

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ»**

СБОРНИК АЛГОРИТМОВ ПРАКТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ

**ПМ 02. Участие в лечебно – диагностическом и реабилитационном
процессах
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях
Сестринский уход в терапии**

для студентов специальности

34.02.01 Сестринское дело

Ставрополь 2021 г.

сведения о сертификате ЭЦ

Владелец: Кандаурова Наталья
Владимировна, директор
Сертификат:
0298d2a100a6b37d85433743564d5a7918
Действителен: с 01.12.2025 12:39:11 по
01.03.2027 12:49:11

ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В ПОДМЫШЕЧНОЙ ВПАДИНЕ

ЦЕЛЬ: диагностическая (контроль за состоянием пациента).

ПОКАЗАНИЯ: назначения врача.

ОСНАЩЕНИЕ: мыло, медицинский термометр (ртутный), марлевые салфетки, емкости с дезрастворами, температурный лист, температурный журнал, карандаш (или ручка) черного цвета, часы.

Требования по безопасности труда при выполнении услуги: при встряхивании ртутного термометра не допускается удар одной рукой с термометром по другой руке.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ:

1. Подготовка к процедуре:

- 1.1. Приготовить сухой, чистый термометр: проверить его целостность.
- 1.2. Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры.
- 1.3. Обработать руки гигиеническим способом.
- 1.4. Резко стряхнуть ртутный термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар.
- 1.5. Помочь пациенту занять удобное положение.

2. Выполнение процедуры:

- 2.1. Осмотреть подмышечную впадину, при необходимости вытереть насухо салфеткой. Замочите салфетку в растворе дезинфектанта.
- 2.2. Расположить термометр в подмышечной области так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом.
- 2.3. Оставить термометр в подмышечной впадине не менее чем на 5 минут.

3. Окончание процедуры:

- 3.1. Извлечь термометр из подмышечной впадины, произвести считывание показаний термометра, держа его на уровне глаз.
- 3.2. Сообщить пациенту результаты измерения.
- 3.3. Встряхнуть термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар, поместить термометр в емкость для дезинфекции.
- 3.4. Обработать руки гигиеническим способом.
- 3.5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации (отметьте графически результат в температурном листе в виде кривой).

ИССЛЕДОВАНИЕ ПУЛЬСА НА ЛУЧЕВЫХ АРТЕРИЯХ

ЦЕЛЬ: оценка параметров кровообращения.

ЗАДАЧИ: определение симметричности пульса, его ритма, частоты, наполнения и напряжения.

ПОКАЗАНИЯ: назначение врача, urgentные состояния.

ОСНАЩЕНИЕ: секундомер (часы с секундной стрелкой), карандаш (или ручка) красного цвета, карта наблюдения за пациентом (температурный лист). Т

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ:

1. Предупредите пациента о предстоящей манипуляции за 15 минут.
2. Попросите пациента сесть на стул.
3. Подготовьте секундомер, карандаш красного цвета и бумагу. 8
4. Проведите гигиеническую обработку рук.

5. Положите 2-3-4-е пальцы обеих рук на тыльные поверхности предплечий, а 1-е - на их передние поверхности. Прижмите лучевые артерии к внутренним поверхностям лучевых костей.

6. Убедитесь, что пульс одинаково прощупывается на обеих руках.

7. Возьмите секундомер (часы) и подсчитайте число пульсовых волн за 1 минуту.

8. Определите в ходе пальпации: симметричность пульса, ритм (регулярность) пульсовых волн, наполнение и напряжение пульса (для этого необходимо полностью сдавить пульсирующую артерию). Примечание. Если пульс одинаков на обеих руках, остальные его свойства оценивают только на левой руке. Если пульс асимметричен, то его наполнение и напряжение исследуют поочередно, сначала на левой, а затем на правой руке.

9. Сообщите пациенту результат.

10. Помогите пациенту встать или лечь.

11. Проведите гигиеническую обработку рук.

12. Зарегистрируйте данные наблюдения в карте сестринского ухода (температурном листе в графе «П»).

Характеристики пульса: частота, ритм, наполнение и напряжение.

В норме пульс 60-80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Тахикардия – учащение пульса более 80 в мин.

Брадикардия – урежение пульса менее 60 в мин.

Аритмия – нарушение ритма (промежутки между сокращениями не одинаковые).

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЯХ

ЦЕЛЬ: оценка сердечного выброса и сосудистого тонуса.

ЗАДАЧИ: определение систолического и диастолического артериального давления по методу Н.С. Короткова.

ПОКАЗАНИЯ: назначения врача, urgentные ситуации.

ОСНАЩЕНИЕ: прибор для измерения артериального давления (прошедший ежегодную поверку средств измерения), соответствующий росту-возрастным показателям пациента, разрешенный к применению в Российской Федерации и поверенный тонометр, стетофонендоскоп, кушетка (при измерении артериального давления в положении лежа), стул (при измерении артериального давления в положении сидя), антисептическое или дезинфицирующее средство для обработки мембраны стетофонендоскопа, салфетки марлевые однократного применения, синий карандаш или ручка, карта наблюдения за пациентом (температурный лист). Условия измерения артериального давления Измерение АД должно проводиться в спокойной комфортной обстановке при комнатной температуре, после адаптации пациента к условиям кабинета в течение не менее 5-10 минут. За один час до измерения следует исключить прием пищи, курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли. При urgentных состояниях и если больной без сознания, измерение АД производится в любое время!

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ:

1. Подготовка к процедуре:

1.1. Проверьте исправность прибора для измерения артериального давления в соответствии с инструкцией о его применении.

1.2. Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры.

1.3. Обработать руки гигиеническим способом.

1.4. Придать пациенту удобное положение, усадить его или уложить.

2. *Выполнение процедуры:*

3. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх.

4. Наложить манжету прибора для измерения артериального давления на плечо пациента. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объемом руки – один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки.

2.3. Наложить два пальца левой руки на предплечье в месте прощупывания пульса.

2.4. Другой рукой закрыть вентиль груши прибора для измерения артериального давления. Постепенно произвести нагнетание воздуха грушей прибора для измерения артериального давления до исчезновения пульса. Этот уровень давления, зафиксированный на шкале прибора для измерения артериального давления, соответствует систолическому давлению.

2.5. Спустить воздух из манжеты прибора для измерения артериального давления и подготовить прибор для повторного накачивания воздуха.

2.6. Мембрану стетофонендоскопа поместить у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к коже, но не прилагая для этого усилий.

2.7. Повторно накачать манжету прибора для измерения артериального давления до уровня, превышающего полученный результат при пальцевом измерении по пульсу на 30 мм рт.ст.

2.8. Сохраняя положение стетофонендоскопа, начать спускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм рт.ст./с. При давлении более 200 мм рт.ст. допускается увеличение этого показателя до 4-5 мм рт.ст./с.

2.9. Запомнить по шкале на приборе для измерения артериального давления появление первого тона Короткова - это систолическое давление, значение которого должно совпадать с оценочным давлением, полученным пальпаторным путем по пульсу.

2.10. Отметить по шкале на приборе для измерения артериального давления прекращение громкого последнего тона Короткова - это диастолическое давление. Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона.

2.11. Снять манжету прибора для измерения артериального давления с руки пациента.

3. *Окончание процедуры*

3.1. Сообщить пациенту результат измерения артериального давления.

3.2. Обработать мембрану прибора для измерения артериального давления антисептическим или дезинфицирующим средством.

3.3. Обработать руки гигиеническим способом. 10

3.4. Записать результаты выполнения в соответствующую медицинскую документацию. Об изменении артериального давления сообщить врачу.

Положение пациента

Артериальное давление допускается определять в положении "сидя" (наиболее распространено), "лежа" и "стоя", однако во всех случаях необходимо обеспечить положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца. Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к превышению или занижению значений измерения артериального давления на 4 мм рт.ст.

В положении "сидя" измерение проводят у пациента, располагающегося в удобном кресле или на стуле, с опорой на спинку, с исключением скрещивания ног. Необходимо учитывать, что глубокое дыхание приводит к повышенной изменчивости артериального давления, поэтому необходимо информировать об этом пациента до начала измерения. Рука пациента должна быть удобно расположена на столе рядом со стулом и лежать неподвижно с упором в области локтя до конца измерения. При недостаточной высоте стола необходимо использовать специальную подставку для руки. Не допускается положение руки "на весу". Для проведения измерения артериального давления в положении "стоя" необходимо использовать специальные упоры для поддержки руки либо во время измерения поддерживать руку пациента в районе локтя.

Кратность измерений

Повторные измерения проводятся с интервалом не менее 2 мин. Во время первого визита пациента необходимо измерить артериальное давление на обеих руках. В дальнейшем целесообразно проводить эту процедуру только на одной руке, всегда отмечая, на какой именно. При выявлении устойчивой значительной асимметрии (более 10 мм рт. ст. для систолического артериального давления и 5 мм рт. ст. - для диастолического артериального давления) все последующие измерения проводят на руке, где по результатам измерения были получены более высокие значения артериального давления. В противном случае измерения проводят, как правило, на "нерабочей" руке.

Если первые два измерения артериального давления отличаются между собой не более чем на 5 мм рт. ст., измерения прекращают и за уровень артериального давления принимают среднее значение этих величин.

Если значения отличаются друг от друга более чем на 5 мм рт.ст., проводят третье измерение, которое сравнивают по приведенным выше правилам со вторым, а затем, при необходимости, и четвертым измерением. Если в ходе этого цикла выявляется прогрессивное снижение артериального давления, то необходимо дать дополнительное время для расслабления пациента. Если отмечаются разнонаправленные колебания артериального давления, то дальнейшие измерения прекращают и вычисляют среднее трех последних измерений (при этом исключают максимальные и минимальные значения артериального давления).

Особенности выполнения методики у детей до 18 лет

Артериальное давление рекомендуется измерять в одни и те же часы суток, после 10-15-минутного отдыха, на правой руке (первый раз на обеих руках), трех- 11кратно с интервалом в 3 мин. Предпочтительнее располагать манжету на уровне сердца.

Для определения артериального давления у детей используют возрастные манжеты.

СБОР МОКРОТЫ НА МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Цель: обеспечение качественной подготовки к исследованию.

Назначение процедуры: выявить физические свойства и микроскопический состав мокроты.

Показания: по назначению врача при заболеваниях органов дыхания и сердечно - сосудистой системы

Проблемы: кома, непродуктивный кашель, снижение интеллекта.

Необходимые условия: мокрота берется утром, до приёма пищи. Собирают её в отдельном от других больных, проветриваемом помещении. Медицинская сестра работает в защитной одежде (халат, маска, очки, резиновые перчатки).

Оснащение:

- чистая сухая банка с крышкой;
- бланк направления в клиническую лабораторию;
- емкости с дезинфицирующими средствами.

I. Подготовка к процедуре.

1. Накануне информировать пациента о ходе и цели манипуляции, о правилах сбора мокроты и получить его согласие.
2. Оформить направление.
3. Вечером накануне пациент должен тщательно вычистить зубы.
4. Утром натощак, перед сбором мокроты прополоскать рот кипячёной водой.

II. Выполнение процедуры.

5. Обеспечить пациента лабораторной посудой;
6. Откашлять и собрать мокроту в банку, не касаясь губами, руками краев посуды;
7. После сбора достаточного количества мокроты (не слюны!) закрыть банку крышкой и поставить её в контейнер накопитель.

III. Окончание процедуры.

8. Материал доставить с направлением в клиническую лабораторию в течение 1-2 часов после её сбора.
9. Сделать отметку о выполнении процедуры.

СБОР МОКРОТЫ НА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Цель: обеспечение качественной подготовки к исследованию.

Назначение процедуры: выявление патогенной микрофлоры, определение её чувствительности к противобактериальным лекарственным препаратам.

Показания: по назначению врача при заболеваниях органов дыхания.

Проблемы: кома, непродуктивный кашель, снижение интеллекта.

Необходимые условия: мокрота берется до начала антибактериальной терапии. Мокроту собирают утром, до приёма пищи. Собирают её в отдельном от других больных, проветриваемом помещении. Медицинская сестра работает в защитной одежде (халат, маска или респиратор, очки, резиновые перчатки).

Оснащение:

- стерильный контейнер или стерильная стеклянная банка с крышкой;
- бланк направления в бактериологическую лабораторию;
- емкости с дезинфицирующими средствами.

I. Подготовка к процедуре.

1. Накануне информировать пациента о ходе и цели манипуляции, о правилах сбора мокроты и получить его согласие выполнение процедуры.
2. Оформить направление.
3. Вечером накануне пациент должен тщательно вычистить зубы.

4. Утром натощак, перед сбором мокроты тщательно прополоскать рот кипячёной водой.

II. Выполнение процедуры.

5. Обеспечить пациента стерильной лабораторной посудой;

6. Откашливать и собрать мокроту в банку, не касаясь губами, руками краев посуды;

7. После сбора достаточного количества мокроты (не слюны!) сразу же закрыть банку крышкой и поставить её в контейнер накопитель.

III. Окончание процедуры.

8. Материал доставить с направлением в клиническую лабораторию в течение 1-2 часов после её сбора.

Хранение материала даже в условиях холода недопустимо.

9. Сделать отметку о выполнении процедуры.

ПОСТАНОВКА ГОРЧИЧНИКОВ

Цель: лечебная.

Назначение процедуры: рефлекторное расширение кровеносных сосудов внутренних органов.

Показания: острые и хронические воспалительные заболевания органов дыхания (без лихорадки), гипертонический криз, стенокардия, миозит, невралгии, радикулит.

Противопоказания: кровотечения, заболевания и повреждения кожи, опухоли, туберкулёз, аллергическая реакция на эфирные масла, повышение температуры тела.

Проблемы: повышенная чувствительность к горчице.

Осложнения: аллергическая реакция, ожог.

Оснащение:

- вода, мыло, полотенце;
- горчичники;
- водный термометр;
- лоток с водой (температура воды 40-45⁰);
- салфетка, большое махровое полотенце;
- лоток для отработанного материала;
- резиновые перчатки (не стерильные);
- мешок для использованного белья;
- емкости с дезинфицирующими средствами.

Необходимые условия: Перед применением следует проверить срок годности и качество горчичников (пригодный горчичник имеет резкий запах горчичного масла и не осыпается, если горчичники пакетированные то это условие является необязательным).

I. Подготовка к процедуре.

1. Информировать пациента о ходе и цели манипуляции и получить согласие на выполнение процедуры.
2. Вымыть руки, одеть перчатки.
3. Подготовить необходимое оснащение.
4. Помочь пациенту принять удобное положение.
5. Осмотреть кожные покровы.

II. Выполнение процедуры.

6. Опустить каждый горчичник в воду на 3-5 сек, стряхнуть и положить на нужное место.

7. Сверху положить полотенце, укрыть одеялом.
8. Через 10-15 минут снять горчичники, сбросить их в лоток.
9. Протереть кожу влажной салфеткой, а затем насухо.

III. Окончание процедуры.

10. Уложить пациента в удобное положение, укрыть, рекомендовать постельный режим на 1-2 часа.
11. Снять перчатки, вымыть руки.
12. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в карте стационарного больного.

ТЕХНИКА ПОДСЧЕТА ЧАСТОТЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ

ЦЕЛЬ: определение функционального состояния внешнего дыхания и выявление его нарушений.

ЗАДАЧИ: определение частоты дыхательных движений за 1 минуту, глубины, ритма, типа дыхания, симметричности участия обеих половин грудной клетки в акте дыхания.

ОСНАЩЕНИЕ: секундомер, карандаш, карта наблюдения за пациентом (температурный лист).

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ:

1. Проведите гигиеническую обработку рук.
2. Попросите пациента обнажить грудную клетку и лечь удобнее.
3. Смотрите на грудную клетку и оценивайте ее движения незаметно для больного (можно при этом пальпировать пульс с тем, чтобы отвлечь внимание пациента). При поверхностном дыхании положите руку на грудную клетку.
4. Возьмите секундомер и подсчитайте число дыхательных движений за 1 мин.
5. Определите в ходе наблюдения: глубину дыхания (поверхностное, глубокое), ритм дыхания (ритмичное, аритмичное), тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный), симметричность движений обеих половин грудной клетки.
6. Помогите пациенту сесть и одеться.
7. Проведите гигиеническую обработку рук.
8. Зарегистрируйте данные наблюдения в медицинской карте пациента.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА И ВОДНОГО БАЛАНСА

ЦЕЛЬ: диагностическая, определение функционального состояния мочевыделительной системы.

ЗАДАЧИ: определение суточного объема мочи и соотношения количества выделенной за сутки жидкости к количеству введенной. **ОСНАЩЕНИЕ:** мерная колба, сухая чистая посуда емкостью не менее 3 л или мочеприемник с делениями, карта наблюдения за пациентом (температурный лист).

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ:

1. Предложите пациенту опорожнить мочевой пузырь в 8 часов утра, а всю выделенную в течение суток (до 8 часов утра следующего дня) мочу собирайте в одну емкость вместимостью не менее 3 литров.
2. Измерьте общее количество мочи, выделенной за сутки.

3. Подсчитайте общее количество жидкости, выпитой больным за сутки и введенной парентерально (объем жидкости, введенной в инъекциях, выбирается из листа назначений).

4. Учтите характер потоотделения (300-500 мл летом, 150 мл – зимой), выделение жидкости с каловыми массами – в среднем 200 мл, выделение жидкости при дыхании – 250-300 мл.

5. Сложите показатели выведенной из организма жидкости и введенной жидкости.
6. Сравните две цифры (разница в норме составляет около 250 мл).

Примечание. Почасовой диурез определяют каждый час, цифры заносят в дневник наблюдения. Больным, находящимся в бессознательном состоянии, вводят катетер, который закрепляют к бедру лейкопластырем и соединяют с мочеиспускательным мешком (лучше одноразовым, но обязательно с делениями).

АНТРОПОМЕТРИЯ (исследование физического развития человека)

ЦЕЛЬ: получить объективные данные обследования пациента.

ПОКАЗАНИЯ: первичный осмотр пациента, динамическое наблюдение в процессе лечения.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: крайне тяжелое состояние пациента.

ИЗМЕРЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА

ОСНАЩЕНИЕ: мыло, индивидуальное полотенце, медицинские весы, лист наблюдения за состоянием пациента, чистые перчатки, емкости с дезинфицирующими растворами, одноразовая салфетка под ноги пациента.

НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ: Взвешивание всегда проводится в одних и тех же условиях - натощак в нательном белье после опорожнения мочевого пузыря и кишечника без обуви.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ:

1. Подготовка к процедуре:

- 1.1. Проверьте исправность и точность работы медицинских весов.
- 1.2. Установить равновесие весов, закрыть затвор (для механических конструкций).
- 1.3. Постелить салфетку одноразового применения на площадку весов.
- 1.4. Представиться пациенту, объяснить цель и последовательность выполнения предстоящей процедуры.
- 1.5. Обработать руки гигиеническим способом.

2. Выполнение процедуры:

- 2.1. Предложить пациенту раздеться до нательного белья, разуться и осторожно стать (без обуви) на середину площадки весов при опущенном затворе.
- 2.2. Придерживать пациента за руку в момент вставания на измерительную панель и следить за его равновесием в процессе проведения измерения
- 2.3. Открыть затвор весов, установить равновесие с помощью грузов, расположенных на верхней и нижней планках весов, – в результате получите массу тела пациента.
- 2.4. Закрыть затвор весов.

3. Окончание процедуры:

- 3.1. Сообщить пациенту результат.
- 3.2. Помочь пациенту сойти с площадки весов, придерживая его за руку (при необходимости).

3.3. Убрать салфетку с площадки весов и поместить ее в емкость для отходов.
3.4. Наденьте перчатки. Протрите площадку весов дезраствором двукратно. Замочите использованную ветошь в емкости для дезинфекции.

3.5. Снимите перчатки, замочите в емкости для дезинфекции.

3.6. Обработать руки гигиеническим способом.

3.5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в соответствующей графе в листе наблюдения за состоянием пациента.

Дополнительные сведения об особенностях проведения методики.

Медицинский работник должен обязательно предупредить пациента о необходимости опорожнения мочевого пузыря и кишечника до момента проведения взвешивания. Взвешивание лежачего пациента следует проводить с помощью кроватных весов в соответствии с имеющейся к ним инструкцией.

ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

ОСНАЩЕНИЕ: мыло, индивидуальное полотенце, кожный антисептик, сантиметровая лента, лист наблюдения за состоянием пациента, чистые перчатки, чистая ветошь, емкости с дезинфицирующими растворами.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ:

1. Подготовка к процедуре:

1.1. Проверить целостность сантиметровой ленты, четкость изображений.

1.2. Представиться пациенту, объяснить цель и последовательность выполнения предстоящей процедуры, получить его согласие.

1.3. Обработать руки гигиеническим способом.

1.4. Предложить (помочь) пациенту освободить грудную клетку от одежды и принять удобное положение в зависимости от состояния: сидя или стоя.

2. Выполнение процедуры:

2.1. Предложить пациенту слегка отвести руки в стороны.

2.2. Наложить сантиметровую ленту сзади – по нижним углам лопаток, спереди – по четвертому ребру. Определить по ленте значение окружности грудной клетки. При этом рекомендуется натянуть ленту и слегка прижать мягкие ткани.

2.3. Провести измерение три раза (в покое, на максимальном вдохе, на максимальном выдохе).

3. Окончание процедуры:

3.1. Сообщить пациенту результат измерения окружности грудной клетки.

3.2. Поместить сантиметровую ленту в емкость для дезинфекции.

3.3. Надеть перчатки, смочить ветошь в дезинфицирующем растворе и обработать ленту два раза с 15-минутным перерывом.

3.4. Замочить использованную ветошь в емкости с раствором дезинфектанта.

3.5. Промыть сантиметровую ленту под проточной водой, высушить, уложить в футляр.

3.6. Снимите перчатки, замочите в емкости для дезинфекции.

3.7. Обработать руки гигиеническим способом.

3.8. Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ЖИВОТА

ОСНАЩЕНИЕ: мыло, индивидуальное полотенце, кожный антисептик, сантиметровая лента, лист наблюдения за состоянием пациента, чистые перчатки, чистая ветошь, емкости с дезинфицирующими растворами.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ:

1. Предупредить пациента накануне, что утром натошак будет проводиться измерение.
2. Обработать руки гигиеническим способом.
3. Проверьте целостность сантиметровой ленты, четкость нанесенных цифр.
4. Сантиметровую ленту поместите вокруг живота: сзади – на уровне третьего поясничного позвонка, спереди – на уровне пупка.
5. Сообщить пациенту о результатах измерения.
6. Наденьте перчатки, смочите ветошь в дезинфицирующем растворе и обработайте ленту два раза с 15-минутным перерывом.
7. Сполосните сантиметровую ленту под проточной водой, высушите, уложите в футляр.
8. Снимите перчатки, замочите в емкости с раствором дезинфектанта.
9. Обработать руки гигиеническим способом.
10. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

ИЗМЕРЕНИЕ РОСТА

ОСНАЩЕНИЕ: мыло, индивидуальное полотенце, кожный антисептик, ростомер, салфетка бумажная однократного применения, чистые перчатки, емкости с дезинфицирующими растворами.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ:

1. Подготовка к процедуре:

- 1.1. Подготовить ростомер к работе в соответствии с инструкцией.
- 1.2. Представиться пациенту, объяснить цель и последовательность выполнения предстоящей процедуры, получить его согласие.
- 1.3. Положить салфетку на площадку ростомера (под ноги пациента).
- 1.4. Обработать руки гигиеническим способом.
- 1.5. Попросить пациента снять обувь и головной убор.
- 1.6. Поднять планку ростомера выше предполагаемого роста пациента.

2. Выполнение процедуры:

- 2.1. Попросить пациента встать на середину площадки ростомера так, чтобы он касался вертикальной планки ростомера пятками, ягодицами, межлопаточной областью и затылком.
- 2.2. Установить голову пациента так, чтобы кончик носа и мочка уха находились на одной горизонтальной линии.
- 2.3. Опустить планку ростомера на голову пациента.
- 2.4. Попросить пациента сойти с площадки ростомера (при необходимости помочь сойти).
- 2.5. Определить по шкале рост пациента по нижнему краю планки.

3. Окончание процедуры:

- 3.1. Сообщить пациенту о результатах измерения.

- 3.2. Снять салфетку с площадки ростомера и поместить ее в емкость для отходов.
- 3.3. Наденьте перчатки. Протрите площадку ростомера дезраствором двукратно. Замочите использованную ветошь в емкости для дезинфекции.
- 3.4. Снимите перчатки, замочите в емкости для дезинфекции.
- 3.5. Обработать руки гигиеническим способом.
- 3.6. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

ВНУТРИМЫШЕЧНАЯ ИНЪЕКЦИЯ

Цель: лечебная.

Назначение процедуры: введение лекарственных средств парентерально внутримышечно.

Показания: по назначению врача.

Противопоказания: аллергическая реакция на вводимый препарат, повреждения целостности кожных покровов, местные воспалительные процессы, наличие гематом, инфильтратов.

Проблемы: страх, боль, негативное отношение.

Осложнения: инфильтрат, абсцесс, травма нервных стволов, лекарственная эмболия, поломка иглы, аллергическая реакция.

Места введения: верхний наружный квадрант ягодицы, передняя и боковая поверхность бедра (средняя треть), дельтовидная мышца плеча, прямые мышцы живота.

Оснащение:

- вода, жидкое мыло с дозатором, одноразовое полотенце;
- маска, перчатки;
- лотки (стерильный, не стерильный), контейнеры для медицинских отходов;
- одноразовый шприц ёмкостью 5-10 мл, стерильный пинцет;
- стерильные ватные шарики, 70% спирт;
- ампулы/флаконы с лекарственными препаратами, нестерильный пинцет, пилочка;
- ёмкости с дезрастворами.

I. Подготовка к процедуре.

1. Информировать пациента о ходе и цели манипуляции, о вводимом лекарственном препарате, получить его согласие на выполнение процедуры.
2. Вымыть и осушить руки, обработать антисептиком.
3. Надеть перчатки
4. Подготовить всё необходимое оснащение.
5. Предложить/помочь пациенту занять удобное положение (лечь на живот или на бок).
6. Выбрать (осмотреть и пропальпировать) область предполагаемой инъекции.
7. Обработать перчатки ватным шариком со спиртом.
8. Дважды обработать место инъекции шариками со спиртом, 3-й шарик, смоченный в спирте положить под мизинец левой руки.

II. Выполнение процедуры.

1. Кожу в месте инъекции растянуть между первым и вторым пальцами левой руки.
2. Ввести иглу под углом 90° на 2/3 длины (4-5 см).
3. Левую руку перенести на поршень и ввести лекарственное средство.

III. Окончание процедуры.

1. Приложить ватный шарик к месту инъекции, извлечь иглу.
2. Шарик сбросить в лоток для отработанного материала.
3. Помочь пациенту встать, спросить о его самочувствии.
4. Провести дезинфекцию отработанного материала и инструментария.
5. Снять перчатки, поместить в дезраствор, вымыть руки.
6. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинской документации

ПОДКОЖНАЯ ИНЪЕКЦИЯ

Цель: лечебная.

Назначение процедуры: введение лекарственных средств парентерально подкожно.

Показания: по назначению врача.

Противопоказания: аллергическая реакция на вводимый препарат, повреждения целостности кожных покровов, местные воспалительные процессы, наличие гематом, инфильтратов.

Проблемы: страх, боль, негативное отношение.

Осложнения: инфильтрат, абсцесс, липодистрофия, лекарственная эмболия, поломка иглы, аллергическая реакция.

Места введения: средняя треть наружной поверхности плеча и бедра, поверхность передней брюшной стенки, подлопаточная область.

Оснащение:

- вода, жидкое мыло с дозатором, одноразовое полотенце;
- маска, перчатки;
- лотки (стерильный, не стерильный), контейнеры для медицинских отходов;
- одноразовый шприц ёмкостью 1-2 мл, стерильный пинцет;
- стерильные ватные шарики, 70% спирт;
- ампулы с лекарственными препаратами, нестерильный пинцет, пилочка;
- ёмкости с дезрастворами.

I. Подготовка к процедуре.

1. Информировать пациента о ходе и цели манипуляции, о вводимом лекарственном препарате, получить его согласие на выполнение процедуры.
2. Вымыть и осушить руки, обработать антисептиком.
3. Надеть перчатки
4. Подготовить всё необходимое оснащение.
5. Предложить/помочь пациенту занять удобное положение (лечь на живот или на бок).
6. Выбрать (осмотреть и пропальпировать) область предполагаемой инъекции.
7. Обработать перчатки ватным шариком со спиртом.
8. Дважды обработать место инъекции шариками со спиртом, 3-й шарик, смоченный в спирте положить под мизинец левой руки.

II. Выполнение процедуры.

1. В месте инъекции левой рукой собрать кожу в складку.
2. Ввести иглу под углом 45° на $2/3$ её длины (снизу, придерживая канюлю указательным пальцем или сверху, придерживая канюлю мизинцем).

3. Левую руку перенести на поршень и ввести лекарственное средство.

III. Окончание процедуры.

1. Приложить ватный шарик к месту инъекции, извлечь иглу.
2. Шарики сбросить в лоток для отработанного материала.
3. Помочь пациенту встать, спросить о его самочувствии.
4. Провести дезинфекцию отработанного материала и инструментария.
5. Снять перчатки, поместить в дезраствор, вымыть руки.
6. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинской документации

ПРИМЕНЕНИЕ КАРМАННОГО ИНГАЛЯТОРА

Цель: снятие приступа удушья при заболеваниях органов дыхания (бронхиальной астме, ХОБЛ), обучение пациента правилам пользования ингалятором.

Показания: по назначению врача.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость препарата.

Оснащение: проточная вода, мыло, одноразовые полотенца, кожный антисептик, карманный дозированный ингалятор, пустой ингаляционный баллончик, спирт 70⁰, стерильные ватные шарики, емкость для отходов класса «А», емкости для дезинфекции, перчатки.

I. Подготовка к манипуляции.

1. Информировать пациента о ходе и цели манипуляции, получить его согласие на выполнение процедуры. Дать информацию пациенту о лекарственном препарате и его побочных действиях.
2. Вымыть и осушить руки, одеть перчатки.
3. Подготовить необходимое оснащение.
4. Объяснить пациенту правила применения ингалятора, используя ингаляционный баллончик без лекарственного препарата.
5. Усадить пациента, если позволяет состояние пациента, то лучше проводить ингаляцию стоя.
6. Снять защитный колпачок с мундштука баллончика с аэрозолем и хорошо встряхнуть (не менее 5 раз).

Если ингалятор не использовался в течение последних двух дней, или если используется в первый раз, необходимо произвести одно распыление в воздух для того, чтобы убедиться, что ингалятор исправен.

II. Выполнение манипуляции.

1. Попросить пациента сделать спокойный глубокий выдох, держа ингалятор на удалении ото рта.
Примечание: во избежание образования конденсата на внутренних поверхностях мундштука и блокирования струи аэрозоля никогда не производится выдох через ингалятор.
2. Держа ингалятор дном вверх плотно обхватить мундштук ингалятора губами.
3. Сделать медленный глубокий вдох ртом, нажав указательным пальцем на дно баллончика, произвести вспыскивание аэрозоля.
4. Закончив глубокий вдох, вынуть ингалятор изо рта и задержать дыхание на 5 - 10 секунд.

5. Произвести спокойный выдох.
6. При необходимости проведения повторной ингаляции сделать минутную паузу, а затем повторить пункты 1 – 5.

III. Завершение манипуляции.

1. Протерезинфицировать мундштук ингалятора.
2. Закрывать защитным колпачком ингалятор.
3. Снять и продезинфицировать перчатки.
4. Вымыть, осушить руки.
5. Сделать отметку в листе назначения.

ПОДАЧА УВЛАЖНЁННОГО КИСЛОРОДА ЧЕРЕЗ НОСОВОЙ КАТЕТЕР

Цель: лечебная.

Показания: острая и хроническая дыхательная недостаточность, заболевания органов дыхания, кровообращения, ингаляционные отравления.

Проблемы: нарушенная проходимость дыхательных путей (инородные тела, бронхиальная обструкция и др.).

Осложнения: при подаче не увлажненного кислорода может быть раздражение слизистых оболочек дыхательных путей; судороги; повреждение слизистых оболочек.

Оснащение:

- вода, жидкое мыло с дозатором, одноразовое полотенце;
- стерильные перчатки;
- аппарат Боброва, дистиллированная вода;
- кислород;
- стерильный носовой катетер, лоток, глицерин, шпатель;
- лейкопластырь;
- лоток для отработанного материала;
- емкости с дезраствором.

I. Подготовка к процедуре.

1. Информировать пациента о ходе и цели манипуляции и получить его согласие на выполнение процедуры.
2. Вымыть руки и одеть перчатки.
3. В аппарат Боброва налить увлажнитель ($t 30-40^0$) на 1/2-2/3 его объема.
4. Отрезать две полоски лейкопластыря и положить на нестерильный лоток.
5. Проверить герметичность упаковки катетера, вскрыть и положить его в стерильный лоток.
6. Измерить расстояние от козелка уха до кончика носа (15-16 см) и поставить отметку на носовом катетере.

II. Выполнение процедуры.

1. Обработать перчатки 70% спиртом.
2. Обработать конец катетера стерильным глицерином или смочить дистиллированной водой.
3. Ввести катетер в нижний носовой ход до отметки.
4. Используя стерильный шпатель, осмотреть заднюю стенку глотки.
5. Зафиксировать катетер лейкопластырем к носогубной складке и щеке пациента.
6. Подсоединить катетер к аппарату Боброва (к трубке, находящейся над поверхностью жидкости), а трубку, погружённую в жидкость - к кислородному баллону, к редуктору.

7. Открыть вентиль на баллоне и отрегулировать скорость подачи кислорода (обычно 2 л/мин, либо по назначению врача).
8. Проверять состояние слизистой носа каждые 8 часов.

III. Окончание процедуры.

1. Извлечь катетер, погрузить в емкость с дезраствором.
2. Аппарат Боброва разобрать и погрузить в дезраствор.
3. Снять перчатки, погрузить в ёмкость с дезраствором.
4. Вымыть руки.
5. Провести оценку функции дыхания у пациента.

ПРИМЕНЕНИЕ КАРМАННОГО ИНГАЛЯТОРА СО СПЕЙСЕРОМ

Цель: введение аэрозоля лекарственного препарата без согласования вдоха и нажатия на дно ингалятора, уменьшение побочных эффектов ингаляционных кортикостероидов, предотвращение их системного действия.

Показания: использование карманного ингалятора по назначению врача при заболеваниях органов дыхания.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость препарата.

Оснащение: проточная вода, мыло, одноразовые полотенца, кожный антисептик, карманный дозированный ингалятор, пустой ингаляционный баллончик, спейсер, спирт 70⁰, стерильные ватные шарики, емкость для отходов класса «А», емкости для дезинфекции, перчатки.

I. Подготовка к манипуляции.

1. Информировать пациента о ходе и цели манипуляции, получить его согласие на выполнение процедуры. Дать информацию пациенту о лекарственном препарате и его побочных действиях.
2. Вымыть и осушить руки, одеть перчатки.
3. Подготовить необходимое оснащение.
4. Объяснить пациенту правила применения ингалятора со спейсером, используя ингаляционный баллончик без лекарственного препарата.
5. Усадить пациента, если позволяет состояние пациента, то лучше проводить ингаляцию стоя.
6. Снять защитный колпачок с мундштука баллончика с аэрозолем и хорошо встряхнуть (не менее 5 раз).

Примечание: если ингалятор не использовался в течение последних двух дней, или если используется в первый раз, необходимо произвести одно распыление в воздух для того, чтобы убедиться, что ингалятор исправен.

7. Вставить мундштук ингалятора в широкий конец спейсера, свободное отверстие плотно закрыть защитным колпачком.
8. Провести впрыскивание аэрозоля в спейсер, нажав на дно ингалятора.

II. Выполнение манипуляции.

1. Попросить пациента сделать спокойный глубокий выдох.
2. Снять колпачок со спейсера.
3. Плотно обхватить свободный конец спейсера губами и сделать медленный глубокий вдох ртом.

4. Закончив глубокий вдох, вынуть спейсер изо рта и задержать дыхание на 5 - 10 секунд.
5. Произвести спокойный выдох через нос.
6. При необходимости проведения повторной ингаляции сделать минутную паузу, а затем повторить пункты 1 – 5.

III. Завершение манипуляции.

1. Продезинфицировать спейсер.
2. Закрыть защитным колпачком ингалятор.
3. Снять и продезинфицировать перчатки.
4. Вымыть, осушить руки.
5. Сделать отметку в листе назначения.

ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПРЕДМЕТОВ УХОДА (ГРЕЛКИ, ПУЗЫРЯ СО ЛЬДОМ)

Цель: обеспечение качественной дезинфекции и хранения предметов ухода.

Показания: индивидуальное использование данных средств ухода.

Оснащение: проточная вода, мыло, одноразовые полотенца, перчатки, спецодежда, использованный предмет ухода, дезинфицирующее средство, емкости для дезинфекции с крышкой и маркировкой, ветошь.

Примечание: перечень основных дезинфицирующих средств и их характеристика дан в «Методических указаниях по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации предметов медицинского назначения», утвержденных МЗ России 30 декабря 1998г. № МУ – 287 – 113. Концентрация раствора, экспозиция и способ обработки выбираются в зависимости от наличия крови и биологических выделений пациента на предметах ухода.

Обязательное условие: предметы ухода дезинфицируются сразу после использования.

I. Подготовка к манипуляции.

1. Надеть спецодежду, перчатки.
2. Подготовить оснащение.
3. Залить в емкость дезинфицирующий раствор нужной концентрации.

II. Выполнение манипуляции.

Выполнение дезинфекции методом полного погружения:

1. Погрузить полностью предмет ухода, заполняя его полости в дезсредство.
2. Снять перчатки.
3. Отметить время начала дезинфекции.
4. Выдержать 60 минут (или необходимое время процесса дезинфекции данным средством).
5. Надеть перчатки.
6. Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить.

Метод двукратного протирания:

1. Протереть последовательно, двукратно, предмет ухода дезсредством, с промежутком 15 минут, используя 2 ветоши.

Примечание: следить, чтобы не оставалось необработанных промежутков на предмете ухода.

2. Дать высохнуть.

3. Вымыть предмет ухода под проточной водой, используя моющие средства, высушить.

III. Завершение манипуляции.

1. Вылить дезинфицирующий раствор в раковину (канализацию).
2. Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.

Примечание: хранить предмет ухода в специально отведенном, темном, хорошо проветриваемом месте. Во избежание слипания предметов между собой, необходимо переложить их тканной пеленкой или протальковать.

ЗАПОЛНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО Ф – 003/У

Цель: регистрация и учет стационарного больного.

Показания: госпитализация пациента в стационар.

Оснащение: медицинская карта стационарного больного Ф – 003/У

Последовательность действий:

1. Заполнить титульный лист медицинской карты стационарного больного по следующим графам указанной формы:

- порядковый номер медицинской карты стационарного больного;
- дата (число, месяц, год), время (часы, минуты) поступления;
- отделение;
- вид транспортировки;
- паспортная часть (Ф.И.О., пол, возраст, дата рождения, количество полных лет), домашний адрес, телефон, место работы, должность, телефон и адрес ближайших родственников;
- кем направлен больной;
- подчеркнуть показания, по которым пациент доставлен в стационар (экстренная или плановая госпитализация);
- диагноз направившего учреждения;
- номер, серия и сроки действия страхового полиса;
- номер и серия паспорта;

2. Сделать отметки:

- осмотр на педикулез, чесотку;
- санитарно-гигиеническая обработка;
- температура тела больного при поступлении;
- вес, рост больного;
- ознакомление с правилами внутреннего распорядка больницы.

ВНУТРИВЕННАЯ ИНЪЕКЦИЯ

Цель: введение лекарственных веществ при оказании экстренной помощи; введение препаратов, действие которых более эффективно при внутривенном вливании.

Показания: назначение врача.

Оснащение: шприц емкостью 20 мл с лекарственным веществом и иглой 40 мм, стерильные ватные шарики, смоченные 70 % раствором спирта, в стерильном лотке, перчатки, венозный жгут, клеенчатая подушка, маска, стерильные салфетки, контейнеры с

дезинфицирующим раствором для игл (иглоотсекатель) шприцев и использованного материала, 0,5 % раствор нашатырного спирта.

Место введения: вены локтевого сгиба, вены предплечья, тыльной поверхности кисти и височной области (у детей и младенцев).

Возможные проблемы пациента: отказ от манипуляции; психологический дискомфорт, страх перед возможным инфицированием, аллергической реакцией

Этапы	Обоснование
<p>I. Подготовка к процедуре</p> <p>1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес</p>	Установление контакта с пациентом
Этапы	Обоснование
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
5. Подготовить необходимое оснащение. Особое внимание обратить на отсутствие воздуха в шприце и проходимость иглы. Для проверки проходимости иглы следует расположить шприц вертикально и нажимать на поршень левой рукой до появления первой капли лекарственного препарата на конце иглы. Нажимая левой рукой на поршень дальше, необходимо вытеснить воздух до появления первой капли лекарственного раствора	Обеспечение эффективного проведения процедуры. Профилактика воздушной эмболии
<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Помочь пациенту занять положение лежа на спине или сидя, при котором хорошо доступна предполагаемая область инъекции. Попросить пациента освободить ее от одежды</p>	Обеспечение доступа к месту инъекции
2. Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место инъекции	Профилактика после инъекционных осложнений
3. Подложить под локоть пациента клеенчатую поду-	Обеспечение максимального разгиба-

шку	ния конечности в локтевом суставе
4. Надеть перчатки (если они уже надеты, обработать их ватным шариком, смоченным спиртом) и маску	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
5. Наложить жгут в средней трети плеча (на рубашку или салфетку) так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля — вниз (пульс на лучевой артерии не изменяется!). Примечание: при применении специальной венозной манжеты защелкнуть на ней клапан и потянуть за свободный конец до остановки венозного кровотока	Обеспечение доступа к венам локтевого сгиба. Снижение болезненности при наложении жгута. Профилактика образования гематом
6. Попросить больного несколько раз сжать и разжать кулак, а затем зажать его. Пропальпировать вену, определяя ее ширину, глубину залегания, направление, подвижность, наличие уплотнений стенки	Обеспечение наилучшего наполнения вен кровью. Определение наиболее удобной для инъекции вены
7. Обработать область локтевого сгиба ватными шариками, смоченными спиртом. Движение шариков осуществлять в одном направлении. Первым шариком обрабатывать площадь локтевого сгиба, вторым — непосредственно место инъекции	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала. При необходимости можно использовать дополнительные ватные шарики
8. Взять шприц в правую руку: указательный палец фиксирует канюлю иглы, остальные обхватывают цилиндр шприца	Обеспечение фиксации иглы и управления ею
Этапы	Обоснование
9. Натянуть кожу по ходу выбранной вены большим пальцем левой руки к периферии и прижать ее. Не меняя положения шприца в руке, держа иглу срезом вверх под углом до 30°, пунктировать кожу и ввести иглу на 1/3 длины параллельно вене	Обеспечение выполнения техники двухмоментного пунктирования вены
10. Продолжая левой рукой фиксировать вену, слегка изменить направление иглы и осторожно пунктировать вену до возникновения ощущения «попадания в пустоту». Зафиксировать правую руку со шприцем в данном положении	Исключение выхода иглы из вены или прокола нижней стенки вены
11. Убедиться, что игла в вене. Для этого необходимо перенести левую руку на поршень и потянуть его на себя — в шприце должна появиться кровь	Профилактика после инъекционных осложнений
12. Развязать жгут левой рукой, потянув за один из свободных концов. Попросить больного разжать	Обеспечение восстановления венозно-

кулак. Проверить, не вышла ли игла из вены. Примечание: при использовании венозной манжеты нажать левой рукой на клапан замка	го кровотока
13. Не меняя положения шприца, опять перенести левую руку на поршень. Нажимая на него, медленно ввести лекарственный раствор, оставив в шприце 1—2 мл. Во время давления левой рукой на поршень положение правой руки должно быть жестко зафиксировано	Профилактика воздушной эмболии и других осложнений. Исключение прокола второй стенки вены, выхода иглы из вены
14. Следить за общим состоянием пациента и местом инъекции во время введения раствора	Профилактика осложнений
15. Прижать к месту инъекции шарик, смоченный спиртом, извлечь иглу и согнуть руку больного в локтевом суставе. Попросить больного держать руку согнутой не менее 5 мин	Профилактика после инъекционных осложнений
16. Положить шприц в лоток. Внимание! В палате никаких действий со шприцем не проводить до его дезинфекции!	Профилактика инфекции и травматизма медицинских работников
17. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально	Обеспечение психологически комфортного состояния. Определение реакции пациента на процедуру
III. Окончание процедуры 1. Провести дезинфекцию и утилизацию перевязочного материала и одноразового инструментария. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ЗАПОЛНЕНИЕ ИНФУЗИОННОЙ СИСТЕМЫ

Цель: введение инфузионных и трансфузионных сред.

Показания: назначение врача.

Оснащение: стерильная одноразовая система, стерильные лотки, ножницы, ватные шарики, смоченные 70 % раствором спирта, флаконы с инфузионными растворами, лейкопластырь, бикс со стерильным перевязочным материалом, перчатки, стойка.

Условия: заполнение системы проводят после установления контакта с пациентом и получения от больного или его родственников согласия (только в экстренной ситуации можно обойтись без такового) на процедуру.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Подготовить необходимое оснащение. Подобрать нужную систему. Проверить срок годности и герметичность упаковки. Прочитать надпись на флаконе с инфузантом, уточнить срок годности, оценить визуально внутреннее содержимое пакета или флакона (цвет, осадок, прозрачность)	Обеспечение эффективности выполнения процедуры и безопасности пациента. Профилактика после инфузионных осложнений
II. Выполнение процедуры 1. Вскрыть и обработать крышку флакона или пакета ватным шариком. Вскрыть пакет и выложить инфузионную систему в стерильный лоток	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Снять колпачок с иглы воздуховода. Ввести иглу до упора в пробку флакона (пакета), закрепить свободный конец воздуховода вдоль флакона (это можно сделать аптечной резинкой). <i>Примечание: в некоторых системах отверстие для поступления воздуха находится непосредственно в капельнице; нужно открыть заглушку, закрывающую это отверстие</i>	Обеспечение поступления инфузионного раствора в систему во время процедуры
3. Закрыть зажим, снять колпачок с иглы на коротком конце системы и ввести ее в пробку флакона	Выведение раствора из флакона
4. Перевернуть флакон и закрепить его на штативе. Привести капельницу-фильтр в горизонтальное положение, открыть зажим, медленно заполнить капельницу до половины объема. <i>Примечание: можно заполнить капельницу другим способом, просто надавив 2—3 раза на ее корпус и добившись полного погружения фильтра в жидкость для вливания</i>	Обеспечение заполнения системы лекарственным раствором
5. Закрыть зажим и вернуть капельницу в исходное положение; фильтр должен оставаться полностью погруженным в жидкость для вливания	Профилактика постинфузионных осложнений
6. Снять колпачок с иглы для инъекций. Открыть зажим и	Проверка проходимости иглы

медленно заполнить трубку до полного вытеснения воздуха и появления раствора из инъекционной иглы, закрыть зажим. Надеть колпачок на иглу. Примечание: при заполнении безыгольной системы капли инфузанта должны показаться из соединительной канюли	для инъекции. Предупреждение инфицирования иглы
5. Убедиться в отсутствии пузырьков воздуха в трубке системы	Профилактика воздушной эмболии
III. Окончание процедуры	
6. Положить в стерильный лоток или упаковочный пакет ватные шарики, смоченные 70 % раствором спирта, стерильную салфетку. Приготовить и поместить на верхнюю часть стойки две полоски узкого (1 см) лейкопластыря длиной 4—5 см	Обеспечение инфекционной безопасности. Обеспечение фиксации иглы в вене

ВНУТРИВЕННОЕ КАПЕЛЬНОЕ ВЛИВАНИЕ

Цель: Внутривенное капельное вливание лекарственного средства.

Показания: По назначению врача.

Противопоказания: Определяет врач.

Оснащение: Проточная вода, жидкое мыло, одноразовое полотенце, маска, стерильные перчатки, штатив, резиновая подушечка, одноразовая система для внутривенного капельного введения, стерильный лоток (накрытый стерильной салфеткой с марлевыми тампонами, пинцетом, стерильными ватными шариками), резиновый жгут, салфетка (подложить под жгут), 70 % этиловый спирт, флакон и ампулы с лекарственными средствами, стерильные перчатки, не стерильный пинцет, не стерильные ножницы, 4 емкости с дезинфицирующим раствором, лейкопластырь. Аварийная аптечка.

Этапы	Примечание
Подготовить все необходимое оснащение для внутривенного капельного вливания на рабочем столе, обработанном дез.раствором (обеспечение инфекционной безопасности).	Обеспечение четкости и эффективности проведения процедуры.
Установить доброжелательные отношения с пациентом.	Обеспечение участия в процедуре.
Объясните пациенту цель и ход процедуры, получите согласие.	Обеспечение права пациента на информацию.
Наденьте маску, подготовьте руки, наденьте стерильные перчатки.	Обеспечение инфекционной безопасности.

Проверьте герметичность упаковочного материала и срок годности системы.	Обеспечение инфекционной безопасности.
Соберите со стерильного стола: лоток, 6 шариков, 3 салфетки, 2 иглы. Поставьте стерильный лоток на рабочий стол.	Обеспечение выполнения манипуляции.
Закройте стерильный стол.	Сохранение стерильности.
Вскройте упаковочный пакет не стерильными ножницами и достаньте систему (все действия проводят на рабочем столе).	
Не стерильным пинцетом вскройте центральную часть металлической крышки флакона с лекарственным препаратом, обработайте пробку флакона ватой, смоченной в 70 % спиртом.	Обеспечение инфекционной безопасности.
Снимите колпачок с воздуховода и введите до упора во флакон, свободный конец воздуховода закрепите на флаконе аптечной резинкой.	
Закройте винтовой зажим, снимите колпачок с иглы на коротком конце системы и введите эту иглу во флакон до упора.	
Переверните флакон и закрепите его на штативе.	Обеспечение заполнения системы лекарственным препаратом.
Снимите иглу вместе с колпачком с длинной трубки, держите ее в руке. Поверните капельницу в горизонтальное положение, откройте зажим. Медленно заполните капельницу до половины объема. Закройте зажим.	Обеспечение заполнения системы лекарственным препаратом.
Переведите капельницу в вертикальное положение. Фильтр должен быть полностью погружен в жидкость для переливания.	
Откройте зажим. Заполните длинную трубку системы до полного вытеснения воздуха и появления капель из соединительной канюли. Закройте зажим. Наденьте иглу для инъекции в колпачке на соединительную канюлю, проверьте ее проходимость.	Профилактика воздушной эмболии.

Отнесите к больному жгут, подушечку, две полоски узкого лейкопластыря длиной 4-5 см, штатив с капельной системой.	Обеспечение выполнения процедуры.
Возьмите стерильный лоток со всем необходимым для выполнения внутривенного капельного вливания и идите к пациенту.	
Уложите пациента в удобное положение.	Обеспечение безопасности пациента.
Обработайте руки в перчатках ватным шариком, смоченным спиртом (или смените перчатки на стерильные).	Обеспечение инфекционной безопасности.
Под лоток положите клеенчатую подушечку.	Создание максимального разгибания руки в локтевом изгибе.
Наложите воздушный жгут на среднюю треть плеча, накрытого салфеткой. Попросите пациента сжимать и разжимать пальцы, затем зажать их в кулак.	Создать искусственный венозный застой (набухание вен.)
Пропальпируйте вену.	Исключение флебитов, тромбофлебитов.
Обработайте дважды кожу пациента, на внутривенной поверхности локтевого сгиба шариками, смоченными 70 % спиртом (тампоны сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором).	Обеззараживание инъекционного поля.
Зафиксируйте вену большим пальцем левой руки, держа иглу срезом вверх (почти параллельно коже), проколите кожу, введите иглу на 1/3 длины, так чтобы она была параллельно вене, слегка измените направление иглы и осторожно пунктируйте вену, пока не ощутите «попадание в пустоту». При появлении крови развяжите жгут.	Уменьшение подвижности вены. Убедиться, что игла в вене.
Откройте зажим, выпустив небольшое количество жидкости (0,5-1 мл). Зажмите резиновую трубку и присоедините систему к канюле иглы (на токе жидкости).	Профилактика воздушной эмболии.
Отрегулируйте скорость поступления капель винтовым зажимом.	
Закрепите иглу лейкопластырем.	Уменьшается подвижность иглы.

Накройте иглу стерильной салфеткой.	Обеспечение инфекционной безопасности.
Наблюдайте за состоянием и самочувствием пациента на протяжении всей процедуры капельного вливания.	Профилактика осложнений.

РАЗВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ

Оснащение: флакон с лекарственным препаратом (антибиотиком), растворитель (0,9 % раствор натрия хлорида, вода для инъекций), стерильный шприц с иглами, стерильные ватные шарики, смоченные 70 % раствором спирта, лоток, перчатки, пинцет, бикс со стерильными салфетками.

Этапы	Обоснование
1. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности, предохранение кожи рук сестры от контакта с лекарственным средством
2. Прочитать надпись на флаконе (наименование, доза, срок годности)	Исключение ошибочного введения лекарственного средства
3. Вскрыть нестерильным пинцетом алюминиевую крышку или снять пластиковую в центре флакона с лекарственным препаратом и растворителем	Обеспечение доступа к резиновой пробке. Профилактика повреждения иглы
4. Обработать ватным шариком, смоченным спиртом, резиновую пробку флакона	Снижение обсемененности пробки микроорганизмами
5. Набрать в шприц нужное количество растворителя. Если ампулы с растворителем прилагаются к флакону с порошком, следует использовать одну из них <i>Примечание: при разведении антибиотиков на 0,1 г (100 000 ЕД) следует взять 1 мл или 0,5 мл растворителя</i>	Необходимое количество жидкости для растворения порошка указано в аннотации к препарату. Неправильно выбранный растворитель может изменить лекарственное средство и стать причиной аллергической реакции
6. Взять шприц в правую руку. Проколоть иглой резиновую пробку флакона, не касаясь порошка, и ввести растворитель	Условия для введения растворителя во флакон. Обеспечение лечебной концентрации
7. Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса и, слегка встряхивая флакон, добиться полного растворения порошка	Растворение в жидкости всего порошка, обеспечение набора в шприц необходимой дозы
8. Надеть иглу с флаконом на подыгольный конус	Обеспечение забора содержимого из флакона

9. Набрать в шприц все содержимое флакона или его часть (количество определяется разовой дозой)	При разведении антибиотиков во флаконе может оказаться не одна разовая доза
10. Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса	Отсоединение пустого флакона
11. Надеть и хорошо закрепить на подыгольном конусе иглу для инъекций	Для внутримышечной инъекции игла подбирается в зависимости от толщины подкожной клетчатки пациента и места инъекции
12. Поднять шприц строго в вертикальное положение. Выпустить через иглу 1—2 капли раствора в колпачок от одноразовой иглы	Проверка проходимости иглы для инъекции. Исключение загрязнения окружающей среды. Снижение риска развития аллергических реакций у сестры
13. Положить в стерильный лоток шприц, ватные шарики, смоченные спиртом	Подготовка к инъекции. Обеспечение инфекционной безопасности

ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕНЫ

Цель: диагностическая.

Показания: назначение врача.

Оснащение: одноразовые шприцы емкостью 10—20 мл, стерильные иглы для забора крови, штатив, стерильные ватные тампоны и салфетки, перчатки, маска, защитные очки, 70 % раствор этилового спирта, металлический контейнер с ячейками для транспортировки пробирок в лабораторию, клеенчатая подушечка, жгут, емкость с дезраствором, аптечка анти-ВИЧ.

Обязательное условие: медсестра производит взятие материала, одевшись по форме: халат, шапочка, маска, защитные очки, перчатки.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес. Объяснить пациенту цель и суть проведения процедуры. Получить его согласие на нее	Установление контакта с пациентом. Психологическая подготовка к манипуляции. Соблюдение прав пациента

2. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры
4. Помочь пациенту занять положение (лежа на спине или сидя), при котором хорошо доступна предполагаемая область пункции. Попросить пациента освободить соответствующий участок тела от одежды	Обеспечение доступа к месту инъекции
5. Осмотреть и путем пальпации выбрать непосредственное место пункции. <i>Примечание: чаще используются вены локтевого сгиба, реже вены кисти или предплечья</i>	Профилактика осложнений
6. Надеть маску, защитные очки, перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры	Обеспечение максимального разгибания конечности в локтевом суставе
I. Подложить под локоть пациента клеенчатую подушку	
2. Наложить жгут в средней трети плеча (на рубашку или марлевую салфетку) так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля — вниз, проверить пульс на лучевой артерии. <i>Примечание: при наложении жгута женщине не использовать руку на стороне мастэктомии; при применении специальной венозной манжеты зацелкнуть на ней клапан и потянуть за свободный конец до остановки венозного кровотока (пульс не должен исчезнуть после наложения жгута)</i>	Обеспечение доступа к венам локтевого сгиба. Снижение болезненности при наложении жгута
3. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак, зажать его. Пропальпировать вену, определяя ее ширину, глубину залегания, направление, подвижность, наличие уплотнений. Примечание: все действия после наложения жгута следует выполнять быстро и последовательно: длительный стаз (1 мин) способен вызвать изменения концентрации белков на 5—15 %, газов крови, электролитов (K, Ca), билирубина, показателей коагулограммы	Обеспечение наилучшего наполнения вен кровью. Определение наиболее удобной для пункции вены
4. Обработать перчатки ватным шариком, смоченным	Обеспечение инфекционной

<p>спиртом.</p> <p>Обработать область локтевого сгиба двумя ватными шариками, смоченными спиртом. Движение шариков осуществлять в одном направлении. Первым шариком обрабатывать площадь локтевого сгиба, вторым — непосредственно место пункции</p>	<p>безопасности</p>
<p>5. Взять шприц в правую руку: указательный палец фиксирует канюлю иглы, остальные обхватывают цилиндр шприца</p>	<p>Обеспечение фиксации и управления иглой</p>
<p>6. Натянуть кожу по ходу выбранной вены большим пальцем левой руки к периферии и прижать ее, фиксируя вену. Держа иглу срезом вверх, не меняя положения шприца в руке, под углом до 30° пунктировать кожу и ввести иглу на 1/3 длины параллельно вене</p>	<p>Осуществление техники двухмоментной пункции вены</p>
<p>7. Продолжая левой рукой фиксировать вену, слегка изменить направление иглы (примерно на 15°) и осторожно пунктировать вену, пока не возникнет ощущение «попадания в пустоту». Зафиксировать правую руку со шприцем в данном положении. Примечание: можно использовать одномоментный способ пункции вены</p>	<p>Профилактика выхода иглы из вен или прокола нижней стенки вены</p>
<p>8. Убедиться, что игла в вене: перенести левую руку на поршень и потянуть его на себя — в шприце должна появиться кровь</p>	<p>Профилактика осложнений</p>
<p>9. Продолжая медленно тянуть на себя поршень, набрать в шприц необходимое количество крови. Следить за общим состоянием пациента.</p> <p>Примечание: чересчур быстрое всасывание и использование игл слишком большого диаметра вызывает частичный гемолиз крови; применение закрытых вакуумных пробирок со специальными иглами заметно убыстряет процесс сбора крови и снижает риск гемолиза</p>	<p>Обеспечение эффективности процедуры</p>
<p>10. Попросить пациента разжать кулак. Развязать жгут, потянув за один из свободных концов. Примечание: при использовании венозной манжеты нажать левой рукой на клапан замка</p>	<p>Восстановление венозного кровотока</p>
<p>11. Прижать, не надавливая на вену, к месту пункции шарик, смоченный спиртом, извлечь иглу и согнуть руку пациента в локтевом суставе. Попросить пациента держать руку согнутой не менее 5 мин</p>	<p>Профилактика осложнений</p>

12. Осторожно медленно выпустить кровь из шприца по стенке в пробирку. Поместить шприц в лоток для использованного материала. Закрыть пробирку резиновой пробкой	Профилактика гемолиза крови. Обеспечение инфекционной безопасности
13. Спросить пациента о самочувствии. Убедиться, что наружное кровотечение в области пункции отсутствует. Забрать шарик, фиксирующий место пункции, и поместить его в дезраствор	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Обеспечить доставку крови в лабораторию	Обеспечение своевременной доставки в лабораторию
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Подвергнуть дезинфекции использованный инструментарий с последующей утилизацией одноразового. Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента. После получения результатов исследования вклеить бланк в карту стационарного больного	Обеспечение преемственности сестринского ухода
Критерии оценки и контроля качества выполнения	
Наличие записи о выполнении	
Своевременность выполнения и доставки в лабораторию	
Отсутствие осложнений Удовлетворенность пациента	
Достоверность результата исследования	

ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ВЕНЫ В ВАКУУМНЫЕ КОНТЕЙНЕРЫ

Цель: диагностическая.

Оснащение: венозный жгут, вакуумная система для забора крови: вакуумная пробирка (1 и более), держатель, двухсторонняя игла (2—3), стерильные ватные тампоны, стерильные перчатки, контейнер для утилизации игл, маска, защитные очки, лоток, 70 % раствор этилового спирта (или другой кожный антисептик), контейнер с ячейками для транспортировки пробирок в лабораторию, аптечка анти-ВИЧ, 0,5 % раствор нашатырного спирта.

Обязательное условие: медсестра производит взятие материала, одевшись по форме: халат, шапочка, маска, защитные очки, перчатки.

Этапы	Обоснование
-------	-------------

<p>I. Подготовка к процедуре</p> <p>1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес</p>	<p>Установление контакта с пациентом</p>
<p>2. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры</p>	<p>Психологическая подготовка к манипуляции</p>
<p>3. Получить согласие пациента на процедуру</p>	<p>Соблюдение прав пациента</p>
<p>4. Вымыть и осушить руки</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала</p>
<p>5. Подготовить необходимое оснащение. Оформить направления</p>	<p>Обеспечение эффективного проведения процедуры</p>
<p>6. Надеть маску, защитные очки</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала</p>
<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Помочь пациенту занять удобное положение (лежа на спине или сидя), при котором хорошо доступна предполагаемая область пункции. Попросить пациента освободить соответствующий участок тела от одежды. Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место пункции</p>	<p>Обеспечение доступа к месту инъекции. Профилактика осложнений</p>
<p>2. Подложить под локоть пациента клеенчатую подушку</p>	<p>Обеспечение максимального разгибания конечности в локтевом суставе</p>
<p>3. Надеть перчатки</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>4. Наложить венозную манжету в средней трети плеча, защелкнуть на ней клапан и потянуть за свободный конец до остановки венозного кровотока (пульс на лучевой артерии не изменяется!). Примечание: можно наложить одноразовый жгут</p>	<p>Обеспечение доступа к венам локтевого сгиба. Снижение болезненности при наложении жгута. Профилактика образования гематом</p>
<p>5. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак, а затем зажать его. Поступательными движениями от периферии к центру помассировать предплечье пациента. Пропальпировать вену, определяя ее ширину, глубину залегания, направление, плотность и</p>	<p>Обеспечение наилучшего наполнения вен кровью</p>

подвижность	
6. Обработать область локтевого сгиба ватными шариками, смоченными спиртом. Движение шариков осуществлять в одном направлении. Первым шариком обработать площадь локтевого сгиба, вторым — непосредственно место пункции	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
7. Взять иглу левой рукой за цветной колпачок (зеленый, желтый, черный), правой вывернуть и снять белый защитный колпачок	Обеспечение безопасной технологии
8. Ввернуть в иглодержатель освободившийся конец иглы в резиновом чехле и закрутить его до упора	Профилактика осложнений в процессе забора крови
9. Снять цветной защитный колпачок с другого конца иглы	Подготовка к пункции
10. Зафиксировать выбранную вену большим пальцем левой руки: потянуть кожу к периферии по ходу вены и прижать ее. Ввести систему держатель—игла в вену пациента, как это делается при обычной процедуре взятия крови шприцем. Примечание: в этот момент кровь не проходит по игле, так как второй конец закрыт резиновой мембраной	Обеспечение технологии выполнения процедуры
11. Зафиксировать держатель левой рукой, правой взять пробирку и вставить ее крышкой в держатель	Профилактика выхода иглы из вены или прокола ее нижней стенки
12. Удерживать выступы держателя указательным и средним пальцем правой руки, большим пальцем надеть пробирку на иглу до упора (игла прокалывает резиновую мембрану и резиновую пробку в крышке пробирки, из-за чего образуется канал между пробиркой с вакуумом и полостью вены)	Обеспечение безопасности процедуры
13. Ослабить венозную манжету, нажав левой рукой на клапан замка, или ослабить жгут, как только кровь начнет поступать в пробирку	Выполнение технологии процедуры
14. Извлечь пробирку из держателя после заполнения ее до необходимого объема (кровь поступает в пробирку до тех пор, пока не компенсируется созданный в пробирке вакуум)	Обеспечение эффективности процедуры
15. Перемешать содержимое пробирки (при использовании пробирок с добавками), аккуратно перевернув ее нужное количество раз, и поставить в штатив.	Обеспечение достоверности результатов исследования

Примечание: от момента наложения манжеты до перемешивания крови в пробирке должно пройти не более 2 мин	
16. Вставить в держатель следующую пробирку. Повторить описанные в пунктах 14, 15 действия, меняя пробирки необходимое число раз (резиновая мембрана при снятии пробирки с иглы возвращается в исходное положение и перекрывает ток крови по игле)	Продолжение процедуры
17. Прижать к месту пункции шарик, смоченный спиртом, и извлечь держатель с иглой из вены после того, как заполнится последняя пробирка. Закрывать иглу (сразу же) защитным чехлом держателя или иглы	Обеспечение инфекционной безопасности, профилактика травм
18. Поместить иглу с держателем в специальный контейнер. Попросить больного держать руку согнутой в суставе не менее 5 мин	Профилактика осложнений
19. Поместить ватный шарик по прошествии положенного времени в контейнер с дезинфектантом или попросить пациента сделать это самостоятельно	Обеспечение инфекционной безопасности
20. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально	Профилактика и своевременная диагностика осложнений, обеспечение психологического комфорта пациента
21. Промаркировать пробирки, установить их в контейнер с ячейками и отправить в лабораторию	Обеспечение доставки в лабораторию
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности (утилизация и дезинфекция вакуумных систем подобна утилизации одноразовых шприцев)
1. Снять и протереть очки, перчатки и маску, замочить в дезинфицирующем растворе. Утилизировать использованный инструментарий	
2. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. После получения результатов исследования вклеить бланк в карту стационарного больного	Обеспечение преемственности сестринского ухода
Проблемы медсестры по ходу забора крови	Действия медсестры
Игла в вене, пробирка в держателе, кровь в пробирку не поступает. Причина: игла не попала в вену или	Вынуть пробирку из держателя. Благодаря эластичности пробки вакуум пробирке полностью

пропунктировала ее насквозь	сохранится. Попытаться изменить положение иглы вене, при отсутствии эффекта сменить иглу
Пробирка не заполнилась до указанного на этикетке объема. Причина: коллапс вены; в пробирку попал воздух (это возможно, если игла с надетой пробиркой находилась вне вены)	Вынуть пробирку из держателя, подождать пока вена наполнится и снова вставить пробирку. Если предполагается исследование сыворотки и объем крови для него достаточен, ее можно использовать. Если в пробирке анти-коагулянт, соотношение его с кровью будет нарушено, поэтому следует повторить забор в новую пробирку

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Показания: лечебное и диагностическое (экзогенные и эндогенные интоксикации).

Противопоказания: желудочные кровотечения, острые воспалительные заболевания пищевода и желудка, сужение пищевода.

Проблемы: нарушение сознания, снижение интеллекта, психомоторное возбуждение.

Осложнения: попадание зонда в дыхательные пути, аспирационная пневмония, повреждение пищевода.

Оснащение:

- вода, жидкое мыло с дозатором, одноразовое полотенце;
- перчатки, маска;
- 2 клеёнчатых фартука;
- стерильный толстый желудочный зонд (длина 150 см), воронка емкостью до 1 л;
- салфетки/полотенца, лотки;
- емкость с водой не менее 10 л, кружка или ковш;
- ёмкость для промывных вод;
- ёмкости с дезрастворами;
- банка для сбора промывных вод на исследование, бланк направления пробы в лабораторию, контейнер для доставки биологического материала в лабораторию.

I. Подготовка к процедуре.

1. Информировать пациента о ходе и цели манипуляции, получить его согласие на выполнение процедуры.
2. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла и антисептика).
3. Подготовить всё необходимое оснащение.
4. Усадить пациента на стул, надеть на него фартук, у ног поставить таз.
5. Надеть перчатки, маску, фартук.
6. Определить расстояние до желудка (с помощью шёлковой нити измерить расстояние от резцов до пупка + ширина ладони пациента), сделать отметку на зонде.
7. Смочить слепой конец зонда водой.

II. Выполнение процедуры.

8. Предложить пациенту открыть рот и глубоко дышать через нос.

9. Правой рукой взять зонд как писчее перо, положить слепой конец зонда на корень языка.
10. Предложить пациенту сделать глотательное движение.
11. Ввести зонд до отметки.
12. Присоединить воронку к зонду на уровне колен.
13. Налить 1 л воды, поднять воронку медленно вверх, как только вода достигает устья воронки доливать до тех пор, пока воронка окажется над головой пациента.
14. Несколько раз медленно опускать воронку и снова поднимать, не допуская выливания промывных вод, пока вода помутнеет.
15. Вылить часть содержимого в банку для лабораторного исследования, а остальное в таз.
16. Промывание повторять до чистых промывных вод.

III. Окончание процедуры.

17. Обернуть зонд салфеткой/полотенцем и осторожно удалить из желудка.
18. Зонд и салфетку поместить в емкости с дезрастворами.
19. Дать пациенту воду для полоскания рта, снять с него фартук и уложить в постель.
20. Банку с промывными водами поставить в контейнер
21. Провести дезинфекцию промывных вод, использованных предметов ухода.
22. Снять перчатки и погрузить их в дезраствор, вымыть руки.
23. Выписать направление и организовать доставку материала в лабораторию.

ПОСТАНОВКА ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ

Назначение процедуры: диагностическое, лечебное.

Показания: подготовка к исследованию ЖКТ, органов мочевого выделения, подготовка к эндоскопии кишечника, запоры, перед операциями и родами, при отравлениях, перед постановкой лекарственной или питательной клизм.

Противопоказания: желудочно-кишечные кровотечения, острые воспалительные процессы прямой кишки, злокачественные новообразования прямой кишки, первые дни после операции на ЖКТ, трещины и выпадение прямой кишки, тяжёлые заболевания сердца.

Осложнения: кровотечения, выпадение прямой кишки, раздражение слизистой оболочки кишечника, повреждение стенки кишечника.

Оснащение:

- вода, жидкое мыло с дозатором;
- полотенце, перчатки, фартук, маска;
- ширма;
- пеленка, клеенка;
- судно, штатив;
- кружка Эсмарха, стерильный наконечник;
- вода 1,5-2 л (температура воды при спастическом запоре 40-42⁰, при атоническом – 12-14⁰С, в других случаях – 18-20⁰С);
- вазелин, шпатель, туалетная бумага.
- ветошь, мешок для грязного белья, емкости с дезраствором.

I. Подготовка к процедуре.

1. Информировать пациента о ходе и цели манипуляции и получить его согласие на проведение процедуры.

2. Вымыть руки, надеть перчатки, маску, фартук.
3. Налить в кружку Эсмарха 1,5-2 л воды нужной температуры.
4. Присоединить стерильный наконечник, открыть вентиль, выпустить из системы воздух, закрыть, смазать наконечник вазелином.
5. На кушетку постелить клеенку, пеленку, уложить пациента на левый бок, ноги его согнуты в коленях и приведены к животу.

II. Выполнение процедуры.

6. Развести ягодицы 1-м и 2-м пальцами левой руки, правой ввести наконечник по направлению к пупку на 3-4 см, затем параллельно позвоночнику на 8-10 см.
7. Открыть вентиль, вода должна поступать в кишечник.
8. После опорожнения кружки Эсмарха закрыть вентиль.
9. Извлечь наконечник, используя салфетку, отсоединить его от трубки и сбросить в лоток для отработанного материала.
10. Пациент должен удерживать воду 5-10 минут, затем опорожнить кишечник.

III. Окончание процедуры.

11. Провести дезинфекцию инструментария и отработанного материала.
12. Провести гигиенические мероприятия больному.
14. Снять перчатки и поместить их в дезраствор, вымыть руки.

ПРИМЕНЕНИЕ ГРЕЛКИ

Цель: лечебная.

Механизм действия: тепло способствует расширению сосудов колеи и подлежащих органов, оказывает согревающее, рассасывающее и болеутоляющее действие.

Показания: местные воспалительные процессы колеи, подкожной клетчатки и суставов; озноб; переохлаждение; хронические воспалительные процессы в брюшной полости (хронический гастрит и другие) по назначению врача.

Противопоказания: острые воспалительные процессы в брюшной полости (острый аппендицит, холецистит, панкреатит, перитонит и др.); внутренние кровотечения; ушибы в первые часы и сутки; инфицированные раны; высокая лихорадка; опухоли; маститы, тромбофлебиты; повреждение кожных покровов; новообразования.

Оснащение: резиновая грелка; кувшин с горячей водой $t = 60-70^{\circ} \text{C}$; пеленка; водный термометр.

Возможные проблемы пациента: риск возникновения ожогов в связи с пониженной чувствительностью кожи у тяжелобольных или в связи с ее отсутствием; пигментация кожи в связи с частым применением грелки на одно и то же место; сильное жжение в области соприкосновения кожи с грелкой.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре: 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, приходилось ли ему встречаться с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как он ее перенес.	Установление контакта с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей	Психологическая подготовка к

процедуры, если он с нею незнаком.	манипуляции.
3. Получить его согласие	Соблюдение прав пациента.
4. Подготовить необходимое оснащение.	Достижение эффективности процедуры.
5. Вымыть и осушить руки	Профилактика ВБИ.
II. Выполнение процедуры:	Обеспечение лучшего контакта грелки с телом. Профилактика ожогов кожи пациента.
6. Налить в грелку на 2/3 ее объема приготовленную в кувшине воду, слегка сжать ее у горловины, выпустить воздух и закрутить пробку.	
7. Перевернуть грелку пробкой вниз, проверить, не выливается ли вода. Обернуть грелку пленкой	Проверка герметичности. Профилактика перегревания кожи.
8. Положить грелку на нужную область тела. При необходимости длительного применения грелки (по назначению врача) менять воду по мере остывания. Каждые 20 минут следует делать 15-20-минутный перерыв.	Обеспечение лечебного эффекта. Предупреждение местного перегревания и ожога кожи.
9. Снять грелку.	Продолжительное непрерывное применение грелки может привести к парезу сосудов внутренних органов и тканей.
10. Осмотреть кожу пациента в области соприкосновения с грелкой.	Оценка чувствительности кожи: она должна быть слегка гиперемирована.
11. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально.	Обеспечение физического и психологического комфорта.
III. Окончание процедуры:	Обеспечение инфекционной безопасности.
12. Вылить воду из грелки. Проздезинфицировать грелку.	
13. Вымыть и осушить руки.	
14. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинской документации.	Обеспечение преемственности сестринского ухода.

ПРИМЕНЕНИЕ ПУЗЫРЯ ДЛЯ ЛЬДА

Назначение процедуры: лечебное

Показания: назначение врача при кровотечении, высокой лихорадке, укусе насекомых, ушибы (первые сутки), острые воспалительные процессы в брюшной полости.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло с дозатором, одноразовое полотенце, или кожный антисептик, пузырь для льда, емкость с кусочками льда, емкость с водой температурой 12 – 14°С, водный термометр, пленка, перчатки, емкость с дезраствором и ветошью (2 штуки) для дезинфекции пузыря для льда, емкости с дезраствором для дезинфекции ветоши, перчаток, мешок для грязного белья, контейнер для отходов группы «А», ист назначения, ручка.

1. Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры, получить его согласие.
 2. Вымыть руки, осушить одноразовым полотенцем или обработать кожным антисептиком.
 3. Подготовить необходимое оборудование.
 4. Осмотреть место применения пузыря для льда.
- 2. Выполнение процедуры**
5. Заполнить пузырь для льда на $1/2$ объема мелкими кусочками льда.
 6. Налить 200 мл холодной воды температурой 12 -14°С.
 7. Положить пузырь на ровную поверхность, вытеснить воздух из пузыря, плотно завинтить пробку.
 8. Обернуть пузырь пленкой.
 9. Положить на нужный участок тела на 20 минут, на область головы на 5 минут.
 10. Зафиксировать время.
- Примечание:** каждые 20 минут необходимо делать перерыв на 10-15 минут, общее воздействие не должно превышать 2 часов.
11. По мере таяния льда в пузыре воду сливают и подкладывают новые кусочки льда.
- 3. Завершение процедуры**
12. Снять пузырь со льдом, вылить воду удалить остатки льда.
 13. Полотенце поместить в мешок для грязного белья.
 14. Придать пациенту удобное положение, спросить его о самочувствии.
 15. Надеть перчатки. Обработать пузырь для льда ветошью, смоченной в дезрастворе, дважды с интервалом 15 минут.
 16. Ветошь погрузить в емкость дезраствором.
 17. Снять перчатки и погрузить их в емкость с дезраствором.
 18. Вымыть и осушить руки одноразовым полотенцем, или обработать кожным антисептиком.
 19. Сделать отметку в листе назначения о выполненной процедуре.

МЕТОДИКА СНЯТИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ

Цель: Регистрация биоэлектрической активной сердечной мышцы.

Показания: По назначению врача.

Противопоказания: Синдром психического возбуждения.

Оснащение: Проточная вода, жидкое мыло с дозатором или кожный антисептик, диспенсер с одноразовыми полотенцами, электрокардиограф, комплект электродов, провод заземления, диаграммная лента, гель или паста для снятия ЭКГ, марлевые прокладки, салфетки, кровать (кушетка), индивидуальные постельные принадлежности, емкости для дезинфекции, дезинфицирующие растворы, контейнер для отходов группы А, непромокаемый мешок для грязного белья

Этапы	Примечание
Доброжелательно представьтесь пациенту, уточните, как к нему обращаться.	Установление контакта с пациентом.

Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.	Концентрация внимания пациента на процедуре. Пациент не должен волноваться.
Получить согласие пациента на процедуру.	Соблюдение прав пациента.
Помочь пациенту снять одежду (руки, ноги, грудь должны быть без одежды). Уложить пациента на кушетку в горизонтальное положение.	Необходимо обеспечить доступ к коже для наложение электродов.
Заправить прибор диаграммной лентой.	Обеспечение выполнения манипуляции.
Заземлить прибор (при отсутствии специального заземления можно использовать трубы с холодной водой, но не трубы парового отопления).	Исключение электротравмы.
Включить прибор в сеть.	
Нажать кнопку «ВКЛ», при этом загорится сигнальная лампочка.	
Поставить скорость 50 мм в сек/1мв = 10 мм.	
Установить ручку переключения отведения в положение «К» (калибровка).	
Установить перо на середине диаграммной ленты, ручкой смещения пера.	
Включить лентопротяжный механизм (включив кнопку «Запись»).	
Записать калибровочный сигнал 1 мв = 10 мм прерывисто нажимая на кнопку 1 мв 4-5 раз.	Для контроля высоты звука.
Вымыть руки.	Элемент гигиены.
Наложить электроды, смазанные электродным гелем или пастой на внутренней поверхности нижней трети предплечий и голени, плотно, но не туго. При отсутствии геля или пасты, положить под электроды марлевые прокладки (3-4 слоя) смоченные физиологическим или мыльным раствором.	Улучшает электропроводность.
Наложить грудной электрод в позицию V ₁ (4 межреберье справа у края грудины).	
Подсоединить провода кабеля отведения к гнездам электродов: ➤ правая нога – черный провод; ➤ левая нога – зеленый провод; ➤ правая рука – красный провод; ➤ левая рука – желтый провод; ➤ к грудным электродам – белый провод.	Обеспечивается запись необходимых отведений.
Попросить пациента расслабиться, лежать спокойно, не разговаривать.	Обеспечивается качество записи ЭКГ.

<p>Записать ЭКГ в 12 отведениях в следующей последовательности:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ установить переключатель отведений в положение I; ➤ наложить кнопку «УСП» (успокоение) и проконтролировать прохождение сигналов ЭКГ по отключению пера; ➤ опустить кнопку «УСП»; ➤ нажать на кнопку «ЗАПИСЬ»; ➤ записать не менее 4 циклов. 	
Провести зрительный контроль ЭКГ после записи, обозначить отведения I, II, III, AVR, AVL, AVF.	Контроль качества записи ЭКГ.
<p>Установить переключатель для регистрации грудных отведений в положение V, а грудной электрод последовательно установить в одной из следующих позиций:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ V₁ – 4 м/р по правому краю грудины; ➤ V₂ – 4 м/р по левому краю грудины; ➤ V₃ – посередине между V₂ и V₄; ➤ V₄ – 5 м/р слева по средней ключичной линии; ➤ V₅ – на уровне V₄ слева по передней подмышечной линии; ➤ V₆ – на уровне V₄ слева по средне подмышечной линии. 	Обеспечивается запись грудных отведений.
Зарегистрировать контрольный МВ (калибровочный сигнал).	Для контроля высоты.
Выключить электрокардиограф.	Запись сделана.
Отсоединить электроды от пациента.	
Помочь пациенту встать, одеться.	
Вымыть руки.	Элемент гигиены.
Оформить ЭКГ пленку (Ф.И.О., возраст, дату, отделение, палату, адрес, номер истории болезни).	
Обработать электроды согласно действующим нормативом по санэпидрежиму.	Обеспечение инфекционной безопасности.

ПОСТАНОВКА СОГРЕВАЮЩЕГО КОМПРЕССА

Назначение процедуры: лечебное.

Показания: инфильтраты, местные воспалительные процессы на коже, заболевания суставов, воспаление среднего уха, ушибы, растяжения через сутки после травмы.

Противопоказания: гнойничковые заболевания кожи, раны, опухоли, травмы (первые сутки), лихорадка.

Проблемы: раздражение кожи.

Оснащение:

- вода, жидкое мыло с дозатором;
- полотенце, перчатки (не стерильные);
- марлевая салфетка в 6-8 слоев;
- спирт 40-45 градусов или вода комнатной температуры;
- компрессная бумага, вата, бинт; полотенце для пациента, емкости с дезрастворами.

I. Подготовка к процедуре.

1. Информировать пациента о ходе и цели манипуляции и получить его согласие на выполнение процедуры.
2. Вымыть руки.
3. Придать пациенту удобное положение, осмотреть кожные покровы.
4. Смочить салфетку в спиртовом растворе или воде $t\ 20-22^0$, отжать.

II. Выполнение процедуры.

5. Приложить салфетку к нужному месту, сверху – компрессную бумагу, слой ваты (каждый последующий слой перекрывает предыдущий на 2 см по периметру).
6. Закрепить компресс бинтом
7. Продолжительность процедуры – 6-8 часов (компресс на основе спирта) или 8-10 часов (если салфетку смочили в воде).
8. Через 1,5-2 часа проверить правильность наложения компресса, ввести палец под повязку и, если салфетка влажная и тёплая, то компресс наложен правильно.

III. Окончание процедуры.

9. Надеть перчатки, снять компресс (после высыхания салфетки), осмотреть кожу (должна быть умеренно гиперемированная и теплая).
10. Протереть кожу, при необходимости наложить сухую повязку, а через 1 час можно повторить процедуру при необходимости.
11. Салфетку поместить в дезраствор.
12. Снять перчатки, вымыть руки.

ВЗЯТИЕ КАЛА ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель: диагностическая.

Показания: кишечные инфекции; обследование.

Оснащение: стерильная пробирка с консервантом и стерильной металлической петлей (одноразовая стерильная трубка Циммана), перчатки, стерильный шпатель, пеленка (если процедура выполняется в постели); ширма (если процедура выполняется в многоместной палате), клеенка, направление.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес. Объяснить пациенту цель и процесс проведения предстоящей процедуры. Получить его согласие на нее	Установление контакта с пациентом. Психологическая подготовка к манипуляции. Соблюдение прав пациента
2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности

3. Подготовить необходимое оснащение. Поставить ширму (при необходимости)	Обеспечение эффективного проведения процедуры. Обеспечение психологического комфорта
<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Помочь пациенту лечь на левый бок с согнутыми и притянутыми к животу ногами.</p> <p><i>Примечание: если пациенту противопоказано положение на левом боку, то манипуляцию следует осуществлять в положении пациента лежа на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами</i></p>	Учет анатомо-физиологических особенностей прямой и сигмовидной кишки. Облегчение введения металлической петли
2. Положить под ягодицы пациента клеенку, а на нее — впитывающую пеленку	Исключение загрязнения постели, обеспечение инфекционной безопасности
3. Раздвинуть ягодицы I и II пальцами левой руки. Правой рукой взять из пробирки металлическую петлю и ввести вращательными движениями в прямую кишку на глубину 8—10 см, собирая содержимое со стенок	Технология взятия материала
<p>4. Извлечь петлю из прямой кишки и поместить в пробирку с консервантом, не касаясь наружной стороны пробирки и других предметов.</p> <p><i>Примечание: в условиях стационара кал можно взять непосредственно из судна стерильным шпателем сразу после акта дефекации</i></p>	Обеспечение инфекционной безопасности. Обеспечение достоверности результата
5. Убрать пеленку и клеенку и поместить их в мешок для использованного материала. Снять перчатки и поместить их в контейнер с дезинфектантом. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
5. Помочь пациенту занять удобное положение. Накрыть его. Удостовериться, что он чувствует себя нормально. Убрать ширму.	Обеспечение психического комфорта
<p>7. Обеспечить доставку емкости с направлением в бактериологическую лабораторию.</p> <p><i>Примечание: в некоторых случаях допускается хранение пробирки с консервантом в холодильнике при температуре 3—4 °С не более 12 ч</i></p>	Обеспечение условий для проведения исследования
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопас-

1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового	ности
2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ВЗЯТИЕ КАЛА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НА СКРЫТУЮ КРОВЬ

Цель: диагностическая.

Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвы кишечника, циррозы печени.

Оснащение: чистая сухая стеклянная емкость, направление, шпатель, перчатки.

Этапы	Обоснование
<p>I. Подготовка к процедуре за 3—5 дней до исследования</p> <p>1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес</p>	Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки к манипуляции
<p>2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры: кал собирается в день исследования утром после опорожнения кишечника в судно (без воды)</p>	Обеспечение достоверности результата, так как продолжительное хранение фекалий при комнатной температуре и наличие воды снижают достоверность результата
<p>3. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре: соблюдение в течение 3—5 дней перед сбором кала диеты, в которой исключаются мясные и рыбные блюда, а также зеленые овощи, гранаты, яблоки, гречневая каша; нельзя принимать лекарственные препараты, содержащие железо, йод, бром, висмут</p>	Обеспечение достоверности результатов исследования: содержащиеся в этих продуктах вещества могут приводить к ложноположительному результату
<p>4. Уточнить у пациента или его родственников, нет ли у него другого источника кровотечения (десны, кровохаркание, геморрой, менструация), приводящего к ложноположительному результату. В случае поло-</p>	Обеспечение достоверности результата исследования

жительного ответа дать рекомендации, позволяющие исключить попадание крови в фекалии (в особых случаях следует проконсультироваться у врача)	
5. Попросить пациента повторить всю информацию. При необходимости дать ему письменную инструкцию	Контроль уровня сформированное знаний. Обеспечение достоверности результата исследования
6. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
II. Подготовка к процедуре в день исследования	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
1. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	
2. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры
III. Выполнение процедуры	Обеспечение достоверности результата. Обеспечение инфекционной безопасности
1. Взять шпателем после акта дефекации 5—10 г фекалий из нескольких мест и поместить их в подготовленную емкость. Закрыть емкость крышкой	
2. Поместить шпатель и перчатки в контейнер с дезинфектантом. Вымыть руки (социальный способ)	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Обеспечить доставку емкости с направлением в клиническую лабораторию. Примечание: допускается хранение емкости с фекалиями при температуре 3—5 °С не более 8 ч	Обеспечение условий для проведения исследования
IV. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового	
2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ ПРИ РВОТЕ

Цель: оказать помощь при рвоте

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло с дозатором или кожный антисептик, диспенсер с одноразовыми полотенцами, таз, перчатки стерильные, перчатки нестерильные, клеенчатый фартук, индивидуальное полотенце, малые салфетки для ухода за полостью рта, раствор для полоскания полости рта, электроотсос или грушевидный

баллончик, емкости с дезраствором – 2шт., ветошь, чистая емкость для сбора рвотных масс на исследование, контейнер для отходов группы А, непромокаемый контейнер для белья.

Подготовка к процедуре

Пациент в сознании	Пациент ослаблен или без сознания
<ol style="list-style-type: none"> 1.Сообщить врачу. 2.Вымыть и осушить руки, или обработать кожным антисептиком. 3.Подготовить необходимое оснащение. 4.Усадить пациента на стул, надеть на него клеенчатый фартук. 5.Поставить к ногам пациента таз. 6.Попросить пациента снять зубные протезы. Дать в руки полотенце. 7.Надеть перчатки 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вымыть и осушить руки. 2. Придать пациенту устойчивое боковое положение или повернуть голову на бок. 3. Вызвать врача. 4. Убрать подушку. 5. Удалить зубные протезы. 6. Накрыть клеенкой шею и грудь. 7. Подставить ко рту почкообразный лоток. 8. Надеть перчатки
Выполнение процедуры	
<ol style="list-style-type: none"> 8. Придерживать голову пациента во время акта рвоты, положив на его лоб свою ладонь. 9. Предложить пациенту прополоскать рот после каждого акта рвоты; вытереть лицо полотенцем. 10. Обеспечить пациенту психологический и физиологический покой. 11. Оставить рвотные массы до прихода врача. 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Отсосать электроотсосом или грушевидным баллончиком из полости рта, носа рвотные массы 10. Осуществить уход за полостью рта и носа после каждого акта рвоты.
Окончание процедуры	
<ol style="list-style-type: none"> 12. Обработать фартук ветошью, смоченной в дезрастворе (ДЕО-ХЛОР), дважды с интервалом 15 мин. 13. Погрузить ветошь в емкость с дезраствором . 	

14. Снять перчатки, поместить в емкость с дезраствором (0,06% раствор Форекс – хлор дисолид на 60 минут).

15. Вымыть и осушить руки одноразовым полотенцем.

ТЕХНИКА НАБОРА И ВВЕДЕНИЯ ПРОСТОГО ИНСУЛИНА

Цель: Снижения уровня глюкозы в крови, введение точной дозы в определенное время.

Показания: Строго по назначению врача:

- Сахарный диабет I тип;
- Гипергликемическая кома.

Противопоказания: Определяет врач.

Осложнения: Кристаллизация раствора, выпадение осадка, аллергическая реакция, постинсулиновая липодистрофия.

Оснащение: Инсулиновый стерильный шприц и 2 иглы, флакон с инсулином, лоток стерильный, стерильные ватные шарики, 70 % этиловый спирт, стерильные ножницы и пинцет в емкости с 6 % раствором перекиси водорода, жидкое мыло, одноразовое полотенце или кожный антисептик, терильные перчатки, маска, не стерильный пинцет, емкость для отходов группы «А», емкости для отходов группы «Б» с дезраствором для одноразовых игл, шприцев, ватных шариков, перчаток, для обработки поверхностей.

Этапы	Обоснование
Информируйте пациента о назначенном лечении инсулином, месте, времени инъекции.	Психологическая подготовка пациента к предстоящей манипуляции.
Сообщите пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате.	Соблюдение прав пациента.
Выньте флаконы инсулина из холодильника за 2 часа до инъекции (температура инсулина должна быть 36 ⁰ С).	Обеспечение эффективного всасывания препарата.
Проверьте срок годности, герметичность флакона, название инсулина, дозу.	Обеспечение безопасности пациента. Исключение ошибочного введения лек. средства.
Вымойте руки, наденьте стерильные перчатки.	Обеспечение инфекционной безопасности. Безопасность м/с.
Вскрыть пакет, собрать шприц.	Соблюдение правил антисептики.
Вскройте центральную часть металлического колпачка флакона не стерильным пинцетом. Пинцет поместите в лоток для отработанного материала.	Обеспечивается доступ к резиновой пробке. Исключается повреждение иглы.
Обработайте резиновую пробку ватным шариком, смоченным 70 % этиловым спиртом, поместите шарик в лоток для отработанного материала. Дождитесь, чтобы спирт испарился.	Уменьшается обсеменение пробки микроорганизмами. Спирт разрушает инсулин.
Возьмите стерильный шприц с иглой. Определите «цену» деления шприца. Проколите иглой резиновую пробку и переверните флакон вверх дном, держа его на уровне глаз.	Обеспечивается возможность набора заданной дозы инсулина.

Наберите инсулин в шприц на 2-4 единицы больше, чем назначено, наденьте колпачок на иглу.	Обеспечивается точность введения заданной дозы инсулина после набора из флакона и вытеснения воздуха из шприца.
Снимите стерильным пинцетом иглу с флаконам, положите ее в емкость с дезинфицирующим раствором.	Обеспечение инфекционной безопасности.
Стерильным пинцетом оденьте и закрепите стерильную иглу для подкожной инъекции. Пинцет поместите в емкость с 6% перекись водорода. Выпустить 2-4 единицы инсулина в стеклянную емкость.	Обеспечивается инфекционная безопасность выполнения процедуры. Проверка проходимости иглы. Профилактика воздушной эмболии. Исключается загрязнение окружающей среды.
Шприц с инсулином поместите в стерильный лоток внутри стерильной салфетки.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
Придайте пациенту удобное положение.	Создание комфортного состояния, снятие напряжения.
Обработайте руки в перчатках шариком смоченным 70 % спиртом или замените перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
Определите место инъекции. Обработайте место инъекции стерильным шариком со спиртом площадью 10x10 в одном направлении, затем вторым шариком место инъекции площадью 5x5 в одном направлении, подождите пока спирт испарится.	Обеззараживание инъекционного поля. Предупреждения всасывания спирта через прокол в коже, что может привести к осложнениям.
Выполните подкожную инъекцию: - возьмите шприц в правую руку, вторым пальцем придерживайте муфту иглы, пятым пальцем поршень, а остальными цилиндр; - захватите кожу в месте инъекции в складку первым и вторым пальцами – левой руки; - введите иглу в складку кожи под углом 45 ⁰ , на 2/3 ее длины; - перенесите левую руку на поршень; - оттяните слегка поршень на себя, убедитесь, что игла не попала в сосуд (отсутствие крови в шприце); - введите медленно инсулин; - прижмите сухим стерильным шариком место инъекции и быстрым движением извлеките иглу.	Обеспечивается правильность выполнения подкожной инъекции. Соблюдение техники введения. Исключается попадание препарата в кровеносный сосуд. Спирт разлагает инсулин.
Сбросьте шприц, иглы, использованные шарики в емкость для дезинфекции.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
Спросите пациента о самочувствии. Напомните пациенту о необходимости принятия углеводистой пищи не позднее 30'.	Профилактика гипогликемии.

Вымойте руки с мылом, осушите одноразовым полотенцем или обработайте кожным антисептиком.	Обеспечивается безопасность.	инфекционная
---	------------------------------	--------------

СБОР МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ

Назначение процедуры: диагностическое.

Показания: исследование функций почек.

Проблемы: острая и хроническая задержка мочи.

Оснащение:

- 10 чистых сухих баночек для сбора мочи, 8 - с указанием номера порции и времени сбора;
- Направление в лабораторию.

I. Подготовка к процедуре.

1. Информировать пациента о ходе и цели манипуляции, правилах сбора мочи, получить согласие пациента на её выполнение.
2. Оформить направление, промаркировать 8 баночек (номер порции, время сбора), две поставить без маркировки и выдать их пациенту.

II. Выполнение процедуры.

3. Утром в 6.00 пациент мочится в унитаз, затем в течение суток, через каждые 3 часа собирает мочу в отдельные баночки, при необходимости использует пустую, при этом маркирует её соответственно собираемой порции, при отсутствии мочи ставит пустую банку.
4. Последнюю порцию мочи пациент собирает в 6 часов утра следующего дня.
5. В течение суток медицинская сестра контролирует процесс сбора мочи.

III. Окончание процедуры.

6. Утром следующего дня медсестра доставляет все порции мочи в клиническую лабораторию.

СБОР МОЧИ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДУ НЕЧИПОРЕНКО

Цель: получить достоверную информацию о количественном составе лейкоцитов, эритроцитов, цилиндров в моче.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло с дозатором, диспенсер с одноразовыми полотенцами, чистая, сухая стеклянная банка, объемом 100 – 200мл с крышкой, направление в лабораторию, необходимые принадлежности для подмывания, лист назначений, ручка.

Подготовка к процедуре

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель и ход процедуры и получить его согласие.
3. Обучить пациента правилам подготовки посуды для сбора мочи: сухая, чистая, стеклянная баночка (в условиях стационара обеспечить пациента посудой для сбора мочи).
4. Обучить пациента правилам проведения туалета наружных половых органов.
5. Оформить направление в лабораторию.

Выполнение процедуры

6. Предложить пациенту утром подмыться самостоятельно.
7. Выделить первую струю мочи в унитаз (или судно) на счет «1», «2». Задержать мочеиспускание.

8. Выделить среднюю порцию мочи в баночку с крышкой не менее 10мл. задержать мочеиспускание, отставить баночку .
9. Завершить мочеиспускание в унитаз.

Окончание процедуры

10. Прикрепить направление в лабораторию и сразу доставить емкость с мочой в клиническую лабораторию.
11. Сделать отметку в листе назначения о выполненной манипуляции.

Примечание: в норме в 1мл мочи содержится до 2000 лейкоцитов, до 1000 эритроцитов, до 220 цилиндров.

СБОР МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ

Цель: диагностическая.

Показания: заболевания органов мочевыделительной системы.

Оснащение: 8 чистых сухих емкостей с направлениями, 2—3 дополнительные емкости.

Этапы	Обоснование
1. Подготовка к процедуре 1. Подготовку проводить накануне днем или вечером	Учет особенности процедуры
2. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
3. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
4. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных условиях: объяснить пациенту, что для сбора мочи следует приготовить 8 основных и 1—2 дополнительных чистых стеклянных емкостей объемом 250—500 мл; к 8 основным прикрепить этикетки с указанием времени сбора мочи (6—9, 9—12, 12—... и т.д.), к дополнительным — не прикреплять; дать направление на исследование, заполнив его по форме; объяснить пациенту, куда и в какое время он/ семья должны принести все емкости с мочой и направление	Обеспечение проведения исследования
5. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных и стационарных условиях: объяснить, что сбор мочи будет проходить сутки, водно-пищевой режим — обычный, за сутки отменяются мочегонные средства (действие мочегонных искажает истинный суточный диурез; обильное питье влияет на показатели концентрационной функции почек).	Обеспечение достоверности результатов исследования

<p>В день начала исследования, в 6 утра, необходимо помочиться в унитаз; далее вся моча собирается в отдельные емкости каждые три часа (6—9, 9—12, 12-15, 15-18, 18-21, 21-24, 24-3, 3-6). Объяснить, что дополнительные банки используют, если емкость основной банки недостаточна для конкретной порции, в этом случае необходимо на дополнительной емкости указать соответствующий временной промежуток; если мочи за обозначенный промежуток времени не было, то соответствующая емкость доставляется в лабораторию пустой. В условиях стационара предупредить пациента, что емкости хранятся в туалете/санитарной комнате (ночью медсестра пациента разбудит); указать место и время, куда принести емкости с мочой</p>	
<p>6. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мочи. При необходимости дать письменную инструкцию</p>	<p>Контроль сформированного уровня знаний и умений</p>
<p>7. Указать, к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медсестры (к ошибочным результатам исследования)</p>	<p>Обеспечение эффективности исследования</p>
<p>8. Получить согласие пациента на проведение процедуры</p>	<p>Соблюдение прав пациента</p>
<p>II. Выполнение процедуры в стационаре</p> <p>1. Проконтролировать действия пациента по сбору мочи на исследование</p>	<p>Обеспечение сбора материала</p>
<p>2. Доставить емкости с мочой в клиническую лабораторию на исследование</p>	<p>Обеспечение условий для проведения исследования</p>
<p>III. Окончание процедуры в стационаре</p> <p>1. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные на следующий день результаты исследования в документацию</p>	<p>Обеспечение преемственности сестринского ухода</p>

СБОР МОЧИ НА ОБЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Цель: диагностическая

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло с дозатором, диспенсер с одноразовыми полотенцами, чистая, сухая стеклянная банка, объемом 200 – 300мл с крышкой, направление в лабораторию, необходимые принадлежности для подмывания, лист назначения, ручка.

Подготовка к процедуре

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры и получить его согласие.

3. Обучить пациента правильно подготовить сосуд для сбора мочи: чистую, сухую, стеклянную баночку емкостью 200-300мл.
4. Обучить пациента проведению туалета наружных половых органов.
5. Оформить направление на исследование.

Выполнение процедуры

6. Предложить пациенту подмыться утром самостоятельно и собрать «среднюю порцию мочи» 100-200мл в емкость.
7. Обеспечить контроль сбора мочи пациентом.

Окончание процедуры

8. Прикрепить направление и в течение часа доставить емкость с мочой в клиническую лабораторию.
9. Сделать отметку в листе назначению о выполненной процедуре.

ВЗЯТИЕ МОЧИ НА САХАР

Цель: диагностическая

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло с дозатором, диспенсер с одноразовыми полотенцами, чистая, сухая стеклянная банка объемом 3 л с крышкой, емкость вместимостью 150-200мл, стеклянная палочка, направление в лабораторию, лист назначения, ручка.

Примечание: емкость для сбора мочи хранить в прохладном месте.

Подготовка к процедуре

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры и получить его согласие.
3. Обучить пациента правильно подготовить емкости для сбора мочи: чистую, сухую, стеклянную банку емкостью 2-5л и банку емкостью 200-300мл для доставки мочи в лабораторию.
4. Объяснить пациенту, что он должен соблюдать обычный водно-пищевой режим и собирать мочу в течение суток.
5. Оформить направление на исследование.

Выполнение процедуры

6. Обучить пациента технике сбора мочи для исследования:
 - * в 6 часов предложить пациенту выпустить мочу в унитаз
 - * собрать всю выделяемую мочу в большую банку в течение суток (до 6 час. следующего дня)
7. Измерить общее количество мочи (суточный диурез), записать количество мочи в направление.
8. Перемешать суточное количество мочи в банке.
9. Отлить 100-200мл в отдельно приготовленную баночку для доставки в лабораторию.

Окончание процедуры

10. Прикрепить направление и сразу доставить емкость с мочой в клиническую лабораторию.
11. Сделать отметку в листе назначению о выполненной процедуре.

УХОД ЗА КОЖЕЙ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ, ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

Цель: предупреждение образования пролежней, определение степени риска развития пролежней.

Показания: риск образования пролежней.

Противопоказания: нет.

Оснащение: вода, мыло, полотенце, перчатки, фартук, постельное и нательное белье, прорезиненный мешок для грязного белья, резиновые круги помещенные в чехлы, ватно-марлевые круги, стерильные салфетки и тампоны, лотки, стерильный пинцет, емкости для дезинфекции, один из антисептических растворов: 10% раствор камфорного спирта (подогретый до 38°C), 40% этиловый спирт, 0,5% раствор нашатырного спирта, 6% раствор столового уксуса.

I. Подготовка к процедуре.

1. Информировать пациента о ходе и цели манипуляции и получить его согласие на выполнение процедуры.
2. Вымыть, осушить руки, надеть перчатки, фартук.

II. Выполнение процедуры.

4. Снять нательное белье. Осмотреть места наиболее частого образования пролежней (область крестца, копчика, лопаток, пятки, локти, затылок).
5. Провести гигиенические мероприятия кожных покровов.
6. Обработать кожные покровы антисептическим раствором, этим же тампоном можно сделать легкий массаж.
7. Заменить нательное и постельное белье.
8. При необходимости подложить под крестец и копчик резиновый круг, так чтобы крестец находился над его отверстием.
9. Подложить ватно-марлевые круги под локти, пятки, затылок, лопатки или можно использовать противопролежневый матрас.

III. Окончание процедуры.

10. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.
11. Провести дезинфекцию перчаток.
12. Сделать отметку о проделанной манипуляции в документации.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РУК

ЦЕЛЬ: обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала, удаление загрязнений и снижение количества микроорганизмов.

ПОКАЗАНИЯ: перед непосредственным контактом с пациентом; после контакта с неповрежденной кожей пациента (пальпация, измерение пульса, артериального давления и т.п.); после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками; перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом; после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента; после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами; после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием.

Гигиеническая обработка рук проводится двумя способами:

- мытье рук мылом и водой;

- обработка рук кожным антисептиком.

НЕОБХОДИМЫЕ УСЛОВИЯ: коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений.

ОСНАЩЕНИЕ:

1. Кран: локтевой - в процедурном кабинете, перевязочной, операционном блоке и на посту медицинской сестры отделения для новорожденных; с барашками - на посту палатной медсестры и в кабинете амбулаторного приема.

2. Мыло жидкое с дозатором.
3. Индивидуальное полотенце (салфетки).
4. Приспособление для чистки ногтей.
5. Емкость для утилизации салфеток.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ:

1. Проверьте целостность кожи, снимите часы и украшения с рук. Поднимите рукава одежды выше уровня локтя.

2. Откройте кран.
3. Увлажните кисти рук и предплечья.

4. Нанесите жидкое мыло на ладонную поверхность кистей рук (кусковое мыло можно использовать только однократно!).

5. Намыливайте руки, повторяя каждое движение не менее 5 раз в следующей последовательности:

- ладонь к ладони;
- правая ладонь над левым тылом;
- левая ладонь над правым тылом;
- ладонь к ладони, пальцы одной руки в межпальцевых промежутках другой;
- «замочек» - ладонные поверхности 1-й и 2-й фаланг пальцев одной руки к другой;
- вращательное трение больших пальцев;
- вращательное трение ладоней.

6. Область под ногтями вычистите приспособлением для чистки ногтей под проточной водой.

7. Держите руки так, чтобы кисти находились выше локтей, не касались раковины.

8. Промойте руки проточной водой до удаления мыла, позволив воде свободно стекать вниз по руке от наиболее чистой области к грязной.

9. Закройте кран локтем или полотенцем.

10. Промокательными движениями высушите руки полотенцем (одноразовым бумажным или тканевым), которым затем закрыть кран.

11. Сбросьте полотенце, салфетку в емкость для отработанного материала.

Примечание. Процесс мытья рук длится не более 1,5–2 минут. Гигиеническую обработку рук спиртосодержащим или другим разрешенным к применению антисептиком (без их предварительного мытья) проводят путем втирания его в кожу кистей рук в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

Техника мытья и антисептической обработки рук каждое движение повторяется не менее 5 раз

1. Тереть ладонью о ладонь
2. Лево́й ладонью по тыльной стороне правой кисти и наоборот
3. Тереть ладони со скрещенными растопыренными пальцами
4. Тыльной стороной согнутых пальцев по ладони другой руки
5. Поочередно круговыми движениями тереть большие пальцы рук
6. Поочередно разнонаправленными круговыми движениями тереть ладони кончиками пальцев противоположной руки.