

Федеральное медико-биологическое агентство
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«СИБИРСКИЙ ОКРУЖНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
Федерального медико-биологического агентства»
(ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России)

СТАНДАРТЫ И ТЕХНОЛОГИИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

**Методические рекомендации профессиональной деятельности
палатной медицинской сестры**

Новосибирск, 2013

Федеральное медико-биологическое агентство
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«СИБИРСКИЙ ОКРУЖНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
Федерального медико-биологического агентства»
(ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России)

СОГЛАСОВАНО

Представитель руководства по системе менеджмента
качества

_____ Е.А.Бабенко

УТВЕРЖДАЮ

Директор ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России
_____ О.В.Стрельченко

СТАНДАРТЫ И ТЕХНОЛОГИИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

**Методические рекомендации профессиональной деятельности
палатной медицинской сестры**

Под общей редакцией
О.В. Стрельченко

Новосибирск, 2013

УДК 616 - 08 : 614.251

ББК 51.1

С - 76

Одобрены Советом по сестринскому делу ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России
(протокол от 20.02.2013 № 8)

Рецензенты:

Л.Д. Гололобова – Президент Новосибирской областной ассоциации специалистов со средним медицинским образованием.

Т.В. Климчук – заместитель главного врача МБУЗ «Новосибирская городская клиническая больница № 2» по работе с сестринским персоналом

СТАНДАРТЫ И ТЕХНОЛОГИИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР (Методические рекомендации профессиональной деятельности палатной медицинской сестры) / О.В. Стрельченко, Е.Ю. Орлова, Ю.В. Лутаенко / под общей редакцией О.В. Стрельченко/ Новосибирск. – ООО «Альфа Ресурс», 2012. – 68 с.

В рекомендациях представлены основные документы регламентирующие работу медицинских сестер, прежде всего палатных, оснащение рабочего места, алгоритм выполнения манипуляций. Много внимания уделено соблюдению санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, защите медицинского персонала от инфицирования.

Рассчитаны на палатных медицинских сестер, а так же будут полезны для старших и главных медицинских сестер.

@-ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, 2013

Содержание

I.	ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ	7
II.	ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ В РАБОТЕ ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ.....	11
	Обязательство Флоренс Найтингейл.....	14
	Этический кодекс медицинской сестры России.....	14
III.	РЕГЛАМЕНТ РАБОТЫ ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ	17
	В дневное время.....	17
	В ночное время.....	18
IV.	СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ ПОСТА.....	19
	Документация медицинского поста.....	19
	Памятка палатной медицинской сестре по приему пациента в отделение.....	20
	Требования, предъявляемые к палатной медицинской сестре при оценке функционального состояния.....	21
	Правила внутреннего распорядка пациента.....	21
V.	САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ РЕЖИМ.....	22
	Нормативная база по санитарно-противоэпидемическому режиму (перечень основополагающих документов).....	22
	Обработка рук	23
	Санитарное содержание медицинского поста.....	24
	Кварцевание помещений.....	24
	Демеркуризация.....	26
	Требования, предъявляемые к медицинским сестрам по профилактике сыпного тифа и педикулеза.....	26
	Алгоритм действия медицинского персонала по профилактике ВИЧ-инфекции.....	27
VI.	ОСОБООПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ.....	28
	Режим обеззараживания различных объектов при ООИ.....	31
VII.	МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ И МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ...	32
	Нормативная база по медикаментозному и медицинскому обеспечению (перечень основополагающих документов).....	32
VIII.	ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	34
IX.	МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	37
X.	ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ.....	41
XI.	ГИГИЕНИЧЕСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ.....	42
XII.	ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ.....	45
	Алгоритм постановки компрессов.....	45
	Алгоритм катетеризации мочевого пузыря женщине.....	46
	Алгоритм катетеризации мочевого пузыря женщине катетером	47
	Фолея.....	
	Алгоритм катетеризации мочевого пузыря мужчине	48
	Алгоритм катетеризации мочевого пузыря мужчине катетером Фолея	49

Алгоритм подачи увлажненного кислорода через носовой катетер.....	50
---	----

	Алгоритм подачи увлажненного кислорода из кислородной подушки.....	50
	Алгоритм проведения тонометрии.....	51
	Алгоритм проведения очистительной клизмы.....	52
	Алгоритм проведения лекарственной клизмы.....	53
	Алгоритм проведения сифонной клизмы.....	53
	Промывание желудка.....	54
	Применение горчичников.....	56
XIII.	ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ДОВРАЧЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ.....	57
	Анафилактический шок.....	57
	Отравление.....	59
	Отек Квинке.....	60
	Оксигенотерапия.....	60
	Подача пузыря со льдом.....	63
	Подготовка пациента к сеансу гипербарической оксигенации (ГБО).....	63
	Уход и наблюдение за пациентами после гемотрансфузии.....	64
XIV.	МЕТОДИКА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ	64

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ДОЛЖНА ЗНАТЬ И ПОМНИТЬ Звонить

01	Пожарная охрана
338-98-05	Диспетчер пульта охраны
338-98-05	Диспетчер технических служб

В вечернее время обо всех чрезвычайных происшествиях обязательно сообщать дежурному врачу.

I. ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ
медицинской сестры палатной
ФГБУЗ «Сибирского окружного медицинского центра
Федерального медико-биологического агентства »
(ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России)

I Общие положения

- 1.1 К профессиональной деятельности в качестве медицинской сестры палатной допускаются лица, получившие высшее медицинское образование по специальности Сестринское дело или среднее медицинское образование, диплом по специальности «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело», сертификат «Сестринское дело».
- 1.2 Назначение и увольнение медицинской сестры палатной осуществляется главным врачом по представлению заведующего отделением, старшей медицинской сестры отделения и по согласованию с главной медицинской сестрой больницы.
- 1.3 Медицинская сестра палатная находится в непосредственном подчинении у лечащего врача и старшей медицинской сестры отделения.
- 1.4 В прямом подчинении медицинской сестры палатной находятся санитарки-уборщицы палатные, младшие медицинские сестры по уходу за пациентами.
- 1.5 Медицинская сестра палатная в своей деятельности руководствуется положением, квалификационной характеристикой специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием по специальности «Сестринское дело», настоящей инструкцией, почасовым графиком работы, «Сборником технологий и стандартов по организации и выполнению работ палатными медицинскими сестрами» и регламентирующими приказами по роду своей деятельности.

II Обязанности

- 2.1. Должна быть образцом дисциплинированности, чистоты и опрятности, заботливо и чутко относиться к пациентам, поддерживая и укрепляя их моральное состояние.
- 2.2. Точно и четко выполнять все указания врачей и порученные ей медицинские манипуляции (разрешенные для выполнения, разрешенные среднему медицинскому работнику).
- 2.3. Постоянно совершенствовать свои медицинские знания путем чтения специальной литературы, посещения и участия в производственной учебе в отделении и больницы, обучаясь не реже 1 раза в 5 лет на курсах усовершенствования для средних медицинских работников по специальности «Сестринское дело», владеть всеми смежными специальностями для обеспечения полной взаимозаменяемости медицинских сестер.
- 2.4. Строго руководствоваться в работе принципами медицинской этики и деонтологии и сохранять медицинскую тайну.
- 2.5. Осуществлять прием вновь поступивших пациентов в отделение; знакомить с установленным режимом в отделении, с правилами внутреннего

- распорядка больницы; знакомить с расположением помещений отделения, правилами личной гигиены в стационаре под роспись в истории болезни.
- 2.6. Осуществлять осмотр на наличие педикулеза (контролировать качество проведения санитарной обработки в приемном отделении больницы у вновь поступивших пациентов), затем регулярный осмотр пациентов на наличие педикулеза не реже 1 раза в 10 дней, с отметкой об этом в соответствующем документе.
 - 2.7. Осуществлять транспортировку или сопровождение пациента в палату, обеспечить сразу же при поступлении индивидуальными предметами ухода, стаканом, ложкой для приема воды (лекарства).
 - 2.8. Осуществлять сбор материала от пациентов для лабораторных исследований (моча, кал, мокрота, по необходимости кровь и т.д.) и организует своевременную отправку их в лабораторию (с правильным оформлением и заполнением бланков, направлений), своевременное получение результатов исследования и подклеивание их в историю болезни.
 - 2.9. Осуществлять подготовку историй болезни, направление пациентов по назначению врачей на клиничко-диагностические, функциональные исследования, в операционные, перевязочные и в случае необходимости их транспортировку, совместно с младшим медицинским персоналом отделения, контроль за возвращением истории болезни в отделение с результатом исследования.
 - 2.10. Осуществлять подготовку полотенца, дезинфицирующего средства для дезинфекции рук врача, непосредственное участие в обходе пациентов врачом или дежурным врачом, сообщение им сведений об изменениях в состоянии здоровья пациентов.
 - 2.11. Осуществлять измерение температуры тела пациента утром и вечером, а по назначению врача и в другое время дня, счет пульса и дыхания, измерение суточного количества мочи, мокроты, внесение этих данных в лист наблюдения за пациентом.
 - 2.12. Осуществлять плановое наблюдение, организацию ухода за лежачими и тяжелобольными пациентами, профилактику пролежней.
 - 2.13. Своевременно сообщать лечащему врачу и заведующему отделению, а в их отсутствие дежурному врачу:
 - Об осложнениях, связанных с проведением медицинских манипуляций, процедур, приемом медикаментов.
 - Об отказе пациента от проведения каких-либо манипуляций или процедур.
 - О случаях нарушения внутреннего распорядка отделения и больницы.
 - 2.14. Осуществлять активное наблюдение за чистотой и порядком в палатах, за личной гигиеной пациентов, за своевременным приемом душа, сменой нательного и постельного белья.
 - 2.15. Осуществлять личную явку к пациенту по первому его зову.
 - 2.16. Осуществлять контроль за выполнением пациентом установленного врачом режима питания, соответствием продуктов, принесенных пациенту родственниками, разрешенному ассортименту, ежедневный контроль за состоянием тумбочек, холодильников.

- 2.17. Осуществлять раздачу пищи пациентам отделения, кормление тяжелобольных пациентов.
- 2.18. Осуществлять осмотр санитарок-буфетчиц на гнойничковые заболевания в выходные и праздничные дни с отметкой в журнале.
- 2.19. Осуществлять контроль за выполнением правил работы младшим медицинским персоналом.
- 2.20. Осуществлять отметки в листе врачебных назначениях об их выполнении с росписью за выполнение каждого назначения.
- 2.21. Осуществлять гуманное, тактичное поведение у агонирующих пациентов, правильное документальное оформление, правильную подготовку, укладку и передачу умершего пациента для транспортировки в патолого-анатомическое отделение. Обслуживание пациентов в этот период поручается персоналу другого поста.
- 2.22. Принимает непосредственное участие в санитарно-просветительной работе среди пациентов отделения на санитарно-гигиенические темы, профилактику заболеваний, здоровый образ жизни.
- 2.23. Осуществлять прием и сдачу дежурства у постели пациентов ПИН, проверка наличия предметов ухода, инструментария, медикаментов по установленному списку.
- 2.24. Проводить кварцевание палат, закрепленных за постом, других помещений согласно графику, разработанному старшей медицинской сестрой отделения совместно с врачом эпидемиологом.
- 2.25. Медицинская сестра палатная работает без права сна и не может отлучаться с отделения без разрешения старшей медицинской сестры или заведующего отделением, а в период их отсутствия дежурного врача.
- 2.26. Обязана знать и обеспечить готовность к оказанию доврачебной медицинской помощи при ухудшении состояния пациента, неотложных состояниях, обеспечить правильную и быструю транспортировку. Медицинская сестра палатная обязана уметь:
 - Наблюдать за состоянием пациента и правильно оценивать его.
 - Накладывать асептические повязки на раны.
 - Останавливать наружные кровотечения.
 - Выполнять внутримышечные, внутривенные, подкожные, внутривоенные инъекции.
 - Трансфузии (включая переливание крови и кровезаменителей) под наблюдением врача, аутогемотерапию.
 - Непрямой массаж сердца.
 - Проводить промывание желудка.
 - Проводить постановку всех клизм.
 - Вводить газоотводную трубку.
 - Катетеризировать мочевого пузыря мягким резиновым катетером.
 - Промывать мочевого пузыря.
 - Измерять артериальное давление.
 - Проводить подготовку пациентов к рентгеноскопии, рентгенографии, эндоскопическим исследованиям, операциям, лабораторным исследованиям.

- Проводить дезинфекцию инструментов, оборудования, предметов ухода закрепленных за постом.
 - Четко и грамотно вести медицинскую документацию.
 - Обеспечивать правильный учет, хранение и использование лекарственных средств подлежащих предметно-количественному учету и сильнодействующих лекарств.
 - Владеть работой во всех манипуляционных кабинетах отделения.
- 2.27. Проводить утреннюю гигиеническую гимнастику с пациентами в ПИН.
- 2.28. Проходить медицинский осмотр согласно общебольничному графику.

III Права

- 3.1. Имеет право делать замечания пациенту обслуживаемых ею палат о не соблюдении им рекомендаций врача и режима учреждения.
- 3.2. Получать необходимую информацию для чёткого выполнения своих профессиональных обязанностей.
- 3.3. Требовать от старшей медицинской сестры своевременного обеспечения необходимым для работы медикаментами, предметами ухода, бланками.
- 3.4. Требовать от сестры – хозяйки своевременного обеспечения необходимым мягким и твёрдым инвентарём, дезинфицирующими, моющими и чистящими средствами.
- 3.5. Требовать от палатной санитарки, младшей медицинской сестры по уходу за пациентами и санитарки–буфетчицы выполнения своих функциональных обязанностей.
- 3.6. Вносить предложения по совершенствованию работы палатной медицинской сестры и организации сестринского дела в отделении.
- 3.7. Повышать свою квалификацию в установленном порядке, проходить аттестацию, переаттестацию с целью присвоения квалификационных категорий.
- 3.8. Принимать участие в общественной жизни отделения и больницы.
- 3.9. Участвовать в работе профессиональных медицинских ассоциаций.
- 3.10. Участвовать наряду с другими сотрудниками в оказании платных медицинских услуг проводимых в больнице.

IV Ответственность

Несёт ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязанностей предусмотренных настоящей инструкцией и правилами внутреннего распорядка больницы, а также несёт ответственность за учёт, хранение и использование сильнодействующих и психотропных лекарственных средств.

II. ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ В РАБОТЕ ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

ЭТИКА изучает нравственность, то есть нормы поведения людей, их моральные отношения.

ДЕОНТОЛОГИЯ - должное, надлежащее учение, то есть, деонтология изучает профессиональные отношения. Понятия этика и деонтология применимы в любой сфере профессиональной деятельности: юридической, агрономической и так далее в том числе и медицинской. То есть, медицинская этика изучает моральные отношения между врачом, сестрой, больным и его родственниками. Медицинская деонтология рассматривает профессиональные отношения в том же блоке: врач, сестра, больной, родственники.

Можно предположить, что первый человек, который оказал медицинскую помощь своему ближнему, сделал это из чувства сострадания, стремления помочь в несчастье, облегчить боль, иначе говоря - из чувства гуманности. Именно гуманность всегда была основой медицины. С древности и до наших дней людей волновали вопросы этики и деонтологии, каким должно быть поведение медика, отношение к больным, их родственникам, взаимоотношения между собой.

Понятие «медицинская деонтология» было введено сравнительно недавно - в начале прошлого столетия, английским ученым и философом И. Бентам как обозначение науки о профессиональном поведении человека. Большое влияние на формирование медицинской этики и деонтологии оказали отечественные ученые: Мудров, Пирогов, Боткин, Бехтерев. Они заложили основы этико-деонтологических принципов. Советские ученые и организаторы здравоохранения - Семашко, Данилевский, Кассирский и многие другие также внесли вклад в развитие этики и деонтологии.

Долг и ответственность

Долг и ответственность - основные проблемы, как этики, так и деонтологии. В этике эти проблемы рассматриваются с точки зрения морально-нравственных отношений. В деонтологии - в аспекте должностных (профессиональных) обязанностей.

ГЛАВНЫЙ ЭТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП - НЕ НАВРЕДИ!

Долг медицинского работника предусматривает квалифицированное беззаветное выполнение каждым медицинским работником своих профессиональных обязанностей, предусмотренных нормами морально-этического и правового регулирования медицинской деятельности:

1) моральный - это оказание медицинской помощи нуждающимся вне зависимости от их социального положения вероисповедания и т.д.

2) профессиональный - никогда, ни при каких обстоятельствах не совершать действий, вредных для физического и психического состояния людей.

Среди проблем теоретической медицины и практической здравоохранения этико-деонтологические вопросы до настоящего времени не пользуются вниманием. В связи с этим имеет место большое количество жалоб от населения на нарушение медицинской этики и деонтологии. Если низкая профессиональная квалификация медицинского работника не всегда может быть распознана больным или его близкими, то нравственный облик обнажается без труда и может получить, к сожалению, отрицательную оценку у

населения. Это значит, что такие нравственные качества, как сопереживание и милосердие, должны привноситься не извне, а стать моральным стержнем медицинского работника, его этической нормой.

То есть, этическая норма медицинской сестры - сопереживание и милосердие.

Существуют и определенные правила общей культуры поведения медицинского работника в коллективе лечебного учреждения, например медицинский этикет, который состоит из соблюдения правил поведения в обществе и внутренней культуры медицинского работника:

- а) внешний вид (одежда, косметика, прическа, обувь);
- б) соблюдение внешних приличий: тон, умение вести беседу, манеры;
- в) отношение к труду;
- г) соблюдение дисциплины;
- д) дружелюбие, соблюдение субординации.

Субординация - система служебного подчинения младшего старшему, основанная на правилах служебной дисциплины. Нужно помнить, что интриги, грубость, ведут к разладу в коллективе, к делению его на группы, что в конечном итоге значительно ухудшает работу лечебного учреждения.

Нужно всегда соблюдать главный этический принцип - НЕ НАВРЕДИ! Разладами в коллективе можно навредить больному. В коллективе должна быть такая атмосфера, которая способствовала бы и хорошей работе медицинского персонала, скорейшему выздоровлению больных. В противном случае госпитализация может не помочь пациенту и даже нанести вред. Чтобы этого не случилось, очень важна работа медицинской сестры, контакт между пациентом и медицинской сестрой. Сестра может прекрасно выполнять свои профессиональные обязанности, достигнет автоматизма в работе, прекрасно делает инъекции и т.д., но за всем этим нет пациента. А она должна находиться при больном, понять его, уметь хранить тайны, вызывать доверие. Доверие - это путь к выздоровлению. Если пациент верит в сестру и врача, он чувствует себя в безопасности, знает, что получит все, что необходимо для восстановления своего здоровья. В противном случае у него возникают сомнения относительно лечащего персонала, находя свое выражение в самых различных требованиях: созыва консилиума, приглашения специалистов, особых исследований и т.д. Состояния, вызванные тяжелыми переживаниями пациентов вследствие неблагоприятной деятельности и общения медицинского персонала, наблюдаются чаще у мнительных больных. В таких случаях возникают:

- 1) поспешное и необоснованное мнение о диагнозе и прогнозе;
- 2) неверное толкование лечебных и диагностических процедур;
- 3) депрессия от бездействия или невнимания персонала.

Как следствие всего вышесказанного у пациента может возникнуть боязнь какого-либо заболевания (рака - канцерофобия, болезни сердца - кардиофобия и т.д.).

Очень важно для выздоровления - с кем общается пациент дома и в палате. Взаимное влияние пациентов может быть положительным и отрицательным: больной видит, как его сосед по палате с гораздо худшим диагнозом борется за жизнь и это вселяет в него желание делать то же. Но может быть и обратное:

вид тяжелых больных действует удручающе, угнетающе. Поэтому очень важен подбор больных в палате таким образом, чтобы они подходили друг другу по характеру. И совсем идеально, если им общение принесет удовлетворение.

Медицинская сестра не должна забывать и о таком свойстве психики пациента, как влияние на самого себя. Человек заболевает. Сначала он прячется от самого себя, объясняет возникновение симптомов болезни различными причинами, (усталость, перенервничал на работе, неприятности дома, вот и заболелась голова). Затем он осознает факт болезни, но какое-то, может быть короткое, а может быть длительное, время ждет: вдруг пройдет, и он ошибся. Но подспудно вспоминает все, что он читал, слышал, видел у родственников и знакомых с такими же симптомами заболевания. Появляется чувство страха: а вынесу ли? Останусь, ли жив? Что будет с детьми? У больного появляется чувство вины, он ищет, в чем же виноват, что расплывается? За какие грехи? Нередки случаи самообвинения. Больные часто заявляют, что "сами виноваты". Не были ост рожны, где-то что-то проглядели. Люди, часто болеющие, с большим смирением и спокойствием переносят страдания. Те больные, которые заболели впервые или у которых от их физического здоровья зависит многое в жизни: артисты, спортсмены, - подвержены весьма серьезным проявлениям страха. То есть, очень важно знать те реакции личности, которые формируются во время заболевания, в том числе и возможное отрицание болезни.

У хронических больных могут наблюдаться более глубокие изменения психики. Больной может стать пессимистом, может стать обидчивым, чувствительным, завистливым, даже ненавистником, а может быть инфантильное поведение (как у малого ребенка). В этих случаях очень важно доверие и контакт между больным и врачом, больным и медсестрой. Медицинская сестра постоянно близко общается с больным (тогда как врач видит его только на обходе) и должна своим заботливым, уважительным отношением, беседами ориентировать его на выздоровление. Это особенно трудно: сохранить в человеке веру в случаях тяжелых болезней с неблагоприятным исходом.

Профессиональная тайна

Профессиональная тайна - это понятие упоминается во всех клятвах и обещаниях медиков мира, начиная с Гиппократов, - а именно неразглашение сведений о больном. Сведения о результатах обследования пациента, о диагнозе и прогнозе заболевания сообщаются самому пациенту и его родственникам только самим врачом (это его компетенция) или с его разрешения медицинской сестрой. Особенно осторожно нужно подходить к просьбам о сообщении информации по телефону. Лучше всего попросить приехать в больницу и поговорить с врачом лично. Но это не значит, что пациент совершенно не имеет права получить информацию о своем состоянии от медицинской сестры. Медицинская сестра должна обучить пациента новому способу удовлетворения своих потребностей в связи с изменением образа жизни (разъяснить, как следует соблюдать предписанный врачом режим, как питаться в зависимости от назначенной диеты и т.д.). Медицинская сестра должна объяснить цель назначенных процедур, подготовить к ним пациента, в случае отказа от них предупредить о негативных последствиях такого шага.

Кроме того, медицинская сестра должна ориентировать пациента на выздоровление, для этого хорошо использовать жизненные ценности пациента. Медицинская сестра самостоятельна в уходе за пациентом (независимые манипуляции) и должна обучить самого пациента, его родственников некоторым манипуляциям и элементам ухода. Таким образом, круг деятельности медицинской сестры очень широк.

Обязательство Флоренс Найтингейл

«Я, торжественно, перед Богом и в присутствии этого собрания даю обязательство: Провести мою жизнь в чистоте и верно служить моей профессии.

Я буду воздерживаться от всего, что влечет за собой вред и гибель, и не стану брать или сознательно давать вредоносное лекарство.

Я сделаю все, что в моих силах, чтобы поддержать и возвысить уровень моей профессии, а также обещаю держать в тайне все личные вопросы, относящиеся к моему ведению и семейные обстоятельства пациентов, ставшие мне известными в ходе моей практики.

С верностью я стану стремиться помогать врачу в его работе и посвящу себя благополучию тех, кто доверился моей заботе».

ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ РОССИИ

Принимая во внимание важнейшую роль в современном обществе самой массовой из медицинских профессий — профессии медицинской сестры, учитывая традиционно большое значение этического начала в медицине и здравоохранении, руководствуясь документами по медицинской этике Международного совета медицинских сестер и Всемирной организации здравоохранения. Ассоциация медицинских сестер России принимает настоящий Этический кодекс.

ЧАСТЬ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Этической основой профессиональной деятельности медицинской сестры являются гуманность и милосердие. Важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинской сестры являются

- комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий;
- восстановление здоровья и реабилитация;
- содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний.

Этический кодекс дает четкие нравственные ориентиры профессиональной деятельности медицинской сестры, призван способствовать консолидации, повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе, развитию сестринского дела в России.

ЧАСТЬ II. МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА И ПАЦИЕНТ

Статья 1. Медицинская сестра и право пациента на качественную медицинскую помощь

Медицинская сестра должна уважать неотъемлемые права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья и на получение адекватной медицинской помощи. Медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам. Медицинская сестра несет моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. Профессиональная и этическая обязанность медицинской сестры оказывать, в меру своей компетенции, неотложную медицинскую помощь любому человеку, нуждающемуся в ней.

Статья 2. Основное условие сестринской деятельности — профессиональная компетентность

Медицинская сестра должна всегда соблюдать и поддерживать профессиональные стандарты деятельности, определяемые Министерством здравоохранения РФ. Непрерывное совершенствование специальных знаний и умений, повышение своего культурного уровня — первейший профессиональный долг медицинской сестры. Медицинская сестра должна быть компетентной в отношении моральных и юридических прав пациента.

Статья 3. Гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав

Медицинская сестра должна превыше всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента. Медицинская сестра обязана уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний. Медицинская сестра не вправе участвовать в пытках, казнях и иных формах жестокого и бесчеловечного обращения с людьми. Медицинская сестра не вправе способствовать самоубийству больного.

Медицинская сестра ответственна, в пределах своей компетенции, за обеспечение прав пациента, провозглашенных Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения и закрепленных в законодательстве РФ.

Статья 4. Уважение человеческого достоинства пациента

Медицинская сестра должна быть постоянно готова оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, расовой или национальной принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения или других различий. Осуществляя уход, медицинская сестра должна уважать право пациента на участие в планировании и проведении лечения. Проявления высокомерия, пренебрежительного отношения или унижительного обращения с пациентом недопустимы. Медицинская сестра не вправе навязывать пациенту свои моральные, религиозные, политические убеждения. При установлении очередности оказания медицинской помощи нескольким пациентам медицинская сестра должна руководствоваться только медицинскими критериями, исключая какую-либо дискриминацию. В случаях, требующих по медицинским показаниям контроля за поведением пациента, медицинской сестре следует ограничивать свое вмешательство в личную жизнь пациента исключительно профессиональной необходимостью.

Статья 5. Прежде всего — не навреди

Медицинская сестра не вправе нарушать древнюю этическую заповедь медицины "Прежде всего — не навреди!". Медицинская сестра не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся нанести пациенту такой вред. Действия медицинской сестры по уходу, любые другие медицинские вмешательства,

сопряженные с болевыми ощущениями и иными временными негативными явлениями, допустимы лишь в его интересах. "Лекарство не должно быть горше болезни!". Проводя медицинские вмешательства, чреватые риском, медицинская сестра обязана предусмотреть меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнениям.

Статья 6. Медицинская сестра и право пациента на информацию

Медицинская сестра должна быть правдивой и честной. Моральный долг медицинской сестры — информировать пациента о его правах. Она обязана уважать право пациента на получение информации о состоянии его здоровья, о возможном риске и преимуществах предлагаемых методов лечения, о диагнозе и прогнозе, равно как и его право отказываться от информации вообще. Учитывая, что функция информирования пациента и его близких по преимуществу принадлежит врачу, медицинская сестра имеет моральное право передавать профессиональные сведения лишь по согласованию с лечащим врачом в качестве члена бригады, обслуживающей данного пациента. В исключительных случаях медицинская сестра имеет право скрыть от пациента профессиональную информацию, если она убеждена, что таковая причинит ему серьезный вред.

Статья 7. Медицинская сестра и право пациента соглашаться на медицинское вмешательство или отказываться от него

Медицинская сестра должна уважать право пациента или его законного представителя (когда она имеет дело с ребенком или недееспособным душевнобольным) соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказываться от него. Медицинская сестра должна быть уверена, что согласие или отказ даны пациентом добровольно и осознанно. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры в меру своей квалификации разъяснять пациенту последствия отказа от медицинской процедуры. Отказ пациента не должен влиять на его положение и негативно отражаться на отношении к нему медицинской сестры и других медицинских работников.

Медицинская сестра вправе оказывать помощь без согласия пациента (или без согласия законного представителя некомпетентного пациента — ребенка до 15 лет или недееспособного душевнобольного) только в строгом соответствии с законодательством РФ. При оказании медицинской помощи некомпетентным пациентам медицинская сестра должна, насколько позволяет состояние таких пациентов, привлекать их к процессу принятия решения.

Статья 8. Обязанность хранить профессиональную тайну

Медицинская сестра должна сохранять в тайне от третьих лиц доверенную ей или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни пациента даже после того, как пациент умрет... Медицинская сестра обязана неукоснительно выполнять свои функции по защите конфиденциальной информации о пациентах, в каком бы виде она ни хранилась. Медицинская сестра вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте какой-либо третьей стороне только с согласия самого пациента. Право на передачу медсестрой информации другим специалистам и медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь пациенту, предполагает наличие его согласия. Медицинская сестра вправе передавать конфиденциальную информацию без согласия пациента лишь в случаях, предусмотренных законом. При этом пациента следует

поставить в известность о неизбежности раскрытия конфиденциальной информации. Во всех других случаях медицинская сестра несет личную моральную, а иногда и юридическую, ответственность за разглашение профессиональной тайны.

Статья 9. Медицинская сестра и умирающий больной

Медицинская сестра должна с уважением относиться к праву умирающего на гуманное обращение и достойную смерть. Медицинская сестра обязана владеть необходимыми знаниями и умениями в области паллиативной медицинской помощи, дающей умирающему возможность окончить жизнь с максимально достижимым физическим, эмоциональным и духовным комфортом. Первейшие моральные и профессиональные обязанности медицинской сестры: предотвращение и облегчение страданий, как правило, связанных с процессом умирания; оказание умирающему и его семье психологической поддержки. Эвтаназия, т. е. преднамеренные действия медицинской сестры с целью прекращения жизни умирающего пациента, даже по его просьбе, неэтична и недопустима.

Медицинская сестра должна относиться уважительно к умершему пациенту. При обработке тела следует учитывать религиозные и культурные традиции. Медицинская сестра обязана уважать закрепленные в законодательстве РФ права граждан относительно патологоанатомических вскрытий.

Статья 10. Медицинская сестра как участник научных исследований и учебного процесса

Медицинская сестра должна стремиться участвовать в исследовательской деятельности, в приумножении знаний в своей профессии. В исследовательской деятельности с участием человека в качестве объекта медицинская сестра обязана строго следовать международным документам по медицинской этике (Хельсинкская декларация и др.) и законодательству РФ. Интересы личности пациента для медицинской сестры должны быть всегда выше интересов общества и науки. Участвуя в научных исследованиях, медицинская сестра обязана особенно строго обеспечивать защиту тех пациентов, которые сами не в состоянии об этом позаботиться (дети, лица с тяжелыми психическими расстройствами). Участие пациентов в учебном процессе допустимо лишь с соблюдением тех же гарантий защиты их прав.

III. РЕГЛАМЕНТ РАБОТЫ ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

В дневное дежурство

08.10 – приход на работу

08.15 – 08.30 – прием медицинского поста, клизменной (санитарное состояние, предметы ухода, медицинское оборудование, медикаменты предметно-количественного учета, медицинская документация), прием смены у постели тяжелобольного пациента

08.30 – 08.40 – планерка у заведующей отделением

- Отчет дежурной смены
- Планирование работы на предстоящий день
- Разбор недостатков в работе

08.40 – 09.00 – Контроль за питанием, кормление тяжелобольных пациентов.

09.00 - Начало приема вновь поступивших пациентов. Работа в информационной системе «МЕДИАЛОГ».

09.00 – 10.00 – Транспортировка пациентов на диагностические исследования, в операционную, перевязочную. Проведение санитарно-гигиенических мероприятий лежачих больных.

10.00 – 11.00 – Работа с листами врачебных назначений.

11.00 – 12.00 – Обход палат и беседы с пациентами о распорядке дня, предстоящем обследовании, новых медикаментозных назначениях.

12.00 – 13.00 – Осуществление ухода за тяжелыми пациентами. Контроль за свиданиями родственников с тяжелобольными пациентами..

13.00 – 13.30 – Запись пациентов на предстоящие обследования в системе «МЕДИАЛОГ» Раздача лекарственных препаратов, принимаемых до еды.

13.30 – 14.00 – Контроль за питанием, кормление тяжелобольных пациентов.

14.00 – 14.10 – Раздача лекарственных препаратов, принимаемых после еды и предстоящим исследованиям (операциям).

14.10 - 15.00 – Получение медикаментов и расходных материалов на сутки.

15.00 – 16.00 – Подготовка посуды и заявок для сдачи баканализов. Подготовка поста к сдаче смены дежурной медицинской сестре.

16.00 – 16.15 – Сдача смены дежурной сестре у постели тяжелобольных пациентов. Сдача медицинского поста, клизменной.

16.20 – Окончание рабочего дня.

В ночное время

16.00 – Приход на работу.

16.05 – 16.20 – Прием медицинского поста, процедурного кабинета, клизменной (санитарное состояние, предметы ухода, медицинское оборудование, медикаменты предметно-количественного учета, медицинская документация), прием смены у постели тяжелобольного пациента.

16.20-17.00 – Оформление необходимой документации, сводок для дежурных врачей

17.00 – 18.00 – Проведение термометрии тела пациентов с записью в информационной системе «МЕДИАЛОГ».

18.00 – 18.30 – Кварцевание коридора, палат с регистрацией в журнале. Контроль за соблюдением лечебно-охранительного режима. Контроль за свиданиями пациентов с родственниками.

18.30 – 19.00 – Контроль питания пациентов. Кормление тяжелобольных пациентов ужином. Измерение АД с регистрацией записи в температурном листе.

19.00 – 19.15 – Раздача медикаментов на вечер (препараты, применяемые после еды). Начало подготовки пациентов на предстоящие исследования (операции).

19.15 – 22.00 – Работа с листами врачебных назначений поступивших пациентов. Выписка вечерних и утренних назначений. Подготовка посуды и заявок к сдаче анализов, раздача посуды для анализов пациентам. Подготовка к работе в процедурном кабинете.

22.00 – 22.30 – Работа в процедурном кабинете (разведение и введение назначенных врачом лекарственных препаратов). По окончании работы в процедурном кабинете текущая уборка и кварцевание кабинета.

22.30 – 23.30 – Обход отделения. Подготовка пациентов ко сну. Туалет тяжелобольных пациентов.

23.30 – 00.00 – Работа с историями болезни пациентов, подклеивание результатов анализов.

00.00 – 01.00 – Работа с документацией процедурного кабинета. Заключительная уборка и кварцевание в процедурном кабинете.

01.00 – 02.00 – Оформление медицинской документации на посту.

02.00 – 03.00 – Раскладка лекарственных средств на утро.

03.00 – 06.30 – Контроль за состоянием тяжелобольных пациентов.

06.30 – 07.00 – Работа в клизменной комнате (постановка клизм, смена дезинфицирующих растворов, заключительная уборка).

07.00 – 07.30 – Проведение термометрии тела пациентов и измерение АДс регистрацией информации в системе «МЕДИАЛОГ». Эластичная компрессия предоперационным пациентам.

07.30 – 08.15 – Утренний гигиенический туалет тяжелобольных пациентов.

08.15 – 08.30 – Сдача смены.

08.30 – Планерка у заведующего отделением. Окончание рабочего дня.

IV. СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ ПОСТА

Документация медицинского поста

1. Методические рекомендации профессиональной деятельности палатной медицинской сестры.
2. Журнал приема и сдачи дежурств палатными медицинскими сестрами.
3. Журнал осмотра пациентов на педикулез.
4. Журнал забора анализов у пациентов.
5. Журнал ночных назначений пациентам.
6. Тетрадь по списанию лекарственных средств в шкафу неотложной помощи.
7. Журнал демеркуризации термометров.
8. Тетрадь активного сестринского наблюдения за инфекциями мочевыводящей системы.
9. Листы врачебных назначений
10. Журнал сдачи и приема предметов по уходу.
11. Журнал движения пациентов.
12. Журнал движения пациентов в палатах интенсивного наблюдения.

ВНИМАНИЕ!

Медицинскую карту стационарного пациента хранить в недоступном для пациента месте.

КАТЕГОРИЧЕСКИ ЗАПРЕЩАЕТСЯ:

1. Давать медицинскую карту в руки пациенту.

Сообщать данные о заболевании пациента и результаты лабораторных исследований без разрешения врача.

Памятка по сдаче сводки.

Дежурная медицинская сестра ежедневно обязана сдать сводку в экстренный приемный покой **не позднее 20.00**. В сводке указывается:

- 1 Количество пациентов, находящихся в отделении
- 2 Количество носилочных пациентов
- 3 Количество ухаживающих в отделении
- 4 Количество медицинского персонала
- 5 Наличие дежурного врача

Прием и сдача дежурства палатной медицинской сестрой

Прием и сдача дежурства является одним из важных моментов преемственности в лечении пациентов.

Палатная медицинская сестра, принимающая смену должна обратить внимание на:

- Качество ухода за тяжелобольными пациентами
- Санитарное состояние поста, клизменной, состояние палат.
- Качественное и своевременное выполнение врачебных назначений.
- Качественную подготовку пациентов к диагностическим исследованиям.
- Состояние предметов ухода.
- Хранение, учет и использование лекарственных средств в шкафу экстренной помощи.
- Своевременную передачу ключей от сейфа и шкафов.
- Качественное ведение документации на посту.

Медицинская сестра помни! От качества приема и сдачи дежурства зависит последовательность лечебного процесса, его интенсивность, что способствует скорейшему выздоровлению пациента.

Памятка палатной медицинской сестре по приему пациента в отделение

При приеме пациента в отделение медицинская сестра должна:

- 1 Познакомится с пациентом, представится (Ф.И.О., должность).
- 2 К пациенту обращаться только по имени, отчеству.
- 3 Обратит внимание на:
 - Правильность заполнения паспортной части медицинской истории.
 - Внешний вид пациента (наличие сменной обуви, отсутствие верхней одежды).
- 4 Ознакомить пациента:
 - С правилами внутреннего распорядка отделения, за что пациент должен расписаться в медицинской истории.
 - С информацией об оказании платных услуг в отделении и в целом по больнице.
 - С правилами хранения и реализации продуктов:
 - ◆ Продукты в холодильнике хранятся в прозрачном полиэтиленовом пакете с указанием № палаты, Ф.И.О. пациента и даты получения передачи (дата вскрытия на фабричных упаковках).
 - ◆ Продукты с истекшим сроком хранения или сомнительного качества изымаются в пищевые отходы.

- ◆ Продукты, не требующие особых условий хранения (печенье, чай, сахар, конфеты, орехи) хранятся в прикроватных тумбочках.
- 5 Определить палату в зависимости от тяжести заболевания и пола.

Требования, предъявляемые к палатной медицинской сестре при оценке функционального состояния.

Палатная медицинская сестра должна соблюдать этико–деонтологические принципы при общении с пациентами.

Палатная медицинская сестра должна уметь:

- Проводить антропометрию
- Проводить термометрию
- Проводить измерение водного баланса
- Владеть методикой определения пульса
- Владеть техникой измерения артериального давления
- Знать основные типы дыхания и уметь распознать патологические состояния, связанные с нарушением дыхания
- Учитывать наличие отёков кожи, их выраженность, распространённость, локализацию.

Все данные, полученные при оценке функционального состояния пациента, медицинская сестра должна занести в температурный лист.

Правила внутреннего распорядка пациента.

Время	Распорядок дня для пациента
07.00-07.30	Подъем. Измерение температуры тела.
07.30-08.00	Утренний туалет.
08.00 -08.30	Сдача общеклинических анализов. Прием лекарственных препаратов до еды.
08.30-09.00	Сдача биохимических анализов.
08.40 -09.00	Завтрак. Прием лекарственных препаратов после еды.
09.00-15.30	Диагностические обследования. Обход лечащего врача. Лечебные процедуры.
12.00-13.00	Свидание с родственниками.
13.00-13.30	Прием лекарственных препаратов до еды.
13.30-14.00	Обед.
14.00 -14.10	Прием лекарственных препаратов после еды.
15.00 -17.00	Тихий час.
17.00 -19.00	Измерение температуры тела. Свидание с родственниками.
18.15 -18.30	Прием лекарственных препаратов до еды.
18.30 -19.00	Ужин.
19.00-19.15	Прием лекарственных препаратов после еды.
19.15-21.30	Подготовка к диагностическому обследованию.

21.30-22.00	Вечерний туалет.
22.00 – 23.00	Лечебные процедуры.
23.00 -07.00	Ночной сон.

V. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ РЕЖИМ

Нормативная база по санитарно-противоэпидемическому режиму (перечень основополагающих документов)

- **Приказ №123** от 17.04.2002 года Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных.Пролежни»
- **Приказ №170** от 16.08.1994 года «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».
- **Приказ №288** от 23.03.1976 года «Об утверждении инструкции о санитарном противоэпидемическом режиме больниц и о порядке осуществления органами и учреждениями санитарно-эпидемиологической службы государственного санитарного надзора за санитарным состоянием лечебно-профилактических учреждений».
- **Приказ №342** от 26.11.1998 года «Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом».
- **Приказ №408** от 12.07.1989 года «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране».
- **Приказ №475** от 16.08.1989 года « О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики заболеваемости острыми кишечными инфекциями в стране».
- **Методические указания** по организации и проведению дезинфекции при кишечных инфекциях бактериальной №15-6/12 от 18.04.1989 года.
- **Приказ №720** от 31.07.1978 года «Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усилением мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией».
- **Приказ №770** от 10.06.1985 года «О введении в действие отраслевого стандарта **ОСТ №42-21-2-85** «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы»»
- **Сан Пин 2.1.3.2630-10** «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
- **Сан.Пин 2.1.3.2826-10** «Профилактика ВИЧ инфекции»

Гигиенические требования, предъявляемые к медицинской сестре

Палатная медицинская сестра при поступлении на работу, а в дальнейшем один раз в год проходит медицинский осмотр врачами специалистами: гинекологом, стоматологом, оториноларингологом, невропатологом, окулистом, аллергологом, терапевтом, флюорографическое обследование органов грудной клетки, сдача крови на RV, вирусные гепатиты, общий анализ крови, общий анализ мочи.

Обработка рук

Обычное мытье рук проводится:

- перед приёмом пищи, кормлением больных;
- работой с продуктами питания;
- после посещения туалета;
- при любом загрязнении рук.

Обеспечение:

1. Жидкое дозированное нейтральное мыло или индивидуальное, одноразовое в кусочках. Если мыло многоразовое и неиндивидуальное, то оно быстро контаминируется микробами. Мыть руки загрязнённым мылом **категорически запрещено!**
2. Салфетки (15x15), одноразовые чистые. Использование многоразового полотенца **не допускается**, так как оно постоянно влажное и быстро обсеменяется микробами. Вытирать руки таким полотенцем **категорически запрещено!**

Техника мойки рук. Руки моются двукратным намыливанием по 10 секунд (общее время – 20 секунд), тщательно ополаскиваются тёплой водой и насухо промокаются чистой одноразовой салфеткой. При первом намыливании и споласкивании тёплой водой микробы смываются с кожи рук, после тёплой воды поры открываются, и при втором намыливании смываются микробы из раскрывшихся пор.

Гигиеническая обработка рук.

Цель – более эффективное удаление с кожи рук микрофлоры. В этом случае микро флора с кожи рук не только смывается, но и уничтожается.

Гигиеническая обработка рук проводится:

- перед и после выполнения инвазивных процедур;
- перед уходом за пациентами с ослабленным иммунитетом;
- перед и после ухода за раной и использования мочевого катетера;
- до и после надевания перчаток;
- после контакта с биологическими жидкостями организма или при возможном микробном загрязнении.

Обеспечение:

1. Салфетки одноразовые (15x15) для промокания рук.
2. Жидкое дозированное и нейтральное мыло.
3. Кожный антисептик.
4. Перчатки резиновые одноразовые.

Гигиеническая обработка рук может быть осуществлена двумя этапами:

1-й этап – простое мытье рук с мылом.

Руки моются двукратным намыливанием по 10 секунд (сумма – 20 секунд), тщательно ополаскивается тёплой водой, и насухо промокаются чистой одноразовой салфеткой.

2-й этап – обработка рук кожными антисептиками.

Средств для обработки рук могут быть двух типов: водные, с добавлением поверхностно – активных веществ (ПАВ) и спиртовые. Спиртовые средства более эффективны, чем водные антисептические растворы.

Техника обработки рук кожными антисептиками. Руки обрабатываются кожным антисептиком, по технологии первого уровня.

*Экспозиция обработки по инструкции к антисептику. Руки должны быть влажными в течение 15 секунд. Перчатки надеваются на сухие руки. **Вытирать руки нельзя.** После снятия перчаток руки обрабатываются кожным антисептиком, затем моются с мылом и увлажняются смягчающим кремом.*

Санитарное содержание медицинского поста.

На посту медицинской сестры должна поддерживаться чистота и порядок. Ежедневно два раза в день проводится влажная уборка дезинфицирующим средством разрешенным к применению в ЛПУ. Искусственное освещение, применяемое в вечернее и ночное время, не должно быть слишком ярким.

Для дезинфекции предметов ухода готовится имеющиеся в наличии дезинфицирующие средства. На емкости с дезинфицирующим средством должно быть указано наименование, концентрация дезинфицирующего раствора и дата его приготовления.

Полотенце для рук медицинской сестры необходимо менять ежедневно.

Дезинфицирующая обработка предметов поста, клизменной производится согласно приказам МЗ СССР №№ 288, 342, 408, 720

Кварцевание помещений.

Ультрафиолетовое бактерицидное облучение воздушной среды помещений осуществляют с помощью ультрафиолетовых бактерицидных установок. Оно является санитарно-противоэпидемическим (профилактическим) мероприятием, направленным на снижение количества микроорганизмов и профилактику инфекционных заболеваний и способствующим соблюдению санитарных норм и правил по устройству и содержанию помещений.

Целен метод использования ультрафиолетовых лучей тем, что с его помощью можно обезвреживать воздушную среду и предметы больничной обстановки.

Длительность эффективного облучения воздуха в помещении во время работы бактерицидной установки, при которой достигается заданный уровень бактерицидной эффективности, определяется согласно паспорта бактерицидной установки. Эксплуатация бактерицидных облучателей должна осуществляться в строгом соответствии с требованиями, указанными в паспорте и инструкции по эксплуатации. К эксплуатации бактерицидных установок не должен допускаться персонал, не прошедший необходимый инструктаж в установленном порядке, проведение которого следует задокументировать.

На помещения с бактерицидными установками должен быть заведен журнал регистрации и контроля, который находится у старшей медицинской сестры.

В журнале должна быть таблица регистрации очередных проверок бактерицидной эффективности установок, концентрации озона, а также данные учета продолжительности работы бактерицидных ламп.

В организации должна проводиться очистка колб ламп и отражателей облучателей бактерицидных установок от пыли согласно графику, утвержденному в установленном порядке.

Протирка от пыли должна проводиться только при отключенной сети. Бактерицидные лампы, отработавшие гарантированный срок службы, указанный в паспорте, должны заменяться на новые.

В случае обнаружения характерного запаха озона необходимо немедленно отключить питание бактерицидной установки от сети, удалить людей из помещения, включить вентиляцию или открыть окна для тщательного проветривания до исчезновения запаха озона. Затем вызвать представителей медтехники.

Если будет обнаружено, что концентрация озона превышает ПДК, то следует прекратить дальнейшую эксплуатацию бактерицидной установки, выявить озонирующие лампы и заменить их.

Подача и отключение питания бактерицидных установок от электрической сети осуществляют с помощью отдельных выключателей, расположенных вне помещения у входной двери. Над каждым выключателем должна быть надпись:

«Бактерицидные облучатели»

В случае нарушения целостности бактерицидных ламп в облучателе и попадания ртути в помещение должна быть проведена тщательная демеркуризация помещения с привлечением специализированной организации в соответствии с МУ N 4545-87 «Методические рекомендации по контролю за организацией текущей и заключительной демеркуризации и оценке ее эффективности».

Бактерицидные лампы, отработавшие срок службы или вышедшие из строя, хранить запечатанными в отдельном помещении, затем сдаются на склад общего приема ртути содержащих в первый четверг каждого месяца.

Кварцевание палат, коридора, подсобных помещений осуществляется палатными медицинскими сестрами три раза в день.

График обработки бактерицидными облучателями

Палаты	Коридор
06.00-06.09	07.00-07.15
14.00-14.09	15.00-15.15
22.00-22.09	23.00-23.15

Демеркуризация

Демеркуризация – это комплекс мероприятий, направленных на дезактивацию ртути.

Укладка для проведения демеркуризации:

1. Емкости 1л – 2 штуки (стеклянные или эмалированные) с плотно закрывающимися крышками.
2. Навески: 40 грамм стружки хозяйственного мыла и 50 грамм кальцинированной соды, не менее 5 штук.
3. Лейкопластырь – 1 упаковка.
4. Резиновые перчатки – 2 пары.
5. Спецодежда: халат с застежками на спине, маска, защитные очки, большая хлопчатобумажная косынка, резиновые перчатки, клеенчатый фартук.

Тактика медицинской сестры при аварийной ситуации (разбился термометр)

1. Из помещения удалить людей.
2. Надеть специальную одежду.
3. Приготовить рабочий раствор: 1 литр 4% раствора мыла + 5% раствора кальцинированной соды = 40 грамм стружки хозяйственного мыла + 50 грамм кальцинированной соды + до 1 литра воды (температура воды 50⁰ С).
4. В емкость с маркировкой «Для демеркуризации» наливается приготовленный раствор, лейкопластырем с загрязненной поверхности собирается ртуть. Лейкопластырь с ртутью, разбитый термометр замачиваются с полным погружением в емкость с раствором, закрывается крышкой.
5. Приготовленным раствором заливается загрязненная поверхность, экспозиция 30 минут.
6. Через 30 минут в помещении проводится текущая уборка. Емкость с собранной ртутью и рабочим раствором сдается в дезкамеру. В журнале регистрации по демеркуризации делается запись.

ТРЕБОВАНИЯ, предъявляемые к медицинским сестрам по профилактике сыпного тифа и педикулеза.

При поступлении все пациенты проходят в приемном отделении санитарную обработку и первичный осмотр на педикулез с отметкой в истории болезни. В случае обнаружения педикулеза повторная обработка должна проводиться через 7 дней в приемном отделении, также с обязательной отметкой в истории болезни и в журнале осмотра на педикулез.

В целях профилактики сыпного тифа и педикулеза палатными медицинскими сестрами один раз в 10 дней проводится осмотр всех пациентов на педикулез.

Осматривая пациентов, необходимо обратить особое внимание на височно-затылочную область головы. Результат осмотра фиксируется в журнале – форма 20.

При обнаружении лиц с педикулезом проводится санитарная обработка с обязательной камерной обработкой постельных принадлежностей, постельного и нательного белья.

Информировать пациента о наличии педикулеза, о способе обработки и получить согласие на обработку или провести обучение для самостоятельного проведения процедуры. Сопроводить пациента в приемное отделение для обработки педикулеза.

Все лица, находящиеся в одной палате с пациентом, пораженным педикулезом, осматриваются на педикулез, проводится беседа по профилактике педикулеза.

ЗАПОМНИТЕ!

Головные и платяные вши являются переносчиками тяжелых инфекционных заболеваний – сыпного и возвратного эпидемического тифа, поэтому при обнаружении вшей или гнид палатная медицинская сестра должна немедленно провести дезинсекцию.

Приказ: МЗ РСФСР №342.

Алгоритм действия медицинского персонала по профилактике ВИЧ-инфекции.

Для индивидуальной защиты медицинского персонала необходимо постоянно:

1. Применять средства индивидуальной защиты:

- ✓ одноразовые резиновые перчатки;
- ✓ защитные очки или щитки;
- ✓ марлевые маски;
- ✓ халат ламинированный;
- ✓ вакуумные системы для забора крови (венинжекторы) для лабораторных исследований;

2. Знать и четко выполнять:

- ✓ положения методик проведения дезинфекции, ПСО, стерилизации инструментария согласно ОСТу 42-21 -2-85;
- ✓ манипуляции согласно стандарта;
- ✓ стандарт ухода за пациентом;
- ✓ методы профилактики ВИЧ-инфекции;
- ✓ методы и условия транспортировки инфицированного лабораторного материала;
- ✓ при необходимости четкую и быструю ликвидацию последствий чрезвычайного происшествия (ЧП).

При возникновении чрезвычайного происшествия медицинский персонал должен:

- ✓ При уколах и порезах вымыть руки, не снимая перчаток, проточной водой с мылом, снять перчатки, выдавить из ранки кровь, вымыть руки с мылом и обработать ранку 5 % спиртовой настойкой йода. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин заклеить поврежденные места лейкопластырем
- ✓ если кровь, ее компоненты, ликвор, другие биологические жидкости пациента попадут на слизистые оболочки, используя укладку «Ф.50», промыть:
 - глаза – раствором перманганата калия в разведении 1:10000

- ротоглотка немедленно рот и горло прополоскать 70% спиртом или 0,05% раствором марганцовокислого калия. (СанПин 2.1.3.2630 пп.15.19.3.-15.19.5)

Травма медицинского персонала должна быть зафиксирована (задокументирована) в данном ЛПУ в течение 12 часов.

Пострадавший должен наблюдаться не менее 6-12 месяцев врачом-инфекционистом, с обязательным обследованием на маркеры вирусных гепатитов В и С, на ВИЧ-инфекцию, с проведением медикаментозной профилактики ВИЧ-инфекции.

Для профилактики ВИЧ-инфицирования на рабочем месте медицинский персонал должен выполнять следующие меры предосторожности:

- ✓ тщательно выполнять манипуляции с режущими и колющими инструментами (иглы, скальпели, ножницы и т.п.), при открывании флаконов с медикаментами, пробирок с кровью и ее компонентами, ампул с сывороткой следует избегать уколов, порезов перчаток и рук;
- ✓ нельзя переливать кровь и ее компоненты без получения отрицательного ответа на «Ф.50»;
- ✓ нельзя использовать одноразовый инструментарий повторно;
- ✓ нельзя использовать инструментарий многократного использования, который не прошел весь цикл очистки и тест-контроль на скрытую кровь и стерильность;
- ✓ нельзя проводить забор крови иглой без шприца;
- ✓ нельзя хранить инфицированный материал с кровью и ее компонентами в открытых емкостях без дезинфицирующих средств;
- ✓ нельзя надевать колпачки на использованные иглы для избежания риска травматизма;
- ✓ нельзя использовать жесткие щетки для мытья рук для избежания риска микротравматизма;
- ✓ нельзя производить транспортировку биологического материала для лабораторных исследований в открытых емкостях с ватно-марлевыми пробками для избежания риска ЧП;
- ✓ строго соблюдать правила личной гигиены

ОСОБООПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Общие сведения о карантинных заболеваниях. Для чумы характерны: внезапное начало, резкий подъем температуры (до 39 и выше), слабость, головная и мышечные боли, тошнота, рвота, бред.

Для холеры характерно: внезапное начало, профузная диарея, иногда рвота, быстро развивающееся обезвоживание организма, ацидоз и сосудистый коллапс, температура тела обычно нормальная или понижена.

Мероприятия при выявлении больного в стационаре

Мероприятия в ЛПУ проводятся по единой схеме согласно оперативным планам противоэпидемических мероприятий учреждений.

Укладки должны храниться в местах, доступных для работающего персонала в течение круглых суток. Место хранения упаковок, ключей от комнаты и номер телефона ответственного за их хранение должны быть известны каждому сотруднику медицинского учреждения.

В случае выявления больного, подозрительного на заболевание чумой, холерой, КВГЛ, или больного с одним из синдромов, в каждом больничном учреждении проводят следующие первичные противоэпидемические мероприятия:

- Принимаются меры к изоляции больного по месту его выявления до его госпитализации в специализированный инфекционный стационар.
- Больному оказывается необходимая медицинская помощь.
- Медицинский работник, выявивший больного не выходя из помещения, сообщает:
 - ❖ По телефону или через нарочного, не бывшего в контакте с больным, извещает заведующую отделением о выявленном больном.
 - ❖ Медицинский работник при подозрении на чуму, КВГЛ, Крымскую геморрагическую лихорадку должен закрыть нос и рот любой повязкой, предварительно обработав руки и открытые части тела любым дезинфицирующим средством (хлорамин 1%, спирт 70⁰ и т.д.). Запрашивает необходимые медикаменты, упаковки, защитную одежду, средства личной профилактики и оказывает помощь больному.

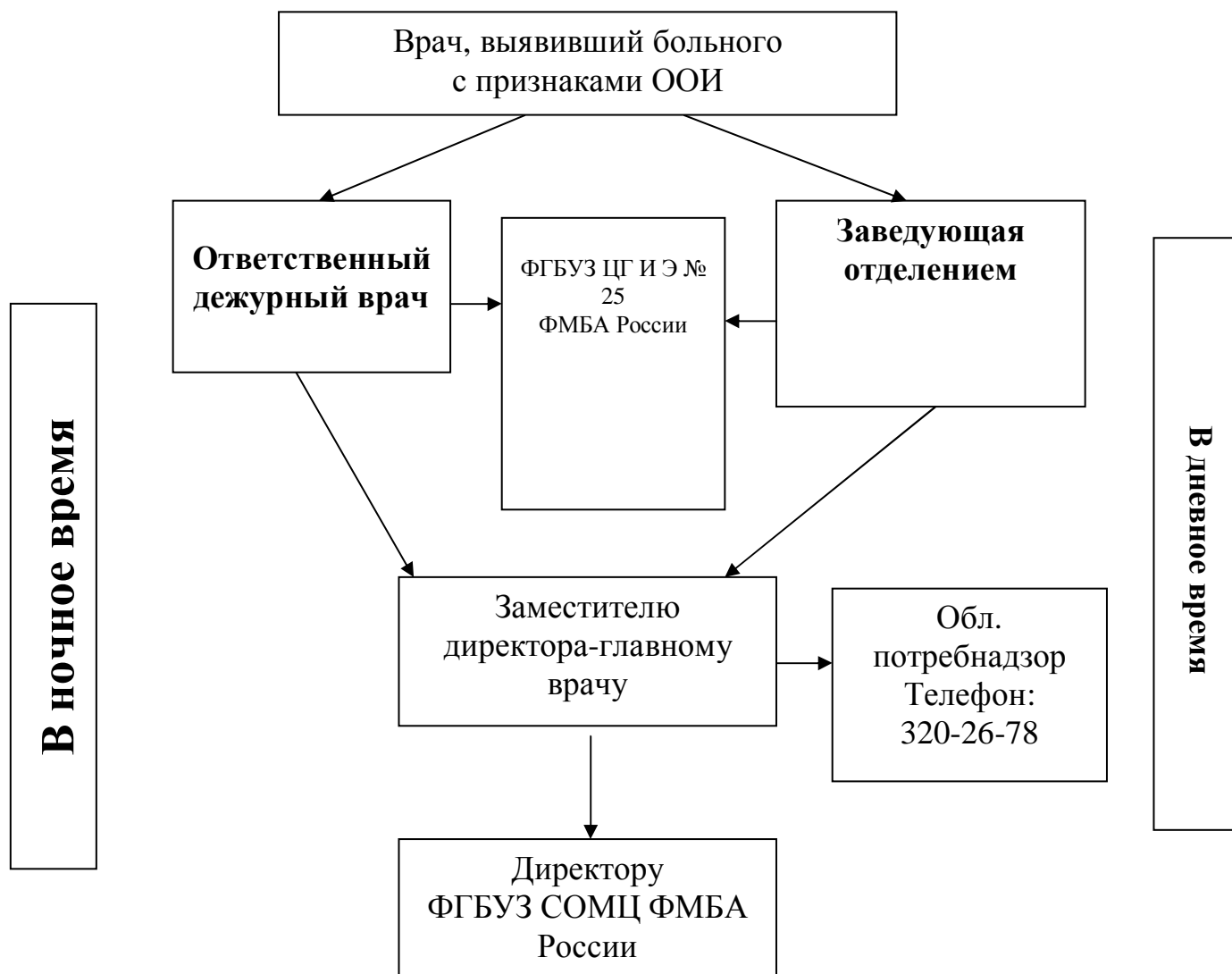
При подозрении и на холеру медицинский работник должен строго соблюдать меры личной профилактики желудочно-кишечных инфекций: после осмотра больного руки следует обработать дезинфицирующим раствором. При попадании выделений больного на одежду, обувь следует заменить на запасную, а всю загрязненную одежду оставить для обеззараживания.

- ❖ Временно запрещает вход в медицинское учреждение (отделение) и выход из него. Закрывает двери всего отделения (этажа), в котором выявлен больной, при условии полной его изоляции. На входных дверях необходимо вывесить объявление о временном закрытии. Прекращаются общения между этажами. Выставляют посты у палаты, где находится больной, у входных дверей отделения и на этажах. Запрещают хождение пациентов внутри отделения и выход из него. Временно прекращают прием (выписку пациентов, посещение пациентов родственниками), запрещают вынос вещей из палаты, передачу историй болезни до проведения заключительной дезинфекции. Прием пациентов по жизненным показаниям проводят в изолированных от общего потока пациентов помещениях, имеющие отдельный вход.

Лица контактные с больными чумой, холерой, КВГЛ, подлежат изоляции.

Схема оповещения при выявлении больных при ООИ в отделении нефрологии и гемодиализа с диализным залом

В случае выявления больного при особоопасной инфекции, необходимо дать информацию о данном случае, согласно схеме оповещения:



Укладки

(хранятся в приёмном покое и в гастроэнтерологическом отделении)

I. Укладка №1 (для оказания неотложной помощи пациенту).

1. Для холеры:

- Солевые стандартные растворы с указанием на этикетке даты изготовления и срока годности – 40 литров.
- Одноразовые системы для внутривенного введения солевых растворов (не менее 5).
- Тонометр.
- Бикс со стерильным материалом.
- Набор шприцев, игл.

- Груша для подкачивания воздуха в систему.
 - Стерильный набор для венесекции.
 - Ципрофлоксацин (не менее 1 грамма на пациента).
2. Для чумы:
- Ципрофлоксацин (не менее 1 грамма на пациента).
3. Для ГВЛ:
- Жаропонижающие средства.
 - Шприцы одноразового использования.

II. Укладка №2 (для забора материала от больного с подозрением на заболевание ООИ).

1. Банки стерильные широкогорлые с крышками или притертыми пробками емкостью не менее 100 мл 2 штуки
2. Стеклянные трубки с резиновой грушей мелкого размера 2 штуки

**Режим обеззараживания
различных объектов при ООИ**

Выделения больного	Засыпать сухой хлорной известью из расчета 400 грамм на 1 кг выделений на 120 минут.
Судна	Освобождают от выделений и погружают в 3% раствор хлорамина или 1,5% раствор гипохлорита Са на 120 минут.
Защитная одежда	3% раствор хлорамина или 1,5% раствор гипохлорита Са на 120 минут или кипячение в 3% растворе соды 30 минут.
Помещения, предметы обстановки	Протирают 3% раствором хлорамина или 1,5% раствором гипохлорита Са 2-хкратно с интервалом в 15 минут.
Руки медицинского персонала	Протирают 1% раствором хлорамина или 0,6% раствором гипохлорита Са

Заключительную дезинфекцию в ЛПУ проводит Областной центр дезинфекции

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ И МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Нормативная база по медикаментозному и медицинскому обеспечению (перечень основополагающих документов)

1. **Приказ МЗ СССР № 245** от 30.08.1991 года «О нормативах потребления этилового спирта для учреждения здравоохранения, образования и социального обеспечения»
2. **Приказ МЗ РФ №330** от 12.11.1997 года «О мерах по улучшению учета хранения, выписывания и использования наркотических лекарственных средств»
3. **Приказ МЗ И СР РФ №706** н от 23.08.2012 года «Об утверждении правил хранения лекарственных средств»
4. **Приказ МЗ СССР №523** от 03.07.1968 года «О порядке хранения, учета, прописывания и применения сильнодействующих лекарственных средств»
5. **Приказ МЗ СССР №747** от 02.06.1987 года «Инструкция по учету медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в ЛПУ здравоохранения, состоящих на государственном бюджете СССР»

Применение лекарственных средств занимает одно из важнейших мест среди методов лечения. Медицинская сестра должна знать, какие сочетания лекарственных веществ недопустимы к применению. Для того чтобы лекарственная терапия была успешной, каждый пациент должен быть информирован о тех лекарственных средствах, которые он получает.

При хранении лекарственных средств соблюдаются правила размещения их по группам:

Список «А» (ядовитые и наркотические), Список «Б» (сильнодействующие) – хранятся в сейфе под замком. Ключи от сейфа находятся у дежурной медицинской сестры ответственной за хранение и выдачу лекарственных средств.

Другие лекарственные средства хранятся в отделении в запирающихся шкафах, где имеются отдельные полки.

Выписка лекарственных средств в отделении производится ежедневно палатной медицинской сестрой в соответствии с назначениями врача.

Из аптеки лекарственные средства поступают в готовом для употребления виде, с точным и ясным обозначением на сигнатуре или этикетке «Внутреннее», «Наружное». Запас на медицинском посту не должен превышать суточной потребности.

В отделение имеется шкаф неотложной помощи, где находятся лекарственные средства согласно формуляру отделения с запасом на три дня.

Правила раздачи лекарственных средств

Перед раздачей лекарственных средств медицинская сестра тщательно моет руки. Она должна предупредить пациента, что некоторые лекарственные препараты вызывают изменение окраски мочи и кала (препараты железа, карболен и другие).

Медицинская сестра должна проверить срок годности, срок изготовления лекарственного средства, внимательно прочитать название, дозировку, сверить все это с назначением врача, оценить лекарственное средство по внешнему виду, дать пациенту и сделать отметку в листе назначений лекарственных средств о сроке введения, поставить свою подпись.

Пероральный прием проводится в присутствии медицинской сестры. Применение наркотических средств проводится только в присутствии врача с отметкой в истории болезни, листе назначения, журнале учета наркотиков.

Медицинская сестра запомни! Пациент должен принять лекарственное средство только в твоем присутствии!!!

Средства с пометкой «до еды» пациент принимает за 15 – 30 минут до приема пищи, с пометкой «после еды» принимает через 15 – 30 минут после приема пищи. Средства, предназначенные для приема «натощак» (противоглистные, слабительные, и другие), пациент принимает утром, после пробуждения. Лекарственные средства, обладающие снотворным эффектом, принимаются за 30 минут до отхода ко сну.

Медицинская сестра обязана предупредить пациента о возможных побочных действиях лекарственного средства перед приемом, если они существуют.

Таблетки, не имеющие разделительную черту, делить на части нельзя.

Прием лекарственных средств осуществляется в соответствии с аннотацией или рекомендацией врача.

Запрещается:

1. Хранить лекарственные средства вместе с дезинфицирующими средствами для лечения пациентов.
2. Выдавать лекарственные средства без назначения врача, заменять одни лекарственные средства другими.
3. Отсыпать, отливать лекарственные средства из аптечной упаковки, делать самостоятельные надписи.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Вид анализа	День и время забора	Подготовка и оснащение	Техника сдачи анализа	Место доставки
Общий анализ крови, длительность, свертываемость	8.00 -10.00 ежедневно	Натошак	Из пальца, вены	
Глюкоза крови cito!	8.30 ежедневно		Из пальца, вены	
Суточный мониторинг глюкозы	8.30 понедельник, среда, четверг, суббота, воскресенье	Натошак	Из пальца	
тест толерантности к глюкозе	8.30-11.00 понедельник, среда, четверг	Натошак	Из пальца	
Общий анализ мочи, моча на сахар и ацетон	8.30-10.00 ежедневно кроме субботы, воскресенья	Туалет половых органов	сухая стеклянная банка, вся ночная порция мочи в количестве 100-200 мл	
Моча по Нечипоренко	8.30-10.00 ежедневно	Туалет половых органов	Сухая стеклянная банка, средняя ночная порция в количестве 100-200 мл	
Бак посев мочи	9.00-12.00 ежедневно кроме субботы, воскресенья	Туалет половых органов	Стерильная пробирка, средняя ночная порция 1-5 мл	В течении 1 часа
Моча на диастазу	8.30-10.00 ежедневно	Туалет половых органов	Сухая стеклянная банка	
белок Бенс-Джонса, на глюкозу суточную	Ежедневно в течение суток с 6.00 до 6.00 08.30-10.00	Туалет половых органов	Собирается вся выделенная моча в чистую емкость в течение суток, измеряется общее кол-во, перемешивается и отливается 100-200 мл в отдельную ёмкость с указанием кол-ва выделенной мочи	
Суточная экскреция оксалатов, уратов, мочевой кислоты и кальция в моче	Собирается кроме пятницы, субботы, воскресенья в течение суток с 6.00 до 6.00 08.30-10.00	Туалет половых органов	Собирается вся выделенная моча в чистую емкость в течение суток, измеряется общее кол-во, перемешивается и отливается 100-200 мл в отдельную ёмкость с указанием кол-ва выделенной мочи	

Проба по Зимницкому	Ежедневно в течение суток с 6.00 до 6.00, кроме субботы, воскресенья	Туалет половых органов	Собирать каждые 3 часа в отдельную банку (6-9, 9-12, 12-15, 15-18, 18-21, 21-24, 24-3, 3-6), при отсутствии мочи за временной промежуток, соответствующая банка остаётся пустой	
Кал на копроскопию, кал на скрытую кровь.	8.30-10.00 ежедневно, кроме субботы, воскресенья	Отменить лекарственные средства – слабительные, ваго - и симпатотропные. За 3 дня исключить пищевые продукты, содержащие железо и препараты, вводимые в ректальных свечах, приготовленных на жировой основе.	Собрать 5 -10 г. кала в чистую сухую стеклянную посуду, используя шпатель, который затем надо уничтожить (сжечь).	
Кал на простейшие и яйца глистов	8.30-10.00 ежедневно кроме субботы, воскресенья	Подготовки пациента не требуется	Собрать 3 -5 г кала в чистую, сухую посуду из начала, середины и конец дефекации	
Кал на дизбактериоз	С 8.00 до 14.00 ежедневно кроме субботы, воскресенья	Подготовки пациента не требуется	Собрать 2-5 г. кала в стерильную посуду (посуда берется в бактериологической лаборатории) доставить в течении 2-х часов	
Кал на дизгруппу, сальмонеллёз	С 8.00 до 14.00 ежедневно.		Собрать 2-5 г. кала в стерильную посуду (посуда берется в бактериологической лаборатории) доставить в течении 2-х часов	
Общий анализ мокроты, мокрота на ВК	8.30 -10.00 ежедневно кроме субботы, воскресенья	утром прополоскать рот 2 % раствором соды перед сбором	Откашлять и собрать мокроту в чистую банку в количестве не менее 3 -5 мл.	

Бактериологическое исследование мокроты	8.30 -14.00 ежедневно кроме субботы, воскресенья	Необходимо вечером почистить зубы, прополоскать рот и глотку кипяченой водой непосредственно перед сбором	Откашлять и собрать мокроту (не слюну) в стерильную банку в количестве не менее 5 мл.	
Забор материала из зева и носа на бактериологический анализ	8.00 -14.00 ежедневно кроме субботы, воскресенья	Утром, натощак, до приема лекарственных средств или через 2 часа после еды	Взять мазок, не касаясь стерильным тампоном слизистой оболочки полости рта и языка, последовательно обтерев правую миндалину, затем нёбную дужку, язычок, левую нёбную дужку, левую миндалину и заднюю стенку глотки. Приподнять кончик носа большим пальцем левой руки, а правой рукой ввести тампон вращательными движениями в нижний носовой ход на 1,5 -2 см, затем левой полости носа. Извлечь тампон и, не касаясь пробирки, ввести в неё тампон, закрыть пробирку.	

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Подготовка пациента к рентгенологическому исследованию почек

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель, ход и смысл предстоящего исследования и получить согласие.
3. Исключить из питания пациента в течении 3 дней газообразующие продукты (сладкое, молочное, овощи, фрукты, черный хлеб, сдобу). Разрешается рыбные и мясные блюда, колбаса, белый хлеб, каши на воде, масло, яйца птиц.
4. При метеоризме принимать по назначению врача активированный уголь по 2 таблетки 3 раза в день между приемами пищи, эспумизан по 1 таблетки 3 раза в день после еды и на ночь, отвар укропа (1 столовая ложка укропа на пол стакана кипятка) 3 раза в день до еды.
5. Исключить прием пищи за 18-20 часов до исследования.
6. Обеспечить прием слабительного средства по назначению врача накануне перед обедом (касторовое масло).
7. Поставить очистительную клизму вечером, около 22 часов, до чистой воды и утром за 2 часа до исследования. В течении всего дня подготовки ограничить прием жидкости.
8. Освободить мочевой пузырь непосредственно перед исследованием.
9. Если исследование проводится в утренние часы - не завтракать, если в обеденное время - позавтракать булочкой и стаканом несладкого чая.
10. Проводить или транспортировать пациента в рентгенологический кабинет. С собой иметь простынь.

Подготовка пациента к ирригоскопии.

Установить доверительные отношения с пациентом.

1. Объяснить пациенту цель, ход и смысл предстоящего исследования и получить согласие.
2. Исключить из питания пациента в течение 3 дней газообразующие продукты (сладкое, молочное, овощи, фрукты, черный хлеб, сдобу). Разрешается рыбные и мясные блюда, колбаса, белый хлеб, каши на воде, масло, яйца птиц.
3. При метеоризме принимать по назначению врача активированный уголь по 2 таблетки 3 раза в день между приемами пищи или эспумизан по 1 таблетки 3 раза в день после еды и на ночь, отвар укропа (1 столовая ложка укропа на пол стакана кипятка) 3 раза в день до еды.
5. Исключить прием пищи за 18-20 часов до исследования.
6. Обеспечить прием слабительного средства по назначению врача накануне перед обедом (касторовое масло).
7. Поставить очистительные клизмы вечером, около 22 часов, до чистой воды и утром за 2 часа до исследования 2 очистительные клизмы с интервалом 1 час.
8. Приготовить 0,5 крепкой заварки (4 пакетика на 0,5 литра кипятка), которую необходимо взять с собой на исследование.

Подготовка пациента к бронхоскопии

1. Установить доверительные отношения с пациентом
2. Объяснить пациенту цель, ход и смысл предстоящего исследования и получить согласие.
3. Провести премедикацию транквилизаторами по назначению врача.
4. Исключить накануне утром приём пищи, воды, не курить.
5. Опорожнить мочевой пузырь и кишечник непосредственно перед исследованием.
6. Подготовить и провести премедикацию по назначению врача подкожно 0,1% раствор атропина 1 мл и 1% раствор димедрола 1 мл за 15 – 40 минут до осмотра.
7. Проводить или транспортировать пациента в эндоскопический кабинет.

Подготовка пациента к фиброгастроскопии.

Установить доверительные отношения с пациентом.

1. Объяснить пациенту цель, ход и смысл предстоящего исследования и получить согласие.
2. Накануне легкий ужин не позднее 18:00.
3. Исключить накануне утром прием пищи, воды, лекарственных препаратов, не курить.
4. Промыть желудок за 1,5-2 часа до исследования (при необходимости).
5. Взять с собой полотенце.
6. Предупредить, что нельзя разговаривать и глотать слюну во время процедуры.
7. Проводить или транспортировать пациента в эндоскопический кабинет.

При подозрении на внутреннее кровотечение пациент транспортируется на лежащей каталке.

Подготовка пациента к фиброколоноскопии, ректороманоскопии.

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель, ход и смысл предстоящего исследования и получить согласие.
3. За 3 дня назначается бесшлаковая диета.
4. В течение 2-х дней до исследования назначаются слабительные средства (лучше касторовое масло).
5. Прием пищи исключается за 20 часов до исследования.
6. Вечером, накануне исследования, сделать очистительную клизму до чистой воды и утром повторить за 4 и 2 часа до исследования или растворить Дюфалак 200 мл. в 2-х литрах воды и принимать с 16.00 по 1 литру в течение часа .С начала приема Дюфалака прекратить прием пищи!
7. Провести премедикацию за 20-30 минут до исследования по назначению врача.
8. Проводить или транспортировать в эндоскопический кабинет.

Подготовка пациента к УЗИ органов брюшной полости и почек (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезёнка) и почек

Установить доверительные отношения с пациентом.

Объяснить пациенту цель, ход и смысл предстоящего исследования и получить согласие.

Исключить из питания в течение 3 дней газообразующие продукты (овощи, фрукты, молочные, дрожжевые продукты, чёрный хлеб, фруктовые соки). Таблетированные слабительные.

Принимать при метеоризме по назначению врача активированный уголь.

Исключить приём пищи за 18 – 20 часов до исследования.

Не курить перед исследованием.

Взять с собой на УЗИ полотенце и простыню.

Если проводится УЗИ с определением сократительной способности желчного пузыря, то пациент должен иметь желчегонный завтрак (2 яичных желтка в сыром виде или стакан сметаны). Первичный осмотр проводится натощак, затем принимается желчегонный завтрак. Повторный осмотр проводится через 30 – 60 минут. В промежутке между осмотрами исключён приём любых продуктов!

Проводить или транспортировать пациента в радиоизотопную лабораторию.

Подготовка пациента к УЗИ органов малого таза (мочевого пузыря, матки, яичников, предстательной железы)

Установить доверительные отношения с пациентом.

Объяснить пациенту цель, ход и смысл предстоящего исследования и получить согласие.

Исключить из питания в течение 3 дней газообразующие продукты (овощи, фрукты, молочные, дрожжевые продукты, чёрный хлеб, фруктовые соки). Таблетированные слабительные.

Принимать при метеоризме по назначению врача активированный уголь.

Исключить приём пищи за 18 – 20 часов до исследования.

Не курить перед исследованием.

За 2 – 3 часа до исследования выпить 1 – 1,5 литра жидкости (кипячёной воды).

Взять с собой на УЗИ полотенце и простыню.

Проводить или транспортировать пациента в радиоизотопную лабораторию

Подготовка пациента к рентгенографии костей таза и поясничного отдела позвоночника.

1. Установить доверительные отношения с пациентом.

2. Объяснить пациенту цель, ход и смысл предстоящего исследования и получить согласие.

3. Исключить из питания пациента в течении 3 дней газообразующие продукты (сладкое, молочное, овощи, фрукты, черный хлеб, сдобу). Разрешается рыбные и мясные блюда, колбаса, белый хлеб, каши на воде, масло, яйца птиц.
4. При метеоризме принимать по назначению врача активированный уголь по 2 таблетки 3 раза в день между приемами пищи, эспумизан по 1 таблетки 3 раза в день после еды и на ночь, отвар укропа (1 столовая ложка укропа на пол стакана кипятка) 3 раза в день до еды.
5. Исключить прием пищи за 18-20 часов до исследования.
6. Поставить очистительную клизму вечером, около 22 часов, до чистой воды и утром за 2 часа до исследования.
7. Проводить пациента в рентгенологический кабинет к назначенному времени.

Подготовка пациента к рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки.

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель, ход и смысл предстоящего исследования и получить согласие.
3. Исключить прием пищи за 18-20 часов до исследования.
4. Исключить накануне утром прием пищи, воды, лекарственных препаратов, не курить.
5. Проводить пациента в рентгенологический кабинет к назначенному времени.
6. С собой иметь чистую простынь и пустой стакан.

Подготовка пациента к аортографии.

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель, ход и смысл предстоящего исследования и получить согласие.
3. Исключить прием пищи за 18-20 часов до исследования
4. Поставить очистительные клизмы вечером, около 22 часов, до чистой воды .
5. Утром побрить паховую область.
6. Исключить накануне утром прием пищи, воды, лекарственных препаратов, не курить.
7. Транспортировать пациента на лежащей каталке в рентгеноперационную к назначенному времени.
8. После исследования пациент должен соблюдать постельный режим до утра.

Подготовка пациента к спирографии

1. Установить доверительные отношения с пациентом
2. Объяснить пациенту цель, ход и смысл предстоящего исследования и получить согласие
3. Накануне легкий ужин не позднее 18:00.
4. Исключить накануне утром прием пищи, воды, лекарственных препаратов, не курить.

5. Проводить пациента в кабинет функциональной диагностики. При необходимости взять с собой бронхолитический ингалятор (беротек).

Подготовка к нефробиопсии, гепатобиопсии

1. Установить доверительные отношения с пациентом
2. Объяснить пациенту цель, ход и смысл предстоящего исследования и получить согласие
3. Исключить накануне утром прием пищи, лекарственных препаратов (кроме гипотензивных), мочегонные препараты не принимать, не курить.
4. **По назначению врача** перед нефробиопсией за 30-40 минут принимается ципрофлоксацин 250-500 мг внутрь, этамзилат 1мл внутримышечно до и после процедуры.
5. Проводить пациента в радиоизотопную лабораторию с заранее приготовленной лежачей каталкой (одеяло, простынь, подушка, полотенце).
6. С собой взять историю болезни (с рапортом на иглу и иммунофлюоресцентное исследование биоптата), пузырь со льдом, обернутый полотенцем, две ампулы 2% лидокаина для анестезии.
7. После проведения нефробиопсии пациент соблюдает постельный режим сутки.
8. Контроль анализов, уход и наблюдение за пациентом проводится согласно приказа №696 « О порядке проведения закрытых пункционных биопсий почек и печени в клиниках ГБУЗ НСО «ГНОКБ»» .

Подготовка к биопсии предстательной железы

1. Установить доверительные отношения с пациентом
2. Объяснить пациенту цель, ход и смысл предстоящего исследования и получить согласие
3. Антибактериальная профилактика-накануне и в последующие 4 дня после проведения биопсии.
4. При себе иметь:-лидокаин 2%-10 мл, катеджель, 12 пустых флаконов, гемостатическую губку.
8. Контроль анализов, уход и наблюдение за пациентом проводится согласно приказа №696 « О порядке проведения закрытых пункционных биопсий почек и печени в клиниках ГБУЗ НСО «ГНОКБ»» .

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ

Питание – один из главных факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья населения. Рациональное питание способствует усилению защитных реакций организма на неблагоприятные воздействия внешней среды, обеспечивает нормальное течение роста и развития, сохраняет здоровье и трудоспособность человека.

Лечебное питание является единственным средством обеспечения потребностей больного организма в пищевых веществах с учетом особенностей протекающих в нем обменных процессов и состояния отдельных функциональных

систем. Применение лечебного питания – важнейшая составная часть общего терапевтического комплекса.

Палатная медицинская сестра **принимает участие в раздаче пищи и кормление пациентов**, проводит санитарно-просветительную работу. Она должна точно выполнять все диетические предписания врача, уметь правильно объяснить пациенту и его родственникам необходимость исключения из пищевого рациона одних продуктов и добавления других, соблюдения определенного способа кулинарной обработки и режима питания.

Находящимся на постельном режиме пациентам палатная медицинская сестра и санитарка-буфетчица доставляют пищу в палату. Перед раздачей пищи они должны надеть халат, маркированный «Для раздачи пищи».

Дежурная медицинская сестра путём ежедневного изучения врачебных листов назначения составляет порционник. Порционник должен содержать сведения о количестве различных диетических столов и видах разгрузочных и индивидуальных диет.

Лечебное питание – диетотерапия - является неотъемлемой и существенной частью общего плана лечебных мероприятий при всех заболеваниях.

Помните! Раздача пищи не должна производиться в личную посуду.

ГИГИЕНИЧЕСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ

Пользование функциональной кроватью

Функциональная кровать предназначена для тяжелобольных пациентов и служит для придания им необходимых положений.

Кровать состоит из рамы с панелями, двух стенок – передней и задней, винтовых механизмов управления, надкроватьного столика, приспособления для подведения судна под пациента.

Установка панелей в нужном положении осуществляется вращением рукояток механизма подъема. Во время эксплуатации кровати следует периодически смазывать винты подъемных механизмов.

Приготовление постели

Правильное приготовление постели и контроль за состоянием имеет большое значение, особенно для тяжелобольных пациентов. Поэтому необходимо, чтобы:

1. Сетка на кровати была хорошо натянутой, с ровной поверхностью.
2. Матрац должен быть достаточной длины и ширины, с ровной поверхностью.
3. Если пациент страдает недержанием мочи и кала, на наматрачник по всей ширине кладут клеенку и хорошо подгибают ее края для предупреждения загрязнения постели. Наматрачник следует чаще чистить и проветривать для удаления неприятного запаха, а при необходимости дезинфицировать.
4. На наматрачник кладут чистую простыню, тщательно расправляют, края ее со всех сторон подвертывают под матрац.
5. При необходимости сверху на простыню кладут клеенку, а затем пеленку.

6. Подушки должны быть средних размеров. Их кладут таким образом, чтобы нижняя лежала прямо и немного выдавалась из-под верхней, а верхняя упиралась в стенку кровати.
7. В зависимости от времени года используется байковые или шерстяные одеяла. На одеяло надевается пододеяльник.
8. Постельное белье ОМС пациентам необходимо менять не реже 1 раза в 7 дней, ДМС пациентам – не реже 1 раза в 5 дней и по мере загрязнения.

Правила транспортировки пациента на кресле-каталке

Наклоните кресло-каталку вперед, наступив на подставку для ног.

Попросите пациента встать на подставку для ног, затем, поддерживая, усадите его в кресло.

Опустите кресло-каталку в исходное положение.

Следите, чтобы при транспортировке руки пациента не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки.

Правила транспортировки пациента на каталке

Каждая каталка должна быть заправлена чистой простыней и одеялом в зависимости от сезона. Белье меняют после каждого пациента.

Уложив пациента на каталку, укройте его; убедитесь, что пациент чувствует себя комфортно.

При транспортировке необходимо следить за тем, чтобы руки пациента не выходили за пределы каталки.

После транспортировки пациента каталка подлежит обязательной дезинфекции.

Особенности ухода за пожилыми пациентами

Прежде всего, необходимо помнить, что пожилой человек отличается от нас с вами и, если относиться к нему без учета особенностей пожилого возраста, то общение с ним неизбежно приведет к разного рода конфликтам, что в первую очередь, скажется на эффективности ухода.

Нельзя требовать от пожилого человека, и тем более больного, того, что мы требуем от человека в расцвете сил и лет, не ждите от него быстрой адекватной реакции на ваши слова и действия, а также не ждите, что вам всегда будут благодарны.

Работа с пожилыми людьми требует большого терпения, чувства юмора и искусства общаться с такими пациентами.

Пожилые люди плохо адаптируются к изменению внешних условий и поэтому часто переживают поступление в стационар как трагедию. Они делаются замкнутыми, подозрительными, уходят в себя. Часто они не в состоянии запомнить распорядок дня, расположение помещений, распоряжения медицинских сестер и врачей. Особенно важно при знакомстве с вновь поступившим пожилым пациентом внушить ему чувство доверия к себе. Сделать это бывает трудно, во-первых, потому, что пациент часто забывает о вас сразу после того, как вы с ним пообщались, во-вторых, потому, что пожилые люди часто плохо слышат, видят и неважно ориентируются в окружающей обстановке. Поэтому очень важно определить, как слышит и видит пациент.

Важное правило, которое необходимо соблюдать, разговаривать с пациентом нужно четко, неторопливо, никогда не кричать пациенту, так как пожилые люди плохо переносят резкие звуки.

Пожилые люди часто бывают, капризны и раздражительны. Необходимо помнить, что ни в коем случае нельзя отвечать им с раздражением, грубо или прямолинейно. Если вы хотите погасить раздражение, то должны мягко отвести разговор от темы, вызывающей у пациента неприятное чувство.

При затрудненном словесном общении используются карточки, например, с изображением судна или надписями крупными буквами.

Пожилые люди в стационаре часто страдают депрессией. Это грозное осложнение сопровождается развитием соматической патологии, прежде всего пролежнями. Бороться с депрессией нужно, стараясь активизировать пациента. Если нельзя организовать прогулки на улице, то надо обязательно заставлять пожилых людей гулять по коридору.

Поскольку пожилые люди часто испытывают чувство одиночества, надо стараться поддерживать в палате общую тему для разговоров. Еще надо помнить, что люди преклонного возраста очень ревниво относятся к знакам внимания со стороны медицинского персонала, поэтому старайтесь в палате с пожилыми пациентами никого особо не выделять.

Пожилые люди часто беспокоятся ночью. Беспокойство возникает в силу разных причин, но часто вызвано желанием, помочиться или попить. Тут достаточно помочь пациенту, чтобы он успокоился. Пожилые люди плохо переносят ночную темноту в палате, поэтому желательно в палатах оставлять включенные ночники.

Прежде чем кормить пациента, убедитесь в том, что у него нет проблем с жеванием и глотанием пищи, есть ли у него зубные протезы, в каком они состоянии. Отказ пациента от еды должен вас всегда настораживать. Надо постараться выяснить, почему пациент не ест, связано ли это с качеством еды, проблемами кормления или изменениями психического состояния пациента.

Если пациент ходячий, надо убедиться, что он знает месторасположение столовой, туалета и т.п. Если пациент находится на постельном режиме, то надо, чтобы судно или мочеприемник удобно располагались у него под рукой. Никогда не показывайте пациенту свое осуждение по поводу мокрого или грязного белья. Пожилые люди часто мерзнут и поэтому нуждаются в теплой мягкой одежде и теплом постельном белье.

При раздаче лекарственных препаратов не следует пускаться в сложные объяснения, каковы особенности приема лекарств. Даже если пациент понял, что вы от него хотите, он все равно забудет ваши объяснения через 10-15 минут. Вы должны сами дать конкретные лекарственные препараты в определенное время.

Если вы ведете пациента на обследование, то обязательно надо рассказать о том, что с ним будут делать, и подчеркнуть, что это не больно и не страшно.

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ

Алгоритм постановки компрессов

Холодный компресс

Цель:	Холодный компресс вызывает местное охлаждение и сужение кровеносных сосудов. Применяют при ушибах в первые часы, при носовом кровотечении, во втором периоде лихорадки.
Оснащение:	Емкость с холодной водой Две пеленки (полотенца)
Подготовка к процедуре:	1. Согласовать с пациентом ход предстоящей процедуры. 2. Вымыть руки.
Технология выполнения процедуры	1. Сложить каждую пеленку (полотенце) в несколько слоев, положить их в холодную воду. Отжать одну пеленку (полотенце). 2. Расправить ткань и положить на нужный участок тела на 2—3 мин. 3. Снять пеленку через 2—3 мин и погрузить ее в холодную воду. 4. Отжать другую пеленку и положить на кожу на 2—3 мин. 5. Повторять процедуру в течение назначенного врачом времени.
Окончание процедуры	1. Осушить кожу. 2. Вымыть руки. 3. Сделать запись о выполненной процедуре и о реакции пациента в «Медицинской карте стационарного больного».

Горячий компресс

Цель:	Горячий компресс вызывает интенсивное местное усиление кровообращения, что оказывает выраженное рассасывающее и болеутоляющее действие.
Оснащение:	✓ емкость для воды ✓ салфетка большая ✓ клеенка ✓ полотенце (пеленка) ✓ часы
Подготовка к процедуре:	1. Уточнить с пациентом ход предстоящей процедуры и получить его согласие. 2. Вымыть руки.
Технология выполнения процедуры	1. Положить на кровать под поврежденную конечность клеенку, сверху нее — пеленку (полотенце). 2. Сложить салфетку в 8 слоев, смочить ее в воде (60—70 °С), отжать и плотно приложить к коже. 3. Завернуть конечность в полотенце, обернуть клеенкой. 4. Вымыть руки. 5. Снять компресс (продолжительность определяет врач)
Окончание процедуры	1. Вытереть насухо кожу и сделать сухой компресс. 2. Вымыть руки. 3. Сделать запись о выполненной процедуре и о реакции пациента в «Медицинской карте стационарного больного».

Согревающий компресс

Цель:	Согревающий компресс вызывает интенсивное местное усиление кровообращения, что оказывает выраженное рассасывающее и болеутоляющее действие.
Оснащение:	компрессная бумага ✓ вата ✓ бинт (марля) ✓ спирт этиловый 45° ✓ ножницы
Подготовка к процедуре:	1. Согласовать с пациентом ход предстоящей процедуры и получить его согласие. 2. Вымыть руки. 3. Отрезать ножницами необходимый (в зависимости от области применения) кусок бинта для компресса и сложить его в 8 слоев. Вырезать кусок компрессной бумаги — на 2 см больше салфетки. Приготовить кусок ваты в длину на 2 см больше, чем компрессная бумага. 4. Налить спирт в мензурку, развести его, смочить в нем салфетку, слегка отжать ее и положить на требуемое место. Сверху положить компрессную бумагу и кусок ваты. Примечание. При постановке компресса на ухо салфетку и компрессную бумагу разрезать в центре.
Технология выполнения процедуры	1. Зафиксировать компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии, чтобы он плотно прилегал к коже, но не стеснял движений. 2. Напомнить пациенту, что компресс поставлен на 6—8 часов. 3. Вымыть руки. 4. Через 1,5—2 часа после наложения компресса пальцем, не снимая повязки, проверить степень влажности салфетки. Если салфетка влажная, укрепить компресс бинтом.

	5. Вымыть руки.
Окончание процедуры	1. Снять компресс через положенное время. 2. Вытереть кожу и наложить сухую повязку. 3. Вымыть руки. 4. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции пациента в «Медицинской карте стационарного больного».

Алгоритм катетеризации мочевого пузыря женщине

Цель:	своевременное выведение из мочевого пузыря мочи с последующим восстановлением нормального естественного мочеиспускания.
Оснащение:	стерильные — катетер, пинцеты анатомические (2 шт.), корнцанг, лоток, перчатки латексные, раствор хлоргексидина водный 0,02% вазелиновое масло; емкость для сбора мочи, емкости с дезинфицирующими растворами, клеенка подкладная, антисептический раствор для подмывания
Подготовка к процедуре:	1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациенткой. 2. Обеспечить изоляцию пациентки. 3. Уточнить у пациентки понимание цели и хода предстоящей процедуры, получить ее согласие, исключить противопоказания. 4. Надеть перчатки, маску. 5. Уложить пациентку на спину, ноги согнуть в коленях и слегка развести в стороны. Примечание: процедура проводится в постели (возможно, проведение процедуры на гинекологическом кресле). 6. Подложить под ягодицы пациентки клеенку с пеленкой. Поверх выступающего края клеенки поставить судно. 7. Приготовить оснащение для подмывания пациентки. 8. Провести подмывание наружных половых органов. 9. Сменить перчатки, приготовить оснащение для катетеризации, взять пинцет в правую руку.
Технология выполнения процедуры	1. Раздвинуть левой рукой половые губы, правой рукой с помощью пинцета взять марлевые салфетки, смоченные раствором хлоргексидина водным 0,02%. 2. Обработать мочеиспускательное отверстие движением сверху вниз между малыми половыми губами. 3. Сменить марлевую салфетку. 4. Приложить марлевую салфетку, смоченную в растворе хлоргексидина водного 0,02%, к отверстию мочеиспускательного канала на одну минуту. 5. Сбросить салфетку в раствор для дезинфекции, сменить пинцет. 6. Взять пинцетом клюв мягкого катетера на расстоянии 4 — 6 см от его конца, как пишущее перо. 7. Обвести наружный конец катетера над кистью и зажать между четвертым и пятым пальцами правой руки, соблюдая стерильность. 8. Облить клюв катетера стерильным вазелиновым маслом 9. Раздвинуть левой рукой половые губы, правой рукой осторожно ввести катетер на 4 — 6 см до появления мочи. Примечание: мочеиспускательный канал женщины короткий, его длина составляет 4 — 6 см. 10. Опустить свободный конец катетера в емкость для сбора мочи. 11. Сбросить пинцет в лоток для последующей дезинфекции.
Окончание процедуры	1. Надавить левой рукой на переднюю брюшную стенку над лобком, когда моча начнет выделяться по каплям. 2. Извлечь осторожно катетер после прекращения самостоятельного выделения мочи струей из катетера.

	3. Сбросить в емкость для последующей дезинфекции. 4. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором. 5. Вымыть руки, высушить. 6. Обеспечить физический и психический покой пациентки.
--	---

Алгоритм катетеризации мочевого пузыря женщине катетером Фолея

Цель:	
Оснащение:	<ul style="list-style-type: none"> • стерильный катетер Фолея • две пары перчаток (стерильные и нестерильные) • стерильные салфетки (средние — 4 шт., малые — 2 шт.) • стерильный глицерин • шприц с 10 мл изотонического раствора; • антисептический раствор • емкость для сбора мочи
Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уточнить у пациентки понимание цели и хода предстоящей процедуры и его согласие на проведение процедуры. 2. Помочь пациентке занять необходимое для процедуры положение: на спине с полусогнутыми разведенными ногами (поза «лягушачьи ноги»). 3. Подстелить под таз пациентки впитывающую пеленку или клеенку с пеленкой. Поставить между ногами предметы, необходимые для гигиенической обработки наружных половых органов. Примечание. У женщин, которым трудно развести ноги, их сгибают в коленях, что тоже обеспечивает хороший доступ к уретре. 4. Надеть перчатки. 5. Произвести гигиеническую обработку наружных половых органов, уретры и промежности. 6. Снять перчатки и сбросить их в непромокаемую емкость. Вымыть руки. 7. Надеть стерильные перчатки. 8. Обложить стерильными салфетками вход во влагалище. 9. Развести в стороны левой рукой малые половые губы. Правой рукой взять стерильную салфетку, смоченную раствором антисептика, и обработать ею вход в уретру. 10. Попросить помощника вскрыть упаковку с катетером. Извлечь катетер из упаковки: держать его на расстоянии 4—6 см от бокового отверстия 1 и 2 пальцами, наружный конец катетера держать между 4 и 5 пальцами. 11. Попросить помощника обильно смазать катетер глицерином (или специальной желеобразной смазкой)
Технология выполнения процедуры	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ввести катетер в отверстие уретры на 3—5 см или до появления мочи. 2. Примечание. Если вход в уретру хорошо не определяется, требуется консультация врача. 3. Наполнить баллон катетера Фолея 10 мл изотонического раствора.
Окончание процедуры	<ol style="list-style-type: none"> 1. Соединить постоянный катетер с дренажным мешком. Убедиться, что трубки не перегибаются. Прикрепить трубку катетера Фолея пластырем к бедру. 2. Сбросить пеленку, клеенку. Снять перчатки, вымыть руки. 3. Записать реакцию пациентки на процедуру в «Медицинской карте». <p>Примечание. Осуществлять опорожнение дренажного мешка и уход за промежностью и постоянным катетером.</p> <p>Техника введения катетера Нелатона отличается от техники введения катетера Фолея тем, что в катетере Нелатона отсутствует баллон. Поэтому применение его кратковременно.</p>

Алгоритм катетеризации мочевого пузыря мужчине

Цель:	своевременное выведение из мочевого пузыря мочи с последующим восстановлением нормального естественного мочеиспускания.
Оснащение:	стерильные — катетер, пинцеты анатомические (2 шт.), корнцанг, лоток, перчатки латексные, раствор хлоргексидина водный 0,02% вазелиновое масло; емкость для сбора мочи, емкости с дезинфицирующими растворами, клеенка подкладная, антисептический раствор для подмывания
Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом. Обеспечивается изоляция пациента. 2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры, получить его согласие. Примечание. Процедура выполняется врачом или специально обученной медицинской сестрой. - 3. Надеть перчатки, маску. 4. Уложить пациента на спину, ноги согнуть в коленях и развести в стороны. 5. Подложить под ягодицы пациента клеенку с пеленкой. Поверх выступающего края клеенки поставить судно. 6. Приготовить оснащение для подмывания пациента. 7. Провести подмывание: встать справа от пациента, в левую руку взять стерильную салфетку, обернуть ею половой член ниже головки. 8. Взять половой член между третьим и четвертым пальцами левой руки, слегка сдавить головку, первым и вторым пальцами слегка отодвинуть крайнюю плоть, открыть наружное отверстие мочеиспускательного канала. 9. Взять пинцетом, зажатым в правой руке, марлевый тампон, смочить в растворе хлоргексидина водный 0,02% и обработать головку полового члена сверху вниз от мочеиспускательного канала к периферии, меняя тампоны. 10. Влить несколько капель стерильного вазелинового масла в открытое наружное отверстие мочеиспускательного канала для облегчения введения катетера — профилактика неприятных ощущений при введении катетера. 11. Сменить пинцет.
Технология выполнения процедуры	<ol style="list-style-type: none"> 1. Взять стерильным пинцетом, зажатым в правой руке, катетер на расстоянии 5 — 7 см от его клюва (клюв катетера опущен вниз), обвести конец катетера над кистью и зажать между четвертым и пятым пальцами (катетер располагается над кистью в виде дуги). Необходимое условие: соблюдать стерильность катетера на расстоянии 20 см. 2. Облить катетер стерильным вазелиновым маслом на длину 15 — 20 см над лотком 3. Ввести катетер пинцетом, первые 4 — 5 см, удерживая первым — вторым пальцами левой руки, фиксирующими головку полового члена. 4. Перехватить пинцетом катетер еще 3 — 5 см от головки и медленно погружать мочеиспускательный канал на длину 19 -20 см. 5. Опускать одновременно левой рукой половой член мужчины. Это способствует продвижению катетера по мочеиспускательному каналу с учетом его анатомических особенностей 6. Погрузить оставшийся конец катетера в емкость для сбора мочи.
Окончание процедуры	<ol style="list-style-type: none"> 1. Извлечь осторожно катетер пинцетом, вложенным в правую руку (в обратной последовательности), после прекращения мочевыделения струей. 2. Надавить на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой. Обеспечивается обмывание мочеиспускательного канала остатками мочи, т.е. естественным путем. 3. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором. 4. Вымыть руки, осушить.

Алгоритм катетеризации мочевого пузыря мужчине катетером Фолея

Цель:	
Оснащение:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ стерильный катетер Фолея ✓ две пары перчаток (стерильные и нестерильные) ✓ стерильные салфетки (средние — 4 шт., малые — 2 шт.) ✓ стерильный глицерин ✓ шприц с 10 мл изотонического раствора ✓ антисептический раствор ✓ емкость для сбора мочи (дренажный мешок)
Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры и его согласие на проведение процедуры. 2. Помочь пациенту занять необходимое для процедуры положение: лежа на спине или полусидя с разведенными ногами. 3. Подстелить под таз пациента впитывающую пеленку или клеенку с пеленкой. Между ногами поставить емкость для использованного материала. 4. Надеть перчатки. 5. Произвести гигиеническую обработку наружного отверстия уретры и промежности. Снять перчатки и сбросить их в емкость. 6. Вымыть руки. 7. Надеть стерильные перчатки. 8. Обернуть половой член стерильными салфетками. 9. Оттянуть крайнюю плоть (если она имеется), захватить половой член сбоку левой рукой и вытянуть его на максимальную длину перпендикулярно поверхности тела. 10. Обработать головку полового члена салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, держа головку другой рукой. 11. Попросить помощника вскрыть упаковку с катетером. Извлечь катетер из упаковки: держать его на расстоянии 5—6 см от бокового отверстия 1 и 2 пальцами, наружный конец катетера держать между 4 и 5 пальцами
Технология выполнения процедуры	<ol style="list-style-type: none"> 1. Попросить помощника обильно смазать катетер глицерином (или специальной желеобразной смазкой). 2. Ввести конец катетера в уретру и постепенно, перехватывая катетер, продвигать его глубже в уретру, а половой член «подтягивать» вверх, как бы натягивая его на катетер, прилагая небольшое равномерное усилие, пока катетер не достигнет мочевого пузыря и не появится моча (20—25 см). Примечание. В том случае, если при продвижении катетера появится непреодолимое препятствие, следует прекратить процедуру. 3. Возвратить на место крайнюю плоть. 4. Соединить катетер с емкостью для сбора мочи (опустить непостоянный катетер в мочеприемник). Прикрепить трубку постоянного катетера пластырем к бедру. 5. Наполнить баллон катетера Фолея 10 мл изотонического раствора. Примечание. Если моча не появилась, попытаться ввести стерильный изотонический раствор через катетер, чтобы убедиться в его правильном местоположении, прежде чем заполнить баллон
Окончание процедуры	<ol style="list-style-type: none"> 1. Убедиться, что трубки, соединяющие катетер Фолея и емкость для сбора мочи, не имеют перегибов. 2. Убрать пеленку. 3. Снять перчатки, вымыть руки. 4. Записать в «Медицинской карте» реакцию пациента на процедуру.

Алгоритм подачи увлажненного кислорода через носовой катетер

Цель:	Лечение кислородом (оксигенотерапия) применяют при многих заболеваниях органов кровообращения и дыхания. Длительное вдыхание кислородно-воздушной смеси, содержащей 50% кислорода, может устранять кислородное голодание тканей (гипоксия).
Оснащение:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ стерильный носовой катетер ✓ аппарат Боброва ✓ дистиллированная вода, или 2% раствор натрия гидрокарбоната, или 20% спирт
Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выявить у пациента признаки и симптомы, связанные с гипоксией и наличием мокроты в дыхательных путях. 2. Объяснить пациенту и его близким, цель оксигенотерапии, последовательность процедуры и получить его (их) согласие. 3. Вымыть и осушить руки, надеть стерильные перчатки. 4. Подготовить к работе аппарат Боброва: <ol style="list-style-type: none"> а) налить в чистую стеклянную емкость дистиллированную воду, или 2% раствор натрия гидрокарбоната, или 20% спирт на 2/3 объема, температура 30-40°C; б) обеспечить герметичность соединений при помощи винта на трубке.
Технология выполнения процедуры	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определить длину вводимой части катетера (расстояние от козелка ушной раковины до входа в нос — приблизительно 15 см), поставить метку. 2. Облить стерильным вазелиновым маслом или глицерином вводимую часть катетера. 3. Ввести катетер в нижний носовой ход до метки. 4. Осмотреть зев, придавив шпателем корень языка. Убедиться, что кончик катетера виден при осмотре зева. 5. Погрузить шпатель в дезинфицирующий раствор. 6. Зафиксировать наружную часть катетера тесемками бинта. 7. Соединить с аппаратом Боброва, заполненным дистиллированной водой или 20% спиртом, или другим пеногасителем. 8. Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи кислорода. 9. Осмотреть слизистую носа пациента.
Окончание процедуры	<ol style="list-style-type: none"> 1. Провести оценку состояния пациента. 2. Удалить катетер. 3. Продезинфицировать катетер, шпатель, аппарат Боброва (кипячение). 4. Вымыть и осушить руки.

Алгоритм подачи увлажненного кислорода из кислородной подушки

Цель:	Лечение кислородом (оксигенотерапия) применяют при многих заболеваниях органов кровообращения и дыхания. Длительное вдыхание кислородно-воздушной смеси, содержащей 50% кислорода, может устранять кислородное голодание тканей (гипоксия).
Оснащение:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ кислородная подушка ✓ мундштук ✓ дистиллированная вода ✓ салфетка ✓ тампоны для удаления мокроты или электроотсос
Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заполнить подушку кислородом из кислородного баллона: <ul style="list-style-type: none"> • соединить резиновую трубку подушки с редуктором кислородного баллона; • открыть вентиль на трубке подушки, затем на баллоне; • наполнить подушку кислородом; • закрыть вентиль на баллоне, затем на подушке; • отсоединить резиновую трубку от редуктора баллона; • присоединить мундштук к трубке подушки. 2. Смочить салфетку в воде. 3. Салфеткой обернуть мундштук. 4. Удалить мокроту изо рта и носа пациента тампоном (или электроотсосом) перед процедурой.
Технология выполнения процедуры	<ol style="list-style-type: none"> 1. Держать мундштук у рта пациента и открыть кран на подушке. 2. Отрегулировать скорость подачи кислорода (4-5 л в минуту). 3. Надавливать на подушку и сворачивать с противоположного конца, пока кислород не выделится полностью.

	4. По необходимости менять подушки с кислородом.
Окончание процедуры	1. Убрать кислородную подушку, отсоединить мундштук. 2. Поместить салфетку и мундштук в дезинфицирующий раствор (70% спирт).

Алгоритм проведения тонометрии

Цель:	Определить показатели артериального давления и оценить результаты исследования.
Оснащение:	<ul style="list-style-type: none"> • тонометр • фонендоскоп • ручка • бумага • температурный лист • салфетка со спиртом
Подготовка к процедуре:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Предупредить пациента о предстоящем исследовании за 15 мин до его начала. 2. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие на проведение. 3. Попросить пациента лечь (если предыдущие измерения проводились в положении «лежа») или сесть к столу.
Технология выполнения процедуры	<ol style="list-style-type: none"> 1. Предложить пациенту правильно положить руку: в разогнутом положении ладонью вверх. Помочь сдвинуть или снять одежду с руки. 2. Наложить манжету на обнаженное плечо пациента на 2—3 см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты); закрепить манжету так, чтобы проходил только один палец. Центр манжеты находится над плечевой артерией. 3. Соединить манометр с манжетой и проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы. Если у пациента ожирение, и у вас нет соответствующей манжеты: <ul style="list-style-type: none"> • найти пульс лучевой артерии; • быстро нагнетать воздух в манжету, пока не исчезнет пульс; • посмотреть на шкалу и запомнить показания манометра; • быстро выпустить весь воздух из манжеты. 4. Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой ямки и плотно поставить на это место мембрану фонендоскопа. 5. Другой рукой закрыть вентиль на «груше», повернув его вправо, этой же рукой быстро нагнетать в манжету воздух до тех пор, пока давление в ней не превысит 30 мм рт. ст. — уровень, при котором исчезают тоны Короткова (или пульсация лучевой артерии). 6. Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2—3 мм рт. ст. в 1 с., повернув вентиль влево. Одновременно фонендоскопом выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показателями шкалы манометра: при появлении первых звуков (тоны Короткова) отметить» на шкале и запомнить цифру, соответствующую систолическому давлению. 7. Продолжая выпускать воздух из манжеты, отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова. 8. Сообщить пациенту результат измерения. 9. Повторить процедуру через 2—3 мин.
Окончание процедуры	<p>Данные измерения округлить до 0 или 5, записать в виде дроби (в числителе — систолическое давление; в знаменателе — диастолическое).</p> <p>Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной 70% спиртом. Записать данные исследования в необходимую документацию. Вымыть руки.</p> <p>Примечание. При повышении температуры тела на 1 °С пульс увеличивается у взрослых на 8—10 ударов в минуту.</p>

Алгоритм проведения очистительной клизмы

Цель:	Очистить нижний отдел толстого кишечника от каловых масс и газов.
Оснащение:	Система, состоящая из кружки Эсмарха, соединительной трубки, длиной 1,5 метра с вентилем или зажимом; штатив; стерильный ректальный наконечник, салфетки; вода температурой 20° С, в количестве 1,5—2 л; водяной термометр; вазелин; шпатель для смазывания наконечника вазелином; клеенка и пеленка; судно с клеенкой; таз; спецодежда: перчатки одноразового применения, медицинский халат, клеенчатый фартук, сменная обувь.
Подготовка к процедуре:	<p>Противопоказания: кровотечение из пищеварительного тракта; острые воспалительные заболевания толстой и прямой кишки; злокачественные новообразования прямой кишки; первые дни после операции; трещины в области заднего прохода; выпадение прямой кишки; острый аппендицит, перитонит; массивные отеки.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом. 2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры, убедиться, что нет противопоказаний. 3. Надеть халат, клеенчатый фартук, перчатки, сменную обувь. 4. Собрать систему, подсоединить к ней наконечник. 5. Налить в кружку Эсмарха 1,5 — 2 л воды. 6. Проверить температуру воды водяным термометром. Температура воды для постановки клизмы зависит от вида задержки стула: <ul style="list-style-type: none"> ✓ при атоническом запоре — 12° — 20° С; ✓ при спастическом — 37° - 42° С; ✓ при запоре — 20° С. 7. Подвесить кружку Эсмарха на штатив на высоту одного метра от уровня пола (не выше 30 см над пациентом). 8. Смазать клизменный наконечник вазелином. 9. Заполнить систему: открыть вентиль на системе, выпустить воздух, закрыть вентиль. 10. Уложить пациента на левый бок на кушетку или постель, ноги согнуть в коленях и слегка подвести к животу. Отвернуть одеяло так, чтобы были видны только ягодицы. Если пациента уложить на бок нельзя, клизму ставят в положении лежа на спине. 11. Подложить под ягодицы пациента клеенку, свисающую в таз и покрытую пеленкой.
Технология выполнения процедуры	<ol style="list-style-type: none"> 1. Развести ягодицы первым — вторым пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, проводя первые 3-4 см по направлению к пупку, затем параллельно позвоночнику до 8-10 см. 2. Открыть вентиль на системе, отрегулировать поступление жидкости в кишечник. Попросить пациента расслабиться и дышать животом. При жалобе на боль спастического характера прекратить процедуру, пока боль не утихнет. Если боль не утихает, сообщить врачу.
Окончание процедуры	<ol style="list-style-type: none"> 1. Закрыть вентиль на системе после введения жидкости, осторожно извлечь наконечник, снять его с системы, поместить в раствор для дезинфекции. 2. Сменить перчатки. Исползованные перчатки поместить в раствор для дезинфекции. 3. Предложить пациенту в течение 5— 10 мин. полежать на спине и удерживать воду в кишечнике. 4. Сопроводить пациента в туалетную комнату или подать судно при появлении позывов на дефекацию. 5. Убедиться, что процедура прошла эффективно Примечание: если пациент лежит на судне - убрать судно на стул (скамейку), накрыть клеенкой. Осмотреть фекалии. 6. Подмыть пациента 7. Разобрать систему, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором. 8. Сменить халат, перчатки, фартук, поместить в емкости с дезинфицирующим раствором.

	9. Провести дезинфекцию использованных предметов, согласно действующим приказам.
--	--

Алгоритм проведения лекарственной клизмы

Цель:	Ввести лекарственные вещества в прямую кишку для оказания лечебного эффекта.
Оснащение:	Лекарственный раствор (50 - 100 мл), подогретый до 37 — 38°C на водяной бане; грушевидный баллончик или шприц Жанэ; газоотводная трубка; вазелин; шпатель; салфетки; перчатки; ширма; клеенка; пеленка. Обязательное условие: проводить после постановки очистительной клизмы. Противопоказания: кровоточащий геморрой, кишечные кровотечения, острый живот.
Подготовка к процедуре:	1. Установить доверительные, конфиденциальные отношения с пациентом. Убедиться в наличии информационного согласия пациента на процедуру. Убедиться, что нет противопоказаний. 2. Поставить ширму у кровати пациента. 3. Надеть перчатки. 4. Набрать в грушевидный баллончик 80 — 100 мл теплого лекарственного препарата
Технология выполнения процедуры	1. Уложить пациента на левый бок. 2. Ввести газоотводную трубку. 3. Присоединить к трубке грушевидный баллончик. 4. Ввести медленно лекарственное средство. 5. Отсоединить, не разжимая, грушевидный баллон от газоотводной трубки. 6. Извлечь трубку. 7. Опустить трубку с грушевидным баллоном в емкость для последующей дезинфекции.
Окончание процедуры	1. Вытереть салфеткой кожу в области анального отверстия в направлении спереди назад 2. Убрать клеенку и пеленку. 3. Снять перчатки, 4. Погрузить все предметы в емкость с дезинфицирующим раствором. Провести дезинфекцию использованных предметов в соответствии с действующей инструкцией 5. Вымыть и высушить руки. 6. Помочь занять пациенту удобное положение. 7. Накрыть пациента одеялом. 8. Сделать запись о проведении манипуляции и реакции пациента на процедуру.

Алгоритм проведения сифонной клизмы

Цель:	Добиться эффективного очищения кишечника от каловых масс и газов. Показания: отсутствие эффекта от очистительной клизмы; выведение из кишечника ядовитых веществ; подозрение на кишечную непроходимость.
Оснащение:	✓ <i>стерильные:</i> система для сифонной клизмы: 2 резиновые трубки, соединенные стеклянной трубкой (смотровой); ✓ лоток, воронка, емкостью (1литр), перчатки латексные — 2 пары, емкость с кипяченой водой температурой 37 °С — 10 — 12л; ковш емкостью 1литр емкость для промывных вод; клеенка, большая пеленка, вазелин, шпатель. Противопоказания: кровоточащий геморрой; острые воспалительные и язвенные процессы в области толстой кишки и заднего прохода; трещины в области заднего прохода или выпадение прямой кишки.
Подготовка к процедуре:	1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом. Обеспечивается изоляция пациента. 2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры. Убедиться, что нет противопоказаний.

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Надеть халат, клеенчатый фартук, латексные перчатки. 4. Уложить пациента на левый бок, ноги согнуть в коленях и слегка привести к животу. 5. Подложить под ягодицы клеенку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод, сверху клеенки постелить пеленку, укрыть пациента одеялом во время процедуры. 6. Приготовить систему, смазать слепой конец трубки вазелином на протяжении 30 - 40 см.
Технология выполнения процедуры	<ol style="list-style-type: none"> 1. Раздвинуть ягодицы пациента первым - вторым пальцами левой руки и ввести вращательными движениями слепой конец трубки в кишечник на глубину 30 — 40 см. 2. Опустить воронку ниже уровня тела пациента, держать ее слегка наклонно и наполнить водой в количестве 1 л. 3. Поднять медленно воронку вверх на 1 м так, чтобы вода уходила в кишечник лишь до ее устья. 4. Опустить воронку ниже уровня пациента, удерживая ее наклонно. Примечание. При таком положении воронки хорошо видны пузырьки воздуха, комочки кала. 5. Слить содержимое в емкость для промывных вод. Примечание: при отравлениях — взять из первой порции промывных вод анализ на бактериологическое исследование. Учитывайте количество введенной и выделенной жидкости. 6. Повторить промывание до чистых промывных вод. 7. Следить за состоянием пациента.
Окончание процедуры	<ol style="list-style-type: none"> 1. Извлечь медленно зонд, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором. 2. Провести туалет анального отверстия. 3. Снять перчатки, фартук, халат, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором. Дезинфекция проводится в соответствии с действующей инструкцией

Промывание желудка

Промывание желудка проводят с лечебной и диагностической целью, при отравлении различными ядами, употреблении недоброкачественной пищи и т.д.

Противопоказания: органическое сужение пищевода, острые пищеводные и желудочные кровотечения, тяжелые химические ожоги слизистой оболочки глотки, пищевода и желудка крепкими кислотами, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения.

Существует два вида промывания желудка: беззондовое и при помощи зонда.

Беззондовое промывание осуществляется путем приема 0,5-1 литра воды с последующим вызовом рвоты (повторяется несколько раз). Этот способ противопоказан при отравлении кислотами и щелочами, а также у лиц с расстройством сознания.

Этапы	Обоснования
1. Объясните пациенту ход предстоящей процедуры и получите его согласие на процедуру	Обеспечивается соблюдение права пациента на получение информации
2. Приготовьте все необходимое	Подготовка к проведению процедуры
3. Наденьте перчатки, клеенчатый фартук	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Усадите пациента на стул, плотно прислонив к спинке стула, слегка	

наклонив голову вперед и разведя колени так, чтобы между ног можно было поставить емкость для сбора промывных вод	
5. Удалите съемные зубные протезы	
6. Наденьте на пациента фартук	Обеспечение инфекционной безопасности
7. Определите расстояние, на которое следует ввести зонд (рост пациента в сантиметрах минус 100)	Подготовка к проведению процедуры
8. Встаньте справа от пациента	
9. Попросите пациента широко открыть рот и дышать носом	
10. Правой рукой введите зонд за корень языка	
11. Попросите пациента сделать несколько глотательных движений	
12. Попросите пациента открыть рот и осторожно поведите зонд в пищевод и желудок до нужной отметки	
13. Присоедините воронку к зонду и опустите ее до уровня колен пациента: из нее начнет выделяться желудочное содержимое, что свидетельствует о правильном положении зонда	
14. Держа воронку слегка наклонно, налейте в нее около 1 л воды	При таком положении воронки вода не будет уходить в желудок
15. Медленно поднимите воронку вверх	По закону сообщающихся сосудов вода поступит в желудок, а затем вновь в воронку
16. Как только вода достигнет устья воронки, опустите ее ниже исходного положения	
17. Вылейте содержимое воронки в емкость для сбора промывных вод	
18. Повторяйте действия, описанные в пунктах 14,15,16,17 до тех пор, пока промывные воды не будут чистыми	
19. По окончании процедуры отсоедините воронку, извлеките зонд из желудка, обернув его пленкой	Защита одежды от загрязнения
20. После извлечения зонда предложите пациенту прополоскать рот водой	Обеспечение гигиенического комфорта
21. Снимите с пациента фартук	Обеспечение инфекционной

	безопасности
22. Доставьте пациента к постели и помогите ему лечь	Обеспечение отдыха после проведения процедуры
23. Протезинфицируйте использованный инструментарий и предметы ухода	Обеспечение инфекционной безопасности
24. Снимите фартук, перчатки, вымойте руки	Обеспечение инфекционной безопасности

Применение горчичников

При применении горчичников происходит раздражение рецепторов кожи, расширение сосудов кожи и глубже расположенных органов, за счет чего достигается болеутоляющий эффект, ускоряется рассасывание воспалительных процессов.

Годный к употреблению горчичник дает острый запах горчичного масла и не осыпается.

Показания: воспаление бронхов и легких, спазм кровеносных сосудов, плеврит, применяются с целью профилактики и лечения легочных осложнений.

Противопоказания', заболевания кожи, лихорадка, легочное кровотечение, резкое снижение или отсутствие кожной чувствительности, злокачественные новообразования.

Места постановки горчичников: на все участки тела.

Алгоритм действий

Этапы	Обоснования
1. Объясните пациенту ход предстоящей процедуры и получите его согласие на процедуру	Обеспечивается соблюдение права пациента на получение информации
2. Приготовьте все необходимое	Обеспечение эффективного проведения процедуры
3. Проверьте пригодность горчичников	Обеспечение эффективности процедуры
4. Налейте в лоток воду 1 40-45°C	При более низкой 1 эфирное масло не выделяется; при более высокой 1 воды оно разлагается
5. Освободите необходимый участок тела от одежды	Необходимое условие для проведения процедуры
в. Помогите пациенту занять оптимально удобное положение для проведения процедуры	Необходимое условие для проведения процедуры
7. Поочередно погружая горчичники на 5-10 секунд в горячую воду, плотно прикладывайте их к коже стороной, покрытой порошком. При чувствительной коже под горчичник можно положить папиросную бумагу	Выделение из порошка действующих веществ. Обеспечение их рефлекторную воздействия
8. Укройте пациента пеленкой, а затем одеялом и попросите его спокойно	Исключается переохлаждение. Обеспечивается сохранение тепла

полежать 10-15 минут	
9. Через 10-15 минут снимите горчичники (кожа должна быть гиперемирована)	Время, необходимое для обеспечения рефлекторного воздействия
10. Протрите кожу салфеткой, смоченной в теплой воде, а затем сухой пеленкой и вновь тепло укройте пациента	Исключается химический ожог. Сохранение эффекта процедуры
11. Посоветуйте пациенту не вставать с постели 20-30 минут	Обеспечение необходимого отдыха после процедуры
12. Вымойте и осушите руки	Обеспечение инфекционной безопасности

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ДОВРАЧЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ

Анафилактический шок.

Анафилактический шок является следствием аллергической реакции немедленного типа: сопровождается опасными для жизни нарушениями всех систем организма (дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной и др.). Развитие шока могут провоцировать любые лекарственные средства (антибиотики, сульфаниламиды, витамины, анальгетики, йодсодержащие препараты и др.).

Информация, позволяющая заподозрить анафилактический шок:

- на фоне или сразу после введения лекарственного препарата, сыворотки, укуса насекомого и т.д.;
- появилась слабость, головокружение;
- затруднение дыхания, чувство нехватки воздуха;
- беспокойство, чувство жара во всем теле;
- иногда рвота;
- кожа бледная, холодная, влажная;
- дыхание частое, поверхностное;
- систолическое давление 90 мм рт.ст. или ниже;
- в тяжелых случаях угнетение сознания и дыхания;
- позднее появляются судороги, затемняется сознание;
- кожа покрыта зудящими пятнами (крапивница);
- появляется сухость во рту, затруднения глотания.

Тактика медицинской сестры

Действия	Обоснования
1. Срочно вызвать врача	Для определения дальнейшей тактики оказания врачебной помощи.
2. Если анафилактический шок развился на внутривенное введение лекарственного препарата, то: а) прекратить введение препарата,	Снижение дозы аллергена Профилактика асфиксии Улучшение кровоснабжения мозга Снижение гипоксии Контроль состояния

<p>сохранять венозный доступ</p> <p>б) придать устойчивое боковое положение, вынуть зубные протезы</p> <p>в) приподнять ножной конец кровати</p> <p>г) дать увлажненный кислород</p> <p>д) измерить АД и частоту сердечных сокращений (ЧСС)</p> <p>➤ адреналин 0,1 %-1,0</p> <p>➤ гормоны 30 мл (две-три дозы)</p> <p>➤</p>	
<p>3. При внутримышечном введении: прекратить внутривенный доступ</p> <p>➤ адреналин 0,1 %-1,0</p> <p>➤ гормоны 30 мл (две-три дозы)</p>	<p>Замедление всасывания препарата</p>

Подготовить аппаратуру и инструментарий:

- систему для внутривенного вливания, шприцы и иглы для в/м инъекций, жгут, аппарат ИВЛ, пульсоксиметр, поликотом, набор для интубации трахеи.
 - мешок Амбу. Стандартный набор препаратов «Анафилактический шок».
- Оценка достигнутого:
- восстановление сознания;
 - стабилизация артериального давления. Стабилизация сердечного ритма;
 - самочувствие улучшилось;
 - состояние не улучшилось;
 - дальнейшее выполнение мероприятий по назначению врача.

Технология проведения непрямого (закрытого) массажа сердца

Производится с целью восстановить циркуляцию крови в организме, т.е. поддержать кровообращение в жизненно важных органах.

1. Убедиться в отсутствии сердечной деятельности.
2. Уложить пострадавшего на спину, на твердую поверхность, подложить под грудную клетку щит, доску.
3. Произвести прекардиальный удар в среднюю треть грудины кулаком с высоты 30 см, если остановка сердца произошла в вашем присутствии.
4. Встать сбоку от пострадавшего на колени, если он уложен на пол, или подставку, если пострадавший на кровати.
5. Правильно расположите свои руки для непрямого массажа сердца:
 - провести II и III пальцами правой руки вверх по реберной дуге и нащупать мечевидный отросток;
 - держать II и III пальцы на мечевидном отростке грудины, а основание левой ладони поместить рядом со II пальцем на нижнюю часть грудины вдоль нее;
 - переместить правую руку и положить ее поверх левой.

Держать пальцы, не касаясь грудной клетки (пальцы «верхней руки» придерживают пальцы «нижней»), чтобы они не касались грудной клетки при массаже.

6. Наклониться вперед, плечи должны быть над грудиной пострадавшего, руки в локтях разогнуты (руки прямые от кистей до плеча), а локти прижаты к телу.
7. Надавливание на грудину производить с использованием массы тела так, чтобы она смещалась по направлению к позвонку на 4-5 см.
8. После каждого надавливания руки быстро расслабить, но не отрывать от поверхности грудной клетки.
9. Частота надавливаний 8 раз в минуту.

ПОМНИТЕ!

Надо нажимать не на область сердца, а на середину грудины.

Отравление

Информация, позволяющая медсестре заподозрить неотложное состояние:

- из анамнеза известно, что пострадавший принял отравляющее вещество;
- пострадавший находится в бессознательном состоянии;
- нарушение пульса и АД.

Тактика медицинской сестры

Действия	Обоснования
1. Определить наличие сознания	Оценить состояние
2. Измерить АД и пульс. Вызвать врача	Пострадавший нуждается в экстренной врачебной помощи
3. Выяснить из опроса окружающих или по остаткам отравляющего вещества, что выпил, когда, сколько	
4. Промыть желудок	Удаление отравляющих веществ из желудочно-кишечного тракта
5. Ввести через зонд активированный уголь	Для адсорбции отравляющих веществ
6. При отравлении угарным газом: а) пострадавшего вынести из зоны заражения на воздух; б) дать кислород; в) обязательное соблюдение личных правил безопасности; г) немедленно ГБО	Ликвидация гипоксии Профилактика отравления медицинского персонала

Подготовить аппаратуру и инструментарий:

- кислород, мешок Амбу;
- систему для в/в вливания;
- шприцы и иглы для инъекций;
- жгут;
- набор для интубации;
- дефибриллятор.

Оценка достигнутого:

- состояние пострадавшего улучшилось;
- кожные покровы порозовели;
- пульс улучшился;
- АД стабилизировалось;
- состояние ухудшилось;
- дыхание и сердцебиение прекратились;
- перейти к действию по стандарту «клиническая смерть»;
- дальнейшее выполнение мероприятий по назначению врача.

Отек Квинке

Часто возникает на укусы насекомых, лекарственные препараты. Ограниченный четкими краями отек с преимущественной локализацией в области лица, конечностей, гениталий. Возможен отек губ, языка, век, мягкого неба, миндалин, особо опасен отек гортани. Может быть тошнота, рвота, головная боль, зуд кожи. При угрожающем или начавшемся отеке гортани появляются охриплость голоса, лающий кашель и затрудненное дыхание. Лицо приобретает синюшный оттенок, больной беспокойный, возбужденный.

При отеке слизистой ЖКТ клиника напоминает «острый живот».

Неотложная помощь

1. Оценить состояние пациента, вызвать врача.
2. Прекратить контакт с аллергеном (если таковой имеется).
3. При отеке Квинке, обусловленном пищевым или лекарственным аллергеном, принятым внутрь - промыть желудок, поставить очистительную клизму и дать солевое слабительное (натрия сульфат, магния сульфат, соль карловарская и др.). Наладить связь с веной.
4. При угрожающем отеке гортани - аэрозольные бронхолитические ингаляторы: сальбутамол, беротек, астмопент, беродуал, бекотид, бекломет и др.
5. Дать увлажненный через спирт кислород.
6. Приготовить к введению препараты: норадреналин 0,2%-1мл, мезатон 1%-1мл, преднизолон 30мг, гидрокортизон, эуфиллин 2,4%-Юмл, эфедрин 5%-1мл, тавегил 2 мл, супрастин 2%-1мл, реополиглюкин 400мл, дроперидол 10мл, коргликон 0,06%-1мл, лазикс 2мл.
7. Быть готовым к трахеотомии, коникотомии.
8. Госпитализировать обязательно, даже если состояние пациента улучшилось, при постоянном контроле за его состоянием.

Оксигенотерапия

Медицинская сестра запомни:

1. Соблюдать технику безопасности при набирании кислорода: не курить, не зажигать спички и т.п. В одной подушке около 10 л кислорода.
2. Ингаляции 100% кислородом опасны и оказывают токсичное действие на организм: сухость во рту, чувство жжения за грудиной, боль в грудной клетке, судороги и т.д.
3. Пациент вдыхает кислородную смесь через мундштук (воронку), а выдыхает через нос.

4. Подавать кислородную смесь, содержащую 80% - 100% O₂ – 15 минут, при необходимости – повторить процедуру через 10 – 15 минут.

Подача увлажнённого кислорода из кислородной подушки

Оснащение

- кислородная подушка;
- воронка (мундштук);
- марлевая салфетка, сложенная в 4 слоя;
- мешок для отработанного материала;
- ёмкость с дезинфицирующим раствором.
- ёмкость для хранения чистых воронок.

Подготовка к процедуре

1. Заполнить подушку кислородом из крана:
 - соединить резиновую трубку подушки с редуктором кислородного источника;
 - открыть вентиль на трубке подушки, затем вентиль источнике кислорода;
 - наполнить подушку кислородом;
 - закрыть вентиль источника кислорода, затем на подушке;
 - отсоединить резиновую трубку от редуктора источника кислорода.
2. Подсоединить мундштук на трубку подушки.
3. Обернуть мундштук влажной марлевой салфеткой.

Выполнение процедуры

1. Прижать воронку ко рту пациента и открыть кран на подушке.
2. Отрегулировать скорость подачи кислорода (4 – 5 литров в минуту).
3. Надавливать на подушку и сворачивать с противоположного конца, пока кислород не выделится полностью.

Завершение процедуры

1. Убрать подушку, отсоединить мундштук.
2. Салфетку сбросить в лоток для отработанного материала.
3. Мундштук поместить в дезинфицирующий раствор согласно инструкции.
4. Вымыть и осушить руки.

Медицинская сестра ПОМНИ: При хранении в подушке кислорода вследствие газообмена через её стенки кислород уходит в атмосферу, замещаясь азотом.

Подача увлажнённого кислорода через носовой катетер. Оснащение:

- аппарат Боброва;
- дистиллированная вода, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната, или спирт 96⁰;
- лоток (стерильный);
- носовой катетер (стерильный);
- вазелиновое масло;
- шпатель (стерильный);
- бинт;
- лейкопластырь.

Подготовка к процедуре

1. Установить доверительные отношения с пациентом, если это возможно.

2. Выявит у пациента признаки и симптомы, связанные с гипоксией и наличием мокроты в дыхательных путях (гипоксия может привести к тахикардии или брадикардии).
3. Объяснит пациенту или его близким цель оксигенотерапии, последовательность процедуры и получить его (или родственников) согласие на процедуру (пациент успокаивается, что приводит к уменьшению потребления им кислорода и улучшает взаимодействие между ним и медицинской сестрой).
4. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
5. Подготовить к работе аппарат Боброва:
 - налить в чистую стеклянную емкость, стерильную дистиллированную воду, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната, или спирт 96⁰ 2/3 объема, температура 30⁰ – 40⁰С;
 - обеспечить герметичность соединений при помощи винта на трубке.

Выполнение процедуры

1. Определить длину вводимой части катетера (расстояние от козелка ушной раковины до входа в нос – приблизительно 15 см), поставить метку (обеспечение попадания струи кислорода в верхние дыхательные пути).
2. Облить стерильным вазелиновым маслом или глицерином вводимую часть катетера (предупреждение травмы слизистой носа).
3. Ввести катетер в нижний носовой ход до метки.
4. Осмотреть зев, придавив шпателем корень языка. Убедиться, что кончик катетера виден при осмотре зева.
5. Сбросить шпатель в дезинфицирующий раствор.
6. Зафиксировать наружную часть катетера тесёмками бинта (обеспечение постоянного положения катетера для удобства пациента, профилактика мацерации кожи лица).
7. Соединить с аппаратом Боброва, заполненным каким либо пеногасителем (исключается высыхание слизистых носа и ожог дыхательных путей).
8. Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи кислорода (по назначению врача).
9. Осмотреть слизистую носа пациента (для выявления возможного раздражения слизистой носа).

Окончание процедуры

1. Провести итоговую оценку состояния пациента для уменьшения симптомов, связанных с гипоксией (подтверждается положительная динамика, т.е. уменьшение признаков гипоксии).
2. Удалить катетер.
3. Продезинфицировать катетер, шпатель, аппарат Боброва методом кипячения.
4. Вымыть и осушить руки.

ПРИМЕЧАНИЕ: Продолжительность ингаляции 40–60 минут по графику, назначенному врачом. Катетер может оставаться в полости носа не более 12 часов. Смена дистиллированной воды в аппарате Боброва производится через 12 часов.

Показания: назначения врача при заболеваниях органов кровообращения и дыхания.

Подача пузыря со льдом

Цель: профилактика осложнений и кровотечений и лихорадке.

Оснащение: пузырь для льда, лёд кусочками, вода (14 -16 С), полотенце, ёмкость с дезинфицирующим раствором (0.6% гипохлорид), 2 ветоши.

Подготовка к процедуре:

1. Заполнить пузырь кусочками льда, залить их холодной водой (при применении пузыря для льда, замороженного в морозильной камере, может возникнуть отморожение участка тела).

2. Закрутить крышку пузыря для льда, положив пузырь на горизонтальную поверхность и вытеснив воздух.

3. Завернуть пузырь в полотенце так, чтобы он не выпал из него во время процедуры.

Выполнение процедуры:

1. Приложить на нужный участок тела на 20 минут (на область головы класть пузырь не рекомендуется. Можно, используя приспособления, подвесить пузырь на расстоянии 5 -7 см. на 20 минут (при необходимости применить повторно с интервалом 15 минут).

2. Снять пузырь, осмотреть поверхность кожи. При необходимости, приложить повторно с интервалом 30 минут (общее время воздействия не должно превышать 2 часов с учётом интервалов. По мере таяния льда воду сливать и подкладывать новые кусочки льда)

Окончание процедуры:

1. Убрать пузырь со льдом, вылить воду и удалить остатки льда.

2. Пациенту создать покой и удобное положение.

3. Обработать пузырь для льда ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе двукратно с интервалом 15 минут.

Примечание: при нарушении целостности кожных покровов медицинской сестре перед началом процедуры необходимо надеть перчатки, а после окончания – снять их и продезинфицировать.

Подготовка пациента к сеансу гиперборической оксигенации (ГБО)

Медицинская сестра должна знать:

1. Пациент перед сеансом должен быть переодет в хлопчатобумажное бельё.

2. Кожные покровы и волосы должны быть чистыми.

3. Мазевые повязки должны быть сняты.

4. Запрещается применение помады и кремов.

5. Заранее снять часы, кольца, серьги, съёмные протезы (зубные, глазные).

6. Перед сеансом опорожнить мочевого пузырь.

7. Запрещается брать в барокамеру посторонние предметы (книги, газеты).

8. Не опаздывать к назначенному времени.

9. сопровождение пациентов осуществляется палатной медицинской сестрой.

10. После сеанса категорически запрещается курить в течение трех часов.

Уход и наблюдение за пациентами после гемотрансфузии

1. У пациента, назначенного на плановое переливание крови, накануне берут кровь и мочу на общий анализ, кровь из вены для постановки пробы на индивидуальную совместимость.
2. Перед трансфузией измеряют температуру тела, артериальное давление, пациент опорожняет мочевой пузырь. Необходимо предупредить пациента о том, что за 2 часа до переливания крови не следует принимать пищу (можно выпить стакан сладкого чая).
3. После окончания переливания крови пациент в течение 2 часов остаётся в постели. За пациентом устанавливают особое наблюдение, к его жалобам внимательно прислушиваются, так как они иногда служат первыми признаками осложнений. Обо всех изменениях в состоянии пациента медицинская сестра обязана сразу же докладывать врачу.
4. Каждый час, трижды после переливания крови, измеряют температуру тела, пульс, артериальное давление. Первую посттрансфузионную мочу собирают, показывают врачу и направляют на анализ.
5. Через три часа после окончания гемотрансфузии и на следующее утро у пациента берется кровь на гемограмму.

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Обеспечение лечебно-диагностического процесса на высоком уровне достигается путем четкого взаимодействия между собой врачебного, медсестринского и младшего медицинского персонала. В решении этой задачи большую роль играют палатные медицинские сестры.

Для обеспечения качественного и эффективного ухода за пациентами палатная медицинская сестра должна знать и уметь выполнять все, что изложено в документах: «Положении о специалистах со средним медицинским и фармацевтическим образованием», «Сборнике технологий и стандартов по выполнению работ палатными медицинскими сестрами».

Предпосылкой качественной работы палатной медицинской сестры является организация системы управления и контроля текущих процессов. Прежде чем внедрить систему контроля, необходимо:

- организовать систематическую учебу палатных медицинских сестер;
- четко выполнять систему подготовки специалистов;
- организовать рабочее место палатной медицинской сестры согласно стандарту;
- соблюдать систему периодичности контроля.

Для эффективной организации контроля за работой палатных медицинских сестер в ГНОКБ разработаны критерии оценки качества их работы, которые серьезно влияют на лечебно-диагностический процесс, безопасность и состояние здоровья пациента.

Для изучения качества сестринских услуг пациентам среди них проводится анонимное анкетирование и анализ записей в Журнале отзывов и предложений.

В разработанной методике главным является контроль на рабочем месте, осуществляемый старшей медицинской сестрой, лечащим врачом, заведующим отделением в присутствии специалистов.

Оценка качества работы палатной медицинской сестры производится по единым критериям для всех отделений ГНОКБ путем:

ежедневных целенаправленных обходов;

еженедельных административно-хозяйственных обходов.

По окончании проведения контроля выявленные дефекты фиксируются в Журнале оценки качества работы сестринского медперсонала, что служит основой для анализа работы палатных медицинских сестер.

Очень важным в системе контроля является учет выявленных ошибок, их причинно-следственный анализ, организация работы по их устранению и оценка конечного результата.

Выявленные замечания разбираются на тех. учебах и конференциях в отделениях с применением мер по их устранению.

При повторном выявлении тех же дефектов проводится дополнительная учеба специалистов со сдачей зачетов.

Объективная оценка деятельности специалиста, его роли в лечебно-диагностическом процессе существенно влияет на:

получение квалификационной категории;

повышение разряда оплаты труда;

поощрение.

Методика контроля позволяет добиться укрепления исполнительской и трудовой дисциплины, роста профессионального уровня, улучшения ухода за пациентами и повышения престижа профессии медицинской сестры.