Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Саткинский медицинский колледж»

Согласовано
Главный врач ГБУЗ «Областная больница г. Сатка» _____ Крохина И.А.
«16» июня 2023 г

Утверждаю
Приказ № 167
Директор ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж» Галлямова О.С.
«16» июня 2023 г

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

учебной дисциплины

МДК 04. 01 Общий уход за пациентами

по специальности:

34.02.01 «Сестринское дело»

(очно-заочная форма обучения)

г. Сатка

2023-2027

Фонд оценочных средств дисциплины МДК 04.01 Общий уход за пациентами составлен в соответствии с ФГОС СПО по специальности 34.02.01 Сестринское дело

Организация-разработчик ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж»

Разработчик: Волкова Н. В. – преподаватель

Рассмотрена на заседании цикловой комиссии Сестринское 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…8
3. КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ……...….8
3.1.МДК 04.01 Общий уход за пациентами …….....8
3.2.МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп ……..26
4. КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ…….33
4.1. Задания к дифференцированному зачету по Учебной практике 01 МДК 04.01 Общий уход за пациентами ……..……...33
4.2. Задания к дифференцированному зачету по Учебной практике 01 по МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп ……47
4.3. Задания к дифференцированному зачету по Производственной практике……56
5. Критерии и шкалы для интегрированной оценки уровня сформированности компетенций……..…….……
……142
Приложение 1…….144
Приложение 2…….145
Список использованных источников……...146

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Цель фонда оценочных средств. Оценочные средства предназначены для контроля и оценки образовательных достижений обучающихся, освоивших программу учебной дисциплины МДК 04. 01 Общий уход за пациентами. Перечень видов оценочных средств соответствует Рабочей программе дисциплины.

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

Структура и содержание заданий – задания разработаны в соответствии с рабочей программой дисциплин МДК 04. 01 Общий уход за пациентами.

1.ПАСПОРТ КОМПЛЕКТА ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

В результате освоения МДК 04. 01 Общий уход за пациентами обучающийся должен:

иметь практический опыт:

1 проведения динамического наблюдения за показателями состояния пациента с последующим информированием лечащего врача;

2 выполнения медицинских манипуляций при оказании помощи пациенту;

3 осуществления сестринского ухода за пациентом, в том числе в терминальной стадии;

4 обучения пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода, консультирования по вопросам ухода и самоухода;

5 оказания медицинской помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний;

6 проведения мероприятий медицинской реабилитации

уметь:

1 проводить оценку функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении;

2 выявлять потребность в посторонней помощи и сестринском уходе;

3 выявлять факторы риска падений, развития пролежней;

4 проводить опрос пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, измерять и интерпретировать показатели жизнедеятельности пациента в динамике;

5 осуществлять динамическое наблюдение за состоянием и самочувствием пациента во время лечебных и (или) диагностических вмешательств;

6 определять и интерпретировать реакции пациента на прием назначенных лекарственных препаратов и процедуры ухода;

7 выявлять клинические признаки и симптомы терминальных состояний болезни;

8 проводить оценку интенсивности и характера болевого синдрома с использованием шкал оценки боли;

9 выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту:

- кормление тяжелобольного пациента через рот и /или назогастральный зонд, через гастростому;
- установку назогастрального зонда и уход за назогастральным зондом;
- введение питательных смесей через рот (сипинг);
- хранение питательных смесей;
- зондирование желудка, промывание желудка;

- применение грелки, пузыря со льдом;
- наложение компресса;
- отсасывание слизи из ротоглотки, из верхних дыхательных путей, из носа;
- осуществление ухода за носовыми канюлями и катетером;
- оказание пособия при трахеостоме, при фарингостоме;
- оказание пособия при оростомах, эзофагостомах, гастростомах, илеостоме;
- осуществление ухода за интестинальным зондом;
- оказание пособия при стомах толстой кишки, введение бария через колостому;
- осуществление ухода за дренажом;
- оказание пособия при дефекации тяжелобольного пациента;
- постановку очистительной клизмы;
- постановку газоотводной трубки; удаление копролитов;
- оказание пособия при недержании кала;
- постановку сифонной клизмы;
- оказание пособия при мочеиспускании тяжелобольного пациента;
- осуществление ухода за мочевым катетером;
- осуществление ухода за цистостомой и уростомой;
- оказание пособия при недержании мочи;
- катетеризацию мочевого пузыря;
- оказание пособия при парентеральном введении лекарственных препаратов;
- введение лекарственных препаратов внутрикожно, внутримышечно, внутривенно, в очаг поражения кожи;
- катетеризацию периферических вен;
- внутривенное введение лекарственных препаратов;
- внутрипросветное введение в центральный венозный катетер антисептиков и лекарственных препаратов;
- осуществление ухода за сосудистым катетером;

10 проводить подготовку пациента к лечебным и (или) диагностическим вмешательствам по назначению лечащего врача;

11 собирать, подготавливать и размещать наборы инструментов, расходные материалы, лекарственные препараты для выполнения лечебных и (или) диагностических вмешательств по назначению лечащего врача;

12 проводить забор биологического материала пациента для лабораторных исследований по назначению лечащего врача;

13 обеспечивать хранение, вести учет и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, в том числе наркотических средств, психотропных веществ и сильно действующих лекарственных препаратов;

14 ассистировать врачу при выполнении лечебных и (или) диагностических вмешательств;

15 проводить транспортную иммобилизацию и накладывать повязки по назначению врача или совместно с врачом;

16 осуществлять профилактику пролежней, контактного дерматита, включая позиционирование и перемещение в постели, передвижение и транспортировку пациента с частичной или полной утратой способности самообслуживания, передвижения и общения;

17 осуществлять раздачу и применение лекарственных препаратов пациенту по назначению врача, разъяснять правила приема лекарственных препаратов;

18 выполнять процедуры сестринского ухода за пациентами при терминальных состояниях болезни;

19 оказывать психологическую поддержку пациенту в терминальной стадии болезни и его родственникам (законным представителям);

20 проводить консультирование и обучение пациента и его родственников (законных представителей), лиц, осуществляющих уход, по вопросам ухода и самоухода;

21 разъяснять пределы назначенного лечащим врачом режима двигательной активности и контролировать выполнение назначений врача;

22 оказывать медицинскую помощь в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний;

23 получать и передавать информацию по вопросам оказания медицинской помощи, в том числе с пациентами, имеющими нарушения зрения, слуха, поведения;

24 выполнять работу по проведению мероприятий медицинской реабилитации.

знать:

1 основы теории и практики сестринского дела, методов определения функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении, определения потребности в посторонней помощи и сестринском уходе;

2 диагностических критериев факторов риска падений, развития пролежней и контактного дерматита у пациентов;

3 анатомо-физиологических особенностей и показателей жизнедеятельности человека в разные возрастные периоды, правил измерения и интерпретации данных;

4 технологии выполнения медицинских услуг, манипуляций и процедур сестринского ухода;

5 основ клинической фармакологии, видов лекарственных форм, способов и правил введения лекарственных препаратов, инфузионных сред;

6 правил и порядка подготовки пациента к медицинским вмешательствам;

7 медицинских изделий (медицинские инструменты, расходные материалы, медицинское оборудование), применяемых для проведения лечебных и (или) диагностических процедур, оперативных вмешательств;

8 требований к условиям забора, хранения и транспортировки биологического материала пациента;

9 порядка и правил учета, хранения и применения лекарственных препаратов, этилового спирта, спиртсодержащих препаратов, инфузионных сред, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания;

10 правил ассистирования врачу (фельдшеру) при выполнении лечебных или диагностических процедур;

11 правил десмургии и транспортной иммобилизации;

12 особенности сестринского ухода с учетом заболевания, возрастных, культурных и этнических особенностей пациента;

13 современных технологий медицинских услуг по гигиеническому уходу, позиционированию и перемещению в кровати пациентов, частично или полностью утративших способность к общению, передвижению и самообслуживанию;

14 особенности и принципы лечебного питания пациентов в медицинской организации в зависимости от возраста и заболевания;

15 порядка оказания паллиативной медицинской помощи, методов, приемов и средств интенсивности и контроля боли у пациента;

16 процесса и стадий умирания человека, клинических признаков, основных симптомов в терминальной стадии заболевания, особенности сестринского ухода;

17 признаков биологической смерти человека и процедур, связанных с подготовкой тела умершего пациента к транспортировке;

18 психологии общения с пациентом, находящимся в терминальной стадии болезни, способы оказания психологической поддержки родственникам (законным представителям);

19 методов и способов обучения пациентов (их законных представителей), лиц, осуществляющих уход, навыкам самоухода и ухода;

20 физических и психологических особенностей пациентов разного возраста,

инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

21 психологических, психопатологических, соматических, морально-этических проблем, возникающих у пациентов различного возраста, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

22 побочных эффектов, видов реакций и осложнений лекарственной терапии, мер профилактики и оказания медицинской помощи в неотложной форме;

23 клинических признаков внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний, отравлений, травм без явных признаков угрозы жизни пациента;

24 показаний к оказанию медицинской помощи в неотложной форме;

25 правил оказания медицинской помощи в неотложной форме;

26 порядка медицинской реабилитации.

освоить ПК:

ВД 4	Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях
ПК 4.1.	Проводить оценку состояния пациента
ПК 4.2.	Выполнять медицинские манипуляции при оказании медицинской помощи пациенту
ПК 4.3.	Осуществлять уход за пациентом
ПК 4.4.	Обучать пациента (его законных представителей) и лиц, осуществляющих уход, приемам ухода и самоухода
ПК 4.5.	Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме
ПК 4.6.	Участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации

освоить ОК:

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 03.	Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях
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 06.	Проявлять гражданско-патриотическую позицию, демонстрировать осознанное поведение на основе традиционных общечеловеческих ценностей, в том числе с учетом гармонизации межнациональных и межрелигиозных отношений, применять стандарты антикоррупционного поведения
ОК 07	Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях
ОК 08	Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности

ОК 09 Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках

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
МДК 04. 01 Общий уход за пациентами	ПК 4.1, ПК4.2, ПК 4.3, ПК 4.4, ПК 4.5, ПК 4.6; ВД 4; ОК 1, ОК 2, ОК 3, ОК 4, ОК 5, ОК 6, ОК 7, ОК 8, ОК 9.	КИМы по МДК 04.01 в форме тестовых заданий, задач
МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп	ПК 4.1, ПК4.2, ПК 4.3, ПК 4.4, ПК 4.5, ПК 4.6; ВД 4; ОК 1, ОК 2, ОК 3, ОК 4, ОК 5, ОК 6, ОК 7, ОК 8, ОК 9.	КИМы по МДК 04.02 в форме тестовых заданий, задач
УП.04.01.Учебная практика УП.04.02.Учебная практика	ПК 4.1, ПК4.2, ПК 4.3, ПК 4.4, ПК 4.5, ПК 4.6; ВД 4; ОК 1, ОК 2, ОК 3, ОК 4, ОК 5, ОК 6, ОК 7, ОК 8, ОК 9.	ФОС к УП
ПП04 Производственная практика	ПК 4.1, ПК4.2, ПК 4.3, ПК 4.4, ПК 4.5, ПК 4.6; ВД 4; ОК 1, ОК 2, ОК 3, ОК 4, ОК 5, ОК 6, ОК 7, ОК 8, ОК 9.	ФОС к ПП

3. КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ

Предметом оценки служат умения и знания предусмотренные ФГОС по специальности, направленные на формирование общих и профессиональных компетенций.

Перечень контрольных заданий и иных материалов текущего контроля, необходимых для оценки знаний, умений, ОК и ПК *(преподавателем указывает лишь те задания и иные материалы, которые им используются в рамках данной дисциплины)*

3.1 Типовые задания для оценки сформированности ПК 4.1, ПК4.2, ПК 4.3, ПК 4.4, ПК 4.5, ПК 4.6; ВД 4; ОК 1, ОК 2, ОК 3, ОК 4, ОК 5, ОК 6, ОК 7, ОК 8, ОК 9. Кимы к МДК 04. 01 Общий уход за пациентами

БИОМЕХАНИКА ТЕЛА МЕДСЕСТРЫ И ПАЦИЕНТА

1. Стул подобран правильно, если на сиденье находится

а. 2/3 длины бедер;

б. 1/2 длины бедер;

в. 1/3 длины бедер;

г. все бедро.

2. Продолжите фразу: устойчивое равновесие тела возможно лишь тогда, когда центр тяжести при любом изменении положения тела будет___ проецироваться на площадь опоры

3. Для удержания пациента в положении «на боку» используется

а. специальное приспособление функциональной кровати;

б. положение не предусматривает какой-либо поддержки;

в. стена;

г. подушечка, подложенная под спину.

4. **Для того чтобы повернуться в положении стоя, необходимо**

а. сначала повернуть голову и плечи, затем развернуться в поясничном отделе, и только после этого развернуть стопы;

б. начать поворот с поясницы;

в. повернуть ступни так, чтобы за ними следовал весь корпус;

г. повернуться произвольно.

5 .**Предупреждает длительное давление матраца на пятки в положении Фаулера или «на спине»**

а. упор для стоп;

б. небольшая подушечка или валик под пятки;

в. небольшая подушечка или валик под нижнюю треть голени;

г. давление на пятки в таких положениях вообще не происходит.

6.Расположение стоп при поднятии тяжести

а. вместе, параллельно;

б. на ширину плеч, выдвинув одну стопу слегка вперед;

в. параллельно ширине плеч;

г. расположение стоп не имеет значения.

7.В положении пациента «на животе» стопы

а. упираются в упор для стоп;

б. свободно располагаются на постели;

в. одна конечность упирается в упор для стоп, другая - лежит на подушечке;

г. лежат на подушечках.

8.Положение Фаулера это -

а. полулежа, полусидя;

б. на боку;

в. на животе;

г. на спине.

9.Определите правильное расположение нижних конечностей пациента в положении Симса

а. обе конечности свободно лежат на постели;

б. обе конечности упираются в упор для стоп;

в. конечность, которая сверху, согнута так, чтобы голень находилась на уровне нижней трети бедра, конечность, которая снизу, упирается в упор для стоп;

г. конечность, которая снизу, согнута так, чтобы голень находилась на уровне нижней трети бедра, конечность, которая сверху, упирается в упор для стоп.

10. При поднятии груза положение будет более устойчивым, если стопы расположить на расстоянии (в см.)

А. 10;

б.20;

в. 30;

г. 40.

11.Определите правильное расположение верхних конечностей в положении Симса

а вытянуты вдоль туловища;

б. конечность, которая сверху, согнута в локтевом и плечевом суставе под углом 90°, другая - не сгибаясь, лежит на постели вдоль туловища;
в. обе конечности согнуты в локтевом и плечевом суставе под углом 90°;
г. конечности в любом удобном для пациента положении.

12. Профилактика сгибательной контрактуры шейных мышц в положении Фаулера или «на спине» обеспечивается
а. поднятием изголовья кровати под утлом 45 - 60°;
б. подкладыванием небольшой подушечки под верхнюю часть плеч, шею и голову;
в. использованием упора для стоп;
г. подкладыванием валика под поясничную область.

13. Использование упора для стоп обеспечивает
а. правильное тыльное сгибание стоп и предотвращение «провисания стоп»;
б. предотвращение переразгибания нижних конечностей;
в. предотвращение поворота бедра внутрь;
г. профилактику пролежней.

14. В каком положении пациента в кровати не используется упор для стоп
а. Фаулера;
б. Симса;
в. на боку;
г. на животе.

15. В положении Фаулера головной конец кровати приподнят на
а. 30 - 40°;
б. 45 - 60°;
в. 70 - 90°;
г. горизонтальное положение.

16. Положение Симса - это
а. промежуточное положение между положением лежа на животе и лежа на боку;
б. лежа на животе;
в. лежа на спине;
г. полулежа или полусидя.

17. Исключите неправильное утверждение: ***правильная биомеханика в положении сидя заключается в следующем...***
а. колени чуть выше бедер;
б. колени должны быть расслаблены так, чтобы коленные суставы двигались свободно;
в. спина должна быть прямой, а мышцы живота напряжены;
г. плечи должны быть расправлены и расположены симметрично бедрам.

18. Правильная биомеханика тела медсестры обеспечивает
а. транспортировку, перемещение и изменение положения тела пациента;
б. предотвращение травмы позвоночника медсестры в процессе работы;
в. своевременное выполнение врачебных назначений;
г. положение, позволяющее удерживать равновесие.

19. Продолжите фразу: ***правильное положение тела – положение, при котором спина прямая и исключены любые искревления, напряжения, чувство дискомфорта***

20. Подберите соответствующие пары - термин и его определение.

1) Эффект Вальсальвы	в ...натуживание на высоте вдоха, приводящее к возникновению тяжелых нарушений ритма сердца и ухудшению коронарного кровотока;
2) Постуральный рефлекс.	а ...головокружение, сердцебиение, обморок, появляющиеся при изменении положения тела;
3) Биомеханика	г ...раздел физиологии, изучающий движение человека и животных.

4) Механика тела	б ...способ, которым человек приспосабливается, чтобы не потерять равновесие во время движения;

ТЕРМОМЕТРИЯ ОБЩАЯ

Выбрать один правильный ответ.

1. Лихорадка – это повышение температуры тела выше:

1) 36,0 °С; **2) 37,0 °С**; 3) 38,0°С; 4) 39,0°С.

2. Причиной лихорадки является нарушение процесса:

1) кровообращения;
2) терморегуляции;
3) дыхания;
4) потоотделения.

3. Терморегуляция – это процесс, в результате которого:

1) регулируется образование и выделение тепла;
2) регулируется выделение тепла;
3) регулируется образование тепла;
4) поглощается тепло организмом.

4. Температуру в подмышечной впадине измеряют:

1) 5 мин;
2) 10 мин;
3) 20 мин;
4) 40 мин.

5. Субфебрильной называется температура тела:

1) 37,0-38,0 °С;
2) 35,0-36,0 °С;
3) 36,0-37,0 °С;
4) выше 38,0 °С.

6. Нормальная температура тела в прямой кишке:

1) 37,8 °С;
2) 37,0 *°С;*
3) 36,6 °С;
4) 35,5 °С.

7. Извращенная лихорадка – это:

1) с суточным колебанием температуры более 1,0 °С;
2) утренняя температура максимальная, вечерняя нормальная;
3) колебания температуры в пределах 0,5-1,0 °С;
4) утренняя температура нормальная, вечерняя максимальная.

8. Умеренная лихорадка (°С):

1) температура тела не выше 38 °С;
2) выше 41,0 °С;
3) 38,0-39,0 °С;
4) 39-40,0 °С.

9. Термометры после использования дезинфицируются методом:

1) протирания;
2) полного погружения;
3) УФО-облучения;
4) орошения.

10. Температурная кривая регистрируется:

1) в температурном листе;
2) в дневнике истории болезни;

3) в журнале поступления больных;
4) в листе назначений.

11. Тип лихорадки, при которой периоды постоянного повышения температуры (на 3-5^0 С) сменяются периодами понижения до субнормальной или нормальной:

1) послабляющая;
2) перемежающая;
3) волнообразная;
4) гектическая.

12. Тип лихорадки, при которой утренняя температура выше вечерней:

1) послабляющая;
2) перемежающая;
3) волнообразная;
4) извращенная.

13. Температура тела, измеряемая на слизистых оболочках (°С):

1) 39-41;
2) 38-39;
3) 37-38;
4) 36-37.

14. Температура тела в течение дня колеблется в пределах (°С):

1) 1-1,5;
2) 0,8-1;
3) 0,3-0,8;
4) 0,1-0,3.

15. В развитии лихорадки различают периоды:

1) четыре;
2) три;
3) два;
4) один.

16. Учащение пульса в 1 мин при повышении температуры тела на 1°С (в ударах) у взрослых:

1) 20; **2)10**; 3) 5; 4) 2.

17. У лихорадящего больного может возникнуть резкая слабость, обильный холодный пот, бледность кожных покровов, даже нитевидный пульс и снижение АД. Это наиболее вероятно при:

1) быстром повышении температуры;
2) литическом снижении высокой температуры;
3) критическом снижении температуры;
4) субфебрилитете.

18. Субфебрильная температура тела (°С):

1) 39-39,5;
2) 38,5-38,9;
3) 38,1-38,2;
4) 37,1-38.

19. В первом периоде лихорадки возможно применение:

1) влажного обертывания;
2) грелки;
3) холодного компресса;
4) пузыря со льдом.

20. Физиологическая температура тела пациента чаще бывает ниже:

1) утром;
2) в обед;
3) вечером;

4) ночью.

21. Основной признак первого периода лихорадки:

1) озноб;

2) чувство жара;

3) учащение пульса;

4) рвота.

22. Протирание подмышечной впадины перед измерением температуры тела:

1) необходимо с гигиенической целью;

2) проводят для получения правильных результатов термометрии;

3) необязательно;

4) не оказывает влияния на показания термометра.

23. В первом периоде лихорадки у пациента наблюдаются:

1) недомогание, ломота во всем теле, головная боль, озноб;

2) слабость, чувство жара, усиленное потоотделение, гиперемия кожи;

3) внезапная слабость, холодный липкий пот, снижение АД, нитевидный пульс;

4) бред, головная боль, сухость во рту, снижение аппетита.

24. Во втором периоде лихорадки у пациента наблюдаются:

1) недомогание, ломота во всем теле, головная боль, озноб;

2) слабость, чувство жара, усиленное потоотделение, гиперемия кожи;

3) внезапная слабость, холодный липкий пот, снижение АД, нитевидный пульс;

4) бред, головная боль, сухость во рту, снижение аппетита.

25. В третьем периоде лихорадки, при кризисе, у пациента наблюдаются:

1) недомогание, ломота во всем теле, головная боль, озноб;

2) слабость, чувство жара, усиленное потоотделение, гиперемия кожи;

3) внезапная слабость, холодный липкий пот, снижение АД, нитевидный пульс;

4) бред, головная боль, сухость во рту, снижение аппетита.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПУЛЬСА

Выбрать один правильный ответ.

1. Пульс – это колебание стенки артерий, создающееся:

1) систолической волной крови;

2) диастолической волной крови;

3) правильным чередованием сильных пульсовых волн с паузами.

2. Число сердечных сокращений у взрослого человека в норме:

1) 85-90 ударов в мин;

2) 60-80 ударов в мин;

3) 40-50 ударов в мин.

3. Частота пульса:

1) зависит от возраста, заболеваний крови;

2) не зависит от возраста;

3) зависит от возраста и заболеваний сердечно-сосудистой системы.

4. При аритмичном пульсе подсчет производят в течение:

1) 20 сек, умножая на 6;

2) 30 сек, умножая на 2;

3) 1 мин.

5. Урежение пульса называется:

1) брадикардией;

2) тахикардией;

3) асистолией.

6. Учащение пульса называется:

1) брадикардией;
2) тахикардией;
3) асистолией.

7. Отсутствие пульса называется:
1) тахикардией;
2) брадикардией;
3) асистолией.

8. Появление внеочередной пульсовой волны меньшей величины называется:
1) экстрасистолией;
2) брадикардией;
3) дефицитом пульса.

9. Разница между количеством систол и пульсовых волн называется:
1) экстрасистолией;
2) брадикардией;
3) дефицитом пульса.

10. Нормальными цифрами систолического давления являются:
1) 60-70 мм рт. ст.;
2) 75-85 мм рт. ст.;
3) 100-135 мм рт. ст.;
4) 145-160 мм рт. ст.

11. По механизму возникновения различают следующие виды одышки:
1) экспираторная;
2) приступообразная;
3) постоянная;
4) поверхностная.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ. КОРМЛЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ. ВЕДЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИИ. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ И КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Выбрать один правильный ответ.

1. Для диеты № 10 по Певзнеру характерно:
1) ограничение углеводов;
2) ограничение жидкости, белков;
3) ограничение соли, жидкости;
4) ограничение жиров, соли, продуктов, богатых холестерином.

2. При заболеваниях желудка назначается диета №:
1) 1; 2) 5; 3) 7; 4) 9.

3. При запорах назначают диету №:
1) 10; **2) 3;** 3) 7; 4) 5.

4. Соотношение белков, жиров и углеводов в пищевом рационе больных:
1) преобладают белки;
2) преобладают углеводы;
3) 1:1:4;
4) 2:2:2.

5. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы назначается диета №:
1) 1; **2) 10;** 3) 5; 4) 7.

6. Порционное требование на пищеблок составляется:
1) четыре раза в день;
2) один раз в неделю;

3) один раз в день;
4) при поступлении пациента в стационар.

7. При заболеваниях, не требующих назначения специальной диеты, рекомендуется диета №:
1)10; 2)11; 3)13; **4)15.**

8. Количество жидкой пищи при очередном кормлении через назогастральный зонд (в мл):
1) 200-250; 3) 30-50;
2) 250-450; 4) 100-150.

9. Сорбит, ксилит и другие заменители сахара назначают при диете №:
1) 9; 2) 7; 3) 5; 4)1.

10. Жидкость, соль ограничивают при диете №:
1)1; 2) 5; 3)10; **4) 7.**

11. При заболеваниях почек назначают диету №:
1) 7; 2) 1; 3) 5; 4)10.

12. При заболевании печени назначают диету №:
1) 7; **2) 5;** 3)10; 4) 1.

13. Для диеты № 1 характерно:
1) ограничение соли, жидкости;
2) механическое, термическое и химическое щажение;
3) ограничение углеводов;
4) физиологически полноценная пища.

14. Для диеты № 5 характерно:
1) ограничение соли, жидкостей;
2) ограничение жидкостей;
3) ограничение углеводов;
4) исключение жареных продуктов, животных жиров.

15. При язвенной болезни желудка пациенту назначают диету №:
1)1; 2)5; 3)7; 4)10.

ГИГИЕНА И КОМФОРТ ПАЦИЕНТА

Задания в тестовой форме с одним неверным ответом

Выберите один неверный ответ — «четвертый лишний».

1. Пролежни – это повреждение тканей
А) некротическое
Б) поверхностное
В) струпьевидное
Г) глубокое

2. Факторы, способствующие образованию пролежней, –
А) психическая гармония
Б) парализация пациента
В) низкобелковое питание
Г) недержание мочи и кала

3. Факторы, приводящие к образованию пролежней, –
А) срезающая сила
Б) центробежная сила
В) сила трения
Г) прямое давление

4. Возможная локализация пролежней на задней поверхности туловища – область
А) затылка

Б) лопаток
В) голени
Г) крестца
5. Возможная локализация пролежней на передней поверхности туловища – область
А) лобно-височная
Б) тазовых костей
В) коленных суставов
Г) локтевых суставов
6. Факторы риска образования пролежней по шкале *Norton* –
А) физическое состояние
Б) питание
В) активность
Г) недержание мочи
7. Для профилактики пролежней используют специальные приспособления –
А) валики
Б) матрацы
В) клеенки
Г) подушки
8. Профилактику пролежней проводят растворами
А) 4% хлоргексидина биглюконата
Б) 6% перекиси водорода
В) 10% камфорного спирта
Г) 40% этилового спирта
9. Профилактике пролежней способствуют
А) правильное питание
Б) смена положения тела
В) неподвижность пациента
Г) адекватный питьевой режим
10. Опрелостям способствуют
А) тепло
Б) сухость
В) тучность
Г) потливость
11. Цель сестринской помощи пациенту в уходе за телом – обеспечение
А) чистоты и безопасности
Б) комфорта и защищенности
В) независимости и адаптации к своему состоянию
Г) личной гигиены и ухода
12. Общий комфорт для пациента невозможен без
А) проведения личной гигиены
Б) приема калорийной пищи
В) смены постельного белья
Г) смены нательного белья
13. Функциональная кровать необходима для
А) удобства работы медперсонала
Б) ухода за пациентом
В) выполнения лечебного процесса
Г) общения с медперсоналом
14. Белье в лечебных отделениях хранят в
А) материальной комнате
Б) санитарной комнате
В) шкафах процедурного кабинета

Г) шкафах на посту медсестры

15. Рациональное питание малоподвижному пациенту обеспечивают продукты

А) мясные

Б) молочные

В) кондитерские

Г) овощные

16. Способ смены постельного белья зависит от

А) тяжести заболевания

Б) режима двигательной активности

В) особенностей заболевания

Г) врачебных назначений

17. Способ смены нательного белья пациенту зависит от

А) режима двигательной активности

Б) тяжести состояния

В) возможности и желания помочь сестре

Г) устройства кровати

18. Локализация опрелостей –

А) поверхность спины

Б) межъягодичное пространство

В) подмышечные впадины

Г) под молочными железами

19. В целях профилактики опрелостей кожные складки пациента следует ежедневно

А) мыть

Б) просушивать

В) массировать

Г) припудривать

20. В уходе за пациентом сестре следует

А) быть внимательной и терпеливой

Б) комментировать результаты анализов

В) проявлять такт и выдержку

Г) побуждать к самоуходу

МЕТОДЫ ПРОСТЕЙШЕЙ ФИЗИОТЕРАПИИ. ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ ПРИМЕНЕНИЕ ПРОСТЕЙШИХ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

Выбрать все правильные ответы.

1. Температурные раздражители рефлекторно влияют на:

1) снижение свертываемости крови;

2) широту просвета кровеносных сосудов, чувствительность организма, тонус мышц;

3) гладкую мускулатуру внутренних органов, ЦНС, оказывая успокаивающий эффект;

4) функцию кишечника.

2. Показания к применению банок:

1) застойные явления в легких;

2) легочные кровотечения;

3) боли в области почек;

4) невралгии, миозиты.

3. Противопоказания к применению банок:

1) туберкулез легких, лихорадка;

2) легочные и другие кровотечения;

3) заболевания кожи, органов кроветворения;

4) невралгии, миозиты.

4. Места постановки банок:

1) подлопаточная и межлопаточная область, исключая позвоночник;

2) по ходу позвоночника при остеохондрозе;

3) область почек;

4) передняя поверхность грудной клетки, исключая молочные железы и область сердца.

5. Экспозиция банок на теле пациента:

1) 10-20 мин, в количестве 10-20 штук;

2) 5-7 мин, в количестве 5-7 штук;

3) 30 мин, в количестве 4-5 штук;

4) устанавливают индивидуально, по назначению врача.

6. Дезинфекцию банок после использования производят:

1) в 0,5% растворе хлорамина, экспозиция 1 час;

2) в 3% растворе хлорамина с 0,5% раствором моющего средства, экспозиция на 1 час, полоскание, просушивание;

3) протиранием чистой салфеткой, хранить в сухом виде;

4) обжигом.

7. Показания к постановке влажного согревающего компресса:

1) инфильтрат после инъекций;

2) боли в суставах;

3) боли в животе;

4) лихорадка.

8. Противопоказания к постановке влажного согревающего компресса:

1) инфильтраты;

2) боли в суставах;

3) заболевания кожи, лихорадка (2-й период);

4) боли в животе.

9. Смену влажного холодного компресса производят через:

1) 2-3 мин;

2) как только он высохнет;

3) через 10-20 мин, с промежутком 5 мин;

4) по мере нагревания.

10. Правильность наложения влажного согревающего компресса проверяют:

1) через 1-2 часа, просунув палец под компресс, определив его состояние;

2) через 1-2 часа, сняв компресс, определив по состоянию кожи;

3) через 1-2 часа, опросив больного о состоянии компресса и субъективных ощущениях;

4) через 10 мин, просунув палец под компресс, определив его состояние.

11. Показания к применению горчичников:

1) туберкулез легких;

2) заболевания кожи;

3) миозиты, невралгии, радикулиты;

4) воспалительные заболевания дыхательных путей.

12. Ожоги на коже после снятия банок, горчичников обрабатывают:

1) спиртом 96%;

2) вазелином;

3) 5% раствором перманганата калия;

4) накладывают мазевую повязку.

13. Показания к применению пузыря со льдом:

1) боли в области печени, почек;

2) сильные головные боли;
3) внутренние кровотечения;
4) ушибы в первые сутки.

14. Показания к применению грелки:
1) абсцессы после инъекций;
2) внутренние кровотечения;
3) озноб;
4) инфильтраты после инъекций.

15. Противопоказания к применению грелки:
1) абсцессы;
2) ознобы;
3) острые боли в животе;
4) высокая лихорадка.

16. Гирудотерапия – это применение пиявок с целью:
1) кровоизвлечения;
2) болеутоляющего действия;
3) рассасывание воспалительных инфильтратов;
4) снижения свертываемости крови.

17. Индифферентная температура (в °С):
1) 14-16;
2) 18-20;
3) 34-35;
4) 40-45.

18. Местный полуспиртовый компресс следует снять через (в часах):
1) 10-12;
2) 4-6;
3) 2-3;
4) 1-2.

19. При ушибе в качестве первой помощи применяют:
1) согревающий компресс;
2) пузырь со льдом;
3) горячий компресс;
4) грелку.

20. Количество слоев салфетки для согревающего компресса:
1) 8;
2) 5;
3) 4;
4) 2.

21. Температура воды, используемая для смачивания горчичников (° С):
1) 60;
2) 40;
3) 34;
4) 20.

22. Салфетку для влажного согревающего компресса нужно смочить в воде, после чего отжать (° С):
1) холодной (12);
2) теплой (37);
3) комнатной (20-22);
4) горячей (60).

23. Показанием к применению кислорода является:
1) гипоксия тканей;
2) боли в области сердца;

3) отеки;

4) нарушение зрения.

24. При проведении оксигенотерапии кислород увлажняют с целью:

1) предотвращения сухости слизистых оболочек дыхательных путей;

2) пеногашения слизистой мокроты;

3) предотвращения переувлажнения слизистых оболочек дыхательных путей;

4) понижения давления.

25. Наиболее оптимальная концентрация кислорода во вдыхаемой смеси (с использованием кислородной подушки):

1) 15-20%;

2) 75-80%;

3) 40-60%;

4) 100%.

КЛИЗМЫ. ГАЗООТВОДНАЯ ТРУБКА ПОСТАНОВКА КЛИЗМ

Выберите один правильный ответ

1. Лечебные клизмы – это:

1) контрастная, масляная;

2) очистительная, послабляющая, сифонная;

3) послабляющая, контрастная.

***2.* При метеоризме необходимо дать совет по питанию и:**

1) применить газоотводную трубку;

2) поставить очистительную клизму;

3) применить газоотводную трубку, если не достигнут эффект после очистительной клизмы.

3. При запоре необходимо дать совет по питанию и:

1) применить газоотводную трубку;

2) поставить очистительную или послабляющую клизму;

3) поставить лекарственную клизму.

4. При недержании кала необходимо следить за чистотой кожи и:

1) применить памперсы, своевременно менять белье;

2) подавать пациенту эмалированное судно;

3) применять газоотводную трубку, дать совет по питанию.

5. При постановке очистительной клизмы наконечник вводится в прямую кишку на:

1)20-30 см; **2) 8-10 см**; 3)50-70 см.

6. При постановке масляной и гипертонической клизмы кишечная трубка вводится на:

1)15-20 см; 2) 8-10 см; 3) 50-70 см.

7. Газоотводная трубка вводится в кишечник на:

1)20-30 см; 2) 8-10 см; 3) 50-70 см.

8. При применении сифонной клизмы зонд вводится в кишечник на:

1)30-40 см; 2) 8-10 см; 3)50-70 см.

9. Для постановки очистительной клизмы необходимо приготовить воду в количестве:

1) 100-150 мл; **2) 1,5-2 л;** 3)8-10 л.

10. Для проведения сифонной клизмы приготовить воду в количестве:

1) 100-150 мл; 2) 1,5-2 л; **3)8-10л**.

11. Для послабляющих клизм применяются растительное масло или гипертонический раствор в количестве:

1) 100-150 мл; 2) 1,5-2 л; 3)8-10 л.

12. После очистительной клизмы акт дефекации наступает через:

1) 20-30 минут;

2) **5-10 минут**;

3) 10-12 часов.

13. После гипертонической клизмы акт дефекации наступает через:

1) **20-30 минут;**

2) 5-10 минут;

3) 10-12 часов.

14. После масляной клизмы акт дефекации наступает через:

1) 20-30 минут;

2) 5-10 минут;

3) 8-10 часов.

15. К послабляющим клизмам относят:

1) **масляную и гипертоническую;**

2) масляную и сифонную;

3) масляную, сифонную и очистительну

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МЯГКИМ КАТЕТЕРОМ. ВВЕДЕНИЕ ПОСТОЯННОГО МОЧЕВОГО КАТЕТЕРА И УХОД ЗА НИМ. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Выбрать правильный ответ.

1. При катетеризации используются перчатки только:

1) чистые;

2) стерильные;

3) одноразовые;

4) многоразовые.

2. Для подмывания пациента перед катетеризацией используется:

1) 5% раствор перманганата калия;

2) вода;

3) слабый раствор перманганата калия;

4) раствор хлорамина.

3. Катетер перед введением необходимо смазать или облить:

1) водой;

2) стерильным вазелиновым маслом;

3) 70% этиловым спиртом;

4) 3% раствором перекиси водорода.

4. Промывание мочевого пузыря проводят с целью:

1) лечения воспалительных процессов;

2) восстановления функции мочевого пузыря;

3) извлечения остатков мочи;

4) выведения газов.

5. При катетеризации мочевого пузыря медсестра имеет право использовать катетер:

1) любой;

2) мягкий;

3) полужесткий;

4) жесткий.

6. Медицинская сестра использует для катетеризации катетер:

1) пластиковый;

2) резиновый;

3) металлический;

4) одноразовый.

7. При катетеризации мужчин катетер вводит врач на глубину (в см):

1) 20-25; 2) 10-12; 3) 5-6; 4) 1-2.

8. **При катетеризации у женщин катетер вводят на глубину** (в см):

1)10-12; **2)6-8;** 3)3-5; 4)2-3.

9. Для промывания мочевого пузыря используют раствор фурацилина температуры (в °С):

1)40-42; **2)37-38;** 3)25-28; 4)любой.

10. При недержании мочи у женщин в ночные часы желательно использовать:

1) памперсы;

2) резиновое судно;

3) металлическое судно;

4) съемный мочеприемник.

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА. ЗОНДИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Выберите один правильный ответ

1. Беззондовое исследование секреторной функции желудка:

1) ацидотест;

2) глюкотест;

3) рентгенография;

4) лапароскопия.

2. Независимое сестринское вмешательство при желудочном кровотечении:

1) промывание желудка;

2) очистительная клизма;

3) грелка на живот;

4) пузырь со льдом на живот.

3. Информацию о секреторной функции желудка позволяет получить:

1) общий анализ кала;

2) желудочное зондирование;

3) рентгенологическое исследование;

4) эндоскопическое исследование.

4. Подготовка пациента к желудочному зондированию:

1) вечером – легкий ужин, утром – натощак;

2) вечером – очистительная клизма;

3) вечером и утром – очистительная клизма;

4) утром – сифонная клизма.

5. Для стимуляции желудочной секреции медсестра использует:

1) пентагастрин по назначению врача;

2) растительное масло;

3) сульфат бария;

4) сульфат магния.

6. Наиболее эффективный стимулятор желудочной секреции:

1) капустный;

2) мясной;

3) отрубной;

4) пентагастрин.

7. Парентеральный стимулятор желудочной секреции:

1) капустный;
2) отрубной;
3) мясной;
4) пентагастрин.

8. При промывании желудка зонд вводится на длину:

1)50-70 см; 3)20-30 см;
2) 8-10 см; 4) 80-100 см.

9. Во время промывания желудка одномоментно можно ввести жидкости:

1)до 10л; 3)до2л;
2) до 1л; 4) 100 мл.

10. Если при введении зонда пациент начал кашлять, задыхаться, появился цианоз, следует:

1) временно прекратить введение, пациенту предложить передохнуть;
2) начать искусственную вентиляцию легких;
3) вызвать врача;
4) немедленно извлечь зонд.

ПОТЕРЯ. СМЕРТЬ. ГОРЕ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Онкологическому больному Воропаеву С.Д. организована помощь сотрудниками «стационара на дому».

При очередном посещении медицинская сестра осуществила перевязку пациента, обработала послеоперационную рану.

Объективно: состояние тяжелое, пациент очень слаб, отмечено значительное уменьшение массы тела., АД 90/50 мм рт.ст., Ps 96 в мин.

Со слов жены, у пациента усилились боли, он плохо ест и спит. Родные переживают, предчувствуют скорую кончину и не могут с этим смириться.

Задание:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента, родных.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности: - в безопасности; - в движении; - комфортного состояния; - в сне и отдыхе; - в выделении.

Проблемы пациента:

- Постепенное угасание жизненно важных функций организма с усилением боли.

Проблемы родных:

- Предчувствие горя родными в результате приближающейся смерти близкого человека.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента/ родных	Цель/ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Постепенное угасание	Поддержание комфортного (контролиров	1. Поддерживать уровень жизни, удовлетворять потребности в еде, отдыхе,	При каждом контакте	Уровень боли, не причиняющий страдание пациенту.	Цель достигли.

жизненно важных функций организма с усилением боли.	ание боли) состояния.	выделении шлаков, движении, асептическом состоянии раны, общении, сострадании.		Адекватный сон.	
		2. Осуществлять адекватное обезболивание. 3. Создавать комфортные условия в постели.		Самостоятельный прием пищи. Спокойное общение с близкими людьми.	
Предчувствие горя родными в результате приближающейся смерти близкого человека.	Примириться с предстоящей потерей.	1. Предложить беседу, выслушать, проявить сострадание постигшему горю. 2. Рекомендовать родным проявлять сострадание, готовность проводить больше времени с больным. 3. Обучить элементам ухода за умирающим. 4. Рекомендовать временный прием препаратов, уменьшающий состояние депрессии.	При каждом контакте	Адекватное отношение к проведению посильного ухода за умирающим. Оказание психологической поддержки умирающему. В состоянии выдержать данное испытание.	Цель достигнута после многократных бесед.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Пациент на амбулаторном приеме поделился своим горем. Он тяжело переживает утрату своего имущества (пожар на даче). Прошло несколько месяцев, а ощущение страдания не покидают его. Появилась бессонница, чисто механически, без аппетита принимает пищу. Понимает, что надо взять себя в руки и жить дальше, иначе начнутся проблемы со здоровьем, но ничего с собой сделать не может. Он неоднократно отмечал появление неприятных давящих ощущений в области сердца и страх при их появлении.

Задание:

1. Определите, какие потребности нарушены у мужчины.
2. Определите проблемы.
3. Составьте план действий, дайте рекомендации.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- в сне и отдыхе;
- в пище;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Дисфункциональное переживание горя, проявляющееся в виде бессонницы, снижения аппетита и появлении неприятных ощущений за грудиной.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Дисфункциональное переживание	Примет ситуацию как	1. Провести беседу для выявления уровня тревожности пациента.	Ежедневно	Наличие полноценного сна и	Цель достигнута. У пациента отсутствуют жалобы

горя, проявляющееся в виде бессонницы, снижения аппетита и появлении неприятных ощущений за грудиной.	свершившийся факт, восстановит силы для преодоления постигшего горя.	2. Осуществить ЭКГ-исследование сердца по назначению врача. 3. Дать рекомендации относительно коррекции режима питания и отдыха. 4. Посоветовать расширить круг общения, не замыкаться в себе. 5. Рекомендовать при необходимости консультацию психоневролога.		аппетита. Отсутствие неприятных ощущений в области грудины. Адекватная реакция на произошедшую потерю.	на изменение физического и психоэмоционального состояния.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Участковая медицинская сестра неоднократно посещала пожилую пациентку и оказывала помощь на дому.

Пациентка Ольга Васильевна, 78 лет, чувствует себя очень одинокой, говорит, что детям и внукам она не нужна, хотя живут все вместе. Давно задумывается о смерти, полагает, что она всем в тягость. Усугубляет такое отчаяние наличие хронических болезней. Боли в суставах, слабость, головокружение, недержание мочи, бессонница - все это тяготит пациентку. Она не надеется, что жизнь ее измениться. Очень хочет до самой смерти обслуживать себя самостоятельно и не прибегать к помощи родственников.

Родные не понимают, что ей еще надо, ведь они проявляют посильную заботу.

Задание:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациентки.
2. Определите проблемы пациентки.
3. Составьте план ухода за пациенткой.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- в сне и отдыхе;
- в пище;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Ощущение безнадежности, связанное с длительным стрессом, провоцируемым духовным одиночеством и наличием хронических болезней.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Ощущение безнадежности, связанное с длительным стрессом, провоцируемым духовным	Воспринимает сложившуюся обстановку в семье иначе, ощущает проявления	1. Провести беседу с родными о необходимости более яркого выражения своих чувств по отношению к пожилой женщине. Проявлять заботу и участие в ее жизни. 2. Рекомендовать пациентке не замыкаться, принимать заботу о себе.	При каждом контакте.	Отсутствие мысли о смерти. Чувствует себя полноправным и необходимым членом	Цель достигнута.

одиночеством и наличием хронических болезней.	любви и сопричастности. Готова принять помощь родных.	3. Выполнять рекомендации врача (лечение и уход), способствующие повышению качества жизни пациентки.		семьи. Активна в домашней обстановке и на улице.	

3.2 Типовые задания для оценки сформированности ПК 4.1, ПК4.2, ПК 4.3, ПК 4.4, ПК 4.5, ПК 4.6; ВД 4; ОК 1, ОК 2, ОК 3, ОК 4, ОК 5, ОК 6, ОК 7, ОК 8, ОК 9.
Кимы к МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ
«Лекарственные препараты: хранение, способы введения, отчетность»

Инструкция: выберите правильные ответы

1. Энтеральное введение лекарственных средств это:
а введение лекарственных средств через кожу,
б введение лекарственных средств перорально,
в введение лекарственных средств подкожно,
г введение лекарственных средств ректально.

2. Парентеральное введение лекарственных средств это:
а введение лекарственных средств через слизистые оболочки,
б введение лекарственных средств через дыхательные пути,
в введение лекарственных средств подкожно,
г введение лекарственных средств внутривенно.

3. Срок хранения стерильных растворов, изготовленных в аптеке
а 2 дня в 4 дня
б 3 дня г 5 дней

4. Выборка назначений из медицинской карта проводится:
а ежедневно старшей медсестрой,
б ежедневно палатной медсестрой,
в еженедельно старшей медсестрой,
г еженедельно дежурной медсестрой.

5. Если пациенту назначено 0, 125г лекарственного средства, а таблетки у сестры дозировкой по 0,5г, то пациенту следует дать:
а 2 таблетки б 4 таблетки
в 0,2 или ½таблетки **г 0,4 или ¼таблетки**

6. Если пациенту назначено 400000Е.Д. антибиотика, а у медсестры флаконы с дозировкой по 500000Е.Д., то при разведении его в отношении 1:2 пациенту следует ввести:
а 4мл раствора **в 2мл раствора**
б 3мл раствора г 1мл раствора

7. Температура раствора при внесении капель в уши должна быть:
а ни менее 18°- 20° в ни менее 25°- 30°
б ни менее 20°- 25° **г ни менее 36°- 37°**

8. В глаза целесообразно закапывать по:
а 1 – 2 капли раствора б 2 – 3 капли раствора
в 3 – 4 капли раствора г 4 – 5 капель раствора

9. При закапывании капель в уши ушную раковину следует оттянуть:
а назад и вниз; **б назад и вверх**;
в на себя и вверх; г на себя и вниз.

10. Средства, предназначенные для приёма «натощак» должны быть приняты:
а за 10мин до полдника
б за 30мин до завтрака
в за 40мин до ужина
г за 60мин до обеда

11. Способ введения лекарственных средств определяет
а) лечащий врач
б) главный врач

в) старшая медицинская сестра
г) палатная медицинская сестра
12. Местное действие на организм оказывает лекарственный препарат, введенный
а) через рот
б) под язык
в) внутримышечно
г) в ухо
13. Способ введения лекарственных средств через рот
а) сублингвальный
б) пероральный
в) ректальный
г) вагинальный
14. Ядовитые лекарственные препараты хранят в процедурном кабинете в
а) холодильнике
б) шкафу, закрытом на ключ
в) сейфе
г) столе, закрытом на ключ
15. Раздачу лекарств в отделении проводит медсестра
а) младшая
б) постовая
в) процедурная
г) старшая
16. Суппозитории хранят в
а) холодильнике
б) сейфе
в) медицинском шкафу
г) медицинском шкафу, закрытом на ключ
17. Парентеральный способ введения лекарственных средств
а) сублингвально
б) перорально
в) инъекционно
г) ректально
18. Осложнение при неправильном выборе места внутримышечной инъекции
а) сепсис
б) анафилактический шок
в) периостит
г) воздушная эмболия
19. Осложнение внутривенной инъекции при нарушении правил асептики
а) анафилаксия
б) тромбофлебит
в) сепсис
г) гематома
20. Аллергическая реакция при введении лекарственных средств
а) сепсис **в) анафилаксия**
б) тромбофлебит г) некроз

«МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ. ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЙ СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ»

Выберите один правильный ответ

1.Перед пункцией вены локтевого сгиба жгут накладывают на плечо:
А. На голое тело пациента

Б. Подложив пеленку или на рубашку
В. Жгут не накладывают
Г. Не знаю
2. Перед введением стерильный масляный раствор нужно подогреть до температуры:
А. 20^0C
Б. 35^0C
В. 45^0C
Г. 38^0C
3.Положение пациента во время внутривенной инъекции:
А. Сидя
Б. Стоя
В. Лежа на животе
Г. Лежа на боку
4. Показанием для внутривенной струйной инъекции является:
А. Непереносимость препарата
Б. Инфильтраты в месте инъекции
В. Введение не больших количеств лекарственных средств
Г. Введение больших количеств лекарственных средств
5. Сердечные гликозиды вводятся на:
А. 0,9% раствора натрия хлорида
Б. 0,5% раствора новокаина
В. 0,25% раствора новокаина
Г. 10% раствора натрия хлорида
6.10% раствор кальция хлорида вводят:
А. Подкожно.
Б. Внутримышечно.
В. Внутривенно.
Г. Внутрикожно.
7. Показанием к внутривенной капельной инъекции является:
А. введение инсулина
Б. введение масляных растворов
В. выполнение профилактических прививок
Г. введение больших объемов лекарственных средств.
8. Внутривенную инъекцию делают:
А. вены локтевого сгиба
Б. верхне-наружный квадрант ягодицы
В. дельтовидную мышцу плеча
Г. подлопаточную область
9. Масляные растворы вводят:
А. внутрикожно
Б. внутримышечно
В. внутривенно струйно
Г. внутривенно капельно
Установите соответствие:
11. Анатомическая область введения инъекции:

1. Внутривенная	А. Верхний наружный квадрант ягодицы.
2. Внутримышечная	Б. Наружная область плеча.
3. Подкожная	В. Вена локтевого сгиба.

Ответ 1В 2А 3Б
12. Соотнесите рекомендуемые места введения лекарственных препаратов:

1. Масляный раствор	А. внутрикожно

2. Туберкулин — Б. внутривенно
3. 10% раствор кальция хлорида — В. внутримышечно
Ответ 1В 2А 3Б

13. Какое действие медсестры повлечет за собой соответственное осложнение:
1. Абсцесс — А. Прокол стенок вены.
2. Повреждение нервных стволов — Б. Нарушение правил асептики.
3. Инфильтрат — В. Неправильный выбор места инъекции.
4. Гематома — Г. Использование короткой иглы.
Ответ 1Б 2В 3Г 4А

14. Угол введения иглы при выполнении инъекции:
1. Внутривенная — А. 90
2. Внутримышечная — Б. 5 или параллельно
3 Подкожная — В. 45
Ответ 1Б 2А 3В

15. Количество вводимого лекарственного препарата допускается:
1. Внутривенная — А. 2-10 мл.
2. Внутримышечная — Б. 1-2 мл.
3 Подкожная — В. 10-20 мл.
Ответ 1В 2А 3Б

«Инфекционная безопасность при выполнении инъекций и обработке использованного инструментария

Выберите один правильный вариант ответа

1. Парентеральный путь введения лекарственных средств:
1) через дыхательные пути
2) через прямую кишку
3) внутривенно, внутримышечно
4) под язык

2. Перед введением стерильный масляный раствор необходимо подогреть до температуры (в град.С):
1) 40 — **2) 38**
3) 34 — 4) 28

3. Положение больного во время внутримышечной инъекции:
1) лёжа на животе, боку
2) сидя
3) стоя
4) лёжа на спине

4. Возможное осложнение при внутримышечной инъекции:
1) **инфильтрат**
2) воздушная эмболия
3) масляная эмболия
4) некроз

5. При попадании воздуха в сосуд развивается осложнение:
1) воздушная эмболия
2) тромбофлебит
3) некроз
4) инфильтрат

6. Наиболее часто внутривенно вводят лекарственное вещество в вены:
1) кисти

2) локтевого сгиба
3) стопы
4) подключичные
7. Глубина введения иглы при проведении внутривенной инъекции:
1) только срез иглы
2) две трети иглы
3) в зависимости от расположения сосуда
4) на всю длину иглы
8. Раствор, применяемый вначале неотложной помощи при анафилактическом шоке:
1) адреналина
2) строфантина
3) димедрола
4) кордиамина
9. При попадании 10% хлорида кальция в ткани развивается осложнение:
1) тромбофлебит
2) некроз
3) абсцесс
4) гепатит
10. При возникновении инфильтрата на месте инъекции (подкожной, внутримышечной) необходимо наложить:
1) пузырь со льдом
2) местно согревающий компресс
3) асептическую повязку
4) выше места инъекции венозный жгут
11.Что является противопоказанием при выборе места для внутривенной инъекции.
1) рубцы на коже;
2) болезненность при пальпации места инъекции;
3) кожный зуд;
4) воспаление кожи;
5) всё перечисленное верно.
12.У взрослого человека наиболее часто для проведения внутривенной инъекции выбирают вены.
1) кисти;
2) локтевого сгиба;
3) стопы;
4) подключичные;
5) головы.
13.Во время выполнения инъекции произошла поломка иглы. Укажите возможную причину.
1) использование тупой иглы;
2) неправильный выбор положения тела человека;
3) резкое сокращение мышц;
4) неправильный выбор места инъекции;
5) всё перечисленное верно.
14.После выполнения инъекции возник абсцесс. Укажите, что не может быть причиной этого осложнения.
1) использование тупой иглы;
2) введение не подогретых масляных растворов;
3) резкое сокращение мышц при внутримышечной инъекции;
4) неправильный выбор места инъекции;
5) нарушение правил асептики.

15.Какое осложнение не может случиться после проведения внутримышечной инъекции.
1) аллергическая реакция;
2) абсцесс;
3) жировая эмболия;
4) тромбофлебит;
5) повреждение нервных стволов.
16.Выберите определение к термину «абсцесс»
1) кровоизлияние под кожу;
2) уплотнение в месте инъекции;
3) гнойное воспаление мягких тканей с образованием полости заполненной гноем;
4) воспаление вены с образованием тромба;
5) омертвение тканей.
17.Выберите определение к термину «гематома»
1) кровоизлияние под кожу;
2) уплотнение в месте инъекции;
3) гнойное воспаление мягких тканей с образованием полости заполненной гноем;
4) воспаление вены с образованием тромба;
5) омертвение тканей.
18.Выберите определение к термину «инфильтрат»
1) кровоизлияние под кожу;
2) уплотнение в месте инъекции;
3) гнойное воспаление мягких тканей с образованием полости заполненной гноем;
4) воспаление вены с образованием тромба;
5) омертвение тканей.
19.Жировая (медикаментозная) эмболия возникает при попадании масляного раствора.
1) под кожу;
2) в вену;
3) в мышцу;
4) на слизистую оболочку;
5) в артерию.
20.При заборе крови в процедурном кабинете больной кратковременно потерял сознание. При осмотре АД 80/60, пульс частый, дыхание поверхностное. Что случилось с больным.
1) шок;
2) сердечная астма;
3) обморок;
4) коллапс;
5) аллергическая реакция.
21.Какое осложнение может возникнуть при введении неподогретых масляных растворов подкожно или внутримышечно.
1) жировая эмболия;
2) гематома;
3) некроз;
4) инфильтрат;
5) тромбофлебит.
22. Какие осложнения при инъекции возникают по вине медсестры?
1) инфильтраты;
2) абсцессы;
3) эмболии;
4) аллергические реакции;

5) всё перечисленное верно.

23. Какое осложнение может возникнуть при введении иглы до канюли в ткани больного

1) инфильтрат;
2) абсцесс;
3) поломка иглы;
4) аллергическая реакция;
5) повреждение нервных окончаний.

24.Сбор информации у пациента о лекарственной непереносимости проводится с целью профилактики

1) гиповолемического шока;
2) резкого повышения артериального давления;
3) приступа эпилепсии;
4) аллергической реакции;
5) гипотонии.

25.Для введения гепарина наиболее часто используется

1) подкожно-жировой слой боковых сторон живота не более 2,5 см от пупка;
2) наружная боковая поверхность средней трети плеча;
3) передняя и переднебоковая поверхность бедра;
4) надлопаточная область;
5) всё перечисленное верно.

КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

4.1 Типовые задания для оценки сформированности

ПК 4.1-4.6, ВД 4, ОК 1-9.

Тесты для дифференцированного зачета по МДК 04. 01 Общий уход за пациентами

УП.04.01. Учебная практика

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

в) уч.ф. 003/у

б) уч.ф. 001/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.

в) 80-100 мм рт.ст.

6) 60-89 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.

б) 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 в) 2-3
б) 5-6 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. Противопоказание для определения массы тела пациента:

а) поступление пациента в стационар
б) постельный режим
в) выявление дефицита веса
г) наблюдение за динамикой веса
63. «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
64. Вновь поступивших пациентов с внутренним распорядком в ЛПУ знакомит:
а) заведующий
б) лечащий врач
в) старшая медсестра
г) медсестра приемного отделения
65. Кабинет приемного отделения, в котором проводится первичный осмотр пациентов дежурным врачом:
а) реанимационный
б) смотровой
в) клизменный
г) санитарный пропускник
66. Антропометрия включает измерение всего, кроме:
а) роста
б) веса
в) окружности запястья
г) окружности грудной клетки
67. Артериальное давление ниже 100 мм рт.ст. называется:
а) гипотония
б) брадикардя
в) гипертония
г) тахикардия
68. Минимальное артериальное давление:
а) диастолическое
б) систолическое
в) аритмическое
г) пульсовое
69. 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
70. 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
71. 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.
72. Учащение дыхания называется:

а) брадипноэ
б) тахипноэ
в) брадикардия
г) тахикардия
73. Дефицит пульса возникает при:
а) повышении АД
б) понижение АД
в) брадикардии
г) мерцательной аритмии
74. При значительной физической нагрузке возникает одышка:
а) смешанная
б) физиологическая
в) патологическая
г) инспираторная
75. У 40 летней женщины пульс при физической нагрузке 55 в минуту. Это можно назвать:
а) аритмией
б) брадикардией
в) нормой
г) тахикардией
76. Основной признак второго периода лихорадки:
а) озноб
б) головная боль
в) чувство жара
г) рвота
77. 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
78. Вид лихорадки, при которой утренняя температура тела выше вечерней:
а) извращенная
б) послабляющая
в) истощающая
г) перемежающаяся
79. Лихорадка, которая длится свыше 45 дней:
а) хроническая
б) подострая
в) острая
г) мимолетная
80. Резкое снижение температуры тела в течение часа:
а) субфебрилитет
б) кризис
в) лизис
г) фебрилитет
81. 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
82. Срок наблюдения очага педикулеза ____ дней.
а) 30 в) 7
б) 20 г) 5
83. Обработку волосистой части головы при наличии педикулеза проводит:
а) врач
б) медицинская сестра
в) санитарка
г) родственники
84. К основным симптомам педикулеза не относится:
а) зуд
б) меланодермия
в) колтун
г) облысение
85. 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).
86. Опрелости – это:
а) воспаление кожи в естественных складках
б) некротическое повреждение тканей
в) воспаление мышечной ткани
г) струпьевидное повреждение тканей
87. Локализация опрелостей:
а) поверхность спины
б) верные ответы в, г
в) подмышечные впадины
г) под молочными железами
88. Профилактика пролежней включает:
а) умывание
б) лечебную физкультуру
в) смену положения тела каждые два часа
г) смену положения тела 3 раза в день
89. Факторы, способствующие возникновению пролежней:
а) ожирение, метеоризм
б) нарушение сна, ограничение подвижности
в) задержка мочи, прием седативных препаратов
г) пожилой возраст, обезвоживание организма
90. Наиболее частая область образования пролежня у тяжелобольного пациента при положении «на боку»:
а) область тазобедренного сустава
б) подколенная ямка
в) область локтей
г) ребра
91. 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

92. 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

93. 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

94. Для протирания слизистой ротовой полости можно использовать раствор:

а) 2% гидрокарбоната натрия
б) 3% перекиси водорода
в) 1% хлорамина
г) 70% этилового спирта

95. При недержании мочи в ночные часы желательно использовать:

а) памперсы
б) резиновое судно
в) металлическое судно
г) съемный мочеприемник

96. Какова должна быть температура холодных блюд?

а) 7-14ºС
б) 15-20ºС
в) 21-35ºС
г) 36-40ºС

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

а) 330
б) 408
в) 170
г) 345

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

а) 6
б) 5
в) 4-х
г) 2-х

99. Препарат, используемый для парентерального питания:

а) диклофенак
б) реополиглюкин

в) викасол
г) липофундин
100. Показания для искусственного питания все, кроме:
а) бессознательное состояние пациента
б) стеноз привратника
в) гастрит с секреторной недостаточностью
г) отек языка, глотки, пищевода
101. 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.
102. Показание для согревающего компресса:
а) первые сутки после травмы
б) кровотечения
в) лихорадка
г) отит
103. Пузырь со льдом применяют:
а) в 1-ый период лихорадки
б) во 2-ой период лихорадки
в) в 3-ий период лихорадки
104. Показание для постановки пиявок:
а) гипертония
а) анемия
б) гипотония
в) повышенная кровоточивость тканей
105. 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
106. При спастических запорах чаще назначается _____ клизма.
а) гипертоническая
б) очистительная
в) сифонная
г) масляная
107.Показание для постановки клизмы:
а) выпадение прямой кишки
б) капростаз
в) острое воспалительное заболевание прямой кишки
г) энурез
108. К микроклизмам не относится:
а) гипертоническая
б) очистительная
в) лекарственная
г) масляная
109. При атонических запорах чаще назначается _____ клизма.
а) гипертоническая
б) очистительная
в) сифонная
г) масляная
110. 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
111. Температура раствора, используемого при постановке послабляющей клизмы (в градусах С):
а) 12-20
б) 20-22
в) 37-38
г) 40-42
112. Необходимое количество растительного масла для постановки масляной клизмы (в мл):
а) 10
б) 100
в) 200
г) 1 000
113. После масляной клизмы опорожнение кишечника, как правило, наступает через (в часах):
а) 1-2
б) 4-6
в) 6-10
г) 10-12
114. 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
115. Задержка мочи называется:
а) анурия
б) полиурия
в) олигурия
г) ишурия
116. Для промывания мочевого пузыря используют раствор фурацилина температуры (в град. С):
а) 40-43
б) 37-40
в) 33-36
г) любой
117. Противопоказания для промывания желудка все, кроме:
а) отравление грибами
б) желудочное кровотечение
в) ожог пищевода
г) «острый живот»
118. 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
119. 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
120.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
121. Кабинет приемного отделения, в котором проводится первичный осмотр пациентов дежурным врачом:
а) реанимационный
б) смотровой
в) клизменный
г) санитарный пропускник
122. Эмоциональный отклик на утрату или разлуку, проходящий несколько стадий «фаз»:
а) печаль
б) переживание
в) горе
г) траур
123. 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
124. 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
125. 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
126. Медико-социальная служба, оказывающая квалифицированную помощь безнадежно больным и умирающим:
а) госпиталь
б) диспансер
в) дом-интернат
г) хоспис
127. 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

128. На какой стадии эмоционального горевания человек пытается «заключить сделку»:
а) 1
б) 2
в) 3
г) 4
д) 5
129. После констатации врачом биологической смерти пациента медсестра должна заполнить:
а) лист врачебных назначений
б) титульный лист истории болезни
в) сопроводительный лист
г) температурный лист
130. Преднамеренное прерывание жизни неизлечимого больного, с целью прекращения его страданий:
а) аутопсия
б) эгротогения
в) аутосуггестия
г) эвтаназия

Перечень манипуляций для дифференцированного зачета по МДК 04. 01 Общий уход за пациентами УП.04.01. Учебная практика

1. Технология ухода за постоянным мочевым катетером Фолея (у мужчин)
2. Технология ухода за постоянным мочевым катетером Фолея (у женщин)
3. Технология катетеризации мужчины катетером Фолея
4. Технология катетеризации женщины катетером Фолея
5. Технология определения ЧДД на статисте.
6. Технология исследования пульса на лучевой артерии, характеристика пульса
7. Технология измерения артериального давления
8. Технология промывания желудка с применением толстого зонда на фантоме
9. Технология ухода за назогастральным зондом
10. Технология подачи грелки
11. Технология подачи пузыря со льдом
12. Технология постановки очистительной клизмы на фантоме
13. Технология постановки газоотводной трубки на фантоме
14. Технология «Постановка горчичников»
15. Технология выполнения «Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному»
16. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных»
17. Проведите профилактику пролежней
18. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки согревающего компресса
19. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки масляной клизмы
20. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки гипертонической клизмы.

4.2 Типовые задания для оценки сформированности
ПК 4.1-4.6, ВД 4, ОК 1-9.
Тесты для комплексного дифференцированного зачета по
МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп УП.04.02. Учебная практика

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

2 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

3 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

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

5 Сублингвальный способ введения лекарственных препаратов – это введение препарата:
а) в прямую кишку
б) в дыхательные пути
в) под язык
г) на кожу

6 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

7 Наружный способ применения лекарственных препаратов:
а) на кожу, слизистые
б) внутрикожно
в) ректально
г) перорально

8 Лекарственные формы применяемые наружно все, кроме:
а) мази
б) пилюли
в) аэрозоли
г) пластыри

9 До какой температуры необходимо подогреть лекарственный раствор для закапывания в ухо?
а) 27-28ºС
б) 32-33ºС

в) 36-37ºС
г) 40-42ºС

10 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

11 Шприцы одноразового использования после применения следует:
а) погрузить в 5% раствор хлорамина на 60 минут, затем по мере накопления убрать вместе с мусором
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

12 Парентеральное введение лекарственных препаратов предполагает лекарственные формы:
а) стерильные растворы
б) драже
в) таблетки
г) порошки

13 Изделия медицинского назначения, не содержащие жизнеспособных микроорганизмов и спор, считаются:
а) чистыми
б) продезинфицированными
в) стерильными
г) одноразовыми

14 Возможное осложнение при инсулинотерапии:
а) липодистрофия
б) некроз
в) тромбофлебит
г) гепатит

15 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

16 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

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

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

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

20 Концентрация изотонического раствора хлорида натрия (в %):

а) 0,9

б) 10

в) 1

г) 0,5

21 Место введения внутрикожной инъекции:

а) бедро

б) передняя брюшная стенка

в) средняя треть передней поверхности предплечья

г) средняя треть наружной поверхности плеча

22 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

23 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

24 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

25 Подкожно можно вводить лекарственного препарата не более (в мл):

а) 5

б) 4

в) 3

г) 2

26 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

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

а) 44

б) 38

в) 34

г) 28

28 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

29 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

30 Местом внутримышечного введения лекарственных препаратов является:

а) подлопаточная область

б) внутренняя поверхность предплечья

в) передняя брюшная стенка

г) дельтовидная мышца

31 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

32 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

33 При попадании 10% хлорида кальция в ткани развивается осложнение:

а) тромбофлебит

б) некроз

в) абсцесс

г) инфильтрат

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

а) некроз

б) медикаментозная эмболия

в) тромбофлебит

г) гематома

35 Для профилактики каких осложнений необходимо строгое соблюдение правил асептики?

а) сепсис, абсцесс

б) инфильтрат, некроз

в) тромбофлебит, гематома, эмболия

г) сепсис, аллергическая реакция

36 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

37 Вутривенно капельно можно вводить все, кроме:

а) изотонических растворов

б) суспензии бициллина

в) питательных смесей

г) кровезаменителей

38 При попадании воздуха в длинную трубку системы может возникнуть осложнение:

а) абсцесс

б) тромбофлебит

в) воздушная эмболия

г) инфильтрат

39 При проведении венепункции игла располагается срезом:

а) вверх

б) влево

в) вниз

г) не имеет значения

40 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

41 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

42 Концентрация спиртовых настоек и растворов при неправильном хранении:

а) не изменяется

б) увеличивается

в) уменьшается

г) спирт полностью испаряется

43 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

44 Лекарственные средства, предназначенные для лечения больных в стационаре, выписываются и получаются:

а) заведующим отделением

б) лечащим врачом

в) старшей медсестрой

г) палатной медсестрой

45 Препараты, раздражающие слизистую оболочку ЖКТ, запивают:

а) молоком

б) минеральной водой

в) водой

г) соком

46 Пилюли, капсулы, применяются внутрь:

а) в разжеванном виде

б) содержимое высыпается под язык

в) в неизменном виде

г) содержимое высыпать, растворить в воде, выпить

г) в холодильнике

47 Какое количество капель закапывают в глаз?

а) 1-2

б) 3-4

в) 5-6

г) 6-8

48 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

49 Введение в организм лекарственных препаратов путем их вдыхания называется:

а) инъекция

б) ингаляция

в) впрыскивание

г) компресс

50 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

51 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

52 Длина иглы для внутримышечной инъекции (в мм):

а) 60 в) 30

б) 40 г) 10

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

а) 10

б) 5

в) 2

г) 1

54 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

55 В 1 мл простого инсулина содержится (в ЕД):

а) 100

б) 40

в) 20

г) 4

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

а) 1 мл **в) 5 мл**

б) 2 мл г) 10 мл

57 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

58 Срок использования маски процедурной медсестрой (в часах):

а) 6

б) 4
в) 3
г) 1

59 Внутрикожно вводится:
а) туберкулин
б) клофелин
в) ампициллин

60 Игла при подкожной инъекции вводится под углом (в градусах):
а) 90
б) 60
в) 45
г) 5

61 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

62 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

63 При несоблюдении правил асептики может возникнуть осложнение:
64 а) гематома
б) липодистрофия
в) абсцесс
г) анафилактический шок

65 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

66 Внутримышечные инъекции в область ягодицы делают пациенту в положении:
а) стоя
б) сидя
в) лежа на животе, боку
г) лежа на спине, боку

67 Возможное осложнение при внутримышечной инъекции:
а) инфильтрат
б) воздушная эмболия
в) липодистрофия
г) некроз

68 Укажите место постановки внутримышечной инъекции:
а) верхневнутренний квадрант ягодицы
б) верхненаружный квадрант ягодицы
в) нижневнутренний квадрант ягодицы
г) нижненаружный квадрант ягодицы

69 Тяжелая форма аллергической реакции пациента на введение лекарственного препарата:
а) отек Квинке
б) анафилактический шок

в) крапивница
г) покраснение

70 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

71 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

72 Какое из осложнений внутривенной инъекции может привести к моментальной смерти?
а) воздушная эмболия
б) гематома
в) некроз

73 Капельница должна быть заполнена раствором:
а) полностью
б) на 1/2 объема
в) на 2/3 объема
г) не имеет значения

74 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

75 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

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

77 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

78 Прокол вены называется :
а) венепункция
б) венесекция

в) внутривенная инъекция
г) укол в вену

79 Скорость введения в вену сильнодействующих веществ:
а) 2 мл/мин
б) 1 мл/мин
в) 5 мл/мин
г) 10 мл/мин

80 Внутривенно струйно можно вводить:
а) не более 100 мл
б) не более 500 мл
в) не более 10 мл
г) не более 1 л

Перечень манипуляций для дифференцированного зачета по МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп УП.04.02. Учебная практика

1. Технология выполнения простой медицинской услуги закапывания капель в глаза
2. Технология выполнения простой медицинской услуги закапывания капель в нос
3. Технология выполнения простой медицинской услуги закапывания капель в уши
4. Технология разведения антибиотиков
5. Технология заполнения раствором системы для в/в капельного вливания
6. Технология постановки внутримышечной инъекции на фантоме.
7. Технология постановки внутривенной струйной инъекции на фантоме
8. Технология постановки внутривенной капельной инъекции на фантоме
9. Технология постановки подкожной инъекции инсулина
10. Технология постановки внутрикожной инъекции
11. Технология взятия крови из периферической вены с помощью вакуумной системы

4.3 Типовые задания для оценки сформированности ПК 4.1-4.6, ВД 4, ОК 1-9

Перечень практических манипуляций к дифференцированному зачету по производственной практике МДК 04.01 Общий уход

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 «Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии»
5. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за назогастральным зондом»
6. Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка очистительной клизмы»
7. Технология выполнения «Уход за постоянным мочевым катетром»
8. Технология выполнения «Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд»
9. Технология выполнения простой медицинской услуги «Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному»
10. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных»
11. Продемонстрируйте алгоритм измерения артериального пульса. Основные характеристики пульса
12. Технология выполнения простой медицинской услуги измерения АД
13. Технология выполнения простой медицинской услуги ЧДД на статисте.
14. Технология выполнения простой медицинской услуги закапывание капель в глаза
15. Технология выполнения простой медицинской услуги закапывания капель в нос
16. Профилактика пролежней
17. Технология применение грелки и пузыря со льдом
18. Технология постановки согревающего компресса
19. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки подкожной инъекции
20. Наберите в шприц 16 ед. инсулина
21. Наберите в шприц 24 ед. инсулина
22. Продемонстрируйте алгоритм разведение антибиотиков
23. Технология выполнения постановки внутримышечная инъекции
24. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки внутривенной инъекции
25. Технология выполнения простой медицинской взятие крови на биохимический анализ
26. Технология выполнения простой медицинской услуги заполнения раствором системы для в/в капельного вливания
27. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки сифонной клизмы
28. Технология постановки масляной клизмы
29. Технология постановки гипертонической клизмы
30. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки газоотводной трубки
31. Технология выполнения катетеризации мочевого пузыря у мужчины.
32. Технология выполнения катетеризации мочевого пузыря у женщины.
33. Продемонстрируйте алгоритм оказания помощи пациенту при рвоте
34. Технология выполнения простой медицинской услуги промывание желудка.

Эталоны ответов на практические задания по учебной практике, производственной практике по МДК 04.01 Общий уход за пациентами

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

Гигиеническая обработка рук

№ п/п	Перечень практических действий	Сказать
1.	Поздороваться, представиться, обозначить свою роль	«Здравствуйте! Меня зовут ___ (ФИО)»
2.	Сообщить проводимой манипуляции	«Мне необходимо провести гигиеническую обработку рук при помощи кожного антисептика»
3.	Объяснить ход и цель процедуры	«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	«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.	«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.	
7.	Правой ладонью разотрите тыльную поверхность левой кисти, переплетая пальцы	
8.	Левой ладонью разотрите тыльную поверхность правой кисти, переплетая пальцы	
9.	Переплетите пальцы, растирая ладонью ладонь	
10.	Соедините пальцы в "замок", тыльной стороной согнутых пальцев растирайте кончики пальцев другой руки, поменяйте руки	
11.	Охватите большой палец левой руки правой ладонью и потрите его круговым движением	

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	
14.	Круговым движением в направлении вперед и назад сомкнутыми пальцами левой руки потрите правую ладонь	
	Завершение процедуры	
15.	Дождитесь полного естественного высыхания кожного антисептика.	«Не сушить. Дожидаемся полного естественного высыхания кожного антисептика.»

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 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. 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	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

учреждения на каталке (носилках) Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на функциональном кресле-каталке	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	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 выполне	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

ния методик и	

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.

<table>
<tr><td>Содержание требования, условия</td><td>Требования по реализации, алгоритм выполнения</td></tr>
<tr><td></td><td>5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
6) Уточнить у пациента его самочувствие.
7) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации</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.</td></tr>
</table>

	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. 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).

Технология бритья кожи предоперационного или поврежденного участка

	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)
Достигаемые результаты и их оценка.	Качественная и своевременная подготовка операционного поля. Отсутствуют повреждения кожи

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. 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

Алгоритм ухода за респираторным трактом	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 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
Дополнительные	Санацию проводят до полного восстановления дыхательных путей.

<table>
<tr><td>сведения об особенностях выполнения методики</td><td>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 выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</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, 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</td></tr>
</table>

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 назогастральным 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	До и после проведения процедуры провести гигиеническую

безопасности труда при выполнении услуги	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	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.

Алгоритм ухода за сосудистым катетером (центральным) - смена повязки	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 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 нестерильные перчатки. 6)Налить в ирригационный контейнер 500 – 1000 мл теплой воды. 7) Повесить контейнер на штатив для внутривенных вливаний и заполнить систему водой. 8) Помочь пациенту сесть на стул (лицом к унитазу) или лечь набок на 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 или случится обратный заброс жидкости, закрыть систему и дать отдых. 8) Вытереть нижний край рукава туалетной бумагой и перекрыть или 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 использованный

3Алгоритм бужирования стомы	материал. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Уточнить у пациента его самочувствие. 4) Сделать запись о результатах выполнения в медицинскую документацию. 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 особенностях	В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок. Если пациент не может менять положение в постели, необходимо

выполнения методики	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 кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд

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	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}C – 35 ^{0}C. 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. 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.
Алгоритм кормления тяжелобольного	3) Присоединить канюлю к дистальному участку назогастрального зонда или приемному штуцеру инфузионного насоса. 4) Установить требующуюся скорость введения раствора с помощью

через рот и назогастральный зонд	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 тяжелобольному	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель 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
Достигаемые результаты и их оценка	ПАЦИЕНТ ОДЕТ В ЧИСТОЕ БЕЛЬЕ

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

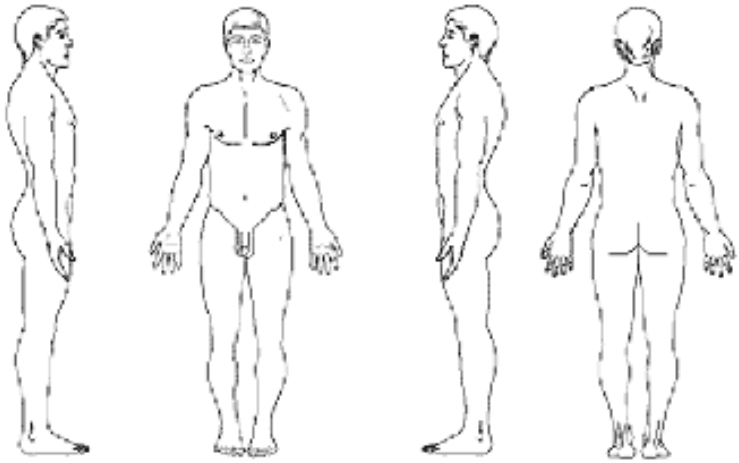
	1) Поставить судно. 2) Встать сбоку от пациента, смочить салфетку (варежку) водой. 3) Аккуратно отодвинуть пальцами левой руки крайнюю плоть, обнажить головку полового члена. 4) Обработать головку полового члена, кожу полового члена, мошонку, паховые складки, область заднего прохода, межягодичную складку. 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	1 образец визуально-аналоговой шкалы

документация (при необходимости)	 2 образец визуально-аналоговой шкалы для использования в педиатрической практике 3 Образец схематического изображения мужского тела для графического обозначения зон болевого синдрома 

Взятие крови из периферической вены с помощью вакуумной системы

№ п/п	Перечень практических действий	Сказать
1	Установить контакт с пациентом:поздороваться, представиться, обозначить свою роль	«Здравствуйте!» «Я процедурная медсестра» «Меня зовут _____ (ФИО)»
2	Попросить пациента представиться	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу Вам обращаться?»
3	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован»
4	Сообщить пациенту о назначении врача	«Вам назначено взятие крови из вены»
5	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» Ответ: «Возражений пациента н

		выполнение процедуры нет»
6	Объяснить ход и цель процедуры	«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	«Примите удобное положение сидя или могу Вам в этом помочь»
8	Проверить герметичность, визуальную целостность упаковки, и срок годности иглы вакуумной системы	«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	«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	«Готовлю держатель для вакуумной системы»
11	Другой рукой снять короткий защитный колпачок с резиновой мембраны	«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	
	Выполнение процедуры	
15	Надеть маску одноразовую	
16	Надеть очки защитные медицинские	
17	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываем руки гигиеническим способом.
18	Надеть нестерильные перчатки	
19	Вскрыть упаковки с 3-мя спиртовыми салфетками и не вынимая из упаковок, оставить на манипуляционном столе	
20	Попросить пациента освободить от одежды локтевой сгиб руки	
21	Подложить под локоть пациента влагостойкую подушку	«Подкладываю под руку пациента влагостойкую подушку»
22	Наложить венозный жгут в средней трети плеча на одежду или тканевую салфетку	

23	Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой венепункции	
24	Определить пульсацию на лучевой артерии	«Пульс на лучевой артерии определяется »
25	Попросить пациента сжать кулак	«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	
27	Поместить использованные салфетки с антисептиком в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
28	Поместить упаковки от салфеток с антисептиком в емкость для медицинских отходов класса «А»	
29	Взять в доминантную руку вакуумную систему и снять цветной защитный колпачок с иглы	
30	Сбросить защитный колпачок от иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	
31	Натянуть свободной рукой кожу на расстоянии примерно 5 см ниже места венепункции по направлению к периферии, фиксируя вену	
32	Пунктировать локтевую вену «одномоментно» или «двухмоментно» под углом 10-15° (почти параллельно коже), держа иглу срезом вверх	
33	Ввести иглу не более чем на ½ длины	
34	Взять необходимую пробирку и вставить крышкой в держатель до упора	«Вставляю пробирку крышкой до упора»
36	Развязать/ослабить жгут на плече пациента с момента поступления крови в пробирку	
37	Попросить пациента разжать кулак	«Пожалуйста, разожмите кулак»
38	Набрать нужное количество крови в пробирку	«Набираю необходимое количество крови в пробирку»
39	Отсоединить пробирку от иглы	
40	Перемешать содержимое наполненной пробирки, плавно переворачивая пробирку несколько раз для полного смешивания крови и наполнителя	«Очень аккуратно переворачиваем пробирку 5-6 раз для смешивания пробы крови с наполнителем»
41	Поставить пробирку в штатив	
42	Взять в руку салфетку с антисептиком, прижать ее к месту венепункции	
43	Извлечь систему «игла – держатель» из вены	
44	Попросить пациента держать салфетку с антисептиком у места венепункции 5-7 минут, прижимая большим пальцем свободной руки	«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»	
46	Поместить систему «игла – держатель» в ёмкость-контейнер для сбора острых отходов класса «Б»	
47	Убедиться (через 5-7 минут) в отсутствии наружного кровотечения в области венепункции	«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»	
49	Наложить давящую повязку в области венепункции	«Накладываю давящую повязку на область венепункции»
	Завершение процедуры	
50	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут»
51	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
52	Снять перчатки	
53	Поместить перчатки в емкость для отходов класса «Б»	
54	Снять очки	
55	Поместить очки в емкость для отходов класса «Б»	
56	Снять медицинскую одноразовую маску	
57	Поместить маску в емкость для отходов класса «Б»	
58	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика.
59	Уточнить у пациента о его самочувствии	«Как вы себя чувствуете?» «Пациент чувствует себя удовлетворительно»
60	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации	

Внутримышечное введение лекарственного препарата

№ п/п	Перечень практических действий	Сказать
1.	Установить контакт с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	«Здравствуйте! Меня зовут _____ (ФИО). Вам необходимо провести процедуру введения лекарственного препарата в ягодичную мышцу»
2.	Идентифицировать пациента (попросить пациента представиться)	«Представьтесь, пожалуйста». Как я могу к Вам обращаться?»

3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован в соответствии с листом назначений»
4.	Объяснить ход и цель процедуры (уточнить аллергологический анамнез)	«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	«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	«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	«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	«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	«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	«Наименование, дозировка, объем, процентная концентрация лекарственного препарата соответствует листу назначений»
11.	Выложить на манипуляционный стол расходные материалы и инструменты	
	Выполнение процедуры	
12.	Надеть средства защиты (маску одноразовую)	
13.	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываем руки гигиеническим способом»
14.	Надеть нестерильные перчатки	
15.	Вскрыть поочередно 4 одноразовые спиртовые салфетками и не вынимая из	

	упаковки оставить на манипуляционном столе	
16.	Взять ампулу с лекарственным средством в доминантную руку, чтобы специально нанесенный цветной маркер был обращен к аккредитуемому	
17.	Прочитать на ампуле название препарата, объем и дозировку	«Название лекарственного препарата, объем, процентная концентрация и дозировка соответствуют листу назначений»
18.	Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части	
19.	Обработать шейку ампулы первой стерильной спиртовой салфеткой	
20.	Обернуть этой же спиртовой салфеткой головку ампулы	
21.	Вскрыть ампулу резким движением пальцев руки "от себя "	
22.	Вскрытую ампулу с лекарственным средством поставить на манипуляционный стол	
23.	Спиртовую салфетку (внутри которой головка ампулы) и упаковку от нее поместить в емкость для медицинских отходов класса «А»	
24.	Вскрыть упаковку одноразового стерильного шприца со стороны поршня	
25.	Взяться за рукоятку поршня и обеспечить соединение цилиндра шприца с иглой внутри упаковки (не снимая колпачка с иглы)	
26.	Взять собранный шприц из упаковки, снять колпачок с иглы, придерживая иглу за канюлю	
27.	Поместить колпачок из-под иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	
28.	Ввести иглу в ампулу, стоящую на столе и набрать нужное количество препарата, избегая попадания воздуха в цилиндр шприца	
29.	Поместить пустую ампулу в емкость для медицинских отходов класса «А»	
30.	Снять двумя пальцами одной руки иглу с цилиндра шприца	
31.	Поместить иглу в непрокалываемый контейнер отходов касса «Б»	
32.	Выложить шприц без иглы на стерильную поверхность упаковки от шприца	

33.	Вскрыть стерильную упаковку иглы для инъекции со стороны канюли и взяв шприц, присоединить шприц к канюле иглы	
34.	Поместить упаковку от иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	
35.	Вытеснить воздух из шприца в колпачок до появления первой капли из иглы	
36.	Положить собранный шприц с лекарственным препаратом в упаковку	
37.	Попросить пациента освободить от одежды ягодичную область для инъекции (верхний наружный квадрант ягодицы)	«Освободите от одежды ягодичную область для инъекции или я могу вам в этом помочь»
38.	Осмотреть и пропальпировать предполагаемое место инъекции	
39.	Обработать двукратно место инъекции 2 и 3 спиртовыми салфетками	
40.	Использованные спиртовые салфетки и упаковки от них поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
41.	Туго натянуть кожу пациента в месте инъекции большим и указательным пальцами одной руки, а в доминантную руку взять шприц, придерживая канюлю иглы	
42.	Ввести иглу быстрым движением руки под углом 90^0 на 2/3 её длины	
43.	Потянуть поршень на себя и убедиться в отсутствии крови в конюле иглы	
44.	Медленно ввести лекарственный препарат в мышцу не доминантной рукой	
45.	Извлечь иглу, прижав к месту инъекции 4-ю спиртовую салфетку, не отрывая руки с салфеткой, слегка помассировать место введения лекарственного препарата	
	Завершение процедуры	
46.	Отсоединить иглу от шприца с помощью иглосъемника и поместить в непрокалываемый контейнер отходов класса «Б»	
47.	Шприц в неразобранном виде поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
48.	Убедиться в отсутствии наружного кровотечения в области инъекции	«Наружного кровотечения в области инъекции отсутствует»
49.	Поместить спиртовую салфетку, использованную при инъекции в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
50.	Упаковку от шприца и упаковку от салфетки поместить в емкость для медицинских	

	отходов класса «А»	
51.	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут»
52.	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	«Салфетки помещаем в емкость для медицинских отходов класса «Б»
53.	Снять перчатки	
54.	Поместить перчатки в емкость для отходов класса «Б»	
55.	Снять медицинскую одноразовую маску	
56.	Поместить маску в емкость для отходов класса «Б»	
57.	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываем гигиеническим способом»
58.	Уточнить у пациента о его самочувствии	«Как Вы себя чувствуете? Пациент чувствует себя удовлетворительно»
59.	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации	

Внутривенное введение лекарственного препарата (струйно)

№ п/п	Перечень практических действий	Сказать
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	«Здравствуйте! Меня зовут _____ (ФИО)
2.	Попросить пациента представиться	«Представьтесь, пожалуйста». Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован в соответствии с листом назначений»
4.	Сообщить пациенту о назначении врача	«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	«Вы согласны на проведение данной процедуры?» «Пациент согласен на проведение данной процедуры»
6.	Объяснить ход и цель процедуры	«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	«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	«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	«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	«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	«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	«Название лекарственного препарата соответствует листу назначений. Дозировка, объем, процентная концентрация лекарственного препарата соответствует листу назначений»
13.	Выложить на манипуляционный стол расходные материалы и инструменты	
	Выполнение процедуры	
14.	Надеть маску одноразовую	
15.	Надеть очки защитные медицинские	
16.	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика
17.	Надеть нестерильные перчатки	

18.	Вскрыть поочередно 4 одноразовые спиртовые салфетки и, не вынимая из упаковки, оставить на манипуляционном столе	
19.	Взять ампулу с лекарственным средством в доминантную руку, чтобы специально нанесенный цветной маркер был обращен к аккредитуемому	
20.	Прочитать на ампуле название препарата, объем и дозировку	«Название лекарственного препарата, объем, процентная концентрация и дозировка соответствуют листу назначений»
21.	Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части	
22.	Обработать шейку ампулы первой спиртовой салфеткой	
23.	Обернуть этой же стерильной спиртовой салфеткой головку ампулы	
24.	Вскрыть ампулу резким движением пальцев руки "от себя "	
25.	Вскрытую ампулу с лекарственным средством поставить на манипуляционный стол	
26.	Стерильную спиртовую салфетку (внутри которой головка ампулы) и упаковку от нее поместить в емкость для медицинских отходов класса «А»	
27.	Вскрыть упаковку одноразового стерильного шприца со стороны поршня	
28.	Взяться за рукоятку поршня и обеспечить соединение цилиндра шприца с иглой внутри упаковки (не снимая колпачка с иглы)	
29.	Взять собранный шприц из упаковки, снять колпачок с иглы, придерживая ее за канюлю	
30.	Поместить колпачок из-под иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	
31.	Ввести иглу в ампулу, стоящую на столе и набрать нужное количество препарата, избегая попадания воздуха в цилиндр шприца	
32.	Поместить пустую ампулу в емкость для медицинских отходов класса «А»	
33.	Снять двумя пальцами одной руки иглу с цилиндра шприца	
34.	Поместить иглу в непрокалываемый контейнер отходов класса «Б»	
35.	Выложить шприц без иглы на стерильную поверхность упаковки от шприца	
36.	Вскрыть стерильную упаковку иглы для инъекции со стороны канюли и взяв шприц, присоединить шприц к канюле иглы	

37.	Поместить упаковку от иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	
38.	Вытеснить воздух из шприца в колпачок до появления первой капли из иглы	
39.	Положить собранный шприц с лекарственным препаратом в упаковку	
	Выполнение процедуры	
40	Попросить пациента освободить от одежды область локтевого сгиба правой или левой руки	«Освободите от одежды область локтевого сгиба или я могу вам в этом помочь»
41	Подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку	
42	Наложить венозный жгут в средней трети плеча на одежду или одноразовую салфетку	
43	Определить пульсацию на лучевой артерии	«Пульс на лучевой артерии определяется»
44	Попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее	«Пожалуйста, несколько раз сожмите кисть в кулак и оставьте кулак сжатым»
45	Попросить пациента сжать кулак	«Пожалуйста, сожмите кисть в кулак»
46	Пропальпировать и осмотреть предполагаемое место венепункции	
47	Обработать место венепункции 2-ой одноразовой салфеткой с антисептиком в одном направлении	
48	Обработать место венепункции 3-й одноразовой салфеткой с антисептиком в одном направлении	
49	Поместить использованные одноразовые салфетки с антисептиком в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
50	Поместить упаковки от одноразовых салфеток с антисептиком в емкость для медицинских отходов класса «А»	
51	Взять шприц в доминантную руку, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы срезом вверх	
52	Снять колпачок с иглы	
53	Утилизировать колпачёк в емкость для медицинских отходов класса «А»	
54	Натянуть свободной рукой кожу на расстоянии примерно 5 см ниже места венепункции по направлению к периферии кожу, фиксируя вену	
55	Пунктировать локтевую вену «одномоментно» или «двухмоментно» под углом 10-15° (почти параллельно коже), держа иглу срезом вверх	
56	Ввести иглу не более чем на ½ длины	

57	Убедиться, что игла в вене – потянуть поршень шприца на себя при этом в шприц должна поступать кровь	
58	Развязать/ослабить жгут	
59	Попросить пациента разжать кулак	«Пожалуйста, разожмите кулак»
60	Убедиться, что игла в вене – потянуть поршень шприца на себя при этом в шприц должна поступать кровь	
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	
62	Взять 4-ую одноразовую салфетку с антисептиком прижать ее к месту венепункции	
63	Извлечь иглу	
64	Попросить пациента держать одноразовую салфетку с антисептиком у места венепункции 5-7 минут, прижимая большим пальцем второй руки	«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	
	иглосъемника и поместить в непрокалываемый контейнер отходов класса «Б»	
66	Поместить шприц в неразобранном виде поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
67	Убедиться (через 5-7 минут) в отсутствии наружного кровотечения в области венепункции	«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»	
69	Поместить упаковку от шприца в емкость для медицинских отходов класса «А»	
70	Поместить упаковку от салфетки в емкость для медицинских отходов класса «А»	
71	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут»
72	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	«Помещаем салфетки в емкость для медицинских отходов класса «Б»
73	Снять перчатки	
74	Поместить перчатки в емкость для отходов класса «Б»	

75	Снять очки	
76	Поместить очки в емкость для отходов класса «Б»	
77	Снять медицинскую одноразовую маску	
78	Поместить маску в емкость для отходов класса «Б»	
79	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика
80	Уточнить у пациента о его самочувствии	«Как Вы себя чувствуете? Пациент чувствует себя удовлетворительно»
81	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации	

Подкожное введение лекарственного препарата

№ п/п	Перечень практических действий	Сказать
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	«Здравствуйте! Меня зовут _____ (ФИО)
2.	Попросить пациента представиться	«Представьтесь, пожалуйста». Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован в соответствии с листом назначений»
4.	Сообщить пациенту о назначении врача	«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	«Вы согласны на проведение данной процедуры?» «Пациент согласен на проведение данной процедуры»
6.	Объяснить ход и цель процедуры	«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 шевелиться и сообщать мне о любых изменениях Вашего состояния»
7.	Уточнить аллергический анамнез у пациента	«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	«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	«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	«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	«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	«Название лекарственного препарата соответствует листу назначений. Дозировка, объем, процентная концентрация лекарственного препарата соответствует листу назначений»
	Выполнение процедуры	
13.	Надеть средства защиты (маску одноразовую)	
14.	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываем руки гигиеническим способом
15.	Надеть нестерильные перчатки	
16.	Вскрыть поочередно 4 стерильные упаковки с одноразовыми спиртовыми салфетками и не вынимая из упаковки оставить на манипуляционном столе	
17.	Взять ампулу с лекарственным средством в доминантную руку, чтобы специально нанесенный цветной маркер был обращен к аккредитуемому	
18.	Прочитать на ампуле название препарата, объем и дозировку	«Название лекарственного препарата, объем, процентная концентрация и дозировка соответствуют листу назначений»
19.	Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части	
20.	Обработать шейку ампулы первой спиртовой салфеткой	
21.	Обернуть этой же спиртовой салфеткой головку ампулы	
22.	Вскрыть ампулу резким движением пальцев руки "от себя "	

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

41	Использованные спиртовые салфетки и упаковки поместить в емкость для отходов класса «Б»	
42	Снять колпачок с иглы и поместить его в емкость для отходов класса «А»	
43	Собрать кожу пациента в месте инъекции одной рукой в складку треугольной формы основанием вниз	
44	Взять шприц доминантной рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем, срезом вверх	
45	Ввести иглу со шприцем быстрым движением под углом 45° на 2/3 ее длины	
46	Медленно ввести лекарственный препарат в подкожную жировую клетчатку	
47	Извлечь иглу, прижать к месту инъекции 4 спиртовую салфетку, не отрывая руки с салфеткой, слегка помассировать место введения лекарственного препарата	
	Завершение процедуры	
48	Поместить спиртовую салфетку, использованную при инъекции, в емкость для отходов класса «Б»	
49	Отсоединить иглу от шприца с помощью иглосъемника и поместить в непрокалываемый контейнер отходов класса «Б»	
50	Шприц в неразобранном виде поместить в емкость для отходов класса «Б»	
51	Упаковку от шприца и упаковку от салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «А»	
52	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут»
53	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Поместить использованные салфетки в емкость для медици-нских отходов класса «Б»
54	Снять перчатки	
55	Поместить перчатки в емкость для отходов класса «Б»	
56	Снять медицинскую одноразовую маску	
57	Поместить маску в емкость для отходов класса «Б»	

58	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываем руки гигиеническим способом
59	Уточнить у пациента о его самочувствии	«Как Вы себя чувствуете? Пациент Пациент чувствует себя удовлетворительно»
60	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации	

Постановка очистительной клизмы

№ п/п	Перечень практических действий	Сказать
1.	Установить контакт с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	«Здравствуйте! Меня зовут _____ (ФИО). Вам необходимо провести процедуру постановки очистительной клизмы
2.	Идентифицировать пациента (попросить пациента представиться, чтобы сверить с медицинской документацией)	«Представьтесь, пожалуйста»
3.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» проговорить «возражений пациента на выполнение процедуры нет»
4.	Объяснить ход и цель процедуры	«Объясняю пациенту ход и цель выполняемой процедуры»
	Подготовка к проведению процедур	
5.	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываю руки гигиеническим способом»
6.	Надеть непромокаемый фартук и нестерильные перчатки	
7.	Проверить герметичность упаковки, целостность и срок годности кружки Эсмарха	
8.	Проверить температуру воды в емкости (кувшине) (23-25ºС) при помощи водного термометра	
9.	Вскрываем упаковку с одноразовой кружкой Эсмарха. Упаковку помещаем в емкость для отходов класса «А»	
10.	Перекрыть гибкий шланг кружки Эсмарха краником (зажимом) и наполнить водой в объеме 1200-1500 мл	
11.	Подвесить кружку Эсмарха на подставку, открыть краник (зажим), слить немного воды через наконечник в лоток, чтобы вытеснить воздух, закрыть краник (зажим)	
12.	Смазать наконечник лубрикантом методом полива над лотком	

13.	Уложить пациента на левый бок на кушетку с оголенными ягодицами	«Помогаю пациенту лечь на левый бок»
14.	Положить под область крестца пациента одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую)	
15.	Попросить пациента согнуть ноги в коленях и слегка подвести к животу	«Прошу пациента согнуть ноги в коленях и слегка подвести к животу»
	Выполнение процедуры	
16.	Развести одной рукой ягодицы пациента	
17.	Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку на 3-4 см по направлению к пупку, а далее вдоль позвоночника до 10-12 см	«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	«Как Вы себя чувствуете?»
19.	Открыть краник (зажим) и убедиться в поступлении жидкости в кишечник	«Открываю краник и убеждаюсь в поступлении жидкости в кишечник
20.	Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом, задать вопрос о возможном наличии неприятных ощущений	«Прошу пациента расслабиться и медленно подышать животом» «Есть ли у Вас неприятные ощущения в области живота?»
21.	Закрыть краник (зажим) после введения жидкости и, попросив пациента сделать глубокий вдох, осторожно извлечь наконечник через гигиеническую салфетку	«Сделайте глубокий вдох»
22.	Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5-10 мин., после чего опорожнить кишечник	«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»	
24.	Попросить пациента встать	«Встаньте, пожалуйста, и пройдите в туалет»
25.	Убрать одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую) методом скручивания и поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
26.	Использованный лоток дезинфицировать методом полного погружения	«Использованный лоток дезинфицируем методом полного погружения»
27.	Снять фартук и перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
28.	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываю руки гигиеническим способом»
29.	Уточнить у пациента его самочувствие	«Как Вы себя чувствуете?»

30.	Сделать запись о результатах процедуры в медицинской документации	

Постановка газоотводной трубки

№ п/п	Перечень практических действий	Сказать
1.	Установить контакт с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	«Здравствуйте! Меня зовут _____ (ФИО) Вам необхо-димо провести процедуру постановки газоотводной трубки»
2.	Идентифицировать пациента (попросить пациента представиться, чтобы сверить с историей болезни)	«Представьтесь, пожалуйста»
3.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной проце-дуры?» проговорить «возражений пациента на выполнение процедуры нет»
4.	Объяснить ход и цель процедуры	«Объясняю ход и цель процедуры»
5.	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываю руки гигиеническим способом»
6.	Надеть нестерильные перчатки	
7.	Помочь пациенту лечь на левый бок, слегка привести ноги к животу	«Помогаю пациенту лечь на левый бок, слегка привести ноги к животу
8.	Подложить под пациента одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую)	
9.	Поставить рядом с пациентом (на постель возле ягодиц) судно с небольшим количеством воды	
10.	Взять упаковку со стерильной газоотводной трубкой, оценить срок годности, убедиться в целостности упаковки	«Целостность упаковки не нару Срок годности соответствует сроку хранения»
11.	Вскрыть упаковку с газоотводной трубкой	
12.	Поместить упаковку в емкость для медицинских отходов класса «А»	
13.	Закруглённый конец трубки смазать лубрикантом (имитация вазелина) на протяжении 30 см методом полива над лотком и оставить трубку над лотком	
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	«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	«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	«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	«Накрываю пациента простынёй или одеялом. При выполнении процедуры контролирую отхождение газов и самочувствие пациента каждые15 минут»
18.	Уточнить у пациента его самочувствие	«Как Вы себя чувствуете?»
19.	После полного отхождения газов извлекаем газоотводную трубку через сухую нестерильную салфетку	
20.	Поместить использованную газоотводную трубку в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
21.	Обработать прианальное пространство гигиенической влажной салфеткой	
22.	Поместить использованную салфетку в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
23.	Поместить судно на подставку	
24.	Убрать пеленку методом скручивания и поместить ее в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
25.	Снять перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
26.	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываю руки гигиеническим способом»
27.	Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинскую документацию	

Уход за постоянным мочевым катетером Фолея (у мужчины)

№ п/п	Перечень практических действий	Сказать
1.	Поздороваться, представиться, обозначить свою роль	«Здравствуйте! Я медицинская сестра. Меня зовут_ (ФИО)»
2.	Попросить пациента представиться	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован в соответствии с листом назначений
4.	Сообщить пациенту о назначении врача	«Вам необходимо провести процедуру по уходу за постоянным мочевым катетером»
5.	Объяснить ход и цель процедуры	«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 согласия на предстоящую процедуру	«Вы согласны на выполнение данной процедуры?» 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	«Пациент находится в горизонтальном положении на кровати с опущенным изголовьем положении лежа на спине»
8.	Положить под область крестца пациента одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую)	
9.	Предложить или помочь пациенту принять положение лежа на спине с согнутыми в коленях ногами и слегка разведенными в тазобедренных суставах	«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.	«Лоток с приготовленными для обработки стерильными салфетками находится на манипуляционном столе»
11.	Надеть непромокаемый фартук.	
12.	**Выполнение процедуры**	
13.	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываем руки гигиеническим способом»
14.	Надеть нестерильные перчатки	
15.	Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем	«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	«Обрабатываю проксимальный конец катетера салфеткой с антисептиком в одном направ-лении от наружного отверстия мочеиспускательного канала к лобку на расстоянии 10 см»
17.	Использованную салфетку поместить в емкость для отходов класса Б	
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	«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	
20.	Осмотреть область уретры вокруг катетера; убедиться, что моча не подтекает.	«Моча из уретры не подтекает»
21.	Визуально оценить состояние кожи промежности на наличие признаков инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое)	«Признаки инфекции не обнаружены. Отсутствуют гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое»
22.	Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута	«Фиксация катетера к бедру не нарушена. Проксимальный конец

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

Уход за назогастральным зондом

№ п/п	Перечень практических действий	Сказать
1	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	«Здравствуйте! Меня зовут ___(ФИО)
2	Попросить пациента представиться	«Представьтесь, пожалуйста». Как я могу к Вам обращаться?»
3	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован в соответствии с листом назначений
4	Сообщить пациенту о назначении врача	«Вам необходимо провести процедуру ухода за назогастральным зондом»

5	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	«Вы согласны на проведение данной процедуры?» «Пациент согласен на проведение данной процедуры»
6	Объяснить ход и цель процедуры	«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	«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	«Срок годности соответствует сроку хранения»
9	Проверить герметичность упаковки одноразового шприца	«Герметичность упаковки одноразового шприца не наруше-на. Визуальная целостность упаковки одноразового шприца сохранена»
10	Проверить герметичность упаковки одноразовой антисептической салфетки	«Герметичность упаковки одноразовой антисептической салфетки не нарушена. Визуальная целостность упаковки одноразового шприца сохранена
11	Проверить срок годности одно антисептической салфетки	«Срок годности соответствует сроку хранения»
12	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика
13	Надеть нестерильные перчатки	
	Выполнение процедуры	
14	Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавливания	«Осматриваю место введения зонда Признаков раздражения или сдавления нет
15	Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке	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	
17	Набрать в шприц 20 мл воздуха	
18	Присоединить шприц к назогастральному зонду	
19	Вставить оливы фонендоскопа в уши и приложить мембрану к области эпигастрия	

20	Ввести воздух в зонд, одновременно выслушивая в эпигастральной области булькающие звуки	«Слышу булькающие звуки, зонд находится в желудке»
21	Отсоединить шприц от зонда и поместить его в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
22	Положить фонендоскоп на манипуляционный стол	
23	Увлажнить марлевые салфетки физиологическим раствором путем полива над лотком	
24	Увлажненными марлевыми салфетками очистить наружные носовые ходы вращательными движениями	
25	Поместить использованные салфетки в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
26	Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта с помощью увлажненных марлевых салфеток	«С помощью увлажненных марлевых салфеток каждые 4 часа выполнять уход за полостью рта»
27	Оценить состояние лейкопластыря, фиксирующего зонд, при необходимости произвести замену пластыря	«Меняю пластырь, если он отклеился, или загрязнен»
	Завершение процедуры	
28	Вскрыть салфетку с антисептиком и обработать мембрану фонендоскопа салфеткой с антисептиком	
29	Поместить использованную салфетку в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
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.	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 мин.»
32	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	«Салфетки помещаю в емкость для мед. отходов класса «Б»
33	Снять перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
34	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика
35	Уточнить у пациента его самочувствие	«Как Вы себя чувствуете? Пациент чувствует себя удовлетворительно
36	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинскую документацию	

Пособие по смене постельного белья тяжелобольному (продольным способом)

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

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

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

Применение пузыря со льдом

№ п/п	Перечень практических действий	Сказать
1.	Установить контакт с пациентом: Поздороваться, представиться, обозначить свою роль	«Здравствуйте! Я медицинская се Меня зовут_ (ФИО)»
2.	Попросить пациента представиться	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован в соответствии с листом назначений
4.	Сообщить пациенту о назначении врача	«Вам необходимо провести процедуру постановки пузыря со льдом»
5.	Объяснить ход и цель процедуры	«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	«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.	«Займите, пожалуйста, удобное положение, лежа на спине и освободите от одежды нужный участок тела»
8.	Обработать руки гигиеническим способом.	«Обрабатываем руки гигиеническим способом»
9.	Надеть нестерильные медицинские перчатки	

	Выполнение процедуры	
10.	Положить пузырь на горизонтальну поверхность манипуляционного стола	
11.	Проверить температуру воды в емкости (+14-16ºС) при помощи водного термометра	«Температура воды в емкости (+14-16ºС)»
12.	Наполнить пузырь кусочками льда (имитация) из контейнера, добавить воды температурой +14-16°С	«Наливаю в лоток холодную воду, контролируя температуру воды водным термометром, Т воды – 14 -16 С»
13.	Слегка надавливая, вытеснить воздух, закрутить крышку пузыря	
14.	Проверить герметичность пузыря со льдом, перевернув над лотком	«Герметичность пузыря сохранена»
15.	Осушить пузырь со льдом одноразово нестерильной салфеткой	
16.	Поместить использованную салфетку в емкость для отходов класса А	
17.	Обернуть пузырь со льдом одноразовой пеленкой и положить на нужный участок тела на 20 мин.	«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.	«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.	«По мере таяния льда воду сливать и добавлять кусочки льда
20.	Контролировать состояние пациента, степень влажности пеленки.	«Наблюдаю за состоянием пациен-та, степень влажности пеленки.
21.	Снять пузырь со льдом с тела пациента	
22.	Поместить одноразовую пеленку в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
23.	Салфеткой осушить кожу пациента.	
	Завершение процедуры	
24.	Поместить салфетку в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
25.	Вылить воду из пузыря в раковину.	Вылить воду из пузыря
26.	Обработать пузырь методом двукратного протирания салфеткой с дезинфицирующим раствором с интервалом 15 минут.	«Обрабатываем пузырь для льда дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут
27.	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	«Салфетки помещаю в емкость для мед. отходов класса «Б»
28.	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дез. салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола Дез. салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут»
29.	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	«Салфетки помещаю в емкость для мед. отходов класса «Б»
30.	Снять перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б»	

31.	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика.
32.	Узнать у пациента его самочувствии	«Как Вы себя чувствуете? Пациент чувствует себя удовлетворительно»
33.	Сделать запись о выполненной процедуре в листе назначений	

Измерение артериального давления

№ п/п	Перечень практических действий	Сказать
1.	Проверить исправность прибора для измерения артериального давления в соответствии с инструкцией по его применению.	«Прибор для измерения артериального давления исправен, готов к применению» стетофонендоскоп находится в рабочем состоянии
2.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	«Здравствуйте! Я постовая медицинская сестра ____ отделения. Меня зовут ___ (ФИО)»
3.	Попросить пациента представиться	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
4.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован в соответствии с медицинской картой стационарного больного (003-У)»
5.	Сообщить пациенту о назначении врача	«Вам назначена процедура «Измерения артериального давления
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	«Вы согласны на выполнение данной процедуры? – Пациент согласен на проведение данной процедуры»
7.	Объяснить ход и цель процедуры	«Контроль артериального давления необходим для определения дальнейшей тактики»
	Подготовка к процедуре	
8.	Накрыть кушетку одноразовой простыней	
9.	Предложить (помочь) пациенту занять удобное положение на кушетке лежа на спине нижние конечности не скрещены, руки разогнуты	«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	«Герметичность упаковки одноразовой антисептической салфетки не нарушена. Визуальная целостность упаковки одноразового шприца сохранена»
11.	Проверить срок годности однора антисептической салфетки	«Срок годности соответствует сроку хранения»
12.	Обработать руки гигиеническим способом	«Обрабатываем руки гигиеническим

		способом»
13.	Надеть нестерильные перчатки	
14.	Освободить от одежды руку пациента выше локтевого сгиба,	«Освободите от одежды руку выше локтевого сгиба или я могу Вам помочь»
15.	Расположить руку пациента на уровне сердца ладонью вверх	
16.	Определить размер манжеты	«Размер манжеты соответствует обхвату плеча пациента»
	Выполнение процедуры	
17.	Наложить манжету прибора для измерения артериального давления (тонометра) на плечо пациента	
18.	Проверить, что между манжетой и поверхностью плеча помещается два пальца	
19.	Убедиться, что нижний край манжеты располагается на 2,5 см выше локтевой ямки	«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	«Определяю пульс на лучевой артерии
21.	Другой рукой закрыть вентиль груши прибора для измерения артериального давления (тонометра)	
22.	Произвести нагнетание воздуха грушей прибора для измерения артериального давления (тонометра) до исчезновения пульса в области лучезапястного сустава	
23.	Зафиксировать показания прибора для измерения артериального давления (тонометра) в момент исчезновения пульса в области лучезапястного сустава	«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)	
25.	Мембрану стетофонендоскопа поместить у нижнего края манжеты над проекцией локтевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к поверхности тела	
26.	Повторно накачать манжету прибора для измерения артериаль-ного давления (тонометра) до уров-ня, превышающего полученный результат при пальцевом измере-нии по пульсу на 30 мм рт.ст.	«Накачиваю манжету на 30 мм рт. ст выше предыдущего показателя»
27.	Сохраняя положение стетофонендоскопа, медленно спустить воздух из манжеты	
28.	Фиксировать по шкале на приборе для измерения артериального давления (тонометре) появление первого тона Короткова – это значение систолического давления	«Систолическое давление равно….., ….(называет показатели давления)»

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

Проведение дезинфекции уборочного инвентаря и предметов ухода за пациентами

Весь уборочный инвентарь для палат, помещений отделения, туалетов должен быть промаркирован и применяться строго по назначению. После использования инвентарь обязательно дезинфицируют.

Используют: 0,5% - 1% растворы осветлённой хлорной извести, 0,5% раствор хлорамина или 0,5% раствор сульфохлорантина. Все предметы ухода за пациентами после использования подлежат дезинфекции, ополаскиванию под проточной водой, сушке и хранению в специально отведённом месте.

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.

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.

Проведение исследования пульса на лучевой артерии, характеристика пульса

№ п/п	Перечень практических действий	Примерный текст комментариев аккредитуемого
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	«Здравствуйте!» «Меня зовут _____(ФИО) «Сейчас вам будет проведено измерение пульса»
2.	Попросить пациента представиться	«Представьтесь, пожалуйста»
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	«Пациент идентифицирован»
4.	Сообщить пациенту о назначении фельдшера	«Вам необходимо провести измерение пульса)»
5.	Объяснить ход и цель процедуры	
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» проговорить «возражений пациента на выполнение процедуры нет»
7.	Предложить или помочь пациенту	«Займите удобное положение на стуле»

	занять удобное положение сидя на стуле	
8.	Надеть средства защиты (маску для лица 3-х слойную медицинскую одноразовую нестерильную)	
9	Обработать руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)	«Обрабатываю руки гигиеническим способом кожным антисептиком»
10	Надеть перчатки медицинские нестерильные	
11	Предложить расслабить руку, при этом кисть и предплечье не должны быть «на весу»	«Расслабьте руку, рука не должна быть «на весу»
12	Прижать2,3,4пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента и почувствовать пульсацию (1 палец находится со стороны тыла кисти)	«Обрабатываю руки гигиеническим способом кожным антисептиком»
13.	Определить симметричность и ритм пульса в течение 30 сек.	
14	Взять часы или секундомер и исследовать частоту пульсации артерии в течение 30 секунд: если пульс ритмичный, умножить на два	«Пульс ритмичный, считаю в течении 30 сек. И умножаю на 2»
15	Если пульс неритмичный – считать в течение 1 минуты	«Пульс неритмичный, считаю в течение 1 минуты»
16.	Прижать артерию сильнее чем прежде к лучевой кости и определить напряжение	
17	Сообщить пациенту результат исследования	«Ваш пульс ___ ударов в минуту» «Напряжение _____»
18.	Убрать одноразовую пеленку методом скручивания и поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	
19.	Обработать поверхность кушетки дезинфицирующей салфеткой методом протирания	
20.	Дезинфицирующую салфетку поместить в емкость для емкость для медицинских отходов класса «Б»	
21.	Поместить упаковку от салфеток в емкость для отходов класса «А»	
22.	Снять и поместить перчатки медицинские нестерильные в емкость для отходов класса «Б»	
23.	Снять и поместить маску для лица 3-х слойную медицинскую одноразовую нестерильную в емкость для отходов класса «Б»	
24.	Обработать руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)	«Обрабатываю руки гигиеническим способом кожным антисептиком»
25.	Уточнить у пациента его самочувствие	«Как Вы себя чувствуете?»
26.	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинскую карту	«Делаю запись о проведении и результатах процедуры в медицинской документации»

	пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (фо ма 025/у)	

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 х=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 х=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 и правила введения инсулина.

Инъекции инсулина и гепарина вводятся подкожно.

Инсулин выпускается во флаконах по 5 мл, в 1 мл содержится 40 ЕД или 100 ЕД. Инсулин вводят специальным одноразовым шприцем, учитывая, что одно деление соответствует 1 ЕД или шприц-ручкой.

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). Перед введением флакон необходимо согреть до 36ºС.

Вводить инсулин необходимо за 20-30 минут до еды.

Оснащение: флакон с раствором инсулина, стерильный лоток, пинцет, стерильные ватные шарики, одноразовый инсулиновый шприц, спирт 70 %.

1. Проверить пригодность инсулина.

2. Проверить стерильность инсулинового шприца, вскрыть пакет.

3. Вскрыть колпачок с флакона, прикрывающий резиновую пробку.

4. Протереть резиновую пробку ватными шариками, смоченными спиртом двукратно, дать спирту высохнуть.

5. Оттянуть поршень до метки, указывающей количество единиц инсулина, назначенное врачом.

6. Проткнуть иглой резиновую пробку флакона с инсулином, выпустить воздух во флакон; перевернуть флакон со шприцем, чтобы флакон оказался вверх дном, держа их в одной руке на уровне глаз.

7. Оттянуть поршень вниз до отметки необходимой дозы.

8. Вынуть иглу из флакона, надеть колпачок, положить шприц в лоток.

9. Вымыть руки. Надеть перчатки.

10. Обработать место инъекции последовательно двумя ватными шариками, смоченными спиртом. Дать коже высохнуть, снять со шприца колпачок.

11. Взять кожу в складку и ввести иглу под углом 45º – 90º.

12. Ввести медленно инсулин.

13. Прижать сухой стерильный ватный шарик к месту инъекции, извлечь иглу.

Место инъекции не массировать (это может вызвать слишком быстрое всасывание инсулина).

14. Утилизировать шприц и использованный материал.

15. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

16. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).

17. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

18. Напомнить пациенту о необходимости принять пищу через 20-30 минут.

Набрать 16 ЕД инсулина
1мл - 40 ЕД инсулина
0, 1мл – 4 ЕД инсулина
0,4 мл – 16 ЕД инсулина

Технология постановки мягкого катетера. Показания и противопоказания.

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.

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

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.

Определение частоты дыхательных движений

Цель: оценка состояния сердечно-сосудистой системы и общего состояния пациента

Показания: контроль за состоянием пациента

Противопоказания: нет

Оснащение:

Секундомер или часы с секундной стрелкой

Лист наблюдения за пациентом

Алгоритм действий:

1. Придать пациенту удобное положение, усадить или уложить его
2. Положить свою руку на лучевую артерию пациента, как для подсчета пульса (чтобы отвлечь внимание пациента)
3. Подсчитать число движений грудной клетки или эпигастральной области за 1 минуту (вдох и выдох считается за 1 дыхательное движение)
4. Внести полученные цифровые данные в лист наблюдения

Примечание:

Частота дыхания у взрослого в норме 16-18 в минуту. Частое дыхание - тахинноэ. Редкое дыхание - брадинноэ

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 м\с 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.

Масляная клизма. Показания, противопоказания, методика выполнения.

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 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, далее обрабатывают по ОСТ 42-21-2-85.

Примечания. При строгом постельном режиме положение пациента во время постановки клизмы остается на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами.

5. 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 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	Защита истории болезни	10
2	Манипуляционная техника	5
	Итог	15

Инструкция для преподавателя

15-14 баллов	90-100%	Отлично
13-12 баллов	80-89 %	Хорошо
11 баллов	70-79%	Удовлетворительно
Менее 11 баллов	Менее 70 %	Неудовлетворительно

Критерии оценки защиты истории болезни

Критерии	Баллы
Жалобы, анамнез, объективное обследование собраны в полном объеме, правильно.	3
Жалобы, анамнез, объективное обследование собраны с незначительными ошибками.	2
Жалобы, анамнез, объективное обследование собраны со значительными нарушениями, не в полном объеме.	1
Жалобы, анамнез, объективное обследование собраны неправильно, что может повлиять на результат сестринского процесса.	0
Проблемы выявлены правильно, цели установлены.	3
Проблемы и цели установлены с незначительными ошибками.	2
Проблемы и цели установлены с ошибками, влияющие на план сестринских вмешательств.	1
Проблемы и цели не установлены.	0
План сестринских вмешательств составлен правильно, лист наблюдения заполнен.	3
План сестринских вмешательств составлен с незначительными ошибками.	2
План сестринских вмешательств составлен с ошибками, что влияет на результат сестринского вмешательства.	1
План сестринских вмешательств не составлен и лист наблюдений не заполнен.	0
Цель достигнута.	1
Цель не достигнута.	0

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 1

Шаблон бланка дифференцированного зачета

ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж»

Рассмотрено
на заседании ЦМК
_____
«__»_____202_г

Утверждаю
Зам.директора УР
_____
«___»_____202_г

Дифференцированный зачет

МДК 04.01 Общий уход за пациентами
МДК 04.02 Сестринский уход и реабилитация пациентов терапевтического профиля разных возрастных групп
04.01 Учебная практика
34.02.01 Сестринское дело (очно-заочная форма обучения)

Результаты освоения программы: ПК 4.1, ПК4.2, ПК 4.3, ПК 4.4, ПК 4.5, ПК 4.6; ВД 4; ОК 1, ОК 2, ОК 3, ОК 4, ОК 5, ОК 6, ОК 7, ОК 8, ОК 9.

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.

Билет №

1. Тестовые задания

Выберите один правильный вариант ответа

1. Разность между систолическим и диастолическим давлением, называется:
а) максимальное артериальное давление
б) минимальное артериальное давление
в) пульсовое давление
г) дефицит пульса
2.

2 Манипуляционная техника

Продемонстрируйте технику постановки внутримышечной инъекции на фантоме.

Преподаватель _____

Приложение 2

Шаблон бланка дифференцированного зачета по производственной практике

ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж»

Рассмотрено
на заседании ЦМК
_____
«__»_____202_г

Утверждаю
Зам.директора УР
_____
«___»_____202_г

Дифференцированный зачет по производственной практике

МДК 04.01 Общий уход за пациентами

34.02.01 Сестринское дело (очно-заочная форма обучения)

Результаты освоения программы: ПК 4.1, ПК4.2, ПК 4.3, ПК 4.4, ПК 4.5, ПК 4.6; ВД 4; ОК 1, ОК 2, ОК 3, ОК 4, ОК 5, ОК 6, ОК 7, ОК 8, ОК 9.

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.

Билет № 1

1. Защита сестринской истории болезни.

2. Продемонстрируйте алгоритм смены постельного белья

3.Продемонстрируйте алгоритм закапывания капель в нос

Подпись преподавателя_____

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Основные источники:

1.Кулешова, Л. И. Основы сестринского дела : курс лекций, сестринские технологии : учебник / Л. И. Кулешова, Е. В. Пустоветова ; под ред. В. В. Морозова. - Изд. 3-е. - Ростов н/Д : Феникс, 2018. - 716 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-29749-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"

2. Гордеев, И. Г. Сестринское дело. Практическое руководство : учебное пособие / под ред. И. Г. Гордеева, С. М. Отаровой, З. З. Балкизова. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 592 с. : ил. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-5514-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"

3.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"

4.Корягина, Н. Ю. Организация специализированного сестринского ухода : учебное пособие / Н. Ю. Корягина, Н. В. Широкова, Ю. А. Наговицына [и др.] ; под ред. З. Е. Сопиной. - Москва : ГЭОТАР Медиа, 2020. - 464 с. : ил. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-5694-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"

5.Организация сестринской деятельности / Бабаян С. Р. [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 656 с. - ISBN 978-5-9704-5112-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"

6.Широкова, Н. В. Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций : учебное пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 160 с. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-4762-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"

7.Шарочева, М. А. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода / Шарочева М. А. , Тихомирова В. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 368 с. - ISBN 978-5-9704-5158-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"

Дополнительные источники:

1. Осипова, В. Л. Дезинфекция : учебное пособие / В. Л. Осипова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 136 с. - ISBN 978-5-9704-3886-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"

2. Нормативные документы:

Интернет ресурсы, отвечающие тематике профессионального модуля, в том числе - http://www.studentlibrary.ru

http://dezsredstva.ru/ - методические указания к дезинфицирующим средствам, нормативные документы; http://www.consultant.ru/- нормативные документы;

http://www.recipe.ru/ - нормативные документы;

www.med-pravo.ru – нормативные документы и др.