.д.) или временем мочеиспускания (9.00, 12.00 и т.д.). В день начала сбора пробы встаньте в 6.00 утра и помочитесь в туалет. Затем через три часа (в 9.00) помочитесь в баночку с номером 1. Мочитесь в очередную баночку каждые три часа, включая ночное время. Последняя проба собирается в 6.00 следующего утра.Таким образом, вы соберете 8 баночек мочи в 9.00, 12.00, 15.00, 18.00, 21.00, 24.00, 03.00, 06.00. Все 8 баночек сдайте в лабораторию. Мочу не сливать в одну большую емкость! На протяжении суток сбора пробы Зимницкого фиксируйте количество потребленной жидкости. Нормы пробы Зимницкого Порции мочи в 9.00, 12.00, 15.00 и 18.00 относятся к дневным, а в 21.00, 24.00, 03.00 и 06.00 – к ночным. Нормальное количество дневных порций мочи составляет 200-350 мл, а ночных – 40-220 мл.Нормальная относительная плотность дневных порций составляет 1010-1025, а ночных – 1018-1025. Разница между максимальным и минимальным значением плотности в пробах не должна превышать 0,012 – 0,016 единиц. В норме суточный объем мочи составляет 70-75% от количества выпитой жидкости. Дневной диурез превышает ночной, и составляет не менее 2/3 от суточного.

Суточный водный баланс – это соотношение между количеством введенной в организм жидкости и количеством жидкости, выделенной из организма в течение суток.

- Учету, кроме выпитой жидкости, подлежит жидкость, содержащаяся во фруктах, супах, овощах и т.д., а также объем парентерально вводимых растворов.
- Учету количества выделенной жидкости должна подвергается не только моча, но и рвотные массы и испражнения пациента
- Ожидаемое выделяемой жидкости с мочой рассчитывают по формуле (количество выпитой жидкости умножить на 0,8)
- Водный баланс считается положительным, если выделилось жидкости больше чем введено и наоборот.
- Положительный водный баланс свидетельствует об эффективности лечения

Правила сбора мокроты на общий анализ, БК, бакпосев, атипичные клетки, чувствительность к антибиотикам.

Взятие мокроты для исследования на общий анализ.

Цель. Изучение состава мокроты.

Показания. Заболевания бронхолегочного аппарата.

Противопоказания. Легочное кровотечение.

Оснащение. Чистая сухая банка из прозрачного стекла с большим отверстием и

плотно закрывающейся крышкой; направление в клиническую лабораторию.

Техника выполнения. 1. Накануне вечером предупреждают пациента, чтобы утром с 6.00 до 7.00, не принимая пищи, воды, лекарств, не чистя зубов пастой и щеткой (щетка может травмировать слизистую и тогда в мокроте могут быть прожилки крови), он прополоскал рот кипяченой водой, а затем хорошо прокашлялся и, отхаркнув мокроту, сплюнул ее на дно банки^закрыл банку крышкой и поставил ее в определенном месте в санитарной комнате.

2. Отправляют мокроту к началу работы в лабораторию (с 7.00 **до** 8.00).

3. При поступлении результата его подклеивают в историю болезни.

Примечания. Крышкой для банки для собирания мокроты на общий анализ может служить плотная бумага или полиэтилен, закрепленный вокруг отверстия банки резинкой. Курить пациенту до собирания мокроты не рекомендуется.

Взятие мокроты для бактериологического исследования (на чувствительность к антибиотикам).

Цель. Изучение микрофлоры мокроты; определение чувствительности микрофлоры мокроты к антибиотикам.

Показания. Бронхиты, пневмония.

Противопоказания. Легочное кровотечение.

Оснащение. Направление в бактериологическую лабораторию; стерильная чашка Петри, завернутая в крафт-бумагу.

Техника выполнения. 1. Накануне вечером пациента предупреждают о предстоящем исследовании. Его просят, чтобы до момента забора мокроты (когда медицинская сестра придет к нему с лабораторной посудой) он не принимал пищи, воды, лекарств, не курил, не чистил зубы (антисептические средства, содержащиеся в пасте, ослабляют микрофлору) и приготовил стакан с кипяченой водой.

2. К пациенту приходят утром до завтрака и просят прополоскать рот кипяченой водой и хорошо откашляться.

3. Во время откашливаний освобождают чашку Петри от упаковки и снимают с нее крышку. Поднеся чашку Петри ко рту пациента, просят сплюнуть мокроту в чашку, не касаясь губами ее краев.

4. Сразу же закрывают чашку Петри, заворачивают ее и отправляют в лабораторию вместе с направлением.

5. При поступлении результата исследования его подклеивают в историю болезни.

Примечание. Не рекомендуется оставлять пациенту чашку Петри с вечера во избежание нарушения ее стерильности.

Взятие мокроты на микобактерии туберкулеза.

Цель. Выделение микобактерии туберкулеза.

Показания. Подозрение на туберкулез легких.

Оснащение. Стерильная сухая банка с плотно закрывающейся крышкой.

Техника выполнения. 1. Накануне вечером пациента предупреждают о предстоящем исследовании следующим образом: «Завтра с 6.00 утра вам нужно начать собирать мокроту на исследование. Мокрота на назначенное вам исследование собирается в течение суток. Это значит, что всю мокроту, которая будет у вас выделяться при кашле, необходимо сплевывать в эту банку. Банку, пожалуйста, ставьте в прохладное место и плотно закрывайте крышкой». Необходимо показать пациенту то место, где в течение суток будет храниться банка с мокротой.

2. Собранную мокроту отправляют в бактериологическую лабораторию.

3. Результат исследования вклеивают в медицинскую карту стационарного больного.

Примечания. Если у пациента выделяется мало мокроты и ее будет недостаточно для исследования, то мокроту можно собирать в течение 3 сут, сохраняя в прохладном месте.

Взятие мокроты на атипичные клетки.

Подготовить:

Установить с пациентом доверительное отношение, объяснить механизм проведения процедуры и получить согласие на ее проведение; широкогорлую сухую плевательницу; транспортный контейнер; контейнер для отходов; бланки направлений; перчатки и маску.

Действие:

Вымыть руки (гигиенический уровень) и осушить руки; надеть перчатки и маску; предложить пациенту сделать несколько глубоких вдохов; открыть крышку плевательницы и попросить пациента покашлять в плевательницу; мокроты должно быть 3-5 миллилитров; закрыть крышку плевательницы и поставить ее в специальный контейнер; снять перчатки и опустить их в контейнер; вымыть (гигиенический уровень) и осушить руки; заполнить направление и доставить контейнер с материалом в лабораторию; заполнить документацию.

Внимание:

- Вечером накануне исследования, перед сном пациент должен тщательно почистить зубы, а утром – прополоскать рот кипяченой водой.
- При взятии мокроты на атипичные (опухолевые) клетки следует помнить, что эти клетки быстро разрушаются, поэтому собирать следует свежевыделенную мокроту.
- Для большей вероятности попадания опухолевых клеток в мокроту иногда применяют предварительные ингаляции с протеолитическим ферментом трипсином, способствующим выхождению мокроты из наиболее глубоких отделов бронхиального дерева.

Определение отеков у пациента

Показания: исследование системы органов мочевыделения, сердечно-сосудистой, эндокринной системы.

Противопоказания:нет.

Подготовить: кожный антисептик для обработки рук

Подготовка пациента:

1. Пациента раздеть.
2. Предложить лечь на спину или усадить.

Техника выполнения:

1.Выполнить гигиеническую обработку рук, руки согреть.

2.Отеки можно определять на стопах, лодыжках, голенях, крестце.

3.Сдавить большим пальцем мягкие ткани над костными образованиями в течение 3 - 5 секунд.

4.Проверить образование ямки на месте сдавливания. Появление ямки свидетельствует о наличии отека.

5.Определение отёков на лице проводят визуально, при этом уделяют внимание периорбитальной области.

Последующий уход: не требуется.

Возможные осложнения:нет.

Примечания:В норме у здорового человека отеков нет.

Подсчет суточного диуреза у больного.

Цель. Изучение водного обмена в организме. Показания. Нарушение процессов кровообращения и мочевыделения. Оснащение. Банка объемом 3л с этикеткой; горшок с этикеткой; мерная колба; листок учета выпитой жидкости.

Техника измерения суточного диуреза:

1. Накануне вечером пациенту сообщают о предстоящем исследовании. Подробно объясняют, что завтра утром в 6.00 ему необходимо помочиться в унитаз и подойти к постовой медицинской сестре для измерения массы тела. Все следующие мочеиспускания

в течение суток (до утра следующего дня) пациенту необходимо совершать в горшок и переливать в банку.

Последнее мочеиспускание в банку пациенту необходимо сделать в 6.00 утра следующего дня и повторно подойти к постовой медицинской сестре для взвешивания. Кроме того, с завтрашнего утра в течение суток пациенту необходимо учитывать количество выпитой жидкости, а также съеденные фрукты, овощи и жидкие блюда. Количество жидкости по мере ее употребления необходимо записывать в «Листке учета выпитой жидкости». Среднего размера фрукты и овощи принято считать за 100 г жидкости.

2. Через сутки медицинской сестре необходимо измерить количество мочи в трехлитровой банке, подсчитать количество выпитой жидкости и отметить эти данные, а также массу тела пациента до исследования и в его конце в температурном листе в соответствующих графах.

Примечание. Если пациент преклонного возраста или ослаблен, то учет выпитой жидкости ведет сама медицинская сестра.

Помощь медицинской сестры при лихорадке в различные периоды на примере больного.

Принципы ухода за лихорадящими больными в зависимости от стадии (периода) лихорадки можно кратко сформулировать следующим образом:

– в первый период лихорадки необходимо «согреть» больного,

– во второй период лихорадки следует «охладить» больного,

– в третий период необходимо предупредить падение АД и сердечно-сосудистые осложнения.

Помощь в первом периоде лихорадки

Медицинская сестра должна:

1. Обеспечить постельный режим,
2. Тепло укрыть пациента,
3. К ногам положить грелку;
4. Обеспечить обильное горячее питьё (чай, настой шиповника и др.),
5. Контролировать физиологические отправления,
6. Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.

Помощь во втором периоде лихорадки

Медицинская сестра должна:

1. Следить за строгим соблюдением пациентом постельного режима.

2. Обеспечить постоянное наблюдение за лихорадящим пациентом (контроль АД, пульса, температуры тела, за общим состоянием).

3. Заменить теплое одеяло на легкую простыню.

4. Давать пациенту (как можно чаще!) витаминизированное прохладное питье (морс, настой шиповника).

5. На лоб пациента положить пузырь со льдом или холодный компресс, смоченный в растворе уксуса (2 столовых ложки на 0,5 литра воды) - при выраженной головной боли и для предупреждения нарушения сознания.

6. При гиперпиретической лихорадке следует сделать прохладное обтирание, можно использовать примочки (сложенное вчетверо полотенце или холщовую салфетку, смоченные в растворе уксуса пополам с водой и отжатые, нужно прикладывать на 5-10 мин., регулярно их меняя).

7. Периодически протирать слабым раствором соды ротовую полость, а губы смазывать вазелиновым маслом.

8. Питание осуществлять по диете № 13.

9. Следить за физиологическими отправлениями, подкладывать судно, мочеприёмник.

10. Проводить профилактику пролежней.

Помощь в третьем периоде лихорадки

При *критическом снижении температуры тела* пациента медицинская сестра должна:

1. Вызвать врача.
2. Приподнять ножной конец кровати и убрать подушку из-под головы.
3. Контролировать АД, пульс.
4. Приготовить для п/к введения 10% раствор кофеин-бензоат натрия, кордиамин, 0,1% раствор адреналина, 1% раствор мезатона.
5. Дать крепкий сладкий чай.
6. Укрыть пациента одеялами, к рукам и ногам пациента приложить грелки.
7. Следить за состоянием его нательного и постельного белья (по мере необходимости бельё нужно менять, иногда часто).

При *литическом снижении температуры тела* пациента медицинская сестра должна:

1. Создать пациенту покой.
2. Контроль Т°, АД, ЧДД, PS.
3. Производить смену нательного и постельного белья.
4. Осуществлять уход за кожей.
5. Перевод на диету № 15.
6. Постепенное расширение режима двигательной активности.

Взятие мазка из носа и зева. Показания.

Цель. Определение микрофлоры зева.

Показания. Воспалительные заболевания зева.

Оснащение. Стерильный шпатель; стерильная пробирка с пробкой и пропущенным через пробку стержнем с ватным тампоном на конце (готовит бактериологическая лаборатория); направление в бактериологическую лабораторию.

Мазок из зева

1. Осматривают полость рта. Обращают внимание на язык, миндалины, зев. Определяют место взятия отделяемого на исследование.
2. Осторожно придерживая пробку, извлекают стержень из пробирки, не касаясь ее наружных стенок и окружающих предметов. Пробирку ставят в штатив.
3. Левой рукой I, II и III пальцами берут шпатель. Просят пациента открыть рот. Прижимают шпателем язык, вводят тампон в полость рта и снимают отделяемое с определенного места.
4. Осторожно и быстро извлекают тампон из полости рта и, не касаясь наружных стенок пробирки и окружающих предметов, опускают его в пробирку.
5. В направлении указывают время взятия отделяемого.
6. Пробирку с направлением доставляют в лабораторию не позднее 2 ч с момента забора.
7. Результат исследования подклеивают в историю болезни.

Мазок из носа.

Цель. Исследование микрофлоры носа.

Показания. Инфекционные заболевания верхних дыхательных путей.

Оснащение. Стерильная пробирка с пробкой и пропущенным через нее стержнем с ватным тампоном на конце, промаркированная буквой «Н»; направление в бактериологическую лабораторию; штатив.

Техника взятия мазка из носа:

1. Усаживают (укладывают) пациента, просят слегка запрокинуть голову.
2. Левой рукой берут из штатива пробирку, а правой извлекают стержень с тампоном. Сделать это нужно аккуратно, не касаясь тампоном окружающих предметов.
3. Пробирку ставят в штатив.
4. Левой рукой приподнимают кончик носа пациента, а правой легкими вращательными движениями вводят тампон в нижний носовой ход с одной стороны, а затем с другой на глубину 1,5 - 2,0 см.

5. Извлекают тампон и быстро опускают в пробирку, не касаясь ее наружных стенок.

6. Отправляют пробирку в бактериологическую лабораторию, указав время взятия мазка.

Примечание. Мазок должен быть доставлен в лабораторию не позднее чем через 2 ч после взятия. Лабораторные исследования относятся к дополнительным методам и являются одной из важнейших частей обследования пациента. В ряде случаев данные лабораторных исследований оказывают решающее значение для постановки диагноза. Результаты дополнительных исследований во многом зависят от правильности подготовки пациентов. Часть исследований проводится всем без исключения пациентам, отдельные исследования осуществляются строго по показаниям в зависимости от диагноза.

Масляная клизма.

Цель. Освобождение кишечника от каловых масс и газов.

Показания: упорные запоры; противопоказания к очистительной клизме.

Оснащение. Масло вазелиновое, подсолнечное, оливковое или другое жидкое пищевое масло в количестве 50-100 мл, подогретое до +38 °С на водяной бане; шприц Жане или резиновый баллончик емкостью 50-100 мл; ректальная трубка или катетер, используемый только для постановки клизм; подкладная клеенка и пеленка; стерильная марлевая салфетка; водяная баня; водяной термометр; резиновые перчатки; емкость с маркировкой «Для клизменных наконечников» с 3 % раствором хлорамина.

Постановка масляной клизмы, алгоритм.

Масло, растекаясь по стенке прямой кишки, обволакивает каловые массы, расслабляет кишечную мускулатуру, что способствует размягчению и выделению кала. Так как эффект наступает через 10- 12 ч, масляную клизму обычно ставят на ночь в палате, подстелив под пациента клеенку и пеленку.

1. Набирают масло, подогретое до температуры +38 °С, в шприц Жане (или резиновый баллончик) в назначенной дозе.

2. Предлагают пациенту лечь на правый бок, согнуть ноги в коленях и подтянуть их к животу.

3. Надевают резиновые перчатки.

4. Ректальную трубку, предварительно смазанную маслом, берут салфеткой и вводят в прямую кишку на 10-15 см (сначала трубка вводится на 3 - 4 см по направлению к пупку, а затем до 10-15 см параллельно копчику).

5. Выпускают из шприца (баллончика) воздух, соединяют его с ректальной трубкой.

6. Медленно толчками вводят масло в прямую кишку.

7. Закончив введение масла, отсоединяют шприц от трубки. Трубку пережимают и извлекают из прямой кишки.

8. Рекомендуют пациенту не двигаться 10 - 15 мин, затем принять удобное положение и лежать до утра (спать).

9. Утром у пациента интересуются, был ли стул.

10. Ректальную трубку, шприц Жане (или баллончик) сразу же после использования замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч

Примечания. При строгом постельном режиме положение пациента во время постановки клизмы остается на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами.

4. Критерии и шкалы для интегрированной оценки уровня сформированности компетенций:

Индикаторы компетенции	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже Минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок.
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами.	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественным недочетами, выполнены все задания в полном объеме.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач.	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам.	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Критерии оценки

Критерии оценки за тестовые задания. За каждый правильный ответ 1 балл.

Процент результативности (правильных ответов)	Качественная оценка индивидуальных образовательных достижений	
	балл (отметка)	вербальный аналог
90 ÷ 100	5	отлично
80 ÷ 89	4	хорошо
70 ÷ 79	3	удовлетворительно
менее 70	2	неудовлетворительно

Критерии оценки дифференцированного зачета по производственной практике

№	Дисциплина	Баллы максимальные
1	Манипуляционная техника	5
2	Заполнение документации	10
	Итог	15

Критерии оценки манипуляционной техники

Критерии	Баллы
Рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;	5
Рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;	4
Рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;	3
Затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами	2

Приложение

Шаблон бланка дифференцированного зачета

ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж»

Рассмотрено	Утверждаю
на заседании ЦМК	Зам. директора по УР
_____	_____
«__» _____ 202 г	«____»_____20 г

Дифференцированный зачет
ПМ. 01 Осуществление профессионального ухода за пациентом
Раздел 1. МДК 01. 01 Санитарное содержание палат, специализированных кабинетов, перемещение материальных объектов и медицинских отходов, уход за телом умершего человека
31.02.01 Лечебное дело

Проверяемые компетенции: ВД 1 ПК 1.1, 1.2, 1.3, 1.4; ОК 01, 02, 04, 05, 09; ЛР 1-25.

Условия выполнения:

Внимательное прочитайте задание, оно выполняется в кабинете доклинической практики, в условиях имитирующих стационар.
Время выполнения задания – 20 минут.

Билет № 1

1. Теоретическая часть

А. Тестовые задания

Выберите один правильный вариант ответа

1. Антисептика – это мероприятия, направленные на

а) предупреждение попадания микробов в рану

б) уничтожение всех микробов и их спор на изделиях медицинского назначения

в) уничтожение патогенных и условно-патогенных микробов на эпидемиологически значимых объектах больничной среды:

г) уничтожение или уменьшение количества микробов в ране или организме в целом

2. Самоконтроль качества ПСО старшая м/с лечебного отделения проводит:

а) ежедневно
б) 1 раз в неделю
в) 1 раз в месяц

г) 1 раз в квартал

Б. Расскажите

Манипуляционная техника

Подпись преподавателя_____

Шаблон бланка дифференцированного зачета по производственной практике

ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж»

Рассмотрено на заседании	Утверждаю:
ЦМК	Зам. директора по учебной работе:
---	---
« ….»…… ……..202 г.	«…..»……202 г.

Дифференцированный зачет по производственной практике

ПМ. 01 Осуществление профессионального ухода за пациентом

31.02.01 Лечебное дело

Проверяемые компетенции: ВД 1 ПК 1.1, 1.2, 1.3, 1.4; ОК 01, 02, 04, 05, 09; ЛР 1-25

Внимательное прочитайте задание, оно выполняется в кабинете доклинической практики, в условиях имитирующих стационар на муляже или фантоме. Можете использовать учебные таблицы.

Время выполнения задания – 20 минут.

Билет № 1

1. Продемонстрируйте алгоритм смены постельного белья

2.Продемонстрируйте алгоритм закапывания капель в нос

Подпись преподавателя_____

Шаблон бланка экзаменационного билета

ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж»

Рассмотрено
на заседании ЦМК
_____
«___»_____202 г

Утверждаю
Зам. директора по УР
_____
«____»_____202 г

ПМ. 01 Осуществление профессионального ухода за пациентом
31.02.01 Лечебное дело

Задания для экзаменующихся № 3

Оцениваемые компетенции: ВД 1 ПК 1.1, 1.2, 1.3, 1.4; ОК 01, 02, 04, 05, 09; ЛР 1-25

Условия выполнения:

Внимательное прочитайте задание, оно выполняется в кабинете доклинической практики, в условиях имитирующих стационар на муляже или фантоме. Можете использовать учебные таблицы.

Время выполнения задания – 20 минут.

Задание 1:

Расскажите …

Задание 2:

Продемонстрируйте обучение пациента применению карманного ингалятора и положению тела при ортопное.

Задание 3:

Продемонстрируйте алгоритм постановки внутривенной инъекции на фантоме.

Преподаватель _____

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Основные источники:

1. Двойников, С. И. Младшая медицинская сестра по уходу за больными : учебник / С. И. Двойников, С. Р. Бабаян, Ю. А. Тарасова [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова, С. Р. Бабаяна. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 512 с. : ил. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-6455-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464557.html (дата обращения: 03.01.2023). - Режим доступа : по подписке.
2. Кулешова, Л. И. Основы сестринского дела : курс лекций, медицинские технологии : учебник / Л. И. Кулешова, Е. В. Пустоветова. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2022. - 533 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-35368-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222353684.html (дата обращения: 06.01.2023). - Режим доступа : по подписке.
3. Пономарева, Л. А. Безопасная больничная среда для пациентов и медицинского персонала: учебное пособие для СПО / Л. А. Пономарева, О. А. Оглоблина, М. А. Пятаева. – 4-е изд., стер. – Санкт-Петербург: Лань, 2021. – 132 с. – ISBN 978-5-8114-6782-2. – Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. – URL: https://e.lanbook.com/book/152440(дата обращения: 06.01.2023). - Режим доступа : для авторизованных пользователей.
4. Профессиональный уход за пациентом. Младшая медицинская сестра : учебник / С. И. Двойников, С. Р. Бабаян, Ю. А. Тарасова [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова, С. Р. Бабаяна. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-7303-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970473030.html (дата обращения: 06.01.2023). - Режим доступа : по подписке.

Дополнительные источники

1. Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года [Принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года, Одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года].– URL: https://base.garant.ru/12191967/ Режим доступа: ГАРАНТ.РУ: информационно-правовой портал - Текст: электронный
2. Российская Федерация. Законы. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения Федеральный закон № 52-ФЗ от 30.03.1999 [Принят Государственной Думой 12 марта 1999 года, Одобрен Советом Федерации 17 марта 1999 года]. – URL:

https://base.garant.ru/12115118/Режим доступа: ГАРАНТ.РУ: информационно-правовой портал - Текст: электронный
3. О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года : Указ Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. N 254 – URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72164534/ Режим доступа: ГАРАНТ.РУ: информационно-правовой портал - Текст: электронный
4. СП 2.1.3678 - 20 "Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг: утвержден Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 24.12.2020 : введен с 01.01.2021 - URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400063274/ - Режим доступа: ГАРАНТ.РУ: информационно-правовой портал - Текст: электронный
5. СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней : утвержден Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 28.01.2021 : введен с 01.09.2021. - URL: https://base.garant.ru/400342149/ - Режим доступа: ГАРАНТ.РУ: информационно-правовой портал - Текст: электронный
6. Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2020 № 1177н .– URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74898637/ Режим доступа: ГАРАНТ.РУ: информационно-правовой портал - Текст: электронный
7. ГОСТ Р 56819-2015 Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней : национальный стандарт Российской Федерации : дата введения 2015-30-11. - Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии – URL: https:// https://base.garant.ru/71371156/ Режим доступа: ГАРАНТ.РУ: информационно-правовой портал - Текст: электронный
8. Методические указания МУ 3.5.1.3674-20 "Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи" (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 14 декабря 2020 г.).- URL:https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400188098 Режим доступа: ГАРАНТ.РУ: информационно-правовой портал. - Текст: электронный
9. Осипова, В. Л. Внутрибольничная инфекция : учебное пособие. - 2-е изд. , испр. и доп. / В. Л. Осипова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-5265-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452653.html (дата обращения: 02.03.2023). - Режим доступа : по подписке.