ЧАСТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«АКАДЕМИЧЕСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ»
ЧПОУ АМК

УТВЕРЖДАЮ
Директор ЧПОУ АМК

_____С.Н.Мартусенко
_____ 2022 года

Фонд оценочных средств по профессиональному модулю

ПМ. 04. ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТ ПО ОДНОЙ ИЛИ НЕСКОЛЬКИМ ПРОФЕССИЯМ РАБОЧИХ И ДОЛЖНОСТЯМ СЛУЖАЩИХ

для специальности

34.02.01 СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

Фонд оценочных средств разработан на
основе рабочей программы дисциплины ПМ.04 Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих и должностям служащих и в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело,
утверждённым приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 мая 2014 г. № 502.

Михайловск, 2022

Фонд оценочных средств предназначен для контроля качества обучения студентов специальности 34.02.01 Сестринское дело, базовой подготовки
очная форма получения образования по дисциплине ПМ.04 Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих и должностям служащих

Организация-разработчик: Частное профессиональное образовательное учреждение «Академический многопрофильный колледж»

СОГЛАСОВАНО

Главная медицинская сестра
ГБУЗ СК «Шпаковская
районная больница»

Н.В.Волобуева

«23» мая 2022г.

СОДЕРЖАНИЕ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА 4

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ 4

2. ФОРМЫ КОНТРОЛЯ И ОЦЕНИВАНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ…6

3. КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ…….……7

3.1. МДК 04.01 Теория и практика сестринского дела 8

3.2. МДК 04.02 Безопасная больничная среда для пациентов и персонала 16

3.3. МДК 04.03 Технология оказания медицинских услуг 23

4. КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ 48

4.1. Задания к комплексному дифференцированному зачету по Учебной практике 02 МДК 04.02 Теория и практика сестринского дела МДК 04.02 ,МДК 04.02 Безопасная больничная среда для пациентов и персонала 48

4.2. Задания кдифференцированному зачету по Учебной практике 03 по МДК 04.03 Технология оказания медицинских услуг ……...66

4.3. Задания к дифференцированному зачету по Производственной практике 100

4.4. Задания к квалификационному экзамену по ПМ 04 Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих (младшая медицинская сестра) 101

5. Критерии и шкалы для интегрированной оценки уровня сформированности компетенций……322

5.1. Критерии оценки 322

Приложение 1…..... 325

Список использованных источников 328

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Цель фонда оценочных средств. Оценочные средства предназначены для контроля и оценки образовательных достижений обучающихся, освоивших программу учебной дисциплины ПМ. 04 Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих (младшая медицинская сестра). Перечень видов оценочных средств соответствует Рабочей программе дисциплины.

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

Структура и содержание заданий – задания разработаны в соответствии с рабочей программой дисциплины ПМ. 04 Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих (младшая медицинская сестра).

1. ПАСПОРТ КОМПЛЕКТА ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

В результате освоения профессионального модуля ПМ 04 «Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих (младшая медицинская сестра)» обучающийся должен:

иметь практический опыт:

1. выявления нарушенных потребностей пациента;
2. оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий;
3. планирования и осуществления сестринского ухода;
4. ведения медицинской документации
5. обеспечения санитарных условий в учреждениях здравоохранения и на дому;
6. обеспечения гигиенических условий при получении и доставке лечебного питания для пациентов в ЛПУ;
7. применения средств транспортировки пациентов и средств малой механизации с учетом основ эргономики;
8. соблюдения требований техники безопасности и противопожарной безопасности при уходе за пациентом во время проведения процедур иманипуляций

уметь:

1. собирать информацию о состоянии здоровья пациента;
2. определять проблемы пациента, связанные с состоянием его здоровья;
3. оказывать помощь медицинской сестре в подготовке пациента к лечебно-диагностическим мероприятиям;
4. оказывать помощь при потере, смерти, горе;
5. осуществлять посмертный уход;
6. обеспечить безопасную больничную среду для пациента, его окружения иперсонала;
7. проводить текущую и генеральную уборку помещений с использованиемразличных дезинфицирующих средств;
8. составлять памятки для пациента и его окружения по вопросам ухода и самоухода, инфекционной безопасности, физических нагрузок, употребления продуктов питания и т.д.;

9. использовать правила эргономики в процессе сестринского ухода и обеспечения безопасного перемещения больного

знать:

1. способы реализации сестринского ухода;
2. технологии выполнения медицинских услуг
3. факторы, влияющие на безопасность пациента и персонала;
4. принципы санитарно-гигиенического воспитания и образования среди населения;
5. основы профилактики внутрибольничной инфекции;
6. основы эргономики

освоить ПК:

ПК 4.1.	Эффективно общаться с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности.
ПК 4.2.	Соблюдать принципы профессиональной этики.
ПК 4.3.	Осуществлять уход за пациентами различных возрастных групп в условиях учреждения здравоохранения и на дому.
ПК 4.4.	Консультировать пациента и его окружение по вопросам ухода и самоухода.
ПК 4.5.	Оформлять медицинскую документацию.
ПК 4.6.	Оказывать медицинские услуги в пределах своих полномочий.
ПК 4.7.	Обеспечивать инфекционную безопасность.
ПК 4.8.	Обеспечивать безопасную больничную среду для пациента и персонала
ПК 4.9.	Участвовать в санитарно-просветительской работе среди населения.
ПК 4.10	Владеть основами гигиенического питания.
ПК 4.11.	Обеспечивать производственную санитарию и личную гигиену на рабочем месте.

освоить ОК:

ОК 1	Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес
ОК 2	Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество
ОК 3	Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность
ОК 4	Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития
ОК 5	Использовать информационно-коммуникационные технологии впрофессиональной деятельности
ОК 6	Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями
ОК 7	Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий
ОК 8	Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации
ОК 9	Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности

ОК 10 Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия

ОК 11 Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку

ОК 12 Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности

ОК 13 Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей

2. ФОРМЫ КОНТРОЛЯ И ОЦЕНИВАНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

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

МДК профессионального модуля	Проверяемые ОК, ПК, ИП, З, У.	Форма текущего контроля и оценивания
МДК 04.01 Теория и практика сестринского дела	ПК 4.1, ПК 4.2, ПК 4.4, ПК 4.5, ПК 4.11; ОК 1-13; ИП 3,4; У 1,2.	КИМы по МДК 04.01 в форме тестовых заданий
МДК 04.02 Безопасная больничная среда для пациентов и персонала	ПК 4.1, ПК4.2, ПК 4.5, ПК 4.7, ПК 4.8, ПК 4.11. ОК 1-13; ИП 4-8; У 6-9; З 3-6.	КИМы по МДК 04.02 в форме тестовых заданий, задач
МДК 04.03 Технология оказания медицинских услуг	ПК 4.1-4.11 ОК 1-13, ИП 1-8; У 1-9; З 1-6.	КИМы по МДК 04.02 в форме тестовых заданий, задач
УП 01	ПК 4.1, ПК4.2, ПК 4.5, ПК 4.7, ПК 4.8, ПК 4.11, ОК 1-13; ИП 4-8; У 6-9; З 3-6.	ФОС к УП 01
УП 02	ПК 4.1-4.11 ОК 1-13; ИП 1-8; У 1-9; З 1-6.	ФОС к УП 02
Квалификационный экзамен	ПК 4.1-4.11 ОК 1-13; ИП 1-8; У 1-9; З 1-6.	ФОС к квалификационному экзамену ПМ 04

3. КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ

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

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

3.1 Типовые задания для оценки сформированности ПК 4.1, ПК 4.2, ПК 4.4, ПК 4.5,ПК 4.11; ОК 1-13; ИП 3,4; У 1,2.
Кимы к МДК 04.01. Теория и практика сестринского дела
СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

Дайте правильный ответ:

1. Основоположница сестринского дела _____.
2. Первым организатором службы сестринской помощи в России был _____.
3. В 1844 году в Санкт-Петербурге по инициативе великой княгини Александры Николаевны и принцессы Терезии Ольденбургской была основана первая в России _____.
4. Автор положения, что «цель сестринского дела – помочь человеку в удовлетворении его личных потребностей», которые были описаны им как 14 видов повседневной деятельности _____.
5. Наука о профессиональных обязанностях медицинского работника перед пациентами, их родственниками, коллегами и обществом называется _____.
6. Философское учение о морали, ее развитии, принципах, нормах и роли в обществе называется_____.
7. Первый уровень в пирамиде человеческих ценностей (потребностей) психолога А. Маслоу _____.
8. Иерархия основных человеческих потребностей предложена американским психологом ____.
9. Второй этап сестринского процесса заключается в _____.
10. Приоритетная физиологическая проблема пациента _____.
11. Третий этап сестринского процесса заключается в _____.
12. Оценка сестринского процесса позволяет определить _____.

Выберите один правильный ответ.

13. **Метод организации и практического осуществления медсестрой своейобязанности по обслуживанию пациента** –

А) диагностика болезней Б) лечебный процесс
В) сестринский процесс
Г) профилактика заболеваний

14. **Второй этап сестринского процесса** –

А) сестринское обследование
Б) установление проблем пациента
В) планирование объема сестринских вмешательств Г) определение целей сестринского ухода

15. **Оценка сестринского процесса позволяет определить**

А) быстроту сестринского ухода Б) продолжительность болезни
В) качество сестринского ухода
Г) причины болезней

16. **Субъективный метод сестринского обследования** –

А) расспрос пациента

Б) определение отеков
В) измерение
АД Г) осмотр
пациента

17. **Третий этап сестринского процесса** –
А) обследование пациента
Б) установление проблем пациента
В) выполнение сестринских вмешательств
Г) составление плана ухода

18. **Цель первого этапа сестринского процесса —**
А) обследование пациента
Б) составление плана ухода
В) выполнение сестринских
вмешательств Г) оценка качества
сестринского ухода

19.**Сестринский процесс – метод организации оказания помощи**
А) неотло
жной Б)
медицинск
ой
В) сестринской
Г) клинической

20. **Оценка состояния пациента – этап сестринского процесса**
А) первый
Б) второй
В) третий
Г) четвертый

21. **Определение потребностей пациента сестра определяет в период**
А) обследования пациента
Б) постановки целей ухода
В) определения объема сестринских
вмешательств Г) реализации плана
сестринских вмешательств

22. **Беседа с пациентом –метод обследования**
А) объективный В) дополнительный
Б) субъективный Г) клинический

23. **Измерение роста и определение массы тела – метод обследования**
А) субъективный В) дополнительный
Б) объективный Г) клинический

24. **Исследования ЧДД, пульса, АД – метод обследования пациента**
А) дополнительный
Б)
объективны
й В)
клинический
Г)
субъективны
й

25. **Антропометрическое исследование включает определение**
А) массы тела
Б) температуры тела
В) пу

льса
Г) АД
26. **Приоритетная физиологическая проблема пациента –**
А) боль
Б) беспокойство
В) слабость
Г) отсутствие аппетита
27. **Данные лабораторных исследований – источник информации**
А) первичн
ый Б)
субъективн
ый
В) дополнительный
Г) основной
28. **Социальная проблема пациента –**
А) конфликт в семье
Б) недержание мочи
В) страх
операции Г)
нарушение
сна
29. **Психологическая проблема пациента –**
А) нарушение сна
Б) невозможность посещать церковь
В) боязнь потери работы
Г) безработица
30. **Потенциальная физиологическая проблема пациента –**
А) риск появления опрелостей
Б) недержание мочи
В) риск суицидальной
попыткиГ) нарушение сна
31. **Физиологическая проблема пациента –**
А) нарушение сна
Б) невозможность посещать церковь
В) боязнь потери
работы Г)
материальные
трудности
32. **Цель сестринского процесса –**
А) сбор информации о пациенте
Б) обеспечение достойного качества жизни
В) установление характера сестринских
вмешательств Г) оценка качества сестринского
уход

ОБУЧЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Выберите один правильный ответ.
1. Основное условие сестринской деятельности –
А) эмоциональная
неустойчивость Б) жесткость
руководства
В) узкая эрудиция
Г) профессиональная компетенция

2. Наглядность обучения –
А) беседа
Б) демонстрация
В) лекция
Г) предметы ухода
3. Сфера обучения –
А) познавательная
Б) образовательная
В) воспитательная Г) развивающая
4. Функция обучения –
А) образовательная
Б) познавательная
В) чувственная
Г) психомоторная
5. Педагогический прием –
А) обеспечение предметами ухода Б) обеспечение спецлитературой **В) беседа**
Г) знание
6. Умение высшей степени освоения
А)обучение В) знание
Б) навык Г) обучаемость
7. Развитие памяти, мышления – это функция обучения
А) психомоторная Б) воспитательная
В) образовательная
Г) развивающая
8. Учебно-наглядные пособия –
А) фантомы
Б) доклад
В) беседа
Г) память
9. Основное условие сестринской деятельности –
А) профессиональная компетентность
Б) низкая эрудиция
В) гармоничное развитие личности Г) эмоциональная лабильность
10. Неблагоприятный фактор обучения –
А) достаточная вентиляцияБ) тишина
В) усталость
Г) достаточное освещение

11. Количество этапов учебного процесса
А) 5

Б) 4
В) 3

Г
)

2

12. Оценка исходного уровня знаний и умений пациента – это этап учебногопроцесса

А) пятый
Б) четвертый
В) третий
Г) первый

13. Третий этап учебного процесса –

А) оценка результатов обучения
Б) оценка исходного уровня знаний -
В) планирование обучения
Г) реализация планов обучения

14. В учебном процессе реализация плана обучения –

А) четвертый
Б) третий
В) вт
орой
Г)
первы
й

15. Качество и эффективность обучения позволяют определить этап учебногопроцесса

А) пятый В) третий
Б) четвертый Г) второй

16. Планирование содержания обучения – это этап учебного процесса

А) четвертый
Б) третий
В) вт
орой
Г)
первы
й

17. Объективная информация о предметах, процессах явлениях окружающегомира —

А) ум
ение
Б)
навык
В) обучение
Г) знание

18. Достаточное освещение является фактором обучения

А) благоприятным
Б) отвлекающим
В) неблагоприят
ным Г)
нежелательным

19. Желание учиться –

А) мотивация
Б) сфера
В) фактор
Г) метод
20. Познавательный интерес –
А) мотив
Б) причина
В) м
етод
Г)
факт
ор

ОСНОВЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Выберите один правильный ответ.
1. Термин «биоэтика»
ввелА) Поттер
В)
Петро
в Б)
Вич
Г) Бентам
2. Наука, изучающая профессиональные отношения людей
А) этика
Б) деонтология
В) биоэт
ика Г)
философ
ия
3. Основные положения профессиональной медицинской этики в древностизаложил
А) Гиппократ
Б) Авиценна
В) Пер
икл Г)
Асклеп
ий
4. Термин «деонтология» впервые предложил философ
А) По
ттер Б)
Вич
В) Сократ
Г) Бентам
5. Термин «деонтология» в России ввел
А) По
ттер Б)
Пирог
ов
В) Петров
Г) Бентам
6. Одна из проблем биоэтики
А) эвтаназия

Б) гуманизм
В) милосе
рдие Г)
эмпатия

7. Один из основных принципов биоэтики

А) врачебная тайна
Б) уважение к профессии
В) честность
Г) гуманность

8. Эмоционально лабильная сестра по классификации Харди

А) «артистка»
Б) «нервная»
В) «рути
нер» Г)
«гренаде
р»

9. По Харди, тщательно, аккуратно выполняет все свои обязанности, несопереживая пациенту, – сестра

А) «артистического типа»
Б) «нервная»
В) «рутинер»
Г) «гренадер»

10. Способность чувствовать эмоциональное состояние другого человека

А) сочувс
твие Б)
внимание
В) понимание
Г) эмпатия

11. Принцип уважения моральной автономии личности – один из принципов

А) этики
Б) деонтологии
В) биоэтики
Г) философии

12. Главный этический принцип

А) не навреди
Б) честность
В) порядочн
ость Г)
милосердие

13. Статья 30 Основ законодательства РФ об охране здоровья гражданпредусматривает:

А) общий перечень прав пациентов
Б) право пациента на отказ от медицинского вмешательствaВ) разглашение медицинской тайны
Г) юридическое толкование понятия «информированное согласие»

14. Право давать согласие на медицинское вмешательство в нашей страненаступает в возрасте (лет)

А) 12
Б) 15
В) 1
6
Г
)
1

8

15. Сестра, «играющая заученную роль», – по классификации Харди

А) «артистка»

Б) «нервная»

В) «рутинер» Г) «специалист»

16. Модели взаимоотношений медиков с пациентом в 1992 году определилврач-биоэтик

А) Поттер

Б) Вич

В) Петров Г) Бентам

17. Модель родительской заботы врача о своем пациенте

А) контрактная Б) инженерная

В) коллегиальная

Г) патерналистская

18. Стиль поведения подозрительного пациента отличает

А) угрюмая настороженность

Б) повышенная тревожность

В) подавленность Г) изолированность

19. Забота о больных – жизненное призвание сестры типа

А) играющей заученную роль

Б) материнского

В) «рутинер» Г) «специалист»

20. Пациент, требующий постоянного внимания со стороны окружающих, –

А) тревожный Б) депрессивный

В) демонстративный

Г) подозрительный

21. Эгогения – влияние

А) пациента на самого себя

Б) пациентов друг на друга

В) пациента на своих родственников Г) медсестры на пациентов

22. Нанесение ущерба здоровью пациента врачом каким-либо действием – это

А) эгогения

Б) ятрогения

В) эгрогог

ения Г)
соррогения

23. Неразглашение сведений о пациенте – это

А) эмпатия

Б) медицинская тайна

В) соррог
ения Г)
эгрогоген
ия

24. Влияние пациентов друг на друга –

А) эгог
ения Б)
ятроген
ия

В) эгрогогения

Г) соррогения

25. Проблема современной биомедицинской этики -

А) репродуктивные технологии

Б) мораль и нравственность

В) понятие о должном в медицине Г) медицинская тайна

26. Разглашение информации о больном без его согласия предусматривает статья Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан номер

А) 3
0
Б
)
3
1
В) 49

Г) 61

27. К юридическому виду ответственности медицинских работников неотносят

А) дисциплинарн
ую Б)
административну
ю
В) гражданскую

Г) моральную

28. Преступление против жизни и здоровья–ответственность медицинскихработников

А) дисциплинар
ная Б)
административн
ая
В) гражданская

Г) уголовная

29. Этику впервые выделил

А) Сократ

Б) Аристотель

В) Гиппо
крат Г)

Бентам

30. Год создания Этического кодекса медицинской сестры России

А) 1991

Б) 1992

В) 1994

Г) 1997

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ

Выберите один правильный ответ.

1. Перцептивное общение – это процесс

А) обучения-пациента

Б) восприятия другого человека

В) обмена информацией

Г) взаимодействия партнеров

2. Вербальное средство общения –

А) п
лач

Б)
сме
х

В) язык

Г) поза

3. Сторона общения –

А) формал
ьная Б)
ролевая

В) интерактивная

Г) коллегиальная

4. Уровень общения –

А) внутриличностный

Б) формальный

В) неформаль
ный Г)
перцептивны
й

5. Средство общения –

А) вербальное

Б)
внутриличностн
ое В)
межличностное

Г) дружеское

6. Невербальное средство общения –

А) я
зык

Б)
реч
ь

В) мышление

Г) поза

7. Тактильное средство общения–

А) выражение
лица Б)
движение руки

В) прощупывание печени
Г) поворот головы
8. Визуальное средство общения –
А) плач
Б) рукопожатие
В) мимика
Г) запах
9. Акустическое средство общения –
А) запах
Б) кашель
В) поза

Г) прикосновение

10. Интонация – средство общения

А) визуальное

Б) акустическое

В)тактильное

Г) ольфакторное

11. Пальпация живота – средство общения

А) визуальное

Б) тактильное

В) ольфакторное

Г) акустическое

12. Проксемика – средство общения

А) ольфакторное

Б) акустическое

В) визуальное

Г)тактильное

13. Кинезика – средство общения

А) акустическое

Б) визуальное

В) ольфакторное

Г) тактильное

14. Ольфакторное общение –

А) искусственные запахи

Б) прощупывание пульса

В) рукопожатие

Г) изменение положения

15. Стиль общения

А) дружеский

Б) авторитарный

В) профессиональный

Г) межличностный

16. Визуальное общение –

А) средство

Б) тип

В) элемент

Г) уровень

17. Размер личной зоны (в метрах) –

А) 0,15-0,45

Б) 0,46-1,2

В) 1,2-3,6

Г) >3,6

18. Размер общественной зоны (в метрах) –

А) 0,15-0,45

Б) 0,46-1,2

В) 1,2-3,6

Г) > 3,6

19. Зональное пространство менее 15 см –зона

А) интимная

Б) сверхинтимная

В) персональная

Г) личная

20. Зональное пространство 15-45 см – зона

А) интимная

Б) сверхинтимная
В) персональная
Г) социальная

3.2 Типовые задания для оценки сформированности ПК 4.1, ПК4.2, ПК 4.5, ПК 4.7, ПК 4.8, ПК 4.11. ОК 1-13; ИП 4-8; У 6-9; З 3-6.
Кимы к МДК 04.02 Безопасная среда для пациента и персонала

БИОМЕХАНИКА ТЕЛА МЕДСЕСТРЫ И ПАЦИЕНТА

1. Стул подобран правильно, если на сиденье находится
а. 2/3 длины бедер;
б. 1/2 длины бедер;
в. 1/3 длины бедер;
г. все бедро.

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

3. Для удержания пациента в положении «на боку» используется
а. специальное приспособление функциональной кровати;
б. положение не предусматривает какой-либо поддержки;
в. стена;
г. подушечка, подложенная под спину.

4. Для того чтобы повернуться в положении стоя, необходимо
а. сначала повернуть голову и плечи, затем развернуться в поясничном отделе, и только после этого развернуть стопы;
б. начать поворот с поясницы;
в. повернуть ступни так, чтобы за ними следовал весь корпус;
г. повернуться произвольно.

5 .**Предупреждает длительное давление матраца на пятки в положении Фаулера или «на спине»**
а. упор для стоп;
б. небольшая подушечка или валик под пятки;
в. небольшая подушечка или валик под нижнюю треть голени;
г. давление на пятки в таких положениях вообще не происходит.

6.Расположение стоп при поднятии тяжести
а. вместе, параллельно;
б. на ширину плеч, выдвинув одну стопу слегка вперед;
в. параллельно ширине плеч;
г. расположение стоп не имеет значения.

7.В положении пациента «на животе» стопы
а. упираются в упор для стоп;
б. свободно располагаются на постели;
в. одна конечность упирается в упор для стоп, другая - лежит на подушечке;
г. лежат на подушечках.

8.Положение Фаулера это -
а. полулежа, полусидя;
б. на боку;
в. на животе;
г. на спине.

9. Определите правильное расположение нижних конечностей пациента в положении Симса
а. обе конечности свободно лежат на постели;
б. обе конечности упираются в упор для стоп;
в. конечность, которая сверху, согнута так, чтобы голень находилась на уровне нижней трети бедра, конечность, которая снизу, упирается в упор для стоп;
г. конечность, которая снизу, согнута так, чтобы голень находилась на уровне нижней трети бедра, конечность, которая сверху, упирается в упор для стоп.
10. При поднятии груза положение будет более устойчивым, если стопы расположить на расстоянии (в см.)
А. 10;
б.20;
в. 30;
г. 40.
11. Определите правильное расположение верхних конечностей в положении Симса
а вытянуты вдоль туловища;
б. конечность, которая сверху, согнута в локтевом и плечевом суставе под углом 90°, другая - не сгибаясь, лежит на постели вдоль туловища;
в. обе конечности согнуты в локтевом и плечевом суставе под углом 90°;
г. конечности в любом удобном для пациента положении.
12. Профилактика сгибательной контрактуры шейных мышц в положении Фаулера или «на спине» обеспечивается
а. поднятием изголовья кровати под утлом 45 - 60°;
б. подкладыванием небольшой подушечки под верхнюю часть плеч, шею и голову;
в. использованием упора для стоп;
г. подкладыванием валика под поясничную область.
13. Использование упора для стоп обеспечивает
а. правильное тыльное сгибание стоп и предотвращение «провисания стоп»;
б. предотвращение переразгибания нижних конечностей;
в. предотвращение поворота бедра внутрь;
г. профилактику пролежней.
14. В каком положении пациента в кровати не используется упор для стоп
а. Фаулера;
б. Симса;
в. на боку;
г. на животе.
15. В положении Фаулера головной конец кровати приподнят на
а. 30 - 40°;
б. 45 - 60°;
в. 70 - 90°;
г. горизонтальное положение.
16. Положение Симса - это
а. промежуточное положение между положением лежа на животе и лежа на боку;
б. лежа на животе;
в. лежа на спине;
г. полулежа или полусидя.
17.* Исключите неправильное утверждение: *правильная биомеханика в положении сидя заключается в следующем...
а. колени чуть выше бедер;
б. колени должны быть расслаблены так, чтобы коленные суставы двигались свободно;
в. спина должна быть прямой, а мышцы живота напряжены;
г. плечи должны быть расправлены и расположены симметрично бедрам.

18. Правильная биомеханика тела медсестры обеспечивает

а. транспортировку, перемещение и изменение положения тела пациента;

б. предотвращение травмы позвоночника медсестры в процессе работы;

в. своевременное выполнение врачебных назначений;

г. положение, позволяющее удерживать равновесие.

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

20. Подберите соответствующие пары - термин и его определение.

1) Эффект Вальсальвы	в ...натуживание на высоте вдоха, приводящее к возникновению тяжелых нарушений ритма сердца и ухудшению коронарного кровотока;
2) Постуральный рефлекс.	а ...головокружение, сердцебиение, обморок, появляющиеся при изменении положения тела;
3) Биомеханика	г ...раздел физиологии, изучающий движение человека и животных.
4) Механика тела	б ...способ, которым человек приспосабливается, чтобы не потерять равновесие во время движения;

Тестовые задания «Внутрибольничная инфекция»

*При решении задания необходимо выбрать **один** правильный ответ.*

1. При проведении процедур и манипуляций медсестра проводит обработку рук

а) перед процедурой

б) после всех процедур

в) после нескольких процедур

г) перед началом и после окончания процедуры

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

а) внутрибольничной инфекцией

б) гнойно-септической инфекцией

в) постинъекционным осложнением

г) инфекционным процессом

3. Основным путем профилактики ВБИ является

а) мытье рук медицинского персонала

б) разрушение цепочки инфекционного процесса

в) обеззараживание воды

г) эффективное лечение пациентов

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

а) патогенными

б) непатогенными

в) условно-патогенными

г) резистентными

5. Процесс взаимодействия микро - и макроорганизма в определенных условиях внешней среды, составляющий сущность инфекционной болезни, называется

а) инфекционным процессом

б) патологическим процессом

в) физиологическим процессом

г) физическим процессом

6. Основным механизмом передачи инфекции в ЛПУ является

а) фекально-оральный

б) трансмиссивный

в) контактный

г) трансплацентарный

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

а) формирование устойчивых штаммов микроорганизмов

б) сложное оборудование, требующее соответствующей обработки

в) недостаточное использование способов «холодной» стерилизации

г) «человеческий фактор»

8. К наиболее распространенному пути передачи инфекции в отделении реанимации относится

а) воздушно-капельный

б) трансмиссивный
в) артифициальный
г) воздушно-пылевой

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

10. К самому распространенному резервуару возбудителей в ЛПУ относятся
а) мочевыводящие пути б) кишечник
в) кровь **г) руки**

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

12. К факторам, влияющим на восприимчивость хозяина к инфекции, относят
а) возраст, хронические заболевания
б) санитарное состояние ЛПУ, состояние пищеблока и водоснабжения
в) дыхательные пути, пищеварительный тракт
г) формирование госпитальных штаммов

13. К факторам риска возникновения гнойно-септических инфекций относятся
а) приспособительные реакции организма
б) нарушение удовлетворения основных потребностей
в) увеличение обсемененности воздуха и рук персонала
г) перемещение пациента

14. К факторам, способствующим распространению внутрибольничной инфекции, относятся
а) санитарное состояние ЛПУ, применение антибиотиков и иммунодепрессантов
б) желудочно-кишечный тракт, мочеполовая система
в) вирусные гепатиты, кишечные инфекции
г) вакцины, сыворотки

15. Цепочка инфекционного процесса состоит из
а) восприимчивого хозяина, возбудителя болезни, резервуара, входных и выходных ворот инфекции
б) восприимчивого хозяина, возбудителя болезни, резервуара, входных и выходных ворот инфекции, способа передачи инфекции
в) восприимчивого хозяина, возбудителя болезни, входных и выходных ворот инфекции, способа передачи инфекции
г) восприимчивого хозяина, резервуара, входных и выходных ворот инфекции, способа передачи инфекции

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ «ДЕЗИНФЕКЦИЯ»

При решении задания необходимо выбрать ***один*** *правильный ответ.*

1. **Комплекс мероприятий, направленный на удаление или уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний на объектах внешней среды, предметах ухода за больными, медицинском оборудовании и инструментах, называется**

   а) дератизацией
   в) дезинсекцией
   б) стерилизацией
   г) дезинфекцией

2. К механическому методу дезинфекции относится

а) влажная уборка
б) ультрафиолетовое облучение
в) кипячение
г) замачивание в дезинфицирующем средстве

3. После выздоровления пациента или перевода его в другое отделение проводят дезинфекцию

а) очаговую текущую
б) очаговую
в) очаговую заключительную
г) профилактическую

4. Комплекс мероприятий, направленный на уничтожение членистоногих, являющихся переносчиками инфекционных заболеваний, называется

а) дератизацией
в) дезинсекцией
б) стерилизацией
г) дезинфекцией

5. К видам дезинфекции относятся

а) профилактическая и текущая
б) профилактическая и очаговая
в) текущая и заключительная
г) профилактическая и заключительная

6. В непосредственном окружении больного или бациллоносителя проводится дезинфекция

а) очаговая профилактическая
б) очаговая текущая
в) очаговая заключительная
г) профилактическая

7. Профилактическая дезинфекция проводится

а) при наличии инфекции
б) по мере необходимости
в) при подозрении на инфекцию
г) при отсутствии очага инфекции, во всех ЛПУ

8. Воздействие на микроорганизмы высокой температуры, лучистой энергии относится к методу дезинфекции

а) химическому
в) физическому

б) комбинированному **г) механическому**

9. Воздействие на микроорганизмы химическими веществами относится к методу дезинфекции

а) химическому
б) комбинированному
в) физическому
г) механическому

10. Химические средства дезинфекции подразделяются на:

а) 8 групп
б) 13 групп
в) 5 групп
г) 7 групп

11. Целью дезинфекции является

а) уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов
б) стерилизация медицинского оборудования
в) предстерилизационная очистка
г) процесс удаления или уничтожение микроорганизмов

12. Дезинфекцию проводят с учетом

а) экологической обстановки
б) эпидемической опасности
в) возраста пациентом
г) возможностей ЛПУ

13. К методам дезинфекции относятся

а) механический, физический, радиационный
б) физический, химический, радиационный
в) механический, физический, химический
г) химический, экологический, механический

14. Экспозиционной выдержкой называется

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

15. Текущая дезинфекция проводится

а) однократно
б) многократно
в) 1 раз в неделю
г) 1 раз в месяц

16. Дезинфицировать необходимо

а) только изделия многократного применения
б) только изделия однократного применения
в) изделия однократного и многократного применения
г) только изделия, контактирующие с пациентом

17. Дезинфекция кипячением в дистиллированной воде происходит в течение

а) 30 минут в) 15 минут
б) 60 минут г) 1,5 часов

18. Дезинфекция кипячением в 2% растворе соды происходит в течение

а) 30 минут **в) 15 минут**
б) 60 минут г) 1,5 часов

19. Наиболее широко в ЛПУ используется метод дезинфекции

а) физический
б) бактериологический
в) химический
г) механический

20. Заключительная дезинфекция проводится

а) однократно
б) многократно
в) 1 раз в неделю
г) 1 раз в месяц

3.3 Типовые задания для оценки сформированности ПК 4.1-4.11 ОК 1-13, ИП 1-8; У 1-9; З 1-6.

КИМ к МДК 04.03. Технология оказания медицинских услуг
Прием пациента в стационар. Ведение документации.

1. **Влажная уборка помещений приемного отделения проводится не менее:**
а) два раза в сутки;
б) три раза в сутки;
в) один раз в сутки;
г) через каждый час;

2. **Объем выполнения санитарной обработки определяет:**
а) старшая м/с отделения;
б) дежурная м/с;
в) младшая м/с;
г) врач;

3. **Допишите.** Пути госпитализации больных в стационар;
а)……самотеком
б) .....на скорой помощи
в) .....по направлению
г)……переводом из др.отделения

4. **Температура воды и длительность приема пациентом гигиенической ванны:**
а) 25 0 С 20-25 мин;
б) 37 0 С 20-25 мин;
в) 42 0 С 10-15 мин;
г) 36 0 С 5-15 мин;

5. **При госпитализации в стационар санитарная обработка пациента проводится в** санпропуснике **.**

6. **При поступлении пациента в лечебное отделение, минуя приемное отделение, документацию на него оформляет:**
а) врач;
б) медсестра приемного отделения;
в) старшая м/с отделения;
г) постовая м/с;

7. **Установите правильное соответствие растворов для обработки волосистой части головы при обнаружении**
а) растворы уксусной кислоты Б. гнид
б) растворы фурацилина
в) 1% раствор «Дезоксон 1» А. вшей
г) 40,15% раствор карбофоса

8. **Уничтожение в окружающей человека среде возбудителей инфекционных заболеваний называется:**
а) дератизация; **в) дезинфекция**;

б) дезинсекция; г) стерилизация;

9. **Медсестра приемного отделения оформляет** титульный **лист истории болезни.**

10. **В алфавитной книге зарегистрированы все больные, которым:**

а) оказана амбулаторная помощь;

б) отказано в госпитализации;

в) проведено предварительное обследование;

г) больные находящиеся на стационарном лечении в данной больнице с указанием отделения и номера палаты;

11. **При обнаружении педикулеза делается отметка о его наличии** на титульном листе «Р» **истории болезни.**

Тест-контроль «Оценка функционального состояния»

Инструкция. Выберите один правильный ответ.

1. Разность между систолическим и диастолическим давлением, называется:

а) максимальное артериальное давление

б) минимальное артериальное давление

в) пульсовое давление

г) дефицит пульса

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

а) гипотония

б) брадикардя

в) гипертония

г) тахикардия

3. Пульсовое давление в норме составляет:

а) 40-50 мм рт.ст.

б) 60-89 мм рт.ст.

в) 80-100 мм рт.ст.

г) 100-139 мм рт.ст.

4. Максимальное артериальное давление:

а) диастолическое

б) систолическое

в) аритмическое

г) пульсовое

5. Нормальные цифры систолического давления:

а) 60-89 мм рт.ст.

б) 90-100 мм рт.ст.

в) 140-159 мм рт.ст.

г) 100-139 мм рт.ст.

6. Артериальное давление ниже 100 мм рт.ст. называется:

а) гипотония

б) брадикардя

в) гипертония

г) тахикардия

7. Минимальное артериальное давление:

а) диастолическое

б) систолическое

в) аритмическое

г) пульсовое

8. Артериальное давление зависит:

а) от частоты сокращений сердца
б) от силы сокращений сердца
в) от тонуса артериальной стенки
г) как от систолического объема сердца, так и от тонуса артериальной стенки сосудов

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

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

11. Нормальная частота пульса (число ударов в минуту):
а) 60-80
б) 45-60
в) 80-100
г) 50-70

12. Кратковременная остановка дыхания:
а) брадипноэ
б) тахипноэ
в) апноэ
г) асфиксия

13.К свойствам пульса относятся все, кроме:
а) наполнения
б) напряжения
в) частоты
г) типа

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

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

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

17. Дефицит пульса возникает при:
а) повышении АД
б) понижение АД
в) брадикардии
г) мерцательной аритмии

18. При значительной физической нагрузке возникает одышка:
а) смешанная
б) физиологическая
в) патологическая

г) инспираторная

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

а) аритмией

б) брадикардией

в) нормой

г) тахикардией

20. Субъективное ощущение затруднения дыхания, сопровождающееся неприятным ощущением нехватки воздуха, это:

а) удушье

б) бронхиальная астма

в) диспноэ

г) сердечная астма

Термометрия общая

Выбрать один правильный ответ.

1. Лихорадка – это повышение температуры тела выше:

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

2. Причиной лихорадки является нарушение процесса:

1) кровообращения;

2) терморегуляции;

3) дыхания;

4) потоотделения.

3. Терморегуляция – это процесс, в результате которого:

1) регулируется образование и выделение тепла;

2) регулируется выделение тепла;

3) регулируется образование тепла;

4) поглощается тепло организмом.

4. Температуру в подмышечной впадине измеряют:

1) 5 мин;

2) 10 мин;

3) 20 мин;

4) 40 мин.

5. Субфебрильной называется температура тела:

1) 37,0-38,0 °С;

2) 35,0-36,0 °С;

3) 36,0-37,0 °С;

4) выше 38,0 °С.

6. Нормальная температура тела в прямой кишке:

1) 37,8 °С;

2) 37,0 °*С;*

3) 36,6 °С;

4) 35,5 °С.

7. Извращенная лихорадка – это:

1) с суточным колебанием температуры более 1,0 °С;

2) утренняя температура максимальная, вечерняя нормальная;

3) колебания температуры в пределах 0,5-1,0 °С;

4) утренняя температура нормальная, вечерняя максимальная.

8. Умеренная лихорадка (°С):

1) температура тела не выше 38 °С;

2) выше 41,0 °С;

3) 38,0-39,0 °С;
4) 39-40,0 °С.

9. Термометры после использования дезинфицируются методом:
1) протирания;
2) полного погружения;
3) УФО-облучения;
4) орошения.

10. Температурная кривая регистрируется:
1) в температурном листе;
2) в дневнике истории болезни;
3) в журнале поступления больных;
4) в листе назначений.

11. Тип лихорадки, при которой периоды постоянного повышения температуры (на 3-5^0 С) сменяются периодами понижения до субнормальной или нормальной:
1) послабляющая;
2) перемежающая;
3) волнообразная;
4) гектическая.

12. Тип лихорадки, при которой утренняя температура выше вечерней:
1) послабляющая;
2) перемежающая;
3) волнообразная;
4) извращенная.

13. Температура тела, измеряемая на слизистых оболочках (°С):
1) 39-41;
2) 38-39;
3) 37-38;
4) 36-37.

14. Температура тела в течение дня колеблется в пределах (°С):
1) 1-1,5;
2) 0,8-1;
3) 0,3-0,8;
4) 0,1-0,3.

15. В развитии лихорадки различают периоды:
1) четыре;
2) три;
3) два;
4) один.

16. Учащение пульса в 1 мин при повышении температуры тела на 1°С (в ударах) у взрослых:
1) 20; **2)10**; 3) 5; 4) 2.

17. У лихорадящего больного может возникнуть резкая слабость, обильный холодный пот, бледность кожных покровов, даже нитевидный пульс и снижение АД. Это наиболее вероятно при:
1) быстром повышении температуры;
2) литическом снижении высокой температуры;
3) критическом снижении температуры;
4) субфебрилитете.

18. Субфебрильная температура тела (°С):
1) 39-39,5;
2) 38,5-38,9;
3) 38,1-38,2;

4) 37,1-38.

19. В первом периоде лихорадки возможно применение:

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

20. Физиологическая температура тела пациента чаще бывает ниже:

1) утром;
2) в обед;
3) вечером;
4) ночью.

21. Основной признак первого периода лихорадки:

1) озноб;
2) чувство жара;
3) учащение пульса;
4) рвота.

22. Протирание подмышечной впадины перед измерением температуры тела:

1) необходимо с гигиенической целью;
2) проводят для получения правильных результатов термометрии;
3) необязательно;
4) не оказывает влияния на показания термометра.

23. В первом периоде лихорадки у пациента наблюдаются:

1) недомогание, ломота во всем теле, головная боль, озноб;
2) слабость, чувство жара, усиленное потоотделение, гиперемия кожи;
3) внезапная слабость, холодный липкий пот, снижение АД, нитевидный пульс;
4) бред, головная боль, сухость во рту, снижение аппетита.

24. Во втором периоде лихорадки у пациента наблюдаются:

1) недомогание, ломота во всем теле, головная боль, озноб;
2) слабость, чувство жара, усиленное потоотделение, гиперемия кожи;
3) внезапная слабость, холодный липкий пот, снижение АД, нитевидный пульс;
4) бред, головная боль, сухость во рту, снижение аппетита.

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

1) недомогание, ломота во всем теле, головная боль, озноб;
2) слабость, чувство жара, усиленное потоотделение, гиперемия кожи;
3) внезапная слабость, холодный липкий пот, снижение АД, нитевидный пульс;
4) бред, головная боль, сухость во рту, снижение аппетита.

Исследование пульса

Выбрать один правильный ответ.

1. Пульс – это колебание стенки артерий, создающееся:

1) систолической волной крови;
2) диастолической волной крови;
3) правильным чередованием сильных пульсовых волн с паузами.

2. Число сердечных сокращений у взрослого человека в норме:

1) 85-90 ударов в мин;
2) 60-80 ударов в мин;
3) 40-50 ударов в мин.

3. Частота пульса:

1) зависит от возраста, заболеваний крови;
2) не зависит от возраста;
3) зависит от возраста и заболеваний сердечно-сосудистой системы.

4. При аритмичном пульсе подсчет производят в течение:

1) 20 сек, умножая на 6;
2) 30 сек, умножая на 2;
3) 1 мин.

5. Урежение пульса называется:

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

6. Учащение пульса называется:

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

7. Отсутствие пульса называется:

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

8. Появление внеочередной пульсовой волны меньшей величины называется:

1) экстрасистолией;
2) брадикардией;
3) дефицитом пульса.

9. Разница между количеством систол и пульсовых волн называется:

1) экстрасистолией;
2) брадикардией;
3) дефицитом пульса.

10. Нормальными цифрами систолического давления являются:

1) 60-70 мм рт. ст.;
2) 75-85 мм рт. ст.;

3) 100-135 мм рт. ст.;
4) 145-160 мм рт. ст.

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

Организация питания в стационаре.

Кормление тяжелобольных пациентов. Ведение документации Лечебное питание и кормление пациента

Выбрать один правильный ответ.

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

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

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

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

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

6. Порционное требование на пищеблок составляется:
1) четыре раза в день;
2) один раз в неделю;
3) один раз в день;
4) при поступлении пациента в стационар.

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

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

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

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

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

12. При заболевании печени назначают диету №:

1) 7; **2) 5;** 3)10; 4) 1.

13. Для диеты № 1 характерно:

1) ограничение соли, жидкости;

2) механическое, термическое и химическое щажение;

3) ограничение углеводов;

4) физиологически полноценная пища.

14. Для диеты № 5 характерно:

1) ограничение соли, жидкостей;

2) ограничение жидкостей;

3) ограничение углеводов;

4) исключение жареных продуктов, животных жиров.

15. При язвенной болезни желудка пациенту назначают диету №:

1)1; 2)5; 3)7; 4)10.

Гигиена и комфорт пациента

Задания в тестовой форме с одним неверным ответом

Выберите один неверный ответ — «четвертый лишний».

1. Пролежни – это повреждение тканей

А) некротическое
Б) поверхностное
В) струпьевидное
Г) глубокое

2. Факторы, способствующие образованию пролежней, –

А) психическая гармония
Б) парализация пациента
В) низкобелковое питание
Г) недержание мочи и кала

3. Факторы, приводящие к образованию пролежней, –

А) срезающая сила
Б) центробежная сила
В) сила трения
Г) прямое давление

4. Возможная локализация пролежней на задней поверхности туловища – область

А) затылка
Б) лопаток
В) голени
Г) крестца

5. Возможная локализация пролежней на передней поверхности туловища – область

А) лобно-височная
Б) тазовых костей
В) коленных суставов
Г) локтевых суставов

6. Факторы риска образования пролежней по шкале *Norton* –

А) физическое состояние
Б) питание
В) активность
Г) недержание мочи

7. Для профилактики пролежней используют специальные приспособления –

А) валики
Б) матрацы
В) клеенки
Г) подушки

8. Профилактику пролежней проводят растворами

А) 4% хлоргексидина биглюконата
Б) 6% перекиси водорода
В) 10% камфорного спирта
Г) 40% этилового спирта

9. Профилактике пролежней способствуют

А) правильное питание

Б) смена положения тела

В) неподвижность пациента

Г) адекватный питьевой режим

10. Опрелостям способствуют

А) тепло

Б) сухость

В) тучность

Г) потливость

11. Цель сестринской помощи пациенту в уходе за телом – обеспечение

А) чистоты и безопасности

Б) комфорта и защищенности

В) независимости и адаптации к своему состоянию

Г) личной гигиены и ухода

12. Общий комфорт для пациента невозможен без

А) проведения личной гигиены

Б) приема калорийной пищи

В) смены постельного белья

Г) смены нательного белья

13. Функциональная кровать необходима для

А) удобства работы медперсонала

Б) ухода за пациентом

В) выполнения лечебного процесса

Г) общения с медперсоналом

14. Белье в лечебных отделениях хранят в

А) материальной комнате

Б) санитарной комнате

В) шкафах процедурного кабинета

Г) шкафах на посту медсестры

15. Рациональное питание малоподвижному пациенту обеспечивают продукты

А) мясные

Б) молочные

В) кондитерские

Г) овощные

16. Способ смены постельного белья зависит от

А) тяжести заболевания

Б) режима двигательной активности

В) особенностей заболевания

Г) врачебных назначений

17. Способ смены нательного белья пациенту зависит от

А) режима двигательной активности

Б) тяжести состояния

В) возможности и желания помочь сестре

Г) устройства кровати

18. Локализация опрелостей –

А) поверхность спины

Б) межъягодичное пространство

В) подмышечные впадины

Г) под молочными железами

19. В целях профилактики опрелостей кожные складки пациента следует ежедневно

А) мыть

Б) просушивать

В) массировать
Г) припудривать

20. В уходе за пациентом сестре следует
А) быть внимательной и терпеливой
Б) комментировать результаты анализов
В) проявлять такт и выдержку
Г) побуждать к самоуходу

Методы простейшей физиотерапии. Оксигенотерапия Применение простейших физиотерапевтических процедур

Выбрать все правильные ответы.

1. Температурные раздражители рефлекторно влияют на:
1) снижение свертываемости крови;
2) широту просвета кровеносных сосудов, чувствительность организма, тонус мышц;
3) гладкую мускулатуру внутренних органов, ЦНС, оказывая успокаивающий эффект;
4) функцию кишечника.

2. Показания к применению банок:
1) застойные явления в легких;
2) легочные кровотечения;
3) боли в области почек;
4) невралгии, миозиты.

3. Противопоказания к применению банок:
1) туберкулез легких, лихорадка;
2) легочные и другие кровотечения;
3) заболевания кожи, органов кроветворения;
4) невралгии, миозиты.

4. Места постановки банок:
1) подлопаточная и межлопаточная область, исключая позвоночник;
2) по ходу позвоночника при остеохондрозе;
3) область почек;
4) передняя поверхность грудной клетки, исключая молочные железы и область сердца.

5. Экспозиция банок на теле пациента:
1) 10-20 мин, в количестве 10-20 штук;
2) 5-7 мин, в количестве 5-7 штук;
3) 30 мин, в количестве 4-5 штук;
4) устанавливают индивидуально, по назначению врача.

6. Дезинфекцию банок после использования производят:
1) в 0,5% растворе хлорамина, экспозиция 1 час;
2) в 3% растворе хлорамина с 0,5% раствором моющего средства, экспозиция на 1 час, полоскание, просушивание;
3) протиранием чистой салфеткой, хранить в сухом виде;
4) обжигом.

7. Показания к постановке влажного согревающего компресса:
1) инфильтрат после инъекций;
2) боли в суставах;
3) боли в животе;
4) лихорадка.

8. Противопоказания к постановке влажного согревающего компресса:
1) инфильтраты;

2) боли в суставах;
3) заболевания кожи, лихорадка (2-й период);
4) боли в животе.

9. Смену влажного холодного компресса производят через:
1) 2-3 мин;
2) как только он высохнет;
3) через 10-20 мин, с промежутком 5 мин;
4) по мере нагревания.

10. Правильность наложения влажного согревающего компресса проверяют:
1) через 1-2 часа, просунув палец под компресс, определив его состояние;
2) через 1-2 часа, сняв компресс, определив по состоянию кожи;
3) через 1-2 часа, опросив больного о состоянии компресса и субъективных ощущениях;
4) через 10 мин, просунув палец под компресс, определив его состояние.

11. Показания к применению горчичников:
1) туберкулез легких;
2) заболевания кожи;
3) миозиты, невралгии, радикулиты;
4) воспалительные заболевания дыхательных путей.

12. Ожоги на коже после снятия банок, горчичников обрабатывают:
1) спиртом 96%;
2) вазелином;
3) 5% раствором перманганата калия;
4) накладывают мазевую повязку.

13. Показания к применению пузыря со льдом:
1) боли в области печени, почек;
2) сильные головные боли;
3) внутренние кровотечения;
4) ушибы в первые сутки.

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

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

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

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

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

19. При ушибе в качестве первой помощи применяют:

1) согревающий компресс;

2) пузырь со льдом;

3) горячий компресс;

4) грелку.

20. Количество слоев салфетки для согревающего компресса:

1) 8;

2) 5;

3) 4;

4) 2.

21. Температура воды, используемая для смачивания горчичников (° С):

1) 60;

2) 40;

3) 34;

4) 20.

22. Салфетку для влажного согревающего компресса нужно смочить в воде, после чего отжать (° **С):**

1) холодной (12);

2) теплой (37);

3) комнатной (20-22);

4) горячей (60).

23. Показанием к применению кислорода является:

1) гипоксия тканей;

2) боли в области сердца;

3) отеки;

4) нарушение зрения.

24. При проведении оксигенотерапии кислород увлажняют с целью:

1) предотвращения сухости слизистых оболочек дыхательных путей;

2) пеногашения слизистой мокроты;

3) предотвращения переувлажнения слизистых оболочек дыхательных путей;

4) понижения давления.

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

1) 15-20%;

2) 75-80%;

3) 40-60%;

4) 100%.

Клизмы. Газоотводная трубка
Постановка клизм

Выберите один правильный ответ

1. Лечебные клизмы – это:

1) контрастная, масляная;
2) очистительная, послабляющая, сифонная;
3) послабляющая, контрастная.

2. При метеоризме необходимо дать совет по питанию и:

1) применить газоотводную трубку;
2) поставить очистительную клизму;
3) применить газоотводную трубку, если не достигнут эффект после очистительной клизмы.

3. При запоре необходимо дать совет по питанию и:

1) применить газоотводную трубку;
2) поставить очистительную или послабляющую клизму;
3) поставить лекарственную клизму.

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

1) применить памперсы, своевременно менять белье;
2) подавать пациенту эмалированное судно;
3) применять газоотводную трубку, дать совет по питанию.

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

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

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

1)15-20 см; 2) 8-10 см; 3) 50-70 см.

7. Газоотводная трубка вводится в кишечник на:

1)20-30 см; 2) 8-10 см; 3) 50-70 см.

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

1)30-40 см; 2) 8-10 см; 3)50-70 см.

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

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

10. Для проведения сифонной клизмы приготовить воду в количестве:

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

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

1) 100-150 мл; 2) 1,5-2 л; 3)8-10 л.

12. После очистительной клизмы акт дефекации наступает через:

1) 20-30 минут;
2) **5-10 минут**;
3) 10-12 часов.

13. После гипертонической клизмы акт дефекации наступает через:

1) **20-30 минут;**
2) 5-10 минут;
3) 10-12 часов.

14. После масляной клизмы акт дефекации наступает через:

1) 20-30 минут;
2) 5-10 минут;
3) **8-10 часов**.

15. К послабляющим клизмам относят:

1) масляную и гипертоническую;
2) масляную и сифонную;
3) масляную, сифонную и очистительну

Катетеризация мочевого пузыря мягким катетером. Введение постоянного мочевого катетера и уход за ним.

Катетеризация мочевого пузыря

Выбрать правильный ответ.

1. При катетеризации используются перчатки только:

1) чистые;
2) стерильные;
3) одноразовые;
4) многоразовые.

2. Для подмывания пациента перед катетеризацией используется:

1) 5% раствор перманганата калия;
2) вода;
3) слабый раствор перманганата калия;
4) раствор хлорамина.

3. Катетер перед введением необходимо смазать или облить:

1) водой;
2) стерильным вазелиновым маслом;
3) 70% этиловым спиртом;
4) 3% раствором перекиси водорода.

4. Промывание мочевого пузыря проводят с целью:

1) лечения воспалительных процессов;
2) восстановления функции мочевого пузыря;
3) извлечения остатков мочи;
4) выведения газов.

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

1) любой;
2) мягкий;
3) полужесткий;
4) жесткий.

6. Медицинская сестра использует для катетеризации катетер:

1) пластиковый;
2) резиновый;
3) металлический;
4) одноразовый.

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

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

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

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

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

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

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

1) памперсы;
2) резиновое судно;
3) металлическое судно;
4) съемный мочеприемник.

Промывание желудка. Зондирование желудка

Выберите один правильный ответ

1. Беззондовое исследование секреторной функции желудка:

1) ацидотест;
2) глюкотест;
3) рентгенография;
4) лапароскопия.

2. Независимое сестринское вмешательство при желудочном кровотечении:

1) промывание желудка;
2) очистительная клизма;
3) грелка на живот;
4) пузырь со льдом на живот.

3. Информацию о секреторной функции желудка позволяет получить:

1) общий анализ кала;
2) желудочное зондирование;
3) рентгенологическое исследование;
4) эндоскопическое исследование.

4. Подготовка пациента к желудочному зондированию:

1) вечером – легкий ужин, утром – натощак;
2) вечером – очистительная клизма;
3) вечером и утром – очистительная клизма;
4) утром – сифонная клизма.

5. Для стимуляции желудочной секреции медсестра использует:

1) пентагастрин по назначению врача;
2) растительное масло;
3) сульфат бария;
4) сульфат магния.

6. Наиболее эффективный стимулятор желудочной секреции:

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

7. Парентеральный стимулятор желудочной секреции:

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

8. При промывании желудка зонд вводится на длину:

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

9. Во время промывания желудка одномоментно можно ввести жидкости:

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

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

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

Медикаментозное лечение в сестринской практике
«Выписка, хранение и применение лекарственных средств»

Инструкция: выберите правильные ответы

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Средства, предназначенные для приёма «натощак» должны быть приняты:
а за 10мин до полдника
б за 30мин до завтрака

в за 40мин до ужина
г за 60мин до обеда

Тестовое задание по теме «Медикаментозное лечение в сестринской практике: выписка, хранение и применение лекарственных средств»

Выберите один правильный ответ.

1. **Способ введения лекарственных средств определяет**
   а) лечащий врач
   б) главный врач
   в) старшая медицинская сестра
   г) палатная медицинская сестра
2. **Местное действие на организм оказывает лекарственный препарат, введенный**
   а) через рот
   б) под язык
   в) внутримышечно
   г) в ухо
3. **Способ введения лекарственных средств через рот**
   а) сублингвальный
   б) пероральный
   в) ректальный
   г) вагинальный
4. **Ядовитые лекарственные препараты хранят в процедурном кабинете в**
   а) холодильнике
   б) шкафу, закрытом на ключ
   в) сейфе
   г) столе, закрытом на ключ
5. **Раздачу лекарств в отделении проводит медсестра**
   а) младшая
   б) постовая
   в) процедурная
   г) старшая
6. **Суппозитории хранят в**
   а) холодильнике
   б) сейфе
   в) медицинском шкафу
   г) медицинском шкафу, закрытом на ключ
7. **Парентеральный способ введения лекарственных средств**
   а) сублингвально
   б) перорально
   в) инъекционно
   г) ректально
8. **Осложнение при неправильном выборе места внутримышечной инъекции**
   а) сепсис
   б) анафилактический шок

в) периостит
г) воздушная эмболия

9. Осложнение внутривенной инъекции при нарушении правил асептики
а) анафилаксия
б) тромбофлебит
в) сепсис
г) гематома

10. Аллергическая реакция при введении лекарственных средств
а) сепсис
б) тромбофлебит
в) анафилаксия
г) некроз

Участие сестры в лабораторных методах исследования

1 Кровь на биохимические анализы берется:
а) утром натощак;
б) после завтрака;
в) в любое время суток;
г) перед обедом.

2 Количество мокроты для анализа на микобактерии туберкулеза, собираемое в течение трёх суток (в мл):
а) 20-30;
б) 15-20;
в) 5-10;
г) 3-5.

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

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

5 Кал для исследования на простейшие доставляют в лабораторию:
а) в течение дня;
б) через 3 часа;
в) через 1 час;
г) немедленно теплым.

6 Биологический материал, который необходимо взять у пациента с подозрением на кишечную инфекцию:
а) кал на общий анализ;
б) кал на яйца глистов и простейшие;
в) кровь на биохимический анализ;
г) фекалии на бактериологическое исследование.

7 Максимальное время хранения пробирок в холодильнике с момента взятия мазков из зева и носа (в час):
а) 12;
б) 6;
в) 4;
г) **2.**

8 Каким должен быть тампон для взятия содержимого из зева:
а) влажным;
б) изогнутым;
в) чистым;

г) марлевым.

9 Моча для общего клинического анализа должна быть доставлена в лабораторию (в час):

а) 4;

б) 2;

в) **не позже часа как собрана;**

г) в любое время.

10 Соотношение количества выпитой и выделенной жидкости называется:

а) суточный диурез;

б) водный баланс;

в) анурез;

г) дневной диурез.

Участие сестры в инструментальных методах исследования
Подготовка к инструментальным методам исследования

Выбрать один правильный ответ

1. Подготовка пациента к рентгенографии органов грудной клетки:

1) поставить очистительную клизму;
2) объяснить сущность исследования;.
3) поставить банки;
4) промыть желудок.

2. Рентгенологическое исследование бронхов с применением контрастного вещества:

1) бронхоскопия;
2) томография;
3) флюорография;
4) бронхография.

3. Подготовка пациента к рентгенологическому исследованию пищевода, желудка и 12-перстной кишки:

1) вечером и утром – очистительная клизма;
2) вечером – очистительная клизма;
3) утром – натощак;
4) утром – сифонная клизма.

4. Подготовка пациента к холецистохолангиографии:

1) промывание желудка;
2) сифонная клизма;
3) не проводится;
4) в/в введение рентгенконтрастного вещества.

5. Рентгенологическое контрастное исследование почек и мочевыводящих путей:

1) ирригоскопия; 3) хромоцистоскопия;
2) **экскреторная урография**; 4) томография.

6. Подготовка пациента к рентгенологическому исследованию почек:

1) накануне вечером — проба на переносимость препарата;
2) клизма накануне вечером и утром в день исследования, проба на переносимость препарата за 15 мин до исследования;
3) клизма накануне вечером и утром в день исследования;
4) не проводится.

7. Рентгенологическое исследование толстого кишечника:

1) хромоцистоскопия;
2) томография;
3) ирригоскопия;
4) экскреторная урография.

8. Подготовка к рентгенологическому исследованию толстого кишечника:

1) накануне вечером — проба на переносимость препарата;
2) клизмы накануне вечером и утром в день исследования;
3) клизма накануне вечером и утром в день исследования, проба на переносимость препарата за 15 мин до исследования;
4) не проводится.

9. За три дня до проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости из рациона питания пациента медсестра посоветует исключить:

1) гречневую кашу, помидоры, гранаты;
2) молоко, овощи, фрукты, черный хлеб;
3) яйца, белый хлеб, сладости;
4) мясо, рыбу, консервы.

10. Подготовка пациента к фиброгастроскопии:

1) очистительная клизма утром и вечером;
2) применение газоотводной трубки;
3) промывание желудка перед исследованием;
4) исследование натощак.

11. Подготовка пациента к ректороманоскопии:
1) масляная клизма утром;
2) сифонная клизма вечером;
3) сифонная клизма утром;
4) очистительная клизма за полчаса до исследования.

12. Подготовка пациента к колоноскопии:
1) вечером – очистительная клизма;
2) утром – очистительная клизма;
3) вечером и утром дважды очистительная клизма;
4) не проводится.

13. Подготовка пациента к ирригоскопии:
1) вечером– легкий ужин, утром– натощак;
2) утром – очистительная клизма;
3) за 3 дня исключить газообразующие продукты;
4) не проводится.

14. Ирригоскопия – это рентгенологическое контрастное исследование:
1) пищевода;
2) желудка;
3) тонкого кишечника;
4) толстого кишечника.

Потеря. Смерть. Горе.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

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

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

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

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

Задание:

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

Возможный вариант ответа

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

Проблемы пациента:
- Постепенное угасание жизненно важных функций организма с усилением боли.

Проблемы родных:

- Предчувствие горя родными в результате приближающейся смерти близкого человека.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента/ родных	Цель/ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Постепенное угасание жизненно важных функций организма с усилением боли.	Поддержание комфортного (контролирование боли) состояния.	1. Поддерживать уровень жизни, удовлетворять потребности в еде, отдыхе, выделении шлаков, движении, асептическом состоянии раны, общении, сострадании.	При каждом контакте	Уровень боли, не причиняющий страдание пациенту. Адекватный сон.	Цель достигли.
		2. Осуществлять адекватное обезболивание. 3. Создавать комфортные условия в постели.		Самостоятельный прием пищи. Спокойное общение с близкими людьми.	
Предчувствие горя родными в результате приближающейся смерти близкого человека.	Примириться с предстоящей потерей.	1. Предложить беседу, выслушать, проявить сострадание постигшему горю. 2. Рекомендовать родным проявлять сострадание, готовность проводить больше времени с больным. 3. Обучить элементам ухода за умирающим. 4. Рекомендовать временный прием препаратов, уменьшающий состояние депрессии.	При каждом контакте	Адекватное отношение к проведению посильного ухода за умирающим. Оказание психологической поддержки умирающему. В состоянии выдержать данное испытание.	Цель достигнута после многократных бесед.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

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

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- в сне и отдыхе;

- в пище;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

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

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Дисфункциональное переживание горя, проявляющееся в виде бессонницы, снижения аппетита и появлении неприятных ощущений за грудиной.	Примет ситуацию как свершившийся факт, восстановит силы для преодоления постигшего горя.	1. Провести беседу для выявления уровня тревожности пациента. 2. Осуществить ЭКГ-исследование сердца по назначению врача. 3. Дать рекомендации относительно коррекции режима питания и отдыха. 4. Посоветовать расширить круг общения, не замыкаться в себе. 5. Рекомендовать при необходимости консультацию психоневролога.	Ежедневно	Наличие полноценного сна и аппетита. Отсутствие неприятных ощущений в области грудины. Адекватная реакция на произошедшую потерю.	Цель достигнута. У пациента отсутствуют жалобы на изменение физического и психоэмоционального состояния.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

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

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

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

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

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

Проблемы пациента:

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

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Ощущение безнадежности, связанное с длительным стрессом, провоцируемым духовным одиночеством и наличием хронических болезней.	Воспринимает сложившуюся обстановку в семье иначе, ощущает проявления любви и сопричастности. Готова принять помощь родных.	1. Провести беседу с родными о необходимости более яркого выражения своих чувств по отношению к пожилой женщине. Проявлять заботу и участие в ее жизни. 2. Рекомендовать пациентке не замыкаться, принимать заботу о себе. 3. Выполнять рекомендации врача (лечение и уход), способствующие повышению качества жизни пациентки.	При каждом контакте.	Отсутствие мысли о смерти. Чувствует себя полноправным и необходимым членом семьи. Активна в домашней обстановке и на улице.	Цель достигнута.

4.1 Типовые задания для оценки сформированности ПК 4.1, ПК4.2, ПК 4.5, ПК 4.7, ПК 4.8, ПК 4.11, ОК 1-13; ИП 4-8; У 6-9; З 3-6.

Тесты для комплексного дифференцированного зачета по Учебная практика 02 ПМ. 04 МДК.04.01 Теория и практика сестринского дела, МДК.04. 02 Безопасная среда для пациентов и персонала

Выберите один правильный ответ

1. Физиологическая проблема пациента

а) одиночество
б) риск суицидальной попытки
в) беспокойство по поводу потери работы
г) **нарушение сна**

2. Предмет изучения биоэтики

а) **моральные и нравственные аспекты взаимоотношения между людьми**
б) профессиональный долг медицинской сестры
в) история сестринского дела
г) профессиональные знания и умения медицинской сестры

3. К физиологической потребности, согласно иерархии А.Маслоу, относится

а) уважение
б) знание
в) **дыхание**
г) общение

4. Количество уровней в иерархии основных жизненно важных потребностей, по А.Маслоу

а) четырнадцать
б) десять
в) **пять**
г) три

5. Первым теоретиком сестринского дела является

а) Ю. Вревская
б) Е. Бакунина
в) Д. Севастопольская
г) **Ф. Найтингейл**

6. Автор модели ухода, основанной на 14 потребностях человека

а) Бакунина Екатерина Михайловна
б) Пирогов Николай Иванович
в) ФлоренсНайтингейл
г) **Вирджиния Хендерсон**

7. Количество этапов сестринского процесса

а) два
б) три
в) **пять**
г) семь

8. Второй этап сестринского процесса включает

а) планирование объема сестринских вмешательств
б) **выявление проблем пациента**
в) сбор информации о пациенте

г) определение целей сестринского ухода

9. К вербальному относят общение с помощью

а) мимики

б) **слова**

в) жеста

г) взгляда

10. Сестринский диагноз (проблемы пациента)

а) **недержание мочи**

б) ангина

в) цианоз

г) асфиксия

11. Проблема задержка стула

а) второстепенная

б) потенциальная

в) эмоциональная

г) **настоящая**

12. Первый этап сестринского процесса включает

а) прогнозирование результатов ухода

б) **беседу с родственниками пациента**

в) определение существующих и потенциальных проблем пациента

г) профилактику осложнений

13. К субъективному методу сестринского обследования относится

а) определение отеков

б) **расспрос пациента**

в) измерение артериального давления

г) знакомство с данными медицинской карты

14. Специализированное учреждение для оказания паллиативной помощи

а) **хоспис**

б) поликлиника

в) медсанчасть

г) станция скорой помощи

15. Иерархию основных человеческих потребностей предложил американский психолог

а) Бюлау

б) **Маслоу**

в) Терц

г) Рой

16. Программный документ "Философия сестринского дела в России" был принят в

а) Каменск-Подольске, январь 1995 г.

б) Москве, октябрь 1993 г.

в) Санкт-Петербурге, май 1991 г.

г) **Голицыно, август 1993 г.**

17. Цель сестринского процесса

а) диагностика и лечение заболевания

б) **обеспечение приемлемого качества жизни в период болезни**

в) решение вопроса об очередности мероприятий ухода

г) активное сотрудничество с пациентом

18. Первый уровень в пирамиде человеческих ценностей (потребностей) психолога А.Маслоу

а) принадлежность

б) **физиологические потребности**

в) достижение успеха

г) безопасность

19. Страх смерти является проблемой

а) **психологической**

б) физической

в) социальной

г) духовной

20. Вершиной иерархии потребностей человека, по А. Маслоу, является

а) социальная потребность

б) потребность в самоуважении и уважении окружающих

в) **потребность в самореализации личности**

г) потребность в безопасности

21. Понятие жизненно важная потребность человека означает

а) способность функционировать независимо

б) **дефицит того, что существенно для здоровья и благополучия человека**

в) любое осознанное желание

г) потребность человека в самоактуализации

22. Цели сестринского ухода бывают

а) **краткосрочными**

б) общими

в) личными

г) не конкретными

23. Третий этап сестринского процесса включает

а) **планирование объема сестринских вмешательств**

б) срочное оказание неотложной помощи

в) выявление проблем пациента

г) сбор информации

24. Слово "диагнозиз" в переводе с греческого языка означает

а) болезнь

б) признак

в) состояние

г) **распознавание**

25. Пример независимого сестринского вмешательства

а) использование газоотводной трубки

б) **организация взаимопомощи в семье пациента**

в) назначение горчичников

г) назначение лечебного стола и режима двигательной активности

25. Автор модели сестринского дела

а) **Доротея Орем**

б) Юлия Вревская

в) Абрахам Маслоу

г) Николай Пирогов

27. Социальные потребности пациента

а) сон

б) жажда

в) **признание**

г) еда

28. Определение сестринского диагноза

а) выявление клинического синдрома

б) выявление конкретного заболевания

в) выявление причины заболевания

г) **описание проблем пациента, связанных с реакциями на заболевание**

29. Сестринский диагноз

а) **может изменяться в течение суток**

б) не отличается от врачебного
в) определяет болезнь
г) имеет цель вылечить

30. Понятие сестринского диагноза впервые появилось

а) в Японии
б) в Соединенных Штатах Америки
в) в России
г) **в Англии**

МДК.04. 02Безопасная среда для пациентов и персонала

Выберите один правильный ответ

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

а) формирование устойчивых штаммов микроорганизмов
б) сложное оборудование, требующее соответствующей обработки
в) недостаточное использование способов «холодной» стерилизации
г) «человеческий фактор»

2 Основной целью проведения мероприятий по инфекционной безопасности и инфекционному контролю в ЛПУ является профилактика

а) любых ВБИ
б) гепатита
в) заболеваний, передающихся через кровь
г) ВИЧ-инфекции

3 Мероприятия, направленные на уничтожение или уменьшение количества микроорганизмов в ране или в организме в целом, называется

а) асептикой
б) дезинфекцией
в) антисептикой
г) стерилизацией

4 Дератизация – это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение

а) патогенных и условно-патогенных микробов
б) членистоногих переносчиков возбудителей инфекционных заболеваний
в) грызунов-источников инфекции
г) грибов

5 Воздействие на микроорганизмы высокой температуры, лучистой энергии относится к методу дезинфекции

а) химическому
б) комбинированному
в) физическому
г) механическому

6 Воздействие на микроорганизмы химическими веществами относится к методу дезинфекции

а) химическому
б) комбинированному
в) физическому
г) механическому

7 Целью дезинфекции является

а) уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов
б) стерилизация медицинского оборудования
в) предстерилизационная очистка
г) процесс удаления или уничтожение микроорганизмов

8 Дезинфекцию проводят с учетом

а) экологической обстановки
б) эпидемической опасности
в) возраста пациентом
г) возможностей ЛПУ

9 К методам дезинфекции относятся

а) механический, физический, радиационный
б) физический, химический, радиационный
в) механический, физический, химический
г) химический, экологический, механический

10 Текущая дезинфекция проводится

а) однократно
б) **многократно**
в) 1 раз в неделю
г) 1 раз в месяц

11 Наиболее широко в ЛПУ используется метод дезинфекции

а) физический
б) бактериологический
в**) химический**
г) механический

12 Заключительная дезинфекция проводится

а) однократно
б) многократно
в)1 раз в неделю
г)1 раз в месяц

13 Одноразовые пакеты для сбора отходов ЛПУ класса Б имеют окраску

а) красную
б) черную
в) желтую
г) белую

14 Использованные многоразовые изделия медицинского назначения, соприкасающиеся с кровью пациента, подлежат (в соответствии с ОСТ 42-21-2-85)

а) только дезинфекции
б) только стерилизации
в) дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации
г) утилизации

15 Медицинские отходы класса А собирают в пакеты цвета

а) белого
б) желтого

в) красного
г) чёрного

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

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

18 Целью предстерилизационной очистки медицинского инструментария является
а) удаление различных загрязнений и остатков лекарственных средств
б) уничтожение только патогенных микробов
в) уничтожение патогенных и условно-патогенных микробов
г) уничтожение всех микробов и их спор

19 На стерильном столе, накрытом простынями, срок сохранения стерильности изделий, простерилизованных без упаковки
а) должны быть использованы непосредственно после стерилизации 4-6 часов
б) 24 часа
в) 3 суток
г) 20 суток

20 Срок сохранения стерильности изделий, простерилизованных в стерилизационной коробке без фильтра, составляет
а) 1 сутки
б) 3 суток
в) 20 суток
г) 6 -12 мес.

21 Режим паровой стерилизации
а) 120° С, 45 минут
б) 140° С, 15 минут
в) 160° С, 150 минут
г) 180° С, 30 минут

22 При попадании биологического материала (крови) на неповрежденную кожу медперсонал должен в соответствии с требованиями СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-профилактические требования по профилактике инфекционных болезней»:
а) обработать 70% спиртом, обмыть кожу водой и мылом, обработать 70% спиртом.
б) обмыть кожу водой и мылом, затем обработать кожу 70% спиртом.
в) обмыть кожу водой и мылом.
г) обработать кожу 70% спиртом.

23 К самому распространенному резервуару возбудителей в ЛПУ относятся
а) мочевыводящие пути
б) кишечник

в) кровь
г) руки

24 К факторам, влияющим на восприимчивость хозяина к инфекции, относят
а) санитарное состояние ЛПУ, состояние пищеблока и водоснабжения
б) возраст, хронические заболевания
в) дыхательные пути, пищеварительный тракт
г) формирование госпитальных штаммов

25 Основной причиной, тормозящей эффективное использование программы профилактики ВБИ является
а) формирование устойчивых штаммов микроорганизмов
б) сложное оборудование, требующее соответствующей обработки
в) недостаточное использование способов «холодной» стерилизации
г) «человеческий фактор»

26 К факторам, способствующим распространению внутрибольничной инфекции, относятся
а) санитарное состояние ЛПУ, применение антибиотиков и иммунодепрессантов
б) желудочно-кишечный тракт, мочеполовая система
в) вирусные гепатиты, кишечные инфекции
г) вакцины, сыворотки

27 К факторам риска возникновения гнойно-септических инфекций относятся
а) увеличение обсемененности воздуха и рук персонала
б) нарушение удовлетворения основных потребностей
в) приспособительные реакции организма
г) перемещение пациента

28 Цепочка инфекционного процесса состоит из
а) восприимчивого хозяина, возбудителя болезни, резервуара, входных и выходных ворот инфекции
б) восприимчивого хозяина, возбудителя болезни, резервуара, входных и выходных ворот инфекции, способа передачи инфекции
в) восприимчивого хозяина, возбудителя болезни, входных и выходных ворот инфекции, способа передачи инфекции

29 При проведении процедур и манипуляций медсестра проводит обработку рук
а) перед процедурой
б) после всех процедур
в) после нескольких процедур
г) перед началом и после окончания процедуры

30 Любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, возникшее у пациента во время нахождения в ЛПУ или обращения в него за медицинской помощью, а также медицинских работников данного ЛПУ, называется:
а) внутрибольничной инфекцией
б) гнойно-септической инфекцией
в) постинъекционным осложнением
г) инфекционным процессом

31 Основным путем профилактики ВБИ является

а) мытье рук медицнского персонала
б) разрушение цепочки инфекции
в) обеззараживание воды
г) эффективное лечение пациентов

32 Основным механизмом передачи инфекции в ЛПУ является
а) фекально-оральный
б) трансмиссивный
в) контактный
г) трансплацентарный

33 Микроорганизмы, вызывающие развитие инфекционного процесса только при определенных условиях, называются
а) патогенными
б) непатогенными
в) условно-патогенными
г) резистентными

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

47 Дезинфицировать необходимо

а) только изделия многократного применения
б) только изделия однократного применения
в) изделия однократного и многократного применения
г) только изделия, контактирующие с пациентом

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

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

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

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

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

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

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

55 После выздоровления пациента или перевода его в другое отделение проводят дезинфекцию

а) очаговую текущую
б) очаговую
в) очаговую заключительную
г) профилактическую

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

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

58 В непосредственном окружении больного или бациллоносителя проводится дезинфекция
а) очаговая профилактическая
б) очаговая текущая
в) очаговая заключительная
г) профилактическая

59 Профилактическая дезинфекция проводится
а) при наличии инфекции
б) по мере необходимости
в) при подозрении на инфекцию
г) при отсутствии очага инфекции, во всех ЛПУ

60 Медицинские отходы класса В собирают в пакеты цвета
а) белого
б) желтого
в) красного
г) черного

61 Контроль качества предстерилизационной очистки на остатки крови проводится пробой
а) бензидиновой
б) азопирамовой
в) фенолфталеиновой
г) с Суданом

62 Срок сохранения стерильности изделий, простерилизованных в крафт-пакетах, закрытых на липкую поверхность
а) 3 суток
б) 10 суток
в) 20 суток
г) месяц

63 Медицинские отходы класса Б собирают в пакеты цвета

а) белого
б) желтого
в) красного
г) чёрного

64 При проведении ручной предстерилизационной очистки обрабатываемое изделие погружают в моющий раствор на
а) 20 минут
б) 15 минут
в) 30 минут
г) 60 минут

65 Целью стерилизации является уничтожение на изделиях медицинского назначения
а) всех микробов и их спор
б) только патогенных микробов
в) только условно-патогенных микробов
г) и патогенных, и условно-патогенных микробов

66 Медицинские изделия после предстерилизационной очистки разрешено сушить
а) протиранием ветошью
б) на открытом воздухе в лотке
в) сухим горячим воздухом при 85° С
г) в термостате

67 Срок сохранения стерильности изделий, простерилизованных в двойной бязевой упаковке, составляет
а) 1 сутки
б) 3 суток
в) 20 суток
г) 6 –12 мес.

68 Текущая уборка в стационарах проводится (в соответствии с Сан.ПиН 2.1.3.1375-03)
а) 1 раз в сутки
б) 2 раза в сутки
в) 1 раз в 7 дней
г) 2 раза в 7 дней

69 При проведении предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения
а) удаляют различные загрязнения
б) уничтожают вегетативные формы микроорганизмов
в) уничтожают вегетативные и споровые формы микробов
г) обезвреживают источник инфекции

70 Термин «стерилизация» означает:
а) уничтожение
б) обеспложивание
в) обеззараживание
г) удаление

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

а) 20
б) 30
в) 40
г) 60

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

А. 1
Б. 3
В. 5
Г. 20

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

а) 1
б) 3
в) 5
г) 20

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

а) 3-х суток
б) 8 часов
в) рабочей смены
г) рабочего дня

75 Режим стерилизации металлических изделий при автоклавировании:

а) 1,1 А-120 С-45 мин
б) 2 А- 132 С-20 мин
в) 160 С- 150 мин
г) 180 С- 60 мин

76 Режим стерилизации перевязочного материала при автоклавировании:

а) 1,1А – 120С – 45 мин
б) 2 А – 132С – 20 мин
в) 160С – 150 мин
г) 180С – 60 мин

77 Режим стерилизации изделий из стекла и металла в воздушном стерилизаторе:

а) 1,1 А – 120 С – 45 мин
б) 2 А – 132 С – 20 мин
в) 160 С – 120 мин
г) 180 С – 60 мин

78 Режим воздушной стерилизации

а) 120° С, 45 минут
б) 132° С, 20 минут
в) 160° С, 150 минут
г) 180° С, 30 минут

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

80 Стерилизация изделий в сухожаровом шкафу относится к
а) паровому методу стерилизации
б) газовому методу стерилизации
в) воздушному методу стерилизации
г) химическому методу стерилизации

81 Одним из недостатков воздушного метода стерилизации является то, что он:
а) не вызывает коррозии металлов
б) недорогой и нетоксичный
в) не увлажняет упаковку изделий
г) медленно и неравномерно прогревает стерилизуемые изделия

82 Недостатком парового метода стерилизации является то, что он
а) прост в использовании
б) вызывает коррозию инструментов
в) недорогой
г) позволяет стерилизовать изделия в упаковке

83 Температурный режим сушки мед. инструментария перед стерилизацией в ^{0}С:
а) 60-65
б) 70-75
в) 80-85
г) 90-95

84 Полное уничтожение м/о и их спор:
а) дезинфекция
б) стерилизация
в) дезинсекция
г) дератизация

85 Для сбора острых отходов класса Б должны использоваться емкости (контейнеры)
а) одноразовые влагостойкие
б) не прокалываемые
в) с плотно прилегающей крышкой
г) все ответы правильные

86 Сотрудник, ответственный за сбор отходов в данном медицинском подразделении завязывает пакет или закрывает его с использованием бирок-стяжек или других приспособлений, исключающих высыпание отходов класса Б, после заполнения пакета
а) не более чем на 3/4
б) не более чем на 1/2
в) при полном заполнении

87 Сбор отходов в местах их образования в пакеты осуществляется в течение
а) не более 3 часов
б) более 8 часов
в) рабочей смены
г) рабочего дня

88 Основным документом, регламентирующим стерилизацию и дезинфекцию изделий медицинского назначения, методы, средства и режимы является
а) ОСТ 45-21-2-82
б) ОСТ 42-21-2-85
в) ОСТ 24-21-2-85
г) ОСТ 42-21-2-10

89 Индикатор стерильности изделий из стекла и металла в паровоздушном стерилизаторе:
а) ИС-180
б) ИС-160
в) ИС-132
г) ИС-120

90 Индикатор стерильности перевязочного материала, белья:
а) ИС-180
б) ИС-160
в) **ИС-132**
г) ИС-120

91 Индикатор стерильности в паровом стерилизаторе при давлении 1,1 А, экспозиции 45 мин:
а) ИС-120
б) ИС-132
в) ИС-160
г) ИС-180

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

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

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

г) бензойной

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

96 Для приготовления 1 л моющего раствора при предстерилизационной обработке инструментария необходимо взять 3% раствор перекиси водорода (в мл)
а) 240
б)160
в) 170
г) 120

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

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

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

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

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

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

103 ЦСО – это

а) центральное специализированное отделение
б) централизованное стерилизационное отделение
в) централизованное специализированное отделение
г) централизованное стерильное отделение

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

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

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

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

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

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

110 Стул подобран правильно, если на сиденье находится
а)2/3 длины бедер;
б)1/2 длины бедер;
в)1/3 длины бедер;
г)все бедро.

111 Для удержания пациента в положении «на боку» используется
а)специальное приспособление функциональной кровати;
б)положение не предусматривает какой-либо поддержки;
в)стена;
г)подушечка, подложенная под спину.

112 Расположение стоп при поднятии тяжести
а)вместе, параллельно;
б)на ширину плеч, выдвинув одну стопу слегка вперед;
в)параллельно ширине плеч;
г)расположение стоп не имеет значения.

113 В положении пациента «на животе» стопы
а)упираются в упор для стоп;
б)свободно располагаются на постели;
в)одна конечность упирается в упор для стоп, другая – лежит на подушечке;
г)лежат на подушечках.

114 При поднятии груза положение будет более устойчивым, если стопы расположить на расстоянии (в см.)
а)10;
б)20;
в)30;
г)40.

115 Определите правильное расположение верхних конечностей в положении Симса
а)вытянуты вдоль туловища;
б)конечность, которая сверху, согнута в локтевом и плечевом суставе под углом 90º, другая – не сгибаясь, лежит на постели вдоль туловища;
в)обе конечности согнуты в локтевом и плечевом суставе под углом 90º;
г)конечности в любом удобном для пациента положении.

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

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

118 Для того чтобы повернуться в положении стоя, необходимо
а)сначала повернуть голову и плечи, затем развернуться в поясничном отделе, и только после этого развернуть стопы;
б)начать поворот с поясницы;
в)повернуть ступни так, чтобы за ними следовал весь корпус;
г)повернуться произвольно.

119 Предупреждает длительное давление матраца на пятки в положении Фаулера или «на спине»
а)упор для стоп;
б)небольшая подушечка или валик под пятки;
в)небольшая подушечка или валик под нижнюю треть голени;

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

120 Положение Фаулера это –
а)полулежа, полусидя;
б)на боку;
в)на животе;
г)на спине.

121 Определите правильное расположение нижних конечностей пациента в положении Симса
а)обе конечности свободно лежат на постели;
б)обе конечности упираются в упор для стоп;
в)конечность, которая сверху, согнута так, чтобы голень находилась на уровне нижней трети бедра, конечность, которая снизу, упирается в упор для стоп;
г)конечность, которая снизу, согнута так, чтобы голень находилась на уровне нижней трети бедра, конечность, которая сверху, упирается в упор для стоп.

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

Перечень манипуляций для дифференцированного зачета по ПМ 04 Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих (младшая медицинская сестра)

МДК 04.02 Безопасная среда для пациентов и персонала

01 Учебная практика

1 Алгоритм обработки рук на гигиеническом уровне
2 Алгоритм обработки рук на социальном уровне
3 Надевание и снятие стерильных перчаток
4 Накрытие стерильного стола
5 1 этап ОСТа № 42-21-2-85
6 2 этап ОСТа № 42-21-2-85
7 3 этап ОСТа № 42-21-2-85
8 Перемещение пациента с кровати на стул
9 Перемещение пациента в положение Фаулера
10 Перемещение пациента в положение Симса
11 Перемещение пациента в устойчивое боковое положение
12 Перемещение пациента в положение на животе
13 Перемещение пациента со стула на кровать
14 Алгоритм проведения генеральной уборки процедурного кабинета
15 Классификация классов медицинских отходов
16 Измерения окружности грудной клетки пациента
17 Измерения роста пациента
18 Перечислите состав аптечки анти-ВИЧ
19 Расскажите алгоритм действий при аварийных ситуациях (ВИЧ)
20 Расскажите алгоритм действий при аварийных ситауциях (дезсредство)

4.2 Типовые задания для оценки сформированности ПК 4.1-4.11 ОК 1-13, ИП 1-8; У 1-9; З 1-6.

Тесты для комплексного дифференцированного зачета по ПМ 04 МДК 04. 03 Технология оказания медицинских услуг

02 Учебная практика

1. Способ транспортировки пациента из приемного покоя в отделение определяет:

а) младшая медицинская сестра

б) старшая медицинская сестра приемного отделения

в) врач

г) медицинская сестра приемного отделения

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

а) уч.ф. 066/у

б) уч.ф. 001/у

в) уч.ф. 003/у

г) уч.ф. 074/у

3. Медицинская сестра приемного отделения стационара заполняет:

а) титульный лист медицинской карты

б) температурный лист

в) листок нетрудоспособности

г) лист врачебных назначений

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

а) срочно вызвать дежурного врача

б) транспортировать пациента в реанимационное отделение

в) оформить необходимую медицинскую документацию

г) начать оказание неотложной до врачебной помощи

5. Вопрос объема санитарной обработки пациента решает:

а) медсестра приемного отделения

б) врач

в) старшая медсестра

г) процедурная медсестра

6. Разность между систолическим и диастолическим давлением, называется:

а) максимальное артериальное давление

б) минимальное артериальное давление

в) пульсовое давление

г) дефицит пульса

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

а) гипотония

б) брадикардя

в) гипертония

г) тахикардия

8. Пульсовое давление в норме составляет:

а) 40-50 мм рт.ст.

6) 60-89 мм рт.ст.

в) 80-100 мм рт.ст.

г) 100-139 мм рт.ст.

9. Максимальное артериальное давление:

а) диастолическое

б) систолическое

в) аритмическое

г) пульсовое

10. Нормальные цифры систолического давления:

а) 60-89 мм рт.ст.

6) 90-100 мм рт.ст.

в) 140-159 мм рт.ст.

г) 100-139 мм рт.ст.

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

а) 60-80

б) 45-60

в) 80-100

г) 50-70

12.Кратковременная остановка дыхания:

а) брадипноэ

б) тахипноэ

в) апноэ

г) асфиксия

13. К свойствам пульса относятся все, кроме:

а) наполнения

б) напряжения

в) частоты

г) типа

14. При экспираторной одышке затруднен:

а) вдох

б) выдох

в) вдох и выдох

15. По наполнению пульс различают:

а) ритмичный, аритмичный

б) скорый, медленный

в) полный, пустой

г) твердый, мягкий

16. В развитии лихорадки различают_____периода.

а) четыре

б) три

в) два

г) один

17. Субфебрильная температура тела (в градусах С):

а) 39,1-40,0°С

б) 38,1-39,0°С

в) 37,1-38,0°С

г) 36,1-37,0°С

18. Лихорадка, которая длится несколько часов:

а) хроническая

б) подострая

в) острая

г) мимолетная

19. Снижение температуры тела в течение нескольких дней:

а) кризис

б) фебрилитет

в) лизис

г) субфебрилитет

20. В первом периоде лихорадки возможно применение:

а) влажного обертывания

б) грелки

в) холодного компресса

г) пузыря со льдом

21. В случае выявления у пациента инфекционного или паразитарного заболевания медицинская сестра заполняет:

а) уч.ф. 001/у
б) уч.ф. 003/у
в) уч.ф. 058/у
г) уч.ф. 074/у

22. Для обработки волосистой части головы при обнаружении педикулеза используется:

а) раствор фурацилина
б) раствор гидрокарбоната натрия
в) «Мистраль»
г) «Ниттифор»

23. Повторный осмотр пациента после обнаружения педикулеза и обработки волосистой части головы проводят через_____дней.

а) 30 **в) 7**
б) 20 г) 5

24. Как часто пациент принимает гигиеническую ванну:

а) не реже 1 раза в 7 дней
б) каждый день
в) 1 раз в 2 недели
г) 1 раз в 10 дней

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

а) крестец
б) голень
в) бедро
г) затылок

26. Признак второй степени пролежней:

а) бледность
б) отек, краснота
в) пузыри

27. Лечение третьей степени пролежней:

а) протирание 10%-ным раствором камфорного спирта
б) массаж
в) хирургическое
г) обработка кожи вокруг раны раствором бриллиантового зеленого

28. Для протирания ресниц и век можно использовать раствор:

а) перманганата калия
б) перекиси водорода
в) салицилового спирта
г) фурацилина

29. Для подмывания тяжелобольного пациента необходимо приготовить:

а) таз, раствор антисептика, шприц Жанэ, ватные тампоны, корцанг
б) грушевидный баллон, корцанг, ватные тампоны, раствор антисептика
в) клеенка, судно, салфетки, кувшин, корцанг, вода
г) кувшин, корцанг, таз, раствор антисептика, кружку Эсмарха

30. Протирание ресниц и век необходимо делать:

а) круговыми движениями
б) от внутреннего угла глаза к наружному
в) снизу вверх
г) от наружного угла глаза к внутреннему

31. С целью удаления корочек из носовой полости используется:

а) 70% этиловый спирт
б) вазелиновое масло
в) 10% раствор камфорного спирта
г) 3% раствор перекиси водорода

32. Кто определяет необходимую диету и длительность ее применения?
а) диетическая медицинская сестра
б) палатная медицинская сестра
в) лечащий врач
г) буфетчица

33. Исключение из рациона продуктов, вызывающих усиление секреции пищеварительных желез и двигательной функции желудка и кишечника способствует их _____щажению.
а) механическому
б) химическому
в) физическому
г) термическому

34. Порционное требование составляется:
а) 2 раза в неделю
б) раз в неделю
в) ежедневно
г) при поступлении пациента

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

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

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

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

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

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

41. Показание для применения грелки:

а) острый аппендицит
б) кровотечение
в) гипотензия
г) постинъекционный инфильтрат

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

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

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

45. Показание для постановки очистительной клизмы:
а) воспалительные заболевания прямой кишки
б) подготовка пациента к извлечению желудочного содержимого
в) первые дни после операции на ЖКТ
г) перед постановкой лекарственной клизмы

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

47. Проведение клизмы относится к_____сестринскому вмешательству.
а) зависимому
б) независимому
в) взаимозависимому

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

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

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

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

52. Для постановки очистительной клизмы используется:

а) зонд с воронкой
б) грушевидный баллон и газоотводная трубка
в) кружка Эсмарха с наконечником
г) шприц Жане и газоотводная трубка

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

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

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

56. Расстройство процесса мочеиспускания:
а) дизурия
б) олигурия
в) полиурия
г) дисбаланс

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

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

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

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

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

62. Наркотические препараты необходимо хранить:
а) в стеклянном шкафу на отдельной полке

б) в сейфе
в) в холодильнике
г) в ящике стола на посту

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

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

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

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

67. Недостатком энтерального пути введения лекарственных препаратов не является:
а) влияние пищи и других лекарственных препаратов на всасывание
б) медленное развитие терапевтического эффекта
в) простота способов
г) индивидуальные различия в скорости и полноте всасывания

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

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

70. До какой температуры необходимо подогреть лекарственный раствор для закапывания в ухо?
а) 27-28ºС
б) 32-33ºС
в) 36-37ºС
г) 40-42ºС

71. При попадании крови пациента на кожные покровы медицинского персонала проводится обработка:
а) 70% этиловым спиртом
б) 96% этиловым спиртом

в) 1% аламинолом
г) 6% перекисью водорода

72. Шприцы одноразового использования после применения следует:

а) погрузить в 5% раствор хлорамина на 60 минут, затем по мере накопления убрать вместе с мусором
б) погрузить в 3% раствор хлорамина на 60 минут
в) прокипятить в 2% растворе гидрокарбоната натрия в течение 30 минут
г) погрузить в 2% раствор «Бриллиант» на 60 минут

73. Парентеральное введение лекарственных препаратов предполагает лекарственные формы:

а) стерильные растворы
б) драже
в) таблетки
г) порошки

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

а) чистыми
б) продезинфицированными
в) стерильными
г) одноразовыми

75. Возможное осложнение при инсулинотерапии:

а) липодистрофия
б) некроз
в) тромбофлебит
г) гепатит

76. Для разведения антибиотиков используют растворы:

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

77. Инъекцию инсулина делают:

а) после того как место инъекции просохло от антисептика
б) через 15 секунд после обработки антисептиком
в) сразу же
г) через 30 секунд после обработки антисептиком

78. Антибиотики чаще всего вводятся:

а) подкожно
б) внутримышечно
в) внутривенно
г) внутрикожно

79. Продолжительность мытья рук до и после любой манипуляции (в секундах):

а) 30 в) 60
б) 45 г) 15

80. Угол наклона иглы при внутрикожной инъекции (в градусах):

а) 90 **в) 5**
б) 45 г) не имеет значения

81. Концентрация изотонического раствора хлорида натрия (в %):

а) 0,9
б) 10
в) 1

г) 0,5

82. Место введения внутрикожной инъекции:

а) бедро

б) передняя брюшная стенка

в) средняя треть передней поверхности предплечья

г) средняя треть наружной поверхности плеча

83. После использования резиновые перчатки подвергаются:

а) промыванию под проточной водой, дезинфекции

б) промыванию под проточной водой, стерилизации

в) промыванию под проточной водой, дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации

г) дезинфекции

84. При возникновении инфильтрата на месте подкожной инъекции необходимо:

а) сделать местный согревающий компресс или положить грелку

б) приложить пузырь со льдом

в) обколоть место инъекции 0,5% раствором новокаина

г) выше места инъекции наложить венозный жгут на конечность

85. Во время очередной инъекции медсестра обратила внимание на резко выраженную гиперемию кожи в месте инъекции: кожа как бы «натянута», блестит. Со слов больного с вечера беспокоит «пульсирующая» боль. О каком осложнении идет речь?

а) медикаментозная эмболия

б) абсцесс

в) инфильтрат

г) повреждение седалищного нерва

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

а) 5

б) 4

в) 3

г) 2

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

а) повреждение надкостницы

б) сепсис

в) аллергическая реакция

г) медикаментозная эмболия

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

а) 44

б) 38

в) 34

г) 28

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

а) 0,1-0,2 мл, не более 1 мл

б) 3-5 мл, не более 20 мл

в) 100-200 мл, до 500 мл

г) 500 мл и более

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

а) большим и указательным пальцами левой руки в месте предполагаемого прокола растянуть кожу ягодицы, нажимая на тело

б) указательным и средним пальцами левой руки в месте предполагаемого прокола собрать кожу ягодицы в складку

в) указательным пальцем левой руки нажимать на ягодицу в месте предполагаемого прокола

91. Местом внутримышечного введения лекарственных препаратов является:

а) подлопаточная область

б) внутренняя поверхность предплечья

в) передняя брюшная стенка

г) дельтовидная мышца

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

а) 120

б) 60

в) 45

г) 15

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

а) под острым углом (20-30º) к поверхности ягодицы

б) под углом 45º к поверхности ягодицы

в) перпендикулярно к поверхности ягодицы

г) любое

94. На правильность наложения жгута указывают следующие признаки:

а) бледность кожи ниже наложения жгута, наличие пульса на лучевой артерии

б) синюшность кожи ниже наложения жгута, наличие пульса на лучевой артерии

в) бледность кожи ниже наложения жгута, отсутствие пульса на лучевой артерии

г) синюшность кожи ниже наложения жгута, отсутствие пульса на лучевой артерии

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

а) тромбофлебит

б) некроз

в) абсцесс

г) инфильтрат

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

а) некроз

б) медикаментозная эмболия

в) тромбофлебит

г) гематома

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

а) сепсис, абсцесс

б) инфильтрат, некроз

в) тромбофлебит, гематома, эмболия

г) сепсис, аллергическая реакция

98. Глубина введения иглы при проведении внутривенной инъекции:

а) только срез иглы

б) две трети иглы

в) в зависимости от расположения сосуда

г) на всю длину иглы

99. Вутривенно капельно можно вводить все, кроме:

а) изотонических растворов

б) суспензии бициллина

в) питательных смесей

г) кровезаменителей

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

а) абсцесс

б) тромбофлебит

в) воздушная эмболия
г) инфильтрат

101. Многоразовые изделия медицинского назначения после инвазивных манипуляций подвергаются:
а) только предстерилизационной очистке
б) только дезинфекции
в) только стерилизации
г**) дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации**

102. При проведении венепункции игла располагается срезом:
а) вверх
б) влево
в) вниз
г) не имеет значения

103. Перед внутривенным введением лекарственного препарата жгут накладывают:
а) на нижнюю треть плеча
б) на среднюю треть предплечья
в) не имеет значения
г) на среднюю треть плеча

104. Внутривенно капельно можно вводить:
а) 10,0-20,0 мл
б) 1,0-2,0 мл
в) от 100,0 мл до нескольких литров в сутки
г) 50,0-100,0 мл

105. В каком количестве необходимо доставить мокроту на микобактерии туберкулеза:
а) 3-5 мл
б) 10-15 мл
в) 15-20 мл
г) 20-30 мл

106. Для взятия мазка из носа необходимо приготовить:
а) чашку Петри
б) стерильную пробирку с тампоном
в) стерильную пробирку с металлическим стержнем
г) стерильную банку

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

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

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

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

111. Пробой Зимницкого определяется в моче:

а) количество сахара, ацетона

б) количество форменных элементов, бактерий

в) наличие уробилина, желчных пигментов

г) плотность и диурез

112. Для исследования мочи по методу Нечипоренко ее собирают:

а) за 24 часа

б) за 10 часов

в) 100-200 мл

г) среднюю порцию струи мочи

113. Кал для исследования на простейшие доставляется в лабораторию:

а) в течение дня

б) через 3 часа

в) через 1 час

г) немедленно, теплым

114. Анализ кала на микрофлору проводят_____исследованием.

а) клиническим

б) бактериологическим

в) цитоскопическим

г) иммунологическим

115. Для исследования кала на скрытую кровь пациента готовят:

а) за сутки

б) за 2-3 суток

в) за 3-5 дней

г) подготовка не обязательна

116. Перед сбором кала на копрологическое исследование пациенту назначается диета:

а) Певзнера

б) бесшлаковая

в) Спасокукоцкого-Кочергина

г) с исключением продуктов содержащих железо

117. К рентгенологическим методам исследования относится:

а) ЭФГДС

б) ирригоскопия

в) цистоскопия

г) ЭКГ

118. Верографин применяется при исследовании:

а) почек

б) желчного пузыря

в) желчного пузыря и желчных протоков

г) желудка

119. Перед проведением УЗИ органов малого таза пациенту необходимо:

а) опорожнить мочевой пузырь

б) наполнить мочевой пузырь

в) провести катетеризацию мочевого пузыря

г) побрить переднюю брюшную стенку

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

а) гречневую кашу, помидоры, гранаты

б) молоко, овощи, фрукты, черный хлеб

в) яйца, белый хлеб, сладости

г) мясо, рыбу, консервы

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

а) холецистография

б) урография

в) ирригоскопия

г) цистоскопия

122. Подготовка больного к ректороманоскопии:

а) премедикация

б) измерение температуры тела в прямой кишке

в) прием контрастного вещества

г) очистительная клизма вечером и утром

123. Подготовка пациента к ЭФГДС:

а) применение газоотводной трубки

б) исследование натощак

в) очистительная клизма вечером и утром

г) выведение мочи катетером

124. Эндоскопическое исследование, не требующее применения очистительной клизмы:

а) колоноскопия

б) ирригоскопия

в) бронхоскопия

г) бронхография

125. Эндоскопический осмотр слизистой толстого кишечника – это:

а) колоноскопия

б) эзофагогастродуоденоскопия

в) дуоденоскопия

г) ирригоскопия

126. Противопоказание к эндоскопическому обследованию желудка:

а) хронический гастрит

б) ожоги и сужение пищевода

в) инородное тело в желудке

г) новообразования верхних отделов желудка

127. Признак, характерный для предагонального состояния:

а) редкое, глубокое дыхание

б) отсутствие сознания

в) резкая тахикардия

г) брадикардия

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

а) абдоминальные толчки

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

в) ввести спазмолитики

г) коникотомия

129. Достоверный признак биологической смерти:

а) прекращение дыхания

б) прекращение сердечной деятельности

в) расширение зрачка

г) симптом «кошачьего глаза»

130. Признак, характерный для агонального состояния:

а) частое, поверхностное дыхание

б) ясное сознание

в) резкая тахикардия

г) брадикардия

131. При проведении наружного массажа сердца ладони следует расположить:

а) на верхней трети грудины

б) на границе верхней и средней трети грудины
в) на границе средней и нижней трети грудины
г) в пятом межреберном промежутке слева

132. Противопоказание для проведения реанимационных мероприятий:
а) появление признаков биологической смерти
б) хроническая почечная недостаточность
в) нарушение мозгового кровообращения с потерей сознания
г) электротрама

133. Критерием эффективности проводимой ИВЛ является:
а) повышение тонуса вен, сужение глазной щели
б) экскурсия грудной клетки
в) расширение зрачка
г) отсутствие пульсовой волны на сонной артерии

134. При проведении закрытого массажа сердца поверхность, на которой лежит пациент, обязательно должна быть:
а) жесткой
б) мягкой
в) наклонной
г) неровной

135. Глубина продавливания грудной клетки при проведении закрытого массажа сердца взрослому человеку:
а) 1-2 см
б) 5-6 см
в) 7-8 см

136. Противопоказание для определения массы тела пациента:
а) поступление пациента в стационар
б) постельный режим
в) выявление дефицита веса
г) наблюдение за динамикой веса

137. «Медицинская карта стационарного больного» – это:
а) уч.ф. 066/у
б) уч.ф. 001/у
в) уч.ф. 003/у
г) уч.ф. 074/у

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

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

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

141. Артериальное давление ниже 100 мм рт.ст. называется:
а) гипотония

б) брадикардя
в) гипертония
г) тахикардия

142. Минимальное артериальное давление:

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

143. Артериальное давление зависит:

а) от частоты сокращений сердца
б) от силы сокращений сердца
в) от тонуса артериальной стенки
г) как от систолического объема сердца, так и от тонуса артериальной стенки сосудов

144. Фактор, приводящий к снижению артериального давления:

а) повышенное потребление поваренной соли
б) применение лекарственных препаратов (сосудосуживающие средства)
в) уменьшение общего объема циркулирующей крови
г) прием алкоголя

145. Нормальные цифры диастолического артериального давления:

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

146. Учащение дыхания называется:

а) брадипноэ
б) тахипноэ
в) брадикардия
г) тахикардия

147. Дефицит пульса возникает при:

а) повышении АД
б) понижение АД
в) брадикардии
г) мерцательной аритмии

148. При значительной физической нагрузке возникает одышка:

а) смешанная
б) физиологическая
в) патологическая
г) инспираторная

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

а) аритмией
б) брадикардией
в) нормой
г) тахикардией

150. Основной признак второго периода лихорадки:

а) озноб
б) головная боль
в) чувство жара
г) рвота

151. При гектической лихорадке:

а) утренняя температура ниже, чем вечерняя

б) суточные колебания держатся в пределах 1°С

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

г) суточные колебания держатся в пределах 2°С

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

а) извращенная

б) послабляющая

в) истощающая

г) перемежающаяся

153. Лихорадка, которая длится свыше 45 дней:

а) хроническая

б) подострая

в) острая

г) мимолетная

154. Резкое снижение температуры тела в течение часа:

а) субфебрилитет

б) кризис

в) лизис

г) фебрилитет

155. Порядок этапов санитарной обработки:

1) переодевание в чистую одежду

2) осмотр волосистой части головы

3) гигиеническая ванна, душ или обтирание

4) дезинсекция, если вши обнаружены

а) 4, 1, 3, 2

б) 2, 3, 1, 4

в) 2, 4, 3, 1

г) 1, 3, 2, 4

156. Срок наблюдения очага педикулеза_____дней.

а) 30 в) 7

б) 20 г) 5

157. Обработку волосистой части головы при наличии педикулеза проводит:

а) врач

б) медицинская сестра

в) санитарка

г) родственники

158. К основным симптомам педикулеза не относится:

а) зуд

б) меланодермия

в) колтун

г) облысение

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

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

б) жизнеспособные вши

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

160. Опрелости – это:

а) воспаление кожи в естественных складках
б) некротическое повреждение тканей
в) воспаление мышечной ткани
г) струпьевидное повреждение тканей

161. Кожу тяжелобольного пациента необходимо ежедневно протирать раствором:
а) 10% нашатырного спирта
б) 10% камфорного спирта
в) 10% перманганата калия
г) 0,02% фурацилина

162. Локализация опрелостей:
а) поверхность спины
б) верные ответы в, г
в) подмышечные впадины
г) под молочными железами

163. Профилактика пролежней включает:
а) умывание
б) лечебную физкультуру
в) смену положения тела каждые два часа
г) смену положения тела 3 раза в день

164. Факторы, способствующие возникновению пролежней:
а) ожирение, метеоризм
б) нарушение сна, ограничение подвижности
в) задержка мочи, прием седативных препаратов
г) пожилой возраст, обезвоживание организма

165. Наиболее частая область образования пролежня у тяжелобольного пациента при положении «на боку»:
а) область тазобедренного сустава
б) подколенная ямка
в) область локтей
г) ребра

166. При первой степени пролежней отмечается:
а) разрушение кожного покрова, жидкие выделения из раны
б) кожный покров не нарушен, устойчивая гиперемия, не проходящая после прекращения давления
в) нарушение целостности кожи, отслойка эпидермиса
г) образование полости с повреждением в ней нижележащих тканей

167. При появлении у пациента трещин на губах медицинская сестра может их обработать:
а) вазелином
б) 5% раствором перманганата калия
в) 3% раствором перекиси водорода
г) 70% раствором этилового спирта

168. Установите правильную последовательность действий при подаче судна пациенту:
1. подложить под таз пациента клеенку
2. извлечь судно
3. ополоснуть судно теплой водой
4. продезинфицировать судно и клеенку
5. подставить судно под ягодицы пациента
6. приподнять таз пациента
7. извлечь клеенку

а) 3, 6, 1, 5, 6, 2, 7, 4

б) 6, 2, 7, 4, 3, 1, 5, 6
в) 3, 1, 5, 6, 2, 7, 4
г) 3, 6, 7, 4, 1, 6, 2, 5

169. Для протирания слизистой ротовой полости можно использовать раствор:

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

170. При недержании мочи в ночные часы желательно использовать:

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

171. Какова должна быть температура холодных блюд?

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

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

а) 330
б) 408
в) 170
г) 345

173. Перерыв между энтеральными приемами пищи в дневное время должен быть не более_____часов.

а) 6
б) 5
в) 4-х
г) 2-х

174. Препарат, используемый для парентерального питания:

а) диклофенак
б) реополиглюкин
в) викасол
г) липофундин

175. Показания для искусственного питания все, кроме:

а) бессознательное состояние пациента
б) стеноз привратника
в) гастрит с секреторной недостаточностью
г) отек языка, глотки, пищевода

176. Перед введением средств для парентерального питания их подогревают до:

а) 20-25ºС
б) 32-36ºС
в) 37-38ºС

177. Противопоказания для постановки банок все, кроме:

а) высокая температура
б) радикулит
в) истощение
г) стенокардия

178. Механизм действия горчицы основан на:

а) торможении свертывания крови

б) ограничении воспаления и травматического отека тканей

в) рефлекторном расширении кровеносных сосудов внутренних органов

г) снижении чувствительности нервных рецепторов.

179. Показание для согревающего компресса:

а) первые сутки после травмы

б) кровотечения

в) лихорадка

г) отит

180. Пузырь со льдом применяют:

а) в 1-ый период лихорадки

б) во 2-ой период лихорадки

в) в 3-ий период лихорадки

181. Показание для постановки пиявок:

а) гипертония

а) анемия

б) гипотония

в) повышенная кровоточивость тканей

182. Показанием для постановки сифонной клизмы не является:

а) отсутствие эффекта от очистительной клизмы

б) подозрение на кишечную непроходимость

в) подготовка пациента к рентгенологическому исследованию ЖКТ

г) удаление из кишечника продуктов брожения, гниения, ядов

183. При спастических запорах чаще назначается_____клизма.

а) гипертоническая

б) очистительная

в) сифонная

г) масляная

184. Показание для постановки клизмы:

а) выпадение прямой кишки

б) капростаз

в) острое воспалительное заболевание прямой кишки

г) энурез

185. К микроклизмам не относится:

а) гипертоническая

б) очистительная

в) лекарственная

г) масляная

186. При атонических запорах чаще назначается_____клизма.

а) гипертоническая

б) очистительная

в) сифонная

г) масляная

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

а) это причиняет дискомфорт пациенту

б) закончится лечебный эффект

в) могут образоваться пролежни стенки кишечника

г) трубка закупориться каловыми массами

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

а) 12-20

б) 20-22

в) 37-38

г) 40-42

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

а) 10

б) 100

в) 200

г) 1 000

190. Газоотводную трубку после использования необходимо:

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

б) обработать в автоклаве: при 1,1 атм.120ºС 45 минут

в) обработать в автоклаве: при 110ºС 0,5 атм. 20 минут

г) замочить в 0,4% растворе «Септодор-форте» на 30 минут

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

а) 1-2

б) 4-6

в) 6-10

г) 10-12

192. Перед введением катетера медицинская сестра проводит:

а) тщательное орошение наружных половых органов

б) тщательное омывание половых органов и отверстия мочеиспускательного канала

в) спринцевание

г) очистительную клизму

193. Задержка мочи называется:

а) анурия

б) полиурия

в) олигурия

г) ишурия

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

а) 40-43

б) 37-40

в) 33-36

г) любой

195. Противопоказания для промывания желудка все, кроме:

а) отравление грибами

б) желудочное кровотечение

в) ожог пищевода

г) «острый живот»

196. До прихода врача больному с желудочно-кишечным кровотечением медицинская сестра может:

а) поставить очистительную клизму

б) положить на живот пузырь со льдом

в) положить на живот горячую грелку

г) дать выпить 50 мл 0,9% раствора хлорида натрия

197. Формула определения глубины введения желудочного зонда для промывания желудка:

а) рост в см. – 50

б) рост в см. – 1/2 роста

в) рост в см. – 100

г) рост в см. – 80

198. Концентрация спиртовых настоек и растворов при неправильном хранении:

а) не изменяется

б) увеличивается

в) уменьшается

г) спирт полностью испаряется

199. Медсестра не имеет права (верно все, кроме):

а) переливать и перекладывать лекарственные препараты из одной упаковки в другую

б) распределять лекарственные препараты, учитывая физико-химические свойства препаратов

в) соединять в одну одинаковые лекарственные препараты из разных упаковок

г) выдавать пациенту деформированные лекарственные формы

200. В требованиях на ядовитые, наркотические, остродефицитные и дорогостоящие препараты указывают:

а) Ф.И.О. пациента, № истории болезни

б) путь введения препарата

в) Ф.И.О. пациента, № истории болезни, диагноз

г) цель введения препарата

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

а) заведующим отделением

б) лечащим врачом

в) старшей медсестрой

г) палатной медсестрой

202. Препараты, раздражающие слизистую оболочку ЖКТ, запивают:

а) молоком

б) минеральной водой

в) водой

г) соком

203. Пилюли, капсулы, применяются внутрь:

а) в разжеванном виде

б) содержимое высыпается под язык

в) в неизменном виде

г) содержимое высыпать, растворить в воде, выпить

204. Какое действие оказывает белковая пища на некоторые лекарственные препараты?

а) замедляет их эвакуацию из желудка

б) ускоряет их терапевтическую активность

в) снижает их терапевтическую активность

205. Опасность отравления лекарственными препаратами предотвращает их хранение:

а) в виде россыпи

б) в стеклянных медицинских шкафах под замком

в) в шкафах на посту в открытом виде

г) в холодильнике

206. Какое количество капель закапывают в глаз?

а) 1-2 в) 5-6

б) 3-4 г) 6-8

207. Как долго необходимо втирать мазь?

а) до тех пор, пока мазь не исчезнет

б) в соответствии с инструкцией

в) пока кожные покровы не покраснеют

г) не имеет значения

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

а) инъекция

б) ингаляция

в) впрыскивание

г) компресс

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

а) задержку дыхания

б) глубокий выдох

в) глубокий вдох

г) не имеет значения

210. Перед наложением лекарственного пластыря кожу необходимо:

а) обезжирить

б) смазать вазелином

в) протереть 0,9% раствором хлорида натрия

г) обработать присыпкой

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

а) внутримышечно

б) через прямую кишку

в) через зонд в желудок

г) под язык

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

а) черную

б) красную

в) белую

г) желтую

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

а) 60 в) 30

б) 40 г) 10

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

а) 10

б) 5

в) 2

г) 1

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

а) 1 мл

б) 2 мл

в) 5 мл

г) 10 мл

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

а) 100

б) 40

в) 20

г) 4

217. Для разведения 1 000 000 ЕД антибиотика в соотношении 1:2 необходимо набрать в шприц_____растворителя.

а) 1 мл **в) 5 мл**

б) 2 мл г) 10 мл

218. Глубина введения иглы при проведении внутрикожной инъекции:

а) только срез иглы

б) две трети иглы

в) в зависимости от расположения сосуда

г) вся длина иглы

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

а) 6

б) 4

в) 3

г) 1

220. Внутрикожно вводится:

а) туберкулин

б) клофелин

в) ампициллин

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

а) 90

б) 60

в) 45

г) 5

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

а) некроз

б) абсцесс

в) повреждение седалищного нерва

г) инфильтрат

223.Глубина введения иглы при проведении подкожной инъекции:

а) только срез иглы

б) две трети иглы

в) в зависимости от расположения сосуда

г) на всю длину иглы

224. При несоблюдении правил асептики может возникнуть осложнение:

а) гематома

б) липодистрофия

в) абсцесс

г) анафилактический шок

225. Глубина введения иглы при проведении внутримышечной инъекции:

а) только срез иглы

б) две трети иглы

в) в зависимости от расположения сосуда

г) на всю длину иглы

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

а) стоя

б) сидя

в) лежа на животе, боку

г) лежа на спине, боку

227. Возможное осложнение при внутримышечной инъекции:

а) инфильтрат

б) воздушная эмболия

в) липодистрофия

г) некроз

228. Укажите место постановки внутримышечной инъекции:

а) верхневнутренний квадрант ягодицы

б) верхненаружный квадрант ягодицы

в) нижневнутренний квадрант ягодицы

г) нижненаружный квадрант ягодицы

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

а) отек Квинке

б) анафилактический шок

в) крапивница

г) покраснение

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

а) 25% раствором сульфата магния

б) 0,9% раствором хлорида натрия

в) 0,25% раствором новокаина

г) стерильной водой

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

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

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

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

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

а) воздушная эмболия

б) гематома

в) некроз

233. Капельница должна быть заполнена раствором:

а) полностью

б) на 1/2 объема

в) на 2/3 объема

г) не имеет значения

234. Цель инфузионной терапии:

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

б) устранение явлений интоксикации при инфекционной патологии и отравлениях

в) введение в организм лекарственных средств для их быстрой абсорбции

г) все вышеперечисленное верно

235. При подготовке устройства для инфузионной терапии необходимо проверить:

а) герметичность, цвет упаковки

б) наличие игл, страну изготовитель

в) срок годности, герметичность

г) прозрачность, срок годности

236. После заполнения системы раствором необходимо:

а) приготовить полоски лейкопластыря

б) закрепить ее на штативе

в) медленно заполнить капельницу раствором

г) проверить отсутствие пузырьков воздуха

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

а) непосредственно во флакон с инфузионным раствором

б) в короткую трубку системы

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

г) в длинную трубку системы

238. Прокол вены называется :

а) венепункция

б) венесекция

в) внутривенная инъекция

г) укол в вену

239. Скорость введения в вену сильнодействующих веществ:

а) 2 мл/мин

б) 1 мл/мин

в) 5 мл/мин

г) 10 мл/мин

240. Внутривенно струйно можно вводить:

а) не более 100 мл

б) не более 500 мл

в) не более 10 мл

г) не более 1 л

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

а) 1,5-2 часов

б) через сутки

в) через 3 суток

г) немедленно после взятия

242. Мокроту для общего клинического анализа необходимо собрать:

а) свежевыделенную

б) в течение суток

в) в течение 5 суток

г) в течение 10 часов

243. Для анализа мазка из зева необходимо снять налет:

а) с зубов

б) с миндалин и дужек

в) с передней стенки глотки

г) с языка

244. Перед забором мазка из зева необходима подготовка:

а) тщательно сполоснуть полость рта водой

б) почистить зубы

в) подготовки не требуется

г) прополоскать полость рта антисептическим раствором

245. Моча на диастазу должна быть доставлена в лабораторию:

а) через 24 часа

б) в любое время

в) через 1 час

г) немедленно

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

а) немедленно

б) в течение 2 часов

в) не позже часа, как собрана

г) в любое время

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

а) 24

б) 10

в) 8

г) 3

248. Цель исследования мочи по методу Нечипоренко – определение:

а) концентрационной способности почек

б) форменных элементов

в) физико-химических свойств

г) выделительной функции почек

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

а) да б) нет, это неверно

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

а) помидоры

б) молочные продукты

в) мясо, рыба

г) гречневая каша

251. Кал на яйца гельминтов необходимо взять:

а) из одного места

б) из разных мест

в) всю порцию кала без примеси воды и мочи

г) не имеет значения

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

а) кал на яйца гельминтов

б) бактериологическое исследование

в) кал на скрытую кровь

г) копрологическое исследование

253. Кал на яйца гельминтов следует отнести в лабораторию:

а) бактериологическую

б) цитологическую

в) биохимическую

г) клиническую

254. Вещество, вводимое пациенту перед рентгенологическим исследованием желудка:

а) взвесь сульфата бария

б) сульфат магния

в) холевид

г) уротраст

255. Медсестра проводит пробу на переносимость йодсодержащих препаратов перед:

а) ирригоскопией

б) флюорографией

в) бронхоскопией

г) бронхографией

256. УЗИ молочных желез рекомендуют проводить:

а) в первые 10 дней менструального цикла

б) после 3-х дневного соблюдения диеты

в) во вторую половину менструального цикла

г) после анализа мочи

257. Контрастный препарат применяемый при холецистографии:

а) сульфат бария
б) триомбраст
в) билитраст
г) уротраст

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

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

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

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

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

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

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

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

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

267. Признак эффективности непрямого массажа сердца:
а) отсутствие экскурсий грудной клетки

б) расширение зрачка
в) отсутствие пульсовой волны на сонной артерии
г) появление пульсовой волны на сонной артерии

268. Главным условием эффективности проведения ИВЛ является:
а) свободная проходимость дыхательных путей
б) проведение ИВЛ с помощью технических средств
в) введение в легкие пострадавшего около 0,5 л воздуха
г) число вдуваний в дыхательные пути пострадавшего должно равняться 5-6 в минуту

269. Методы ИВЛ:
а) «изо рта в рот», «изо рта в нос», «изо рта в нос и рот», «изо рта в трахеотомическую трубку»
б) «изо рта в рот», «из носа в рот», «изо рта в нос и рот», «изо рта в трахеотомическую трубку»
в) «изо рта в рот», «изо рта в нос», «изо рта в нос и рот», «изо рта в нос и рот», «из трахеотомической трубки в рот»

270. Соотношение компрессий на грудину и вдуваний при проведении реанимации взрослому человеку:
а) 2 компрессии на 1 вдох
б) 10 компрессий на 1 вдох
в) 5 компрессий на 1 вдох
г) 30 компрессий на 2 вдоха

271.Паллиативное лечение – это:
а) лечение, которое начинается тогда, когда все другие виды лечения не эффективны и болезнь не поддается лечению
б) лечение, которое направлено на реабилитацию тяжелобольных пациентов
в) высокотехнологичная медицинская помощь тяжелобольным пациентам
г) оказание профессиональной сестринской помощи тяжелобольным пациентам

272. Эмоциональный отклик на утрату или разлуку, проходящий несколько стадий «фаз»:
а) печаль
б) переживание
в) горе
г) траур

273. Цель паллиативной помощи:
а) эвтаназия
б) достичь как можно лучшего качества жизни больных и их семей
в) облегчение боли
г) решение психологических, социальных и духовных проблем

274. Кто определил пять эмоциональных стаций, которые проходит человек, получивший известие о предстоящей потере (смерти)?
а) Вирджиния Хендерсон
б) Флоренс Найтингейл
в) Абрахам Маслоу
г) Элизабет Кюблер-Росс

275. Терминальное состояние – это:
а) состояние обратимого угасания жизнедеятельности организма, предшествующее биологической смерти
б) состояние не обратимого угасания жизнедеятельности организма, предшествующее клинической смерти
в) состояние биологической смерти
г) состояние клинической смерти, после которого неизбежно наступает биологическая

смерть

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

а) госпиталь

б) диспансер

в) дом-интернат

г) хоспис

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

а) через 6

б) через 2

в) через 1

г) сразу после констатации смерти

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

а) 1

б) 2

в) 3

г) 4

д) 5

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

а) лист врачебных назначений

б) титульный лист истории болезни

в) сопроводительный лист

г) температурный лист

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

а) аутопсия

б) эгротогения

в) аутосуггестия

г) эвтаназия

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

а) бактериологическая

б) клиническая

в) биохимическая

г) иммунологическая

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

а) А

б) Б

в) В

г) Г

283. Анализ крови на содержание сахара производится в лаборатории:

а) клинической

б) цитологической

в) биохимической

г) бактериологической

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

а) кровь

б) слюна
в) пот
г) сперма

285. Кровь на биохимические анализы берется:

а) утром натощак
б) после завтрака
в) в любое время суток
г) перед обедом

286. Механизм передачи гепатита В в ЛПУ:

а) артифициальный
б) фекально-оральный
в) аэрогенный
г) контактный

287. Забор крови для биохимического исследования проводит:

а) процедурная медсестра
б) клинический лаборант
в) палатная медсестра
г) младшая медсестра

288. Вутривенно капельно можно вводить все, кроме:

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

289. Показанием для катетеризации периферических вен не является:

а) частые курсы внутривенной терапии пациентам с хроническими заболеваниями
б) введение камфоры в масле
в) экстренные инфузии при неотложных состояниях
г) регидратация объема жидкости в организме

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

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

291. Многоразовые изделия медицинского назначения после инвазивных манипуляций подвергаются:

а) только предстерилизационной очистке
б) только дезинфекции
в) только стерилизации
г) дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации

292. Не является составной частью устройства для инфузионной терапии:

а) воздуховод
б) катетер
в) приемная игла
г) инъекционный узел

293. Капельница должна быть заполнена раствором:

а) полностью
б) на 1/2 объема
в) на 2/3 объема
г) не имеет значения

294. Цель инфузионной терапии:

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

б) устранение явлений интоксикации при инфекционной патологии и отравлениях

в) введение в организм лекарств для их быстрой абсорбции

г) все вышеперечисленное верно

295. При подготовке устройства для инфузионной терапии необходимо проверить:

а) герметичность, цвет упаковки

б) наличие игл, страну изготовитель

в) срок годности, герметичность

г) прозрачность, срок годности

296. После заполнения системы раствором необходимо:

а) приготовить полоски лейкопластыря

б) закрепить ее на штативе

в) медленно заполнить капельницу раствором

г) проверить отсутствие пузырьков воздуха

297. Одноразовые изделия медицинского назначения после использования подлежат:

а) уничтожению

б) дезинфекции, а затем утилизации

в) дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации

г) очистке, а затем утилизации

Перечень манипуляций для дифференцированного зачета по ПМ 04 Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих (младшая медицинская сестра)

МДК 04.03 Технология оказания медицинских услуг

02 Учебная практика

1. Технология постановки внутримышечной инъекции на фантоме.
2. Технология постановки внутривенной инъекции на фантоме
3. Технология постановки подкожной инъекции инсулина
4. Технология взятия крови из периферической вены с помощью вакуумной системы
5. Технология уход за постоянным мочевым катетером Фолея (у мужчин)
6. Технология измерения артериального давления
7. Технология катетеризации мужчины катетером Фолея
8. Технология подачи пузыря со льдом
9. Технология проведения сердечно-легочной реанимации вне ЛПУ на фантоме
10. Технология промывания желудка с применением толстого зонда на фантоме
11. Технология постановки очистительной клизмы на фантоме
12. Технология постановки газоотводной трубки на фантоме
13. Технология исследования пульса на лучевой артерии, характеристика пульса
14. Технология разведения антибиотиков
15. Технология заполнения раствором системы для в/в капельного вливания
16. Технология «Постановка горчичников"
17. Технология выполнения «Перемещение тяжелобольного в постели»
18. Технология выполнения «Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному»

19. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных»
20. Технология выполнения простой медицинской услуги «Оценка интенсивности боли»
21. Технология выполнения простой медицинской услуги ЧДД на статисте.
22. Технология выполнения простой медицинской услуги закапывания капель в глаза
23. Технология выполнения простой медицинской услуги закапывания капель в нос
24. Проведите профилактику пролежней
25. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки согревающего компресса
26. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки масляной клизмы
27. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки гипертонической клизмы
28. Подготовьте пациента к сдаче мочи на общий анализ
29. Технология ухода за назогастральным зондом

4.3 Типовые задания для оценки сформированности ПК 4.1-4.11 ОК 1-13, ИП 1-8; У 1-9; З 1-6.

Перечень практических манипуляций к дифференцированному зачету по производственной практике, квалификационному экзамену

ПМ 04 Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих (младшая медицинская сестра)

1. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного»
2. Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка горчичников"
3. Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка банок»
4. Технология выполнения простой медицинской услуги «Бритье кожи предоперационное или поврежденного участка»
5. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии»
6. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких»
7. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером»
8. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за сосудистым катетером»
9. Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при гастростомах»
10. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за назогастральным зондом"
11. Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при стамх толстого кишечника»
12. Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при дефекации тяжелого больного»
13. Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка очистительной клизмы»
14. Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при мочеиспускании тяжелого больного»
15. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за постоянным мочевым катетром»
16. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за внешним мочевым катетером»
17. Технология выполнения простой медицинской услуги «Перемещение тяжелобольного в постели»
18. Технология выполнения простой медицинской услуги «Размещение тяжелобольного в постели»
19. Технология выполнения простой медицинской услуги «Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения»
20. Технология выполнения простой медицинской услуги «Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд»
21. Технология выполнения простой медицинской услуги «Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному»
22. Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному»
23. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных»
24. Технология выполнения простой медицинской услуги «Оценка интенсивности боли»

25. Проведение дезинфекции уборочного инвентаря и предметов ухода за пациентами

26. Продемонстрируйте алгоритм измерения артериального пульса. Основные характеристики пульса
27. Технология выполнения простой медицинской услуги измерения АД
28. Технология выполнения простой медицинской услуги ЧДД на статисте.
29. Проведение оксигенотерапии. Показания.
30. Технология выполнения простой медицинской услуги капель в глаза
31. Технология выполнения простой медицинской услуги закапывания капель в нос
32. Профилактика пролежней
33. Технология выполнения простой медицинской услуги применение грелки и пузыря со льдом
34. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки согревающего компресса
35. Технология выполнения простой медицинской услуги обработка рук перед манипуляцией
36. Соберите аптечку при биологических авариях (Анти-СПИД).
37. Продемонстрируйте алгоритм накрытия стерильного стола
38. Расскажите ОСТ 42-21-2-85 (1-ый этап)
39. Расскажите ОСТ 42-21-2-85 (2ой этап)
40. Расскажите ОСТ 42-21-2-85 (3ий этап)
41. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки подкожной инъекции
42. Наберите в шприц 16 ед. инсулина
43. Наберите в шприц 24 ед. инсулина
44. Продемонстрируйте алгоритм разведение антибиотиков
45. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки внутримышечная инъекции
46. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки внутривенной инъекции
47. Технология выполнения простой медицинской взятие крови на биохимический анализ
48. Технология выполнения простой медицинской услуги заполнения раствором системы для в/в капельного вливания
49. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки сифонной клизмы
50. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки масляной клизмы
51. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки гипертонической клизмы
52. Технология выполнения простой медицинской услуги постановки газоотводной трубки
53. Подготовьте пациента к сдаче мочи на общий анализ
54. Подготовьте пациента к сдаче мочи на анализ по Нечипоренко
55. Подготовьте пациента к сдаче мочи на анализ по Зимницкому
56. Технология выполнения простой медицинской услуги катетеризации мочевого пузыря у мужчины.
57. Технология выполнения простой медицинской услуги катетеризации мочевого пузыря у женщины.
58. Продемонстрируйте алгоритм оказания помощи пациенту при рвоте
59. Технология выполнения простой медицинской услуги промывание желудка
60. Продемонстрируйте технику проведения базовой сердечно- легочной реанимации на фантоме.

4.4 Типовые задания для оценки сформированности ПК 4.1-4.11 ОК 1-13, ИП 1-8; У 1-9; З 1-6.

Ситуационные задачи к квалификационному экзамену по ПМ 04 Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих (младшая медицинская сестра) Теоретическая часть

Потеря. Смерть. Горе.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

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

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

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

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

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

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

Проблемы пациента:

- Постепенное угасание жизненно важных функций организма с усилением боли.

Проблемы родных:

- Предчувствие горя родными в результате приближающейся смерти близкого человека.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента/ родных	Цель/ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Постепенное угасание	Поддержание комфортного	1. Поддерживать уровень жизни,	При каждом	Уровень боли, не причиняющий	Цель достигли.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

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

Задание:

1. Определите, какие потребности нарушены у мужчины.

2. Определите проблемы.
3. Составьте план действий, дайте рекомендации.

Возможный вариант ответа
Нарушены потребности:
- в безопасности;
- в сне и отдыхе;
- в пище;
- комфортного состояния.
Проблемы пациента:
- Дисфункциональное переживание горя, проявляющееся в виде бессонницы, снижения аппетита и появлении неприятных ощущений за грудиной.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Дисфункциональное переживание горя, проявляющееся в виде бессонницы, снижения аппетита и появлении неприятных ощущений за грудиной.	Примет ситуацию как свершившийся факт, восстановит силы для преодоления постигшего горя.	1. Провести беседу для выявления уровня тревожности пациента. 2. Осуществить ЭКГ-исследование сердца по назначению врача. 3. Дать рекомендации относительно коррекции режима питания и отдыха. 4. Посоветовать расширить круг общения, не замыкаться в себе. 5. Рекомендовать при необходимости консультацию психоневролога.	Ежедневно	Наличие полноценного сна и аппетита. Отсутствие неприятных ощущений в области грудины. Адекватная реакция на произошедшую потерю.	Цель достигнута. У пациента отсутствуют жалобы на изменение физического и психоэмоционального состояния.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3
Участковая медицинская сестра неоднократно посещала пожилую пациентку и

оказывала помощь на дому.

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

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

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

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

Проблемы пациента:

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

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Ощущение безнадежности, связанное с длительным стрессом, провоцируемым духовным одиночеством и наличием хронических болезней.	Воспринимает сложившуюся обстановку в семье иначе, ощущает проявления любви и сопричастности. Готова принять помощь родных.	1. Провести беседу с родными о необходимости более яркого выражения своих чувств по отношению к пожилой женщине. Проявлять заботу и участие в ее жизни. 2. Рекомендовать пациентке не замыкаться, принимать заботу о себе. 3. Выполнять рекомендации врача (лечение и уход), способствующие повышению качества жизни пациентки.	При каждом контакте.	Отсутствие мысли о смерти. Чувствует себя полноправным и необходимым членом семьи. Активна в домашней обстановке и на улице.	Цель достигнута.

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Амбулаторному пациенту Ложкину В.П. для уточнения диагноза назначен мазок из зева и носа.

В.П. беспокоится по поводу возможного инфекционного заболевания. Говорит, что такое же красное горло с налетом было несколько лет назад у его родственника, умершего от дифтерии.

Спрашивает у сестры, как берут мазок и чем. Интересуется, каким антисептиком можно полоскать горло и когда это следует начинать.

Задание:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента.
3. Спланируйте сестринские действия для ликвидации проблем пациента.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

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

Проблемы пациента:

- Чувство опасения за свое состояние, вызванное отсутствием информации о заболевании и методах исследования.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Чувство опасения за свое состояние, вызванное отсутствием информации о заболевании и методах исследования	Спокойно ожидает результаты исследования мазка из зева и носа.	1. Провести беседу и упомянуть о благоприятной эпидемиологической обстановке по дифтерии. 2. Сообщить, что при наличии налетов на миндалинах проводят: ■ забор материала для исследования до еды и начала антибактериальной терапии или через 2 часа после приема пищи; ■ забор проводят ватным тампоном из стерильной пробирки на границе здоровой и патологически измененной ткани; ■ обработку миндалин	Перед забором материала и после.	Наличие знаний относительно подготовки к исследованию. Стабильное эмоциональное состояние. Обрабатывает горло антисептиком.	Цель достигли.

		антисептиком начинают после взятия мазка. 3. Выполнить забор материала в отдельные пробирки для носа и зева. 4. Дать рекомендации по обработке горла антисептиком.			

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Иванову С.С., пациенту урологического отделения, назначен общий анализ мочи.

Иванов С.С. длительное время находится на постельном режиме, моча выделяется по постоянному катетеру.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- в выделении.

Проблемы пациента:

- Риск инфицирования мочевого пузыря, провоцируемый наличием постоянного катетера.

Проблемы медицинской сестры:

- Отсутствие возможности сбора мочи пациентом.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Риск инфицирования мочевого пузыря, вызванный наличием постоянного катетера.	Асептические условия эксплуатации постоянного катетера.	1. Создать для оттока мочи герметичную систему (катетер + мочеприемник с отводным портом). 2. Осуществлять многократное в течение суток опорожнение мочеприемника. 3. Собирать мочу стерильным шприцом, через обработанный спиртосодержащим	Ежедневно	Отсутствие признаков воспаления (t, боль, гиперемия, гнойное отделяемое). Общий анализ мочи без изменения.	Цель достигли.

		тампоном наружный конец катетера (при наличии дренажного мешка через без игольный порт или порт для иглы). 4. Проводить ежедневное промывание катетера антисептиком (при необходимости). 5. Осуществлять смену системы каждые 3-5 дней.			

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Пациентке терапевтического отделения проводят обследование ЖКТ. Ей необходимо сделать колоноскопию, результаты которой позволят поставить точный диагноз. Пациентка очень хорошо знакома с методикой подготовки к исследованию и знает, что необходимо сделать серию очистительных клизм. Но неоднократные попытки удержать воду в кишечники при постановке очистительных клизм всегда безуспешны, она не в состоянии это сделать. Пациентка просит рассказать о «фортрансе». Можно ли воспользоваться им при подготовке.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- выделения;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Отсутствие знаний относительно современного метода подготовки кишечника к исследованию.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Отсутствие знаний относительно современного метода подготовки кишечника к исследованию.	Понимает целесообразность применения в данной ситуации фортранса.	1. Провести беседу и рассказать о целесообразности замены серии очистительных клизм на использование фортранса при подготовке к исследованию. 2. Обратить внимание на наличие в аптеках	Однократно после беседы с медсестрой.	Знает об особенностях приема препарата. Готова использовать препарат для подготовки к исследованию.	Использует фортране для подготовки к исследованию

		препарата, применяемого с большой водной нагрузкой. 3. Рекомендовать прием фортранса, соответствующий показаниям.			

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Пациенту хирургического отделения назначена ректороманоскопия (RRS). Два года назад была проведена подготовка к такому же исследованию. В результате получен отрицательный результат: при введении ректоскопа обнаружены жидкие каловые массы в нижнем отделе толстого кишечника. На повторение процедуры пациент не согласился.

На данный момент пациент психологически готов к исследованию. Но жалуется на задержку стула, говорит, что иногда по 4 дня не может опорожнить кишечник. Опасается повторения предыдущей ситуации, так как понимает наличие возможных проблем с подготовкой кишечника.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в выделении шлаков;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Беспокойство по поводу возможного срыва обследования кишечника, вызванного трудностью его подготовки.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Беспокойство по поводу возможного срыва	Спокойно принимает рекоменда-	1. Рекомендовать начать подготовку за 2-3 дня до исследования. 2. Исключить из рациона питания продук-	Ежедневно в период подго-	Благоприятное эмоциональное	Успешное проведение RRS.
обследования кишечника, вызванного трудностью его подготовки.	ции сестры и активно участвует в подготовке к исследованию.	ты, вызывающие газообразование. 3. Назначить бесшлаковую диету. 4. Рекомендовать увеличение	товки к исследованию	состояние пациента - уверен в эффективности подготовительных мероприятий к исследованию. Наличие стула	

		двигательной активности, проведение массажа в области проекции сигмовидной кишки. 5. Увеличить (при необходимости) количество очистительных клизм.		после клизм.	

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Пациенту Иванову Д.В. после рентгенологического исследования поставлен предварительный диагноз: болезнь Крона. Для уточнения диагноза было рекомендовано проведение колоноскопии.

Сегодня в 9 часов проведено эндоскопическое исследование, и в результате диагноз не подтвердился.

Доктор похвалил пациента, сказал: «Вы очень хорошо подготовились и прекрасно себя вели во время осмотра, мне удалось дойти эндоскопом до терминального отдела, у вас все прекрасно».

Через час медицинскую сестру пригласили в палату. У данного пациента в результате психоэмоционального перенапряжения появилась сильная головная боль, резко повысилось артериальное давление.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Риск развития критического состояния (гипертонический криз), вызванный психоэмоциональным напряжением.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Риск развития критического состояния (гипертонический криз), вызванный психоэмоциональным напряжением.	Угроза возникновения отсутствует после вмешательства медицинской	1. Определить уровень артериального давления. 2. Сообщить (при показателях высокого АД) результаты	2-3 раза после вмешательства сестры	АД 120/80140/90 мм рт.ст. Отсутствие головной боли. Положительные эмоции от	Состояние пациента, не угрожающее его жизнедеятельно сти.

	сестры.	исследования врачу. 3. Ввести по назначению врача гипотензивные и успокаивающие средства. 4. Создать комфортную спокойную обстановку в палате. 5. Провести беседу, постараться снять психоэмоциональное напряжения пациента, вызванное предварительным диагнозом.		результатов обследования.	

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Колыванову С. П., пациенту хирургического отделения, назначена на 10.08.2008 года гастроскопия. Сосед по палате поделился своим опытом и рассказал С. П., насколько это тяжелое и неприятное исследование. В результате С.П. со страхом ожидает данную процедуру. Второй день его беспокоят неприятные ощущения в области сердца.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Страх, вызванный получением неадекватной информации о процедуре и провоцирующий неприятные ощущения в области сердца.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Страх, вызванный получением неадекватной информации о процедуре и провоцирующий	Спокойно ожидает диагностическую процедуру.	1. Провести беседу, позволяющую снять напряжение у пациента. Рассеять его страхи,	Ежедневно до начала эндоскопии.	Отсутствие неприятных ощущений в области сердца. Уровень АД 120/80 мм рт.ст. Положительные	Цель достигли, пациент не проявляет беспокойства по поводу предстоящей

неприятные ощущения в области сердца.		объяснить, что это чувство лишь усилит неприятные ощущения. 2. Рассказать о предварительном проведении местной анестезии. 3. Рекомендовать пациенту осуществлять глубокое дыхание через нос при введении эндоскопа, расслабиться. 4. Рекомендовать соблюдение после процедуры режима питания и физической активности. 5. Провести наблюдение за уровнем АД, пульсом. 6. Ввести успокаивающий препарат по назначению врача.		эмоции и согласие на процедуру	процедуры.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

Пациента повторно просят собрать мочу на сахар. Предыдущая подготовка к исследованию прошла безрезультатно. Медицинская сестра в разговоре с пациентом выяснила, что он старался собирать всю мочу, но отдельные мочеиспускания происходили вне дома, и в результате количество собранной мочи не соответствует суточному.

Задание:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента.
3. Спланируйте мероприятия, необходимые пациенту для решения его проблем.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- в выделении.

Проблемы пациента:

- Вероятность повторного нарушения сбора мочи для исследования в результате

отсутствия у пациента знаний относительно методики выполнения.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Вероятность повторного нарушения сбора мочи для исследования в результате отсутствия у пациента знаний по методике выполнения.	Самостоятельно собрал мочу для исследования после вмешательства сестры.	Провести беседу и рассказать особенности сбора мочи: ■ предупредить о сборе всей суточной мочи (без учета первого утреннего мочеиспускания), о необходимости последнего мочеиспускания строго через 24 часа после утреннего опорожнения пузыря; ■ определить суточное количество мочи; ■ перемешать всю суточную порцию мочи и отлить 100-150 мл в емкость для отправки в лабораторию; ■ указать в направлении для лаборатории количество мочи, выделенное пациентом за сутки; ■ отправить емкость с мочой на исследование.	После беседы с сестрой.	Знает о своих допущенных ошибках по сбору мочи. Понимает особенности проведения.	Результат положительный, пациент отправил в лабораторию правильно собранную мочу.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

Собрать мочу по Зимницкому для амбулаторного пациента Куликова И.И. - сложная задача. Почтительный возраст и наличие атеросклероза привели к тому, что запомнить и выполнить все рекомендации сестры он не в состоянии.

Контроль над сбором мочи для проведения функциональной пробы поручили дочери Куликова. Отсутствие знаний у нее требует обучению методике сбора.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности у пациента:

- в безопасности;
- в самообслуживании.

Проблемы пациента:

- Отсутствие возможности самостоятельного выполнения пациентом сбора мочи для исследования.

Проблемы родных:

- Отсутствие умений по выполнению сбора мочи у дочери недееспособного пациента.

Проблемы медицинской сестры:

- Угроза срыва проведения функциональной пробы почек.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента/ родных	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Отсутствие умений по выполнению сбора мочи у дочери недееспособного пациента.	Знает, как организовать и осуществить сбор мочи для исследования.	1. Получить согласие на проведение суточного исследования мочи пациента у его дочери. 2. Обучить дочь пациента правилам сбора мочи по Зимницкому. 3. Проконтролировать уровень усвоения информации: ■ собирать 8 порций мочи каждые 3 часа. ■ первое мочеиспускание сразу после пробуждения осуществить в унитаз, последующие выведение мочи проводить в емкость для очередной 3-х часовой порции мочи. ■ напоминать пациенту о необходимости сбора мочи по часам, будить, если он в это время спит. ■ отправить все емкости в лабораторию, т.е. 8	Однократно, после обучения.	1. Знает методику сбора мочи. 2. Приготовила емкости для сбора мочи. 3. Отправила мочу в лабораторию через сутки от начала исследования.	Моча для исследования собрана соответственно рекомендациям.

		порций и имеющиеся в наличии дополнительные.			

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Савицкий П.А. 47 лет, с приступом почечной коликой поступил в урологическое отделение. Состояние средней тяжести, отмечается задержка мочи.

Пациент страдает от сильных болей, приступ купируется с трудом на незначительное время. В течение суток наблюдается постоянная тошнота, иногда рвота. Рвотные массы скудные. Пациент не может принимать пищу, пить, все это вызывает позывы на рвоту.

Тяжелое состояние привело к потере уверенности в положительном исходе заболевания. П.А плачет, говорит: «Я больше не могу терпеть, мне, наверное, ничего не поможет».

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- комфортного состояния;
- в самооценке;
- в выделении.

Проблемы пациента:

- Интоксикация, сопровождающаяся постоянной тошнотой с периодически возникающими сильными болями и рвотой.
- Отсутствие веры в положительный результат на фоне депрессии.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Интоксикация, сопровождающаяся постоянной тошнотой с периодически возникающими сильными болями и рвотой.	У пациента приступ боли купируется через 15 минут после введения препарата. Отметит снижение неприятных ощущений (тошнота, рвота) через 2 суток после начала терапии.	1. Ввести обезболивающее и спазмолитическое средство по назначению врача для купирования острой боли. 2. Проводить противовоспалительную терапию по назначению врача. 3. Проводить инфузионную терапию по назначению врача.	Через 20 минут после попыток снизить боль. При каждом контакте.	Уровень боли, не вызывающий беспокойство пациента. Показатель АД, диуреза. Отсутствие тошноты и позывов на рвоту.	Цель достигли.

		4. Подготовить пациента к врачебной катетеризации (мочеточника) для ликвидации задержки мочи. 5. Дать рекомендации относительно режима питья и питания. 6. Оказывать помощь при рвоте. 7. Проводить наблюдение за показателями АД, пульса, диуреза. 8. Подготовить пациента к обследованию (УЗИ, рентген, цистоскопия).			
Отсутствие веры в положительный результат на фоне депрессии.	Уверен в положительном результате медикаментозной терапии.	1. Провести беседу о наличии различных методов воздействия на данное состояние пациента. 2. Указать на положительные моменты терапии. 3. Организовать для пациента спокойную и доброжелательную атмосферу в палате. 4. Вводить по назначению врача успокаивающие средства.	При каждом контакте.	Спокойно участвует в проведении диагностических и лечебных процедур.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

В инфекционное отделение доставлен мальчик-подросток.

Дома у него неоднократно отмечалась рвота и опорожнение кишечника жидкими каловыми массами.

На момент осмотра температура тела 39,8°, сознание спутанное, кожа сухая, горячая на ощупь.

Мама волнуется за состояние своего ребенка, переживает, будет ли оказан должный уход в отделении, ведь его нужно поить, протирать, менять белье, помогать, если возникнет рвота.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:
- в безопасности;
- комфортного состояния;
- любви и принадлежности;
- в выделении.

Проблемы пациента:
- Риск обезвоживания, вызванный наличием рвоты, поноса, высокой температуры.
- Дефицит самоухода в связи с тяжестью состояния.

Проблемы мамы:
- Волнение относительно качества ухода за ребенком.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Дефицит самоухода в связи с тяжестью состояния.	Получает полный объем услуг по уходу за тяжелобольным с помощью медицинского персонала.	1. Организовать и осуществлять гигиенические мероприятия в постели. 2. Помогать пациенту при опорожнении кишечника, возникновении рвоты.	Ежедневно.	Чистота кожных покровов, видимых слизистых.	Пациенту созданы комфортные условия в постели.
Риск обезвоживания, вызванный наличием	Отсутствие дефицита жидкости в период	1. Вводить по назначению врача кровезаменители, препараты, воздействующие на инфекционный процесс.	При каждом контакте	Показатели: сознания, АД, пульса,	Цель достигли. Показатели
рвоты, поноса, высокой температуры.	повышенной ее потери с выделениями пациента.	2. Определить необходимый уровень водной нагрузки. Поить согласно рекомендациям врача. 3. Контролировать показатели жизнедеятельности (сознание, АД, пульс, диурез, дыхание, температура, тургор и эластичность кожи).		диуреза, дыхания, температуры тела, тургора и эластичности кожи.	жизнедеятельности стабильные.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Бригада скорой помощи (врач и сестра) оказывает помощь на вызове.

Пациент без сознания, обнаружен случайно рано пришедшей с работы мамой. Рядом с пострадавшим вскрытый и наполовину опустошенный пузырек с сильнодействующими таблетками.

Врачом принято решение провести промывание желудка. Мама пострадавшего плачет, мечется по комнате, не понимает, почему решили желудок промыть дома, а не в больнице.

Задание:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Определите проблемы пациента, мамы.
3. Спланируйте действия по ликвидации проблем.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности.

Проблемы пациента:

- Угроза жизни от воздействия большого количества сильнодействующих препаратов. Проблемы мамы:

- Страх за состояние сына, провоцируемый непониманием действий медработников по оказанию помощи.

Индивидуальный план

Проблемы пациента	Проблемы мамы	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
				Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Угроза жизни		Стабильное состояние	1. Определить гемодинамические показатели (АД, пульс).	Постоянно в	Уровень АД 100/60-120/80	Цель достигли.
от воздействия большого количества сильнодействующих препаратов.		пациента после оказания экстренной помощи в домашних условиях и в ЛПУ.	2. Осуществить промывание желудка по назначению врача. 3. Подготовить и осуществить транспортировку пациента в стационар. 4. Осуществлять в/в капельное вливание кровезаменителей по назначению врача.	течение периода угрозы жизнедеятельности.	мм рт.ст. Пульс 60-70 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.	Пациент в ЛПУ, состояние стабильное.
	Страх за состояние сына, провоци	Понимает необходимость срочного удаления	1. Успокоить, объяснить необходимость срочного	При каждом контакте.	Адекватное поведение в условиях данной	Контролирует свои эмоции.

	руемый непониманием действий медработников по оказанию помощи.	сильнодействующего вещества из желудка.	промывания желудка в данном случае дома, а не позже в условиях стационара. 2. Дать успокаивающее средство.		обстановки.	

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Иванову Николаю Сергеевичу назначено введение 0,5 г ампициллина 4 раза в сутки. Препарат вводят внутримышечно четвертый день.

У пациента полностью отсутствует двигательная активность. Медицинской сестре тяжело вводить антибиотики, так как поворачивать Николая Сергеевича на бок для введения затруднительно.

Все препараты, которые ему назначили, в том числе и обезболивающие, медсестра чаще всего вводит в бедро и плечо.

Задание:

1. Укажите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Сформулируйте проблемы пациента.
3. Составьте индивидуальный план ухода за пациентом.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности; - двигаться; - есть и пить; - выделять.

Проблемы пациента:

- Риск возникновения инфильтрата, вызванный большим объемом лекарственной терапии.
- Риск развития пролежней, вызванный отсутствием двигательной активности.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Риск возникновения инфильтрата, вызванный большим объемом лекарственной терапии.	Воспаление мягких тканей отсутствует на протяжении всей медикаментозной терапии.	1. Чередовать места введения препаратов, привлекать помощников для создания доступа к месту инъекции. 2. Подбирать иглу для инъекции соответствующего диаметра и длины. 3. Проводить	Ежедневно.	Отсутствие гиперемии в месте инъекции. При пальпации ткани мягкие, безболезненные.	Цель достигли. Признаков воспаления нет.

		наблюдение за местом введения препарата. 4. Соблюдать асептику.			
Риск развития пролежней, вызванный отсутствием двигательной активности.	Отсутствие пролежней на фоне профилактических мероприятий.	1. Подготовить функциональную кровать, застелить противопролежневым матрацем. 2. Осуществлять уход за кожей. 3. Следить за состоянием постельного и нательного белья. 4. Выдать родным пациента рекомендации относительно полноценного питания. 5. Активизировать двигательную активность пациента за счет пассивных движений.	Ежедневно.	Кожные покровы без видимых изменений. Удовлетворительный уровень двигательной активности	Цель достигли. Признаки пролежней отсутствуют

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

В процедурном кабинете Лебедеву И.К введен 10% р-р хлорида кальция.

Во время инъекции пациент вел себя неспокойно, постоянно жестикулировал, громко разговаривал, всем своим видом показывая, что к таким процедурам он привык и на них не реагирует. В результате игла вышла из вены, и раствор в небольшом количестве был веден в подкожную клетчатку.

И.К. пытается скрыть, что ему очень больно. Успокаивает сестру, говорит, что ничего страшного не произошло.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- двигаться;
- есть и пить;
- выделять.

Проблемы пациента:

- Риск возникновения некроза в результате выхода иглы из вены и попадания раствора в подкожную клетчатку.
- Боль в месте попадания хлорида кальция.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Риск возникновения некроза в результате выхода иглы из вены и попадания раствора в подкожную клетчатку.	Вероятность развития некроза сведена до минимума при оказании помощи в первые 20-30 минут	1. Обколоть место инъекции раствором новокаина. 2. Наложить согревающий компресс.	Через 30 минут после оказания помощи и затем ежедневно.	Отсутствие признаков воспаления и омертвления мягких тканей.	Цель достигли.
Боль в месте попадания хлорида кальция.	Ощущение боли, не вызывающее беспокойство пациента в первые сутки после оказания экстренной помощи.	1. Создать покой поврежденной конечности. 2. Проводить медикаментозное воздействие на пораженный участок 3. Предложить обезболивающее средство по назначению врача.	При каждом контакте.	Ощущения, не вызывающие беспокойство пациента.	Цель достигли

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Курушина Е.И. пациентка гинекологического отделения, предъявляет жалобы на боль в области правой ягодицы.

Она говорит, что не может лежать на этой стороне, а в положении сидя испытывает дискомфорт.

При осмотре медсестра обратила внимание на гиперемию и болезненность в верхней части ягодицы. При пальпации определяется уплотнение тканей.

Е.И несколько дней получает инъекции антибиотика, витаминов и масляного раствора синестрола. Препараты вводили внутримышечно, по схеме.

При разговоре с пациенткой медсестра выяснила, что перед введением синестрола раствор подогревали, а последние две инъекции осуществили без предварительной подготовки.

Е.И волнуется по этому поводу и боится вероятности возникновения абсцесса.

Задание:

1. Укажите, какие потребности нарушены у пациентки.
2. Сформулируйте проблемы пациентки.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Дискомфорт, вызванный воспалением мягких тканей и провоцируемый мощной инъекционной терапией с нарушением правил введения препаратов.
- Беспокойство по поводу возможного возникновения абсцесса.

Индивидуальный план ухода

Проблемы	Цель/ожидае	Сестринские	Оценка эффективности ухода

пациента	мые результаты	вмешательства	Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка	
Дискомфорт, вызванный воспалением мягких тканей и провоцируемый мощной инъекционной терапией с нарушением правил введения препаратов.	Отсутствие ощущения неудобства и признаков воспаления через 2 суток	1. Создать комфортные условия в постели. 2. Изменить место введения препаратов. 3. Подогреть масляный раствор перед введением. 4. Проводить противовоспалительную терапию. Наложить компресс на область инфильтрата. 5. Проконсультировать пациентку по	поводу необходимости принятия физиопроцедур. 6. Предложить обезболивающее средство по назначению врача. 7. Дать рекомендации относительно двигательной активности.	Каждые 6 часов.	Через 24 часа: гиперемия незначительная боль, только при пальпации. Через 48 часов уплотнение, болезненность и гиперемия отсутствуют.	Цель достигли.
Беспокойство по поводу возможного возникновения абсцесса.	Пациентка спокойно обсуждает сложившуюся ситуацию.	1. Провести беседу, дать характеристику сложившейся ситуации, состоянию мягких тканей. 2. Вызвать хирурга для консультации. 3. Выполнить процедуры, назначенные врачом.	Однократно после беседы и через сутки от начала противовоспалительной терапии.	Согласиться через 24 часа с утверждениями относительно улучшения состояния мягких тканей.	Цель достигли.	

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

В послеоперационной палате находится больная Попова А.В. Состояние пациентки удовлетворительное.

После осмотра лечащим врачом назначено удаление периферического катетера из вены кисти, длительное использование катетера привело к возникновению флебита.

У пациентки явные признаки воспаления. Кожа в этой области гиперемирована, отечна, при пальпации конечности по ходу вены отмечается болезненность.

Задание:

1. Укажите, какие потребности нарушены у пациентки.
2. Сформулируйте проблемы пациентки.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Воспаление вены в результате длительного использования периферического катетера.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Воспаление вены в результате длительного использования периферического катетера.	Признаки воспаления отсутствуют на 3 сутки от начала противовоспалительной терапии.	1. Удалить катетер по назначению врача. 2. Пригласить для консультации физиотерапевта. 3. Проводить по назначению врача медикаментозную терапию (гепарин, антибиотики). 4. Наложить компресс (мазевой, полуспиртовой).	Каждые 12 часов.	На 2 сутки боль и гиперемия незначительные, отечность только по ходу вены. На 3 сутки пациент не предъявляет жалоб.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

В пульмонологическом отделении пациентке Сидельниковай Е.И. стало «плохо». Она дышит с трудом, в кровати сидит, так как в положении лежа совсем задыхается.

При осмотре: дыхание шумное, слышное на расстоянии, отмечается короткий вдох и усиленный выдох.

Накануне для купирования приступа бронхиальной астмы лечащим врачом был назначен Беротек, но в данный момент ингаляционная трубка с этим препаратом находится на тумбочке у постели больной.

Пациентка трубкой не воспользовалась, на вопрос сестры, почему не используете его, отвечает: "Я пробовала, но он мне не помогает. Введите что-нибудь другое. Может быть, я неправильно пользуюсь этим ингалятором".

Задание:

1. Укажите, какие потребности нарушены у пациентки.
2. Сформулируйте проблемы пациентки.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности; - в дыхании; - комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Ухудшение состояния, связанное с отказом использовать ингалятор для купирования приступа.

- Неэффективное действие препарата в результате отсутствия знаний и умений по использованию ингалятора.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность	Оценочные	Итоговая

			оценки	критерии	оценка
Ухудшение состояния, связанное с отказом использовать ингалятор для купирования приступа.	Дыхание, удовлетворяющее потребности в кислороде после оказания помощи сестрой.	1. Создать комфортные условия в постели для улучшения вентиляции легких. 2. Осуществить подачу кислорода. 3. Ввести по назначению врача внутривенно 10 мл 2,4% р-р эуфиллина на 0,9% р-ре натрия хлорида.	Постоянно на протяжении всего приступа.	ЧДД 18 в минуту. Дыхание ритмичное, без затруднения.	Цель достигли.
Неэффективное действие препарата в результате отсутствия знаний и умений по использованию ингалятора.	Ингаляционный препарат купирует/ предотвращает удушье после обучения сестрой правильному использованию ингалятора.	1. Выяснить уровень знаний и умений по применению карманного ингалятора. 2. Планировать обучение в соответствии уровня знаний. 3. Организовать обучение в меж приступный период. 4. Обучить расслаблению, правильному дыханию, задержке дыхания. 5. Сделать акцент на подавлении ощущения страха, провоцирующего удушье. 6. Оценить эффективность обучения.	Однократно, после обучения. Во время приступа удушья.	Демонстрирует навыки по использованию ингалятора.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

В реанимационном отделении находится пациент с диагнозом бронхиальная астма, стеноз трахеи.

Состояние пациента тяжелое. Назначено внутривенное введение гормональных препаратов, антибиотиков и т.д.

Частые внутривенные вливания пациенту привели к рубцовым изменениям стенок сосудов. В данном случае венепункция затруднительна. Для оказания экстренной помощи был

поставлен подключичный катетер. На третий день его использования раствор из капельной системы через катетер в вену не поступает.

Медсестра и пациент волнуются, так как в случае неэффективности мероприятий по восстановлению проходимости катетера предстоит повторная катетеризация (предыдущая установка и использование катетера привела к сепсису).

Пациент неоднократно поступал в отделение в состоянии удушья, каждый раз приступы купируются все тяжелее. Медсестра знает, что без проведения медикаментозной терапии пациент погибнет.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- в дыхании;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Страх перед повторной катетеризацией вены, вызванный возникшими в прошлом осложнениями.
- Угроза жизни в результате отсутствия возможности введения лекарственных препаратов и проведения адекватной терапии.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Страх перед повторной катетеризацией вены, провоцируемый возникшими в прошлом осложнениями.	Пациент спокоен, оптимистично настроен на положительный исход сложившейся ситуации, принимает доводы относительно повторной катетеризации.	1. Провести беседу, вселить веру в положительный результат. 2. Ознакомить с оснащением и строжайшими асептическими условиями проведения катетеризации (стерильные одноразовые упаковки для катетеризации, перчатки, пеленки и т.д.). 3. Ввести успокаивающее средство по назначению врача.	При каждом контакте.	Стабильное эмоциональное состояние. Согласие на повторную катетеризацию.	Цель достигнута. Состояние пациента стабильное. Пациент спокоен.
Угроза жизни в результате	Вероятность ухудшения	1. Осуществить попытку удаления	Каждый 30 мину.	Частота, глубина, ритм	Цель достигнута.

отсутствия возможности введения лекарственных препаратов в вену и проведения адекватной терапии.	состояния в результате удушья снижена до минимума через 1 час от начала терапии.	тромба из подключичного катетера, используя шприц как отсос. 2. Подготовить оснащение для повторной катетеризации вены (при необходимости). 3. Ассистировать при постановке катетера. 4. Вводить лекарственные средства по назначению врача. 5. Осуществлять постоянный уход за катетером. Промывать катетер раствором гепарина.		дыхания без изменения. Отсутствие тромба в катетере. Введение лекарственных препаратов по катетеру.	Состояние стабильное в результате возобновления введения лекарства после повторной катетеризации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

Пациентка после обследования терапевтом получила соответствующее медикаментозное назначение. Принимать препараты ей следует по схеме, несколько раз в сутки.

На следующем амбулаторном приеме пациентка призналась, что у нее осталось довольно много лекарств, выпила она лишь половину. Оказывается, что лекарство принимает только в присутствии дома кого-то из родственников. Говорит: «А вдруг мне будет плохо после приема. Ведь возможна аллергическая реакция или другие осложнения».

Пациентка находится на больничном листе, днем в квартире одна, все родные собираются только к вечеру. Препараты принимала только на ночь, иногда утром.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- в самооценке;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Неадекватная терапия, связанная с нарушением схемы приема препаратов, провоцируемая страхом возможных осложнений.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка

Неадекватная терапия, связанная с нарушением схемы приема препаратов, провоцируемая страхом возможных осложнений.	Принимает лекарственные препараты строго по схеме, после психологической установки на положительный результат.	1. Провести беседу, успокоить и снять напряжение пациентки. 2. Рассказать об отсутствии аллергической предрасположенности пациентки на препараты. 3. Ознакомить с побочными действиями и противопоказаниями к применению. Сделать акцент на отсутствии таковых у пациентки. 4. Рекомендовать начинать прием нового препарата в выходной день в присутствии родных для получения и закрепления положительной реакции на принятый лекарственный препарат. 5. Посоветовать обратиться к психотерапевту (при отсутствии положительных результатов) для коррекции фобии.	При каждом посещении амбулаторного приема.	Принимает лекарственные препараты по схеме.	Цель достигли после вмешательства психотерапевта

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

Пациентка интересуется у медицинской сестры, почему, когда она дома сама закапывает капли в ухо, почти всегда кружится голова. Капли она хранит в аптечке, в прохладном месте.

Сейчас в отделении при закапывании ничего подобного не происходит, процедура приятная, капли теплые и не вызывают дискомфорта, связанного с головокружением.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Дискомфорт в результате головокружения, провоцируемый неправильным использованием ушных капель.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Дискомфорт в результате головокружения, провоцируемый неправильным использованием ушных капель.	Понимает, что ушные капли не будут вызывать неприятных ощущений после подготовки препарата к процедуре.	1. Определить соответствие головокружения и применения процедуры закапывания капель. 2. Выяснить отсутствие других причин головокружения. 3. Рассказать о допущенной пациенткой ошибке при введении капель в слуховой проход. 4. Сделать акцент о необходимом подогреве капель перед введением до температуры 37°. 5. Рассказать, что применение низких и высоких температур ведет к раздражению вестибулярного аппарата и возникновению ятрогенных головокружений. 6. Осуществлять закапывание капель по задней стенки слухового прохода с оттягиванием ушной раковины назад и кверху.	Однократно, после обучения.	Знает все о проведении процедуры.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9

Пациенту назначили геморроидальные свечи. Приобретая их в аптечном ларьке, ему сказали и сделали акцент на том, что свечи для ректального применения.

Пациент в замешательстве, он не уверен, что приобрел должный препарат. При назначении врач четко сказал, что свечи для введения в прямую кишку, а не для введения ректально, как говорит аптекарь.

Пациент обращается к сестре и просит объяснить медицинские термины, способ приема свечей.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Беспокойство относительно приема геморроидальных свечей, вызванное отсутствием знаний медицинской терминологии.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Беспокойство относительно	Использует свечи согласно	1. Проконсультировать пациента относительно медицинской терминологии	Однократно, после	Использует геморрой-	Цель достигли.
приема геморроидальных свечей, вызванное отсутствием знаний медицинской терминологии.	назначению после консультации медсестры.	и соответствия выражения «ректально, то есть в прямую кишку» назначению. 2. Объяснить условия хранения и особенности введения ректальных свечей. 3. Оказать помощь при отсутствии навыков применения свечей.	консультации.	дальные/ректальные свечи.	

ВЫДЕЛЕНИЕ: КИШЕЧНИК

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Пациентка Старостина Е.Г. 70 лет, четыре месяца назад перенесла острое нарушение мозгового кровообращения, после которого сохраняется слабость в левой половине тела.

Е.Г ведет малоподвижный образ жизни, предпочитает больше лежать. Пациентка пассивна, на улицу не выходит, так как боится потерять равновесие и упасть.

Отмечает наличие хорошего аппетита, любит хорошо поесть.

Последнее время часто испытывает неприятные ощущения в области живота. Стул нерегулярный, 1 раз в 3-4 дня, страдает от метеоризма. Язык обложен налетом.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в выделении; - комфортного состояния;
- в питании;
- в безопасности.

Проблемы пациента:

- Риск получения травмы на фоне сохраняющейся слабости.
- Отсутствие регулярного опорожнения кишечника, провоцируемое усиленным питанием и ограничением двигательной активности.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Риск получения травмы на фоне сохраняющейся слабости.	Угроза травматизации минимальна на протяжении всего восстановительного периода.	1. Рекомендовать расширение двигательной активности под присмотром и контролем родственников. 2. Рассказать о положительном влиянии дозированной (в зависимости от состояния пациентки) физической нагрузки на укрепление мышечной системы и увеличение силы. 3. Дать рекомендации относительно приема лекарственных препаратов (улучшающих мозговое кровообращение, нормализующее АД).	При каждом контакте.	Сохраняет осторожность при перемещении. Прибегает к помощи окружающих. Активна.	Цель достигли.
Отсутствие регулярного опорожнения	Естественное опорожнение кишечника после	1. Провести беседу относительно сбалансированного	При каждом контакте.	Опорожнение кишечника 1 раз в течение	Цель достигнута

кишечника, провоцируемое усиленным питанием и ограничением двигательной активности.	начала терапии по восстановлению утраченной функции кишечника.	питания. 2. Указать на необходимость введения в пищевой рацион продуктов, усиливающих перистальтику кишечника (овощи, белки и жиры растительного происхождения). 3. Определить объем физической нагрузки. 4. Повысить активность пациентки, рекомендовать прогулки на воздухе и т.д.		1-2 дней. В рационе диетическое питание. Отсутствие неприятных ощущений в кишечнике.	

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Синицына О.П. находится в отделении неврологии. Поступила с острым нарушением мозгового кровообращения.

Пациентка жалуется на сильное головокружение, она не в состоянии поднять голову от подушки.

О.П. отказывается от еды, обосновывая свой отказ тем, что полноценное питание провоцирует опорожнение кишечника, а пользоваться судном в кровати она не хочет.

О.П. считает, что через 2-3 дня встанет и будет самостоятельно ходить в туалет. Она планирует расширить свое меню, как только восстановится ее независимость.

Медицинская сестра пытается рассказать пациентке о последствиях нарушения режима.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в выделении;
- комфортного состояния;
- в питании;
- в безопасности.

Проблемы пациента:

- Неадекватное питание в результате нежелания пользоваться судном в постели.
- Риск нарушения режима в результате желания осуществлять самоуход.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Неадекватное	Полноценное	1. Провести беседу о	Ежедневно	Трехразовое	Цель

питание в результате нежелания пользоваться судном в постели.	питание, соответствующее потребностям пациентки на протяжении всего периода постельного режима.	необходимости положительного воздействия сбалансированного питания на процессы, протекающие в организме на клеточном уровне. 2. Рекомендовать прием пищи, необходимой для данной патологии. 3. Предложить пользоваться услугами медицинского работника для подачи судна и опорожнения кишечника. 4. Организовать гигиенические мероприятия в постели после отправления естественных нужд.		питание. Отправление естественных нужд в судно.	достигли. Пациентка выполняет рекомендации сестры.
Риск нарушения режима в результате желания осуществлять самоуход.	Пациентка соблюдает режим на протяжении опасного для жизни периода.	1. Провести беседу относительно соблюдения режима активности. 2. Дать рекомендации пользоваться услугами родных и медицинских работников по оказанию гигиенической помощи. 3. Сделать акцент на обязательном выполнении рекомендаций врача. 4. Объяснить наличие факторов риска, провоцирующих развитие осложнений заболевания, и их предотвращение.	Ежедневно при каждом контакте.	Соблюдение режима активности.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

На вторые сутки после операции на желудке пациент предъявляет жалобы на ощущение дискомфорта в брюшной полости и вздутие живота.

При осмотре живот резко болезненный, вздут. Язык обложен налетом. При аускультации перистальтика в кишечнике отсутствует.

Задание:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Выделите проблемы, имеющиеся у пациента.
3. Составьте индивидуальный план ухода.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в выделении;
- комфортного состояния;
- в безопасности.

Проблемы пациента:

- Вздутие живота, вызванное послеоперационной атонией.

Индивидуальный план уход

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Вздутие живота, вызванное послеоперационной атонией.	Отсутствие явлений метеоризма после проведенной стимуляции кишечника.	1. Провести стимуляцию кишечника по назначению врача: ■ ввести подкожно раствор прозерина по схеме; ■ сделать гипертоническую клизму, используя 10% р-р натрия хлорида 150-200 мл; ■ ввести внутривенно стерильный 10% р-р натрия хлорида 20 мл. 2. Проводить наблюдение за показателями жизнедеятельности (АД, Ps, напряжение брюшной стенки, наличие перистальтики кишечника).	Каждые 30 минут периода с явлениями атонии.	Отсутствие боли, вздутия живота. Наличие перистальтики кишеч ника.	Цель достигли. Явления метеоризма отсутствуют.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Больной С., длительное время находящейся на постельном режиме и предъявляющий жалобы на трехдневную задержку стула, отказался от постановки очистительной клизмы в палате.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в выделении;
- комфортного состояния;
- в оценке и самооценке.

Проблемы пациента:

- Задержка стула, провоцируемая пониженной двигательной активностью и соблюдением постельного режима.

Проблемы медицинской сестры:

- Отказ больного принять процедуру в условиях палаты.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода			
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка	
Задержка стула, провоцируемая пониженной двигательной активностью и соблюдением постельного режима.	Опорожнение кишечника после постановки очистительной клизмы в палате.	1. Спланировать проведение процедуры в период между приемом пищи пациентом. 2. Провести беседу с соседями по палате, рекомендовать ходячим больным во время процедуры отдых в холле. 3. Отгородить пациента ширмой. 4. Снять психологическое напряжение, побеседовать с пациентом.	5. Приготовить все необходимое для осуществления гигиенических мероприятий в постели. 6. Выполнить постановку очистительной клизмы. 7. Проветрить палату.	Однократно до и после проведения процедуры. Комфортное состояние пациента и его положительные эмоции.	Опорожнение кишечника через 15 минут после процедуры.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Пациентка гастроэнтерологического отделения Прусакова Лидия Сергеевна предъявляет жалобы на появляющиеся схваткообразные боли в животе, отсутствие аппетита и стула в течение трех дней, ощущение дискомфорта.

При осмотре живот вздут, болезненный в области пупка.

Из анамнеза: месяц назад была проведена ректороманоскопия. Отмечалось наличие крови во время дефекации. Заключение: трещина слизистой оболочки прямой кишки. Лечение пациентка не проводила.

Пациентка просит сделать гипертоническую клизму. Много лет назад она ей очень помогла.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в выделении;
- в безопасности;
- комфортного состояния;
- в оценке и самооценке.

Проблемы пациента:

- Отсутствие знаний относительно применения гипертонической клизмы.
- Дискомфорт, вызванный задержкой стула и наличием вздутого, болезненного живота.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Дискомфорт, вызванный задержкой стула и наличием вздутого, болезненного живота.	Комфортное состояние пациента после восстановления опорожнительной функции кишечника.	1. Выполнить постановку очистительной клизмы по назначению врача. 2. Исключить из пищевого рациона продукты, вызывающие газообразование в кишечнике. 3. Рекомендовать обследование ЖКТ по назначению врача, при наличии патологии пройти соответствующий курс лечения.	Однократно после вмешательства медсестры.	Наличие стула. Отсутствие метеоризма. Отсутствие боли.	Цель достигли.
Отсутствие знаний	Понимает наличие	1. Разъяснить отсутствие	Однократно после беседы.	Объясняет наличие	Цель достигли

относительно применения гипертонической клизмы.	противопоказаний к постановке гипертонической клизмы.	показаний к проведению данной процедуры. 2. Указать на наличие противопоказания к постановке клизмы: не залеченная трещина прямой кишки, схваткообразные боли в животе.		противопоказаний.	

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Пациенту абдоминальной хирургии была введена и оставлена на час газоотводная трубка. Состояние улучшилось, живот стал мягче. Для полной ликвидации вздутия кишечника назначено повторение процедуры, от которой пациент отказывается. Ему неудобно лежать с трубкой, постоянно ощущает ее, не может расслабиться, стесняется, особенно когда в палате кто-то из посетителей рядом.

Задание:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Выделите проблемы пациента, сестры.
3. Составьте план ухода.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в выделении;
- в безопасности;
- комфортного состояния;
- в оценке и самооценке.

Проблемы пациента:

- Дискомфорт, вызванный скоплением газов в кишечнике и наличием газоотводной трубки.

Проблемы сестры:

- Отказ от процедуры в результате наличия чувства стеснения перед окружающими.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Дискомфорт, вызванный скоплением газов в кишечнике и наличием газоотводной трубки.	Адекватно относится к процедуре по выведению газов из кишечника.	1. Провести беседу о роли газоотводной трубки в ликвидации вздутия кишечника. 2. Ввести газоотводную трубку. 3. Создать комфортные условия во время процедуры (ширма, ограничение числа посетителей в	1-2 раза во время процедуры.	Ощущение комфорта. Отсутствие беспокойства. Наличие мягкого, безболезненного живота.	Цель достигнута.

		палате, наличие одноразовой пеленки под пациентом и т.д). 4. Рекомендовать в течение часа менять положение тела для ликвидации ощущения напряжения.			

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

Пациенту с кишечной непроходимостью назначена сифонная клизма. Состояние его средней тяжести. С трудом перенес рентгенологическое обследование брюшной полости, врачебный осмотр.

Пациент боится усиления боли и ухудшения состояния во время промывания кишечника, но понимает необходимость постановки клизмы. Имеет горький опыт, пять лет назад оперирован по поводу спаечной кишечной непроходимости.

Задание:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Выделите проблему пациента.
3. Составьте план ухода.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в выделении;
- в безопасности;
- комфортного состояния;
- в оценке и самооценке.

Проблемы пациента:

- Страх, вызванный ожиданием тяжелой процедуры.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Страх, вызванный ожиданием тяжелой процедуры.	Волнение незначительное в результате оказания психологической помощи медсестрой.	1. Провести беседы, снижающие напряжение пациента. Исключить ожидание отрицательного эффекта от процедуры, создать положительный настрой у пациента. 2. Создать атмосферу физической и психологической безопасности для пациента (доброжелательное	Однократно до процедуры и во время ее проведения.	Отсутствие напряжения, вызванного страхом предстоящей процедуры.	Цель достигли. Пациент адекватно реагирует на проведение промывания кишечника.

		отношение, присутствие доктора, наличие подготовленного оснащения, препятствующего инфицированию пациента и т.д). 3. Осуществлять введение лекарственных препаратов по назначению врача (спазмолитики и т.д.).			

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА ПАЦИЕНТА

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

У пациентки хирургического отделения Смирновой Л.С после проведенного лечения антибиотиками выявлен аллергический стоматит.

Больная предъявляет жалобы на резкую боль в ротовой полости при приеме пищи, чистке зубов. Говорит, что в связи с болью пищу принимала 2 раза в сутки, небольшими порциями, но вот уже несколько дней не ест совсем. От чистки зубов отказалась наотрез.

При осмотре слизистая оболочка ротовой полости гиперемирована, под языком несколько язв, язык обложен налетом.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- в питании;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Дефицит самоухода из-за боязни причинения себе вреда.
- Неадекватное питание, вызванное ограничением приема пищи в результате язвенного поражения слизистой ротовой полости.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Дефицит самоухода из-за боязни причинения себе вреда.	Осуществляет гигиенические процедуры ротовой полости, невзирая на возникающие ощущения.	1. Объяснить значимость процедур (чистки зубов, обработки поверхности языка, полоскания ротовой полости после приема пищи) для создания условий по	Ежедневно.	Осуществляет ежедневную обработку ротовой полости.	Цель достигли.

		ликвидации явлений стоматита. 2. Рекомендовать приобрести зубную щетку с мягкой щетиной. Полоскание ротовой полости осуществлять раствором антисептика.			
Неадекватное питание, вызванное ограничением приема пищи в результате язвенного поражения слизистой ротовой полости.	Принимает пищу, оказывающую щадящее действие на пораженную слизистую оболочку в период затухания воспалительного процесса.	1. Ввести в рацион пациента продукты, приготовленные на пару, отварные, протертые, в жидком или полужидком виде. 2. Исключить острые, соленые, кислые продукты. 3. Рекомендовать родным приносить передачи с учетом данных ограничений. 4. Проводить обработку ротовой полости растворами антисептика. Осуществлять медикаментозное воздействие на область язв (аппликация). 5. Вводить по назначению врача антигистаминные средства и т.д.	Ежедневно.	Съедает весь суточный рацион.	Цель достигли

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

В травматологическом отделении находится пациент после проведенного хирургического вмешательства. Послеоперационный период протекает без осложнений.

Отсутствие возможности самостоятельно дойти до туалета, помыться и побриться отрицательно сказывается на состоянии больного, его тяготит необходимость соблюдения постельного режима.

От услуг медицинской сестры отказывается, очень редко просит помочь санитарку. Говорит, что придет его жена и все сделает. Но ситуация повторяется изо дня в день, пациент неопрятен, раздражен.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:
- в безопасности;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:
- Раздражение, вызванное зависимостью от окружающих при удовлетворении гигиенических потребностей.
- Ощущение дискомфорта вследствие недостаточной гигиены тела.
- Риск возникновения воспалительных процессов кожи и подкожно-жировой клетчатки вследствие недостаточного ухода.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Раздражение, вызванное зависимостью от окружающих при удовлетворении гигиенических потребностей.	Спокойно принимает помощь по уходу, понимает необходимость гигиенических процедур.	1. Провести беседу по поводу временной зависимости от окружающих, о необходимости соблюдать гигиену тела. 2. В результате общения - добиться доверительного отношения к медперсоналу и ликвидировать тягостное ощущение зависимости у пациента. 3. Повысить самооценку пациента, привлекая его, как сознательного участника, в проведении манипуляций по уходу.	Ежедневно.	Спокойно реагирует на предложение медсестры.	Цель достигли.
Ощущение дискомфорта вслед-	Состояние комфорта,	1. Ежедневно проводить туалет кожи (обтирание тела).	Ежедневно.	Принимает помощь мед-	Цель достигли.
ствие недостаточной гигиены тела.	чистоты после принятия гигиенических процедур.	Осуществить уход за глазами, ушами, носом. 2. Подмывать поле каждого акта дефекации.		сестры в удовлетворении гигиенических потребностей.	

		3. Раз в неделю мыть голову. Менять нательное и постельное белье. 4. Предложить услуги парикмахера. 5. Придать пациенту правильное/ комфортное положение в постели.			
Риск возникновения воспалительных процессов кожи и подкожно-жировой клетчатки вследствие недостаточного ухода.	Признаки воспаления отсутствуют на всем протяжении соблюдения постельного режима.	1. Проводить профилактику пролежней, опрелостей. 2. Следить за состоянием кожных покровов (на сухие участки кожи наносить питательный крем, при повышенном увлажнении использовать защитные кремы).	Ежедневно.	Отсутствие признаков опрелостей, пролежней.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

К медицинской сестре Оле обратилась за помощью бывшая пациентка. Она не знает, что делать, так как уже второй день глаза ее воспалены, просыпаясь утром, она с трудом может раскрыть их из-за склеившихся ресниц.

Накануне она не придала особого значения тому, что один глаз покраснел, появилось гнойное отделяемое и зуд. Она решила чаще умываться и подождать с наложением косметики. Но эти ограничения привели лишь к тому, что воспалился и второй глаз.

Задание:

1. Укажите, какие потребности нарушены у пациентки.
2. Сформулируйте проблемы
3. Окажите помощь. Составьте примерный план ухода.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Отсутствие знаний по уходу за воспаленными глазами.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка

Отсутствие знаний по уходу за воспаленными глазами.	Самостоятельно осуществляет процедуры по ликвидации воспалительных явлений после обучения медсестрой.	1. Провести беседу, рассказать о механизме передачи инфекции (при умывании) с одного глаза на другой. 2. Рекомендовать проконсультироровать ся у окулиста. 3. Осуществить туалет глаз раствором фурацилина. Обучить пациентку методике обработки пораженных глаз. 4. Закапать глазные капли по назначению врача. 5. Ввести антигистаминное средство в/м.	Однократно после обучения.	Осуществляет туалет глаз. Использует противовоспалительные капли.	Цель достигли

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Участковая сестра при посещении Иванова Николая Анатольевича обратила внимание на багровое пятно у него в области крестца и седалищных бугров.

Вот уже несколько лет Николай Анатольевич прикован к инвалидной коляске, так как перенес перелом позвоночника. Удовлетворять свои потребности в самоуходе он не в состоянии. Ему требуется постоянный уход, который и осуществляет его дочь.

В течение последней недели из-за отсутствия дочери за Николаем Анатольевичем присматривает его сестра. Она говорит, что стремится создать для больного спокойную, тихую обстановку. С удовольствием отмечает, что Николай Анатольевич часами дремлет в своей коляске или спит в кровати, плохо только то, что он очень тучный, грузный, и ей трудно поворачивать в постели или пересаживать его в креслокаталку. Она не предполагает, что это за пятна появились на теле у Николая Анатольевича.

Задание:

1. Укажите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Сформулируйте проблемы пациента, родственников.
3. Составьте план ухода за больным.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- в движении;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Пролежни в результате отсутствия знаний и навыков по уходу за парализованными больными у сестры пациента.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка

Пролежни в результате отсутствия знаний и навыков по уходу за парализованными больными у сестры пациента.	Первые признаки пролежней отсутствуют к концу 3-х суток.	1. Провести занятия с сестрой пациента: ■ выяснить уровень знаний, готовность к обучению; ■ рассказать о причинах, послуживших образованию пролежней, об особенностях перемещения пациента в постели или кресле. Обратить внимание на отрицательное воздействие смещающей силы; ■ познакомить со средствами профилактики и лечения пролежней; ■ осуществить показ и научить методике обработки пролежней; ■ оценить качество достигнутых результатов. 2. Обработать пролежни. 3. Создать комфортные условия пациенту в постели, кресле.	Каждые 2 часа.	Сестра знакома с биомеханикой тела. Активизирует больного. Обрабатывает пораженные участки.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

В палате интенсивной терапии находится пациент с диагнозом: обширный инфаркт миокарда. Состояние тяжелое, назначен строгий постельный режим.

На третий день пребывания в области лопаток и крестца появились багровые пятна, возникли трудности с опорожнением кишечника.

Пациента тяготит состояние полной беспомощности и отсутствие двигательной активности. Просит не делать ему назначенную врачом масляную клизму, обосновывая свой отказ отсутствием возможности потом (после стула) привести себя в порядок.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- в выведении шлаков;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Пролежни, вызванные отсутствием двигательной активности и провоцируемые необходимостью соблюдения строгого постельного режима.
- Задержка стула на фоне отсутствия двигательной активности.
- Тягостное ощущение беспомощности в вопросах гигиены тела.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Пролежни, вызванные отсутствием двигательной активности и провоцируемыенеобходимостью соблюдения строгого постельного режима.	Отсутствие пролежней на фоне профилактических мероприятий.	1. Ввести элементы лечебной физкультуры после консультации физиотерапевта и кардиолога. Расширить двигательную активность с учетом показателей ССС. 2. Осуществить мероприятия по профилактике пролежней (противопролежневый матрац и т.д.).	Ежедневно.	Кожа чистая, без признаков поражения Выполняет движения под контролем сестры лечебной физкультуры.	Цель достигли.
Задержка стула на фоне отсутствия двигательной активности.	Опорожнит кишечник после вмешательства сестры.	1. Выполнить постановку масляной клизмы по назначению врача. 2. Разработать план мероприятий по профилактике запоров у лежачего больного. 3. Осуществить комплекс гигиенических мероприятий в постели.	Ежедневно.	Стул после клизмы. Ежедневный стул на фоне профилактики запоров.	Цель достигли.
Тягостное ощущение беспомощности в вопросах гигиены тела.	Доверяет вопросы гигиены медицинскому персоналу на период ограничения двигательной активности.	1. Провести беседу по поводу временной зависимости от окружающих, о необходимости соблюдения гигиены тела. 2. Добиться доверительного отношения к медперсоналу и ликвидировать тягостное ощущение зависимости у пациента. 3. Осуществить комплекс гигиенических мероприятий в постели.	Ежедневно.	Принимает услуги медработника.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Пациентка, находящаяся на постельном режиме, получает соответствующий уход, но ее индивидуальные гигиенические потребности более высокие, и предложенные услуги по удовлетворению их не соответствуют требованиям пациентки. Она говорит, что с трудом переносит эти условия, так как не может хорошо помыться, дома она дважды в день принимала душ и т.д. Пациентка просит разрешение вставать и обслуживать себя самостоятельно.
Лечащий врач возражает, состояние здоровья пациентки пока этого не позволяет.

Доктор разрешил вымыть голову пациентке в постели.

Задание:

1. Укажите, какие потребности нарушены у пациентки.
2. Сформулируйте проблемы пациентки.
3. Составьте план ухода за пациентом

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:
- в безопасности;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:
- Гигиена тела, не соответствующая потребностям пациента.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Гигиена тела, не соответствующая потребностям пациента.	Удовлетворяет гигиенические потребности с помощью медицинского работника.	1. Выявить наличие гигиенических потребностей, удовлетворение которых позволит ощущать себя комфортно. 2. Организовать уход в соответствии с потребностями (обтирание тела; мытье головы, ног; подмывание; туалет глаз, носа, ушей; стрижка ногтей и т.д.). 3. Использовать одноразовые пеленки, салфетки, тампоны, прокладки и т.д. 4. Рекомендовать пользоваться гигиеническими принадлежностями, доставленными из дома и являющимися привычными для нее.	Ежедневно.	Ощущение комфорта после принятия гигиенических процедур.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

Пациентка хирургического отделения Самсонова Л.Т. прооперирована и находится на постельном режиме.

После акта дефекации медицинская сестра предложила подмыть пациентку.

Самсонова Л.Т. стесняется этой процедуры, говорит, что не может в столь откровенной позе находиться на виду у всей палаты. Пациентка считает, что туалетной бумаги будет достаточно.

Сестра указывает на необходимость длительного соблюдения постельного режима и обязательного выполнения гигиенических мероприятий.

Задание:

1. Укажите, какие потребности нарушены у пациентки.
2. Сформулируйте проблемы пациентки.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Чувство стеснения, не позволяющее принять должный объем ухода.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Чувство стеснения, не позволяющее принять должный объем ухода.	Принимает и удовлетворяет гигиенические потребности с помощью медицинского работника.	1. Провести беседу относительно проведения процедуры в комфортных для пациентки условиях. 2. Создать атмосферу заботы и щажения чувств, эмоций пациентки (ширма, исключение нахождения посторонних людей в палате и т.д.). 3. Объяснить влияние гигиенических процедур на качество послеоперационного периода. 4. Осуществить гигиенические процедуры.	Однократно, после беседы с сестрой.	Принимает гигиенические процедуры.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

Пациентке с нарушением мозгового кровообращения необходимо поменять постельное и нательное белье. Она не в состоянии сама что-либо сделать и обслужить себя.

Дочь, которая находится рядом, не представляет, как можно в данной ситуации менять белье, когда состояние пациентки довольно тяжелое.

Задание:
1. Укажите, какие потребности нарушены у пациентки.
2. Сформулируйте проблемы пациентки, дочери.
3. Составьте план ухода за пациенткой.

Возможный вариант ответа
Нарушены потребности:
- в безопасности;
- комфортного состояния.
Проблемы пациента:
- Дефицит самоухода на фоне тяжелого состояния.
Проблемы родных:
- Дефицит знаний относительно проведения гигиенических процедур.
Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Дефицит самоухода на фоне тяжелого состояния.	Получает соответствующий уход, оказываемый медсестрой и родными.	1. Организовать уход, соответствующий потребностям пациента (привлекать участие родных). 2. Оказывать помощь при проведении утреннего туалета, приеме пищи, физиологических отправлениях, смене белья. 3. Контролировать состояние пациента во время процедур. 4. Определить объем двигательной активности (консультация врача).	Ежедневно.	Получает уход, соответствующий потребностям.	Цель достигли.
Проблемы родных					
Дефицит знаний относительно проведения гигиенических процедур.	Осуществляет гигиенические процедуры после обучения сестрой.	1. Выяснить уровень знаний и умений по выполнению гигиенических процедур лежачему больному. 2. Планировать обучение в соответствии с уровнем знаний. 3. Организовать обучение. 4. Осуществить	Однократно после обучения	Демонстрирует необходимые элементы ухода.	Цель достигли.

		контроль за усвоением.			

ТЕРМОМЕТРИЯ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Пациентка пульмонологического отделения не в состоянии обслужить себя, так как в течение недели наблюдалась лихорадка, и температура тела достигала 38,8-39,6°С.

На данное время состояние стабилизировалось, температура постепенно снижается.

Пациентке неприятно несвежее постельное и нательное белье, резкий запах пота, исходящий от тела. Она говорит, что помылась бы сама, но у нее совсем нет сил.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в поддержании температуры тела;
- в инфекционной безопасности;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Дефицит самоухода, вызванный повышенной слабостью, развившейся на фоне перенесенной лихорадки.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Дефицит самоухода, вызванный повышенной слабостью, развившейся на фоне перенесенной лихорадки.	Получает весь комплекс гигиенических процедур с помощью сестры в период реабилитации.	1. Создать комфортные условия в постели. 2. Расширить объем гигиенических услуг в постели помимо обтирания кожи и подмывания (помыть голову, вымыть ноги, почистить зубы и т.д.). 3. Осуществить смену нательного и постельного белья. 4. Организовывать усиленное питание для восстановления утраченных сил. 5. Поощрять активность пациента при приеме гигиенических	Ежедневно.	Удовлетворение гигиенических потребностей.	Цель достигли.

		процедур.			

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

В терапевтическом отделении на лечении находиться больная с гипертонической болезнью.

При очередном контакте с пациенткой медицинская сестра обратила внимание на побледнение кожных покровов, синюшное окрашивание ногтевых пластин и похолодание конечностей. При измерении температура тела пациентки 37,7°.

Больная предъявляет жалобы на сильную головную боль, неприятное ощущение холода, сопровождающееся дрожью во всем теле. Пациентка говорит, что накануне приходила проведать подруга, которая чихала и, видно, занесла инфекцию.

Задание:

1. Укажите, какие потребности нарушены у пациентки.
2. Сформулируйте проблемы пациентки.
3. Составьте план ухода за пациентом

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в поддержании температуры тела;
- в инфекционной безопасности;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Озноб, сопровождающий период подъема температуры тела.
- Головная боль, вызванная токсическим состоянием.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Озноб, сопровождающий период подъема температуры тела.	Период повышения температуры, не вызывающий неприятных	1. Создать комфортные условия в постели: ■ грелку к ногам; ■ теплое витаминизированное питье;	Каждый 30 минут.	Кожные покровы естественной окраски. нижние	Цель достигли.
	ощущений у пациентки после вмешательств сестры.	■ дополнительное одеяло при необходимости. 2. Контролировать уровень подъема температуры.		конечности теплые на ощупь, - отсутствие дрожи во всем теле.	
Головная боль, вызванная токсическим состоянием.	Головная боль отсутствует в результате медикаментозной терапии.	1. Ввести обезболивающее средство по назначению врача.	Через 30 минут после инъекции.	-Отсутствие жалоб пациента.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Медицинская сестра проводит наблюдение за Никулиной Светланой Анатольевной. Два часа назад у нее отмечалась температура 40,3°. Состояние пациентки тяжелое.

Принятое жаропонижающее средство хорошо снижает температуру. На данный момент сестра обратила внимание на появление обильного пота, которым пропиталось все нательное и постельное белье. Пациентка очень слаба, на вопросы отвечает с трудом.

При обследовании: пульс учащенный, слабого наполнения, АД 90/50 мм. рт.ст., температура тела 37,1°.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в поддержании температуры тела;
- в инфекционной безопасности;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Угроза развития сосудистой недостаточности на фоне критического снижения температуры тела.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Угроза развития сосудистой недостаточности на фоне критического снижения температуры тела.	Стабильное состояние, не угрожающее жизни пациентки на фоне терапевтических мероприятий.	1. Осуществлять постоянный контроль за показателями сердечнососудистой и дыхательной системы. 2. Проводить гигиенические мероприятия в постели (смена белья, обтирание). 3. Вводить по назначению врача средства, повышающие тонус сосудистой стенки. 4. Контролировать водно-солевой обмен (поить, вводить кровезаменители внутривенно капельно).	Постоянное наблюдение.	Температура тела 36,6-37,0°. АД 110/70120/80 мм рт.ст. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Пятый день у Маши Куликовой температура не снижается ниже 38,1°. Колебание температуры в пределах 1 градуса, очень тяжело переносится больной.

Она почти ничего не ест, пьет очень мало. Масса тела ее за эти дни значительно уменьшилась. Мама девочки говорит, что она всегда была очень худенькой, а сейчас стала совсем легкой как «пушинка».

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в поддержании температуры тела;
- в безопасности;
- в питании;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Длительная гипертермия.
- Потеря массы тела в результате недостаточного питания, провоцируемого лихорадочным состоянием.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка

Длительная гипертермия.	Состояние, не вызывающее угрозу для жизни на фоне адекватной терапии.	1. Увеличить водную нагрузку. 2. Контролировать гемодинамические показатели (АД, Ps, ЧДД). 3. Проводить антибактериальную терапию по назначению врача. 4. Вводить по назначению врача жаропонижающие средства. 5. Проводить местное охлаждение при высоких цифрах температуры (пузырь со льдом, холодные компрессы и т.д.). 6. Осуществлять гигиенический уход за телом, контролировать состояние нательного и постельного белья.	При каждом контакте.	Стабильные показатели АД, пульса, ЧДД, температуры.	
Потеря массы тела в результате недостаточного питания, провоцируе-	Краткосрочная: ■ стабилизация массы тела, без	1. Осуществлять гигиенические мероприятия в постели. Обратить внимание на состояние полости рта и восприятие рецепторами ощущения вкуса пищи.	Ежедневно.	Отсутствие уменьшения масса тела.	Цель достигли.
мого лихорадочным состоянием.	дальнейшего снижения на фоне лихорадки. Долгосрочная: ■увеличение массы тела до первоначальных цифр.	2. Определить набор продуктов и способ обработки по рекомендациям, данным для диеты № 13. 3. Кормить не реже 5-6 раз в сутки, малыми дозами, витаминизированной пищей. 4. Контролировать массу тела.		Увеличение массы тела до первоначальных цифр.	

ПРОСТЕЙШИЕ МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПИИ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Сергей Петрович никак не может уснуть. Его беспокоит ощущение холода. Пытался не обращать внимание на возникший дискомфорт, но ничего не получилось.

Сергей Петрович в течение последних суток неоднократно предъявлял жалобы на неприятные ощущения в области уха, боль. По назначению врача вечером был поставлен согревающий компресс на ухо.

Медицинская сестра принесла для пациента второе одеяло, укрыла его, посоветовала успокоиться и уснуть.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- комфортного состояния;
- в поддержании температуры;
- в сне и отдыхе.

Проблемы пациента:

- Дискомфорт, вызванный наличием неправильно поставленного компресса.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Дискомфорт, вызванный наличием неправильно поставленного компресса.	Комфортное состояние с приятным ощущением тепла после вновь поставленного компресса.	1. Определить источник ощущений холода у пациента (ввести палец под повязку на ухе - наличие холодной салфетки указывает на допущенную ошибку при постановке). 2. Сменить компресс на ухе, соблюдая правила наложения. 3. Создать комфортное состояние в постели, укрыть теплым одеялом. 4. Выдать информацию о времени наложения компресса и необходимости правильной фиксации повязки без смещения ее слоев на протяжении всего периода воздействия.	Через 30 минут после постановки.	Ощущение тепла в области уха. Наличие влажной салфетки компресса. Пациент отдыхает.	Цель достигли

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Василию Васильевичу на праздновании юбилея друга стало плохо.

Появились сильные головные боли, была рвота, при измерении артериального давления зафиксирован результат - 240/120 мм рт.ст.

Признаки указывали на гипертонический криз. Медицинской сестре, которая была в числе гостей, удалось правильно оценить ситуацию, и она вызвала скорую медицинская

помощь. До приезда «неотложки» пытались оказать помощь и стабилизировать ситуацию, но дома, кроме анальгина, валидола и горчичников, ничего не оказалось.

Задание:

1. Укажите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Сформулируйте проблемы пациента.
3. Спланируйте доврачебную помощь пациенту в пределах компетенции и возможности сестры.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- комфортного состояния;
- в безопасности;
- выделять шлаки.

Проблемы пациента:

- Угроза стабильному состоянию в связи с резким подъемом артериального давления.

Планирование доврачебной помощи в пределах компетенции сестры

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Угроза стабильному	Стабилизация критического	1. Успокоить больного, создать комфортное положение в постели со	Каждые 20-30 минут	Уровень АД.	Цель достигли.
состоянию в связи с резким подъемом артериального давления.	состояния на период прибытия скорой помощи и оказания квалифицированной помощи.	слегка возвышенным плечевым поясом. 2. Осуществить подачу свежего воздуха, снять стесняющую одежду. 3. Поставить горчичник на область затылка, икроножные мышцы. 4. Дать валидол под язык. 5. Контролировать уровень АД.			Пациент спокоен, уровень АД 210/110 мм рт.ст.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Пациентка хирургического отделения обратилась к постовой сестре.

Она жалуется на ощущение зуда в нижней трети голени.

При осмотре пациента медсестра обнаружила наложенный на конечность мазевой компресс. Под повязкой, на месте наложения, видны следы раздражения кожи.

В результате опроса выяснили, что повязку не меняли уже трое суток. Пациентка предполагала, что время наложения компресса не ограничено, и чем дольше стоит, тем лучше. Она не знала, что его давно нужно было снять. Пациентка ощущает неудобство, так как не может из-за повязки принять гигиенические процедуры.

Задание:

1. Укажите, какие потребности нарушены у пациентки.

2. Сформулируйте проблемы пациентки.
3. Составьте план ухода за пациенткой.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:
- комфортного состояния;
- в безопасности.

Проблемы пациента:
- Раздражение кожного покрова, сопровождающееся зудом, в результате отрицательного воздействия мазевого компресса.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Раздражение кожного	Отсутствие неприятных	1. Удалить старую повязку, обмыть место постановки теплой водой с	Каждые 3-4 часа.	Наличие целостного	Цель достигли.
покрова, сопровождающееся зудом,в результате отрицательного воздействия мазевого компресса.	ощущений зуда и следов раздражения кожи, после обработки.	мылом. 2. Высушить кожу. Оставить открытой для доступа воздуха и полноценного кожного дыхания. 3. Обработать места появления пузырьковых высыпаний антисептиком, по назначению врача. 4. Вести антигистаминные препараты по назначению врача. 5. Повторить процедуру после восстановления целостности кожного покрова и ликвидации явлений раздражения, по назначению врача. Но не более чем на 24 часа.		кожного покрова. Отсутствие признаков раздражения: зуда, красноты, высыпаний.	

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

В отделение поступил пациент с язвенной болезнью желудка. Состояние средней тяжести. Дома у него была рвота "кофейной гущей".

Пациенту назначен постельный режим, внутривенное введение кровезаменителей. Жалуется сестре на неприятные ощущения и боли в брюшной полости. Просит грелку, говорит, что раньше она ему неоднократно помогала при схваткообразных болях в животе.

Пациент недоумевает, почему не дают грелку, не разрешают ходить, а ему так хочется сходить в туалет и успеть покурить до постановки капельницы.

Задание:
1. Укажите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Сформулируйте проблемы пациента.
3. Составьте план ухода за пациентом.

Возможный вариант ответа
Нарушены потребности:
- комфортного состояния;
- в безопасности;
Проблемы пациента:
- Отсутствие знаний относительно своего состояния и применения тепловых процедур в данной ситуации.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Отсутствие знаний относительно своего состояния и применения тепловых процедур в данной ситуации.	Знает об отрицательном воздействии тепловых процедур на кровотечение, понимает необходимость соблюдения предписанного режима после объяснений сестры.	1. Провести беседу: ■ Разъяснить особенности применения грелки для снятия спазма гладкой мускулатуры и купирования боли. ■ Пояснить механизм действия грелки и влияние высокой температуры на усиление кровотечения. ■ Сделать акцент на противопоказании данной процедуры. ■ Объяснить необходимость соблюдения постельного режима, выполнения гигиенических процедур в постели. ■ Запретить курение. 2. Подготовить к внутривенному капельному вливанию и введению лекарственных препаратов, облегчающих его состояние.	Однократно, после беседы с сестрой.	Знает о необходимости: ■ соблюдения режима активности, режима питания; ■ приема процедур назначенных врачом; Выполняет и принимает лечебные и диагностические процедуры.	Цель достигли.

		Объяснить пациенту оказываемое воздействие. 3. Проводить наблюдение за состоянием. Готовить к диагностическому обследованию.			

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Сергей Петрович, пациент терапевтического отделения, отказывается от процедуры постановки банок. Поведение свое он объяснить не хочет, но жена, которая в это время находилась рядом, сказала, что у него когда-то был ожог после банок.

Медицинская сестра в затруднении, не знает, как поступить. Сергей Петрович кашляет, плохо спит, особенно мешает кашель ему и соседям по палате, когда он ложиться в постель. Отсутствие полноценного отдыха сказывается на состоянии пациента, он выглядит уставшим. Пациенту необходимы тепловые процедуры.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

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

Проблемы пациента:

- Состояние усталости, вызванное отсутствием полноценного сна и провоцируемое ночным кашлем.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Состояние усталости, вызванное отсутствием полноценного сна и провоцируемое ночным кашлем.	Отдых, соответствующий потребностям организма пациента, через сутки от начала медикаментозной терапии.	1. Создать комфортные условия для пациента в палате (свежий воздух, тишина, покой). 2. Заменить процедуру постановки банок на горчичники, по назначению врача. 3. Осуществлять введение противовоспалительных препаратов, отхаркивающих средств, снотворных по назначению врача.	2 раза в сутки.	Активен, опрятен, эмоционально устойчив. Сон 8 часов в ночное время. Дневной отдых. Отсутствие кашля.	Цель достигли.

		4. Организовать и контролировать при необходимости дневной отдых.			

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Елена Федоровна, пациентка кардиологического отделения, вот уже несколько лет страдает сердечной недостаточностью.

Раньше отеки на ногах появлялись у нее лишь к вечеру, после физической нагрузки. Сейчас в результате отека кожа на ногах у Е.Ф. сухая, стала бледная, истонченная, в некоторых местах образовались трещины, через которые просачивается жидкость. Ноги постоянно мерзнут, чувствительность их снижена. Чтобы снять чувство дискомфорта и немного согреть ноги, Е.Ф. просит грелку у медсестры.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- комфортного состояния;
- в безопасности;
- в кислороде;
- в поддержании температуры тела.

Проблемы пациента:

- Риск инфицирования в результате имеющегося нарушения целостности кожного покрова.
- Дискомфорт, вызванный ощущением замерзания ног.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка

Риск инфицирования в результате имеющегося нарушения целостности кожного покрова.	Отсутствие признаков инфицирования на фоне проводимых профилактиче-ских мероприятий.	1. Осуществлять обработку поврежденной поверхности, обрабатывать края ран антисептиком, накладывать асептическую повязку. 2. Воздействовать на участки сухой кожи (смягчать кремом, гелем). 3. Вводить препараты, улучшающие кровообращение, мочегонное средство (снижение отека тканей и ликвидация нарушения целостности). 4. Следить за чистотой кожного покрова, постельного и нательного белья. Организовывать гигиенические мероприятия.	При каждом контакте.	Отсутствие признаков воспаления: гиперемии, температуры. Соблюдение гигиенических мероприятий.	Цель достигли.
Дискомфорт, вызванный ощущением замерзания ног.	Приятные ощущения тепла через час после вмешательства сестры.	1. Подготовить теплую грелку для пациентки. Поставить к ногам, соблюдая меры предосторожности из-за снижения чувствительности отечных конечностей. 2. Следить за реакцией ступней на воздействие тепловой процедуры.	Многократно во время и после постановки грелки.	Ощущение тепла. Отсутствие ожога.	Цель достигли

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

Пациенту назначена процедура постановки горчичников. При подготовке к процедуре пациент высказывает свои сомнения относительно успешного выполнения намеченного. Говорит, что у него очень нежная и чувствительная кожа, и ожога ему не нужно.

Накануне пришлось удалить горчичники через 2 минуты после постановки, так как появилось сильное жжение в этой области и, по словам сестры, кожа тогда была очень красной.

Дежурная сестра уверяет пациента в полной безопасности и отсутствии возможных

осложнений. Она заверяет, что все будет нормально и отказываться не имеет смысла, тем более что врач процедуру не отменял.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- комфортного состояния;
- в безопасности.

Проблемы пациента:

- Риск ожога, вызванный повышенной чувствительностью к горчичникам.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Риск ожога, вызванный повышенной чувствительностью к горчичникам.	Отсутствие признаков ожога после постановки горчичников.	1. Провести беседу, рассказать об различных методах использования горчичников и обязательном применении средств защиты от возникновения ожога (поставить на лист бумаги, ткани и т.д.). 2. Следить за реакцией кожи на воздействие горчично-эфирных масел.	Многократно во время процедуры.	Отсутствие жжения, пузырей.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

Алевтина Федоровна, 72 лет, посещает «дневной стационар» поликлиники.

По пути на процедуру упала и ушибла бедро. Пациентке помогли добраться до отделения, где медицинская сестра осмотрела ногу.

У Алевтины Федоровны наблюдается значительное нарастание отека мягких тканей, гематомы и усиление боли в области ушиба. Она волнуется, так как боится возможного перелома кости.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- комфортного состояния;
- в безопасности;

- двигаться.

Проблемы пациента:

- Волнение относительно предполагаемого пациенткой перелома кости и нарастания признаков ушиба бедра.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Волнение относительно предполагаемого пациенткой перелома кости и нарастания признаков ушиба бедра.	Спокойно принимает участие в мероприятиях по уменьшению проявлений травмы и диагностическом обследовании.	1. Успокоить пациентку. 2. Предложить провести постановку пузыря со льдом на места травмы (держать 20-30 минут с перерывами на 10 минут). 3. Вызвать травматолога для консультации. 4. Провести рентгенологическое исследование по назначению врача.	При каждом контакте.	Стабильное состояние пациентки. Участвует в лечебных и диагностических мероприятиях.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9

В хирургическое отделение поступила Людмила Ивановна с подозрением на острый аппендицит. Пациентка находится под наблюдением.

Вечером она подошла к сестре и попросила грелку, сказав при этом, что тепло ей всегда помогает. Получив отказ у одной постовой сестры и не обращая внимание на это, она пытается добиться своего у другой.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Неадекватная оценка своего состояния и отрицательного воздействия тепловой процедуры.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Неадекватная оценка своего состояния и отрицательного	Понимает угрожающее воздействие грелки на	1. Провести беседу, рассказать о противопоказаниях к постановке грелки.	При каждом контакте.	Придерживается рекомендаций врача и	Цель достигли.

воздействия тепловой процедуры при подозрении на «острый живот».	состояние острого процесса в брюшной полости.	2. Сделать акцент на исключении в период наблюдения и постановки точного диагноза: приема тепловых процедур, пищи, выполнения клизм. 3. Рекомендовать холод, голод и покой. 4. Контролировать действия пациентки.		сестры.	

ПИТАНИЕ И КОРМЛЕНИЕ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

По назначению врача пациента челюстнолицевой хирургии Соловьева И.С. предстоит кормить через назогастральный зонд. Естественное кормление не представляется возможным в связи с множественным переломом нижней челюсти и повреждением мягких тканей. На сломанную челюсть наложена шина.

Семь лет назад Соловьеву проводили зондирование с целью забора желудочного содержимого, но попытки ввести зонд через рот не увенчались успехом. Неприятные воспоминания вызывают беспокойство по поводу предстоящего кормления. Пациент говорит, что не выдержит, если ему ежедневно будут вводить зонд 3 или 4 раза в день.

Задание:

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

Ситуационная задача 1 Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- в питании;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Беспокойство относительно назначенного способа кормления, возникшее на фоне воспоминаний о неудачном зондировании и отсутствия знаний.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Беспокойство относительно назначенного способа кормления, возникшее на фоне воспоминаний о неудачном зондировании и отсутствия знаний.	Понимает и спокойно реагирует на кормление по назогастральному зонду.	1. Провести беседу, рассказать о возникновении разных ощущений при введении зонда через нос и рот. 2. Рассказать об однократном ведении зонда через нос, для 3-4 разового кормления в сутки, с интервалами в 4-5 часов (зонд можно оставлять на несколько	Однократно, после беседы с медсестрой.	Введение питательной смеси по зонду. Спокойное восприятие условий зондового питания.	Цель достигли.

		дней). 3. Объяснить необходимость промывания и закрывания зонда на 1,5-2 часа после введения питательной смеси. 4. Пояснить необходимость проведения зондового кормления для полноценного сбалансированного питания.			

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

За онкологическим пациентом ухаживают дома. От госпитализации он отказался.

На данный момент пациент испытывает трудности при приеме пищи, даже небольшое количество кефира или молока может спровоцировать рвоту. Проглотить твердую пищу он не в состоянии. Для поддержания сил пациенту требуется сбалансированное полноценное питание. Лечащим врачом даны рекомендации на приобретение специальных комплексных препаратов, содержащих аминокислоты, микроэлементы, витамины. Жена интересуется у участковой сестры способом приема этих препаратов, не знает, разводят их как детское питание или подвергают термической обработки. Она готова самостоятельно вводить питательную смесь через кишечник, для того чтобы муж не умер от истощения.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности у пациента:

- в безопасности;
- в питании;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Угроза преждевременного ухода из жизни, вызванная смертью от истощения.

Проблемы жены:

- Дефицит знаний относительно использования препарата для питания и способа его введения.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Угроза преждевременного ухода из жизни,	Пациент получает весь комплекс питательных	1. Организовать для пациента «Стационар на дому» после врачебного консультирования. 2. Осуществить капельное введение	Ежедневно.	Усваивает суточную норму питательных	Цель достигли.

вызванная смертью от истощения.	веществ приемлемым для данного пациента способом.	питательных веществ через кишечник при помощи клизмы. 3. Обучить жену пациента введению питательных веществ через кишечник.		веществ.	
Проблемы жены					
Дефицит знаний относительно использования препарата для питания и способа его введения.	Умеет и знает, как пользоваться комплексным препаратом и способом его применения, после обучения медсестрой.	1. Выявить у жены исходный уровень знаний по введению питательного вещества через кишечник. 2. Составить план обучения. 3. Определить объем необходимых теоретических знаний. 4. Организовать введение питательного вещества через кишечник капельным способом. 5. Проверить уровень усвоения умений и знаний у жены.	Однократно, после обучения.	Собирает систему для введения. Готовит питательное вещество. Вводит через кишечник.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

У пациентки выраженные явления аллергического стоматита. Ей неоднократно давались рекомендации относительно ограничений в еде. Запрещен прием цитрусовых, шоколада, яиц, рыбы. После очередной вечеринки и нарушения всех рекомендаций отмечается аллергическая реакция с язвенным процессом на слизистой.

Ежедневный прием пищи у пациентки затруднен, может принимать, и то с трудом, кашицеобразную и слегка подогретую пищу. Почти не ест.

Пациентка отметила нежелательное похудание, так как при ее небольшой массе тела за 3 дня похудела на 2,5 кг.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- в питании;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Нежелательное похудание, вызванное ограничением приема пищи в результате язвенного поражения ротовой полости.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Нежелательное похудание, вызванное ограничением приема пищи в результате язвенного поражения ротовой полости.	Стабилизация массы тела через 2 суток от начала расширения диетического питания и медикаментозного воздействия на слизистую.	1. Осуществлять медикаментозное воздействие на пораженную слизистую оболочку ротовой полости. 2. Дать рекомендации относительно способа приготовления щадящей пищи, расширения диетического питания и исключения факторов, вызывающих распространение язвенного процесса (исключение аллергена). 3. Использовать обезболивающие средства перед едой (спрей, таблетки). 4. Принимать антигистаминные препараты по назначению врача.	Ежедневно.	Стабильные показатели массы тела. Соблюдение режима питания. Отсутствие язвенного процесса во рту.	Цель достигли

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

В отделении находится пациентка с явлениями острого холецистита. После двухдневного медикаментозного лечения и ограничения приема пищи пациентка самостоятельно расширила границы своей диеты.

Она поощряет родных принести куриный бульон, пирожки, мясные салаты, не отказывается от предложенных ими деликатесов. Восстановление аппетита радует пациентку, хорошо покушать она любила всегда.

Просит рассказать медицинскую сестру о факторах, способствующих обострению заболевания, боится, что придется расстаться с прежними привычками. Для нее нежелательно менять свой образ жизни.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:
- в безопасности;
- в питании;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:
- Риск нарушения диеты в результате нежелания введения ограничений в свой рацион.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Риск нарушения диеты в результате нежелания введения ограничений в свой рацион.	Придерживается диеты, так как понимает причину возможного обострения заболевания после разговора с медсестрой.	1. Разъяснить факторы, способствующие обострению заболевания и развитию острого состояния. 2. Сделать акцент на комплексном лечении заболевания, элементом которого является диетотерапия. 3. Рекомендовать диету № 5 с ограничением жирной, жареной и острой пищи. 4. Сделать пациента сознательным участником лечебного процесса, управляющим своим заболеванием. 5. Контролировать передачи продуктов родными пациентки. Провести беседу о необходимости соблюдения рекомендаций врача.	Ежедневно.	Строит свой рацион согласно рекомендуемой диете.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

В результате проведения антибактериальной терапии у пациентки хирургического отделения отмечаются нарушения со стороны ЖКТ. Часто возникающие диареи беспокоят ее. Приходилось отказываться от ряда продуктов.

Нарушение пищеварения и недостаток питательных веществ влияет на ее общее состояние, появилась слабость, повышенная утомляемость.

Пациентка самостоятельно, без назначения врача в течение нескольких дней принимала препарат, содержащий бактерии и восстанавливающий микрофлору кишечника. Улучшение не наступило. Интересуется у сестры по поводу замены данного препарата на другой, по ее мнению, наиболее сильный. Проявляет беспокойство по поводу отсутствия эффективности.

Задание:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациентки.
2. Определите проблемы пациентки.

3. Составьте план ухода за пациенткой.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- в выделении;
- в питании;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Недостаточное питание в результате ограничения пищевых продуктов и неполноценного их усвоения.
- Беспокойство по поводу неадекватной терапии в результате самолечения.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Недостаточное питание в результате ограничения пищевых продуктов и неполноценного их усвоения.	Полноценное питание, благотворно влияющее на общее состояние пациента через сутки от начала коррекции ухода.	1. Контролировать прием препаратов, улучшающих функцию ЖКТ (ферментативные, вяжущие и т.д.) по назначению врача. 2. Определить перечень продуктов, необходимых для усвоения, с учетом рекомендаций диеты № 4. Исключить продукты, вызывающие усиление перистальтики кишечника. 3. Принимать препараты, восстанавливающие микрофлору кишечника.	Ежедневно.	Принимает пищу согласно рекомендациям. Отсутствие признаков диареи.	Цель достигли.
Беспокойство по поводу неадекватной терапии в результате самолечения.	Понимает, что самолечение и недостаток знаний относительно приема препарата влияют на результат лечения.	1. Провести беседу относительно нерационального использования и ожидания краткосрочного эффекта от лечения препаратом, восстанавливающим микрофлору кишечника. 2. Рекомендовать придерживаться схемы приема препарата и его усвоения на протяжении определенного срока.	Однократно после рекомендаций врача и беседы медсестры.	Спокойно принимает схему лечения препаратом.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Вечером после проведенной тонзилэктомии пациент испытывает чувство голода.

Спрашивает у медицинской сестры, как будет кушать, если даже просто глотание слюны вызывает боль. Его предупреждали, что очень сильные боли могут быть первые 2-3 дня. Пациент говорит, что трудно воздержаться от приема пищи столько времени, и еще труднее принимать ее.

Задание:

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

Ситуационная задача 8 Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- в питании;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Трудности при приеме пищи, вызванные послеоперационной болью.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Трудности при приеме пищи, вызванные послеоперационной болью.	Принимает пищу, соблюдая меры предосторожности после вмешательств медсестры.	1. Вводить обезболивающее средство по назначению врача. 2. Проводить наблюдение за состоянием пациента (уровень дискомфорта/боли, температуры тела, отсутствие кровотечения и т.д.). 3. Осуществлять кормление маленькими порциями, теплой, гомогенной пищей без наличия твердых частиц. 4. Дать рекомендации исключить прием острой, соленой пищи в первые сутки после вмешательства. 5. Создать комфортные условия в палате.	3-4 раза в сутки.	Уровень боли, не вызывающий беспокойство пациента. Принимает диетическую пищу.	Цель достигли.

ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Никонорова Л.С. находится на второй группе инвалидности с диагнозом гипертоническая болезнь, ИБС. После гипертонического криза состояние пациентки ухудшилось, врачом даны рекомендации по соблюдению домашнего постельного режима, режима приема пищи, ограничения водной нагрузки, схемы приема лекарственных препаратов.

Медицинская сестра при очередном посещении пациентки, провела контроль уровня артериального давления. Результаты обследования показали: АД 220/120 мм рт.ст., Ps - 86 в мин, ритмичный, напряженный.

Л.С. предъявляет жалобы на головную боль, слабость.

Дочь пациентки просит медицинскую сестру еще раз напомнить Л.С. о необходимости соблюдения врачебных назначений. Пациентку тяготят предписанные врачом ограничения, особенно в приеме жидкости и физической активности. Она постоянно нарушает их.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- в самооценке своих действий;
- комфортного состояния.

Проблемы пациента:

- Головная боль, вызванная высоким артериальным давлением.
- Риск ухудшения состояния, вызванный нарушением предписанного врачом режима.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Головная боль, вызванная высоким артериальным давлением.	Отсутствие боли после снижения давления до уровня рабочих цифр.	1. Ввести назначенный врачом препарат «скорой помощи». 2. Создать комфортную, спокойную обстановку. 3. Поставить на воротниковую зону горчичник. 4. Приложить к стопам теплую грелку.	Через 30 мин. после медикаментозного воздействия	Отсутствие жалоб на головную боль. АД 140-160 мм рт.ст.	Цель достигли.
Риск ухудшения состояния, вызванный нарушением предписанного врачом режима.	Понимает целесообразность ограничений для поддержания стабильного состояния.	1. Провести беседу о мерах профилактики обострения заболевания. 2. Сделать акцент на необходимости ограничивать водную и физическую нагрузку. 3. Дать рекомендации о способах приготовлении пищи и ее разнообразии.	Ежедневно.	Выполняет предписания врача. Стабильные показатели деятельности ССС.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Состояние пациента критическое. Отмечается бледность кожных покровов, цианоз слизистых оболочек, дыхание учащенное, клокочущее, с выделением розовой пенистой мокроты.

Проводится интенсивная медикаментозная терапия, подача кислорода для уменьшения

мокроты (как пеногаситель) и снижения уровня кислородной недостаточности.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в безопасности;
- вдыхании;
- комфортного состояния. Проблемы пациента:
- Угроза жизни в результате критического развития кислородной недостаточности.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Угроза жизни в результате критического развития кислородной недостаточности.	Стабильное состояние после проведенной интенсивной терапии.	1. Следить за гемодинамическими показателями (АД, Ps, уровнем насыщением крови кислородом), дыханием. 2. Вводить по назначению врача препараты, улучшающие сердечную деятельность, мочегонные препараты. 3. Осуществлять оксигенацию (увлажнение кислорода 96% этиловым спиртом) по назначению врача. 4. Создать комфортные условия в постели.	При каждом контакте.	Равномерное и ритмичное дыхание. АД 120/80130/85 мм рт.ст., Ps 80-90 в мин. Естественный цвет слизистых оболочек и кожи.	Цель достигли

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

У пациента кардиологического отделения с явлениями сердечной недостаточности отмечается усиление одышки при минимальной физической нагрузке (движение в постели) с явлениями акроцианоза.

Сестринским персоналом проводится постоянный контроль за состоянием дыхательной и сердечно-сосудистой системы. Пациенту показана интенсивная лекарственная терапия, оксигенация.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:
- в безопасности;
- в дыхании;
- комфортного состояния.
Проблемы пациента:
- Угроза ухудшения состояния, провоцируемая нарастающей гипоксией.
Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Угроза ухудшения состояния, провоцируемая нарастающей гипоксией.	Стабильное состояние на протяжении периода проведения адекватной терапии.	1. Следить за гемодинамическими показателями (АД, Ps), дыханием. 2. Вводить по назначению врача препараты, улучшающие сердечную деятельность. 3. Осуществлять оксигенацию по назначению врача. 4. Создать комфортные условия в постели, ограничить физическую активность пациента.	При каждом контакте.	Показатели деятельности сердечнососудистой и дыхательной системы. Отсутствие акроцианоза.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Врачом терапевтического отделения обследована пациентка, предъявляющая жалобы на головную боль. Артериальное давление 180/90 мм рт.ст. Принятый пациенткой назначенный гипотензивный препарат нормализовал показатели АД, головная боль ушла.

На данный момент без предварительного измерения АД и самостоятельного приема назначенного препарата состояние у пациентки не улучшилось. Продолжает беспокоить сильная головная боль. При измерении давления сестра определила АД 90/60 мм рт.ст.

Врачом назначен контроль уровня артериального давления в различные часы суток для выявления истинной картины заболевания и подбора медикаментозной терапии для пациентки.

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:
- в безопасности;
- комфортного состояния.
Проблемы пациента:
- Головные боли, вызванные колебаниями артериального давления и провоцируемые неправильными действиями пациента.
Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Головные боли, вызванные колебаниями артериального давления и провоцируемые неправильными действиями пациентки.	Отсутствие головной боли после оценки причины ее возникновения и подбора адекватной терапии.	1. Провести беседу о приеме гипотензивных препаратов под контролем АД. 2. Проконтролировать (после назначения врачом) прием препарата. 3. Создать комфортные условия, снижающие уровень головной боли (постельный режим, свежий воздух, покой и тишина в палате).	Однократно после приема препарата.	Отсутствие головной боли. Уровень систолич. АД 120-140 мм рт.ст.	Цель достигли. Пациентка понимает необходимость приема препаратов только после контроля АД

ВЫДЕЛЕНИЕ: ПОЧКИ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Симонова С.А. 42 лет, находится в кардиологическом отделении с диагнозом: недостаточность митрального клапана. Декомпенсация.

Пациентку беспокоит появление одышки при небольшой физической нагрузке, слабость, уменьшение количества мочи при сохранении обычного питьевого режима.

Объективно: определяются явные отеки на ногах, нарушение сердечного ритма.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- вдыхании;
- в безопасности;
- в движении;
- в выделении.

Проблемы пациента:

- Беспокойство, вызванное появлением одышки, провоцируемой минимальной физической нагрузкой.
- Задержка жидкости в результате нарушения сердечной деятельности.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Беспокойство, вызванное появлением одышки,	Адаптирован к своему состоянию и необходимости	1. Провести беседу о взаимосвязи физической нагрузки, ухудшением работы	При каждом контакте.	Спокойная оценка своего состояния.	Пациент спокоен, нагрузка соответствует

провоцируемой	сохранения мини-	сердца и появлением одышки. 2. Вводить по назначению врача препараты, улучшающие сердечную деятельность, успокаивающие.		ЧДД.	его физи
минимальной физической нагрузкой.	мальной нагрузки через сутки.	3. Создать комфортные условия в палате, способствующие сохранению удовлетворительного состояния.			ческим возможностям.
Задержка жидкости в результате нарушения сердечной деятельности.	Отсутствие задержки (отеков) в результате увеличения диуреза через сутки после начала медикаментозной терапии.	1. Оценить суточный диурез. 2. Наблюдать за состоянием отеков на ногах. 3. Осуществлять динамическое наблюдение за массой тела. 4. Вводить лекарственные препараты (мочегонные, сердечные) по назначению врача.	При каждом контакте.	Увеличение диуреза. Отсутствие отеков. Стабильные показатели массы тела.	Положительный диурез.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

В нейрохирургическом отделении находится пациентка Иванова Светлана, 23 лет. Диагноз при поступлении: компрессионный перелом позвоночника с нарушением функции тазовых органов.

Состояние пациентки средней тяжести. Сознание сохранено. Двигательная активность и чувствительность в нижних конечностях - отсутствует. Отмечается недержание мочи. Для отхождения мочи введен постоянный урологический катетер.

У постели Светланы постоянно находится кто-то из родственников. На третий день после травмы ее мама обратила внимание на постоянно промокающую мочой подкладную пеленку.

При осмотре пациентки в области промежности и вокруг катетера обнаружены признаки мацерации, багровое пятно на крестце. Моча выделяется по катетеру и мимо, раздражая при этом окружающие ткани.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в выделении;
- комфортного состояния;
- в безопасности.

Проблемы пациента:

- Пролежни, вызванные отсутствием двигательной активности и раздражающим воздействием подтекающей мочи.
- Риск инфицирования мочевого пузыря, провоцируемый наличием постоянного катетера.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Риск инфицирования мочевого пузыря, провоцируемый наличием постоянного катетера.	Отсутствие признаков воспаления на всем протяжении постоянной катетеризации.	1. Создать функционирование герметичной асептической системы (катетер + контейнер мочесборника). Многократно в течение суток опорожнять мочесборник через отводной портал. 2. Менять катетер и мочеприемник каждые 3-5 дней. 3. Обрабатывать поверхность катетера и окружающей области антисептическими растворами. 4. Осуществлять проведение антибактериальной терапии по назначению врача. 5. Осуществлять промывание катетера антисептиком по назначению врача и наличии признаков воспаления	Ежедневно.	Отсутствие боли, t тела 36,6-36,9°, кожные покровы естественной окраски, моча без примеси.	Цель достигли.
Пролежни, вызванные отсутствием двигательной активности и раздражающим воздействием подтекающей мочи.	Отсутствие пролежней при проведении сестрой профилактических мероприятий.	1. Осуществить повторную катетеризацию по назначению врача. 2. Осуществлять мероприятия по профилактике пролежней: ■ гигиенические процедуры в постели; ■ увеличение двигательной активности; ■ частую смену положения тела пациента; ■ рациональное питание; ■ улучшать кровообращение в местах сдавления мягких	Каждые 2 часа.	Кожные покровы без признаков повреждения, естественной окраски. Отсутствие раздражающего воздействия мочи на кожу.	Цель достигли.

		тканей.			

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

У пациента терапевтического отделения Семенова В.В. вечером появились сильные боли в области мочевого пузыря. Отмечаются мучительные бесплодные позывы на мочеиспускание при резком переполнении мочевого пузыря. Семенов В.В несколько лет страдает мочекаменной болезнью.

После обследования урологом и просмотра старых рентгеновских снимков, где камень определяется в лоханке правой почки, был подтвержден диагноз. Урологом сделаны назначения и даны рекомендации для ускоренного и безболезненного выведения мочевого камня.

Задание:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Выделите проблемы пациента.
3. Составьте план ухода.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в выделении;
- комфортного состояния (боли);
- в безопасности.

Проблемы пациента:

- Ишурия, вызванная наличием мочевых камней (острая задержка мочи).
- Боли, провоцируемые продвижением камня.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Боли,провоцируемые продвижением камня.	Уровень боли снизится до незначительных после	1. Вводить по назначению врача спазмолитические и обезболивающие средства.	Каждые 30 минут.	Уровень боли, не доставляющий беспокойство.	Цель достигли.
	вмешательств сестры.	2. Создать комфортные условия в постели.			
Ишурия, вызванная наличием мочевых камней (острая задержка мочи).	Опорожнение мочевого пузыря произойдет после вмешательств медицинских работников.	1. Предложить теплую грелку пациенту. 2. Приготовить все для катетеризации (при безуспешных попытках самостоятельного опорожнения). 3. Осуществлять антибактериальную терапию по назначению врача. 4. Ассистировать	Каждые 30 минут.	Отсутствие боли. Наличие выделенной мочи.	Цель достигли.

		врачу при выполнении необходимой врачебной процедуры (паранефральная блокада, введение мочеточникового катетера, пункция мочевого пузыря).			

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Рядом с пациентом кардиологического отделения находится жена. Она осуществляет уход за мужем в дневное время.

Недавно у пациента появились отеки. Он беспокоится по поводу явных признаков сердечной недостаточности.

Необходим контроль суточного диуреза. Для более точного учета выделенной мочи медицинская сестра прибегла к помощи жены, которая испытывает трудности при выполнении поручения. В вопросе, касающемся диуреза, она недостаточно образованна.

Задание:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Выделите проблемы пациента, ухаживающего персонала.
3. Составьте план ухода.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в выделении;
- в безопасности.

Проблемы пациента:

- Беспокойство, вызванное появлением отеков.

Проблемы родных:

- Дефицит знаний относительно контроля суточного диуреза.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Беспокойство, вызванное появлением отеков.	Пациент спокойно принимает помощь по ликвидации задержки жидкости в организме.	1. Провести беседу, успокоить, снять напряжение. 2. Дать рекомендации относительно ограничений приема жидкости и поваренной соли. 3. Вводить по назначению врача: мочегонные средства; сердечные препараты; гипотензивные (при необходимости).	Ежедневно.	Эмоциональное состояние пациента. Отсутствие отеков.	Цель достигли

		4. Рекомендовать дозировать физическую нагрузку, исключить провоцирующие факторы (курение, алкоголь). 5. Следить за показателями АД, Ps.			
Проблемы родных					
Дефицит знаний относительно контроля суточного диуреза.	Знает, как осуществлять наблюдение за суточным диурезом.	1. Объяснить правила учета суточной мочи. 2. Проконтролировать уровень усвоения информации: ■ первое мочеиспускание сразу после пробуждения осуществить в унитаз, последующие выведения мочи проводить в емкость для определения порции мочи. ■ напоминать пациенту о необходимости сбора и определения ее количества в любое время суток. ■ собрать последнюю порцию через 24 часа от начала учета выделенной мочи. ■ суммировать результаты выделенной и учтенной мочи.	Однократно до начала учета суточной мочи.	Правильно излагает особенности проведения процедуры.	Цель достигли

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Через 6 часов после аппендэктомии пациентка просит судно для опорожнения мочевого пузыря.

Неприятные ощущения сопровождают ее бесплодные попытки опорожнить пузырь. Натуживание не приводит к положительному результату.

Задание:

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

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в выделении;
- комфортного состояния;
- в безопасности.

Проблемы пациента:

- Отсутствие возможности опорожнения мочевого пузыря, вызванное послеоперационной рефлекторной задержкой.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода

	результаты		Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Отсутствие возможности опорожнения мочевого пузыря, вызванное послеоперационной рефлекторной задержкой.	Пациентка опорожнит мочевой пузырь через 30 минут после начала оказания помощи медсестрой.	1. Успокоить и объяснить пациентке возможные способы, помогающие мочевыделению. 2. Предложить и использовать: ■ звук льющейся воды, ■ орошение половых органов теплой водой, ■ изменение положение тела (помочь принять положение Фаулера в постели). 3. Осуществить при бесплодных попытках на мочеиспускание выполнение катетеризации мочевого пузыря по назначению врача.	Однократно, после вмешательств сестры.	Наличие мочевыделения.	Цель достигли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Молодому человеку назначили ирригацию мочевого пузыря раствором антисептика. Он никогда раньше не принимал такую процедуру. Предполагает наличие сильных болей при промывании, стесняется данной процедуры.

Просит, чтобы промывание делала не молоденькая сестра, а сестра более старшего возраста. Пациент недоволен собой, так как не может справиться со своим чувством стеснения.

Задание:

1. Определите, какие потребности нарушены у пациента.
2. Выделите проблемы пациента, медработника.
3. Составьте план ухода.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в выделении; - комфортного состояния; - в безопасности.

Проблемы пациента:

- Дискомфорт от непреодолимого чувства стеснения и волнения перед предстоящей процедурой, провоцируемый отсутствием знаний о процедуре.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Дискомфорт от непреодолимого чувства стеснения и страха перед	Пациент адаптирован к условиям проведения манипуляции после беседы	1. Провести беседу с пациентом. Рассказать об эффективности данной процедуры. 2. Наладить доверительные отношения с пациентом.	Однократно до и во время процедуры.	Согласие на проведение процедуры. Отсутствие ощущения боли,	Цель достигли.

предстоящей процедурой, провоцируемый отсутствием знаний о процедуре.	с сестрой.	3. Создать комфортные условия для проведения процедуры (подготовить кабинет для процедур, исключить наличие посторонних людей; стерильное оснащение, перчатки и т.д). 4. Объяснить порядок проведения процедуры. Разъяснить поведение пациента, которого он должен придерживаться во время катетеризации и дальнейшего промывания мочевого пузыря. 5. Рассказать об отсутствии боли при выполнении процедуры. 6. Получить согласие на выполнение процедуры.		беспокойства.	

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

При посещении пациентки на дому медицинская сестра обратила внимание на резкий запах мочи в квартире.

Пеленка под лежачей пациенткой влажная, пропитана мочой. В анамнезе у пациентки недержание мочи и нарушение чувствительности в связи с полученной травмой позвоночника.

Объективно: кожа влажная с признаками мацерации.

Пациентка не предъявляет жалоб, говорит, что за ней хорошо ухаживают. Родственники стараются, чтобы она дольше была сухой, ограничивают питье, особенно на ночь. Мочи у пациентки выделяется мало, но она очень концентрированная и имеет резкий запах.

Задание:

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

Ситуационная задача 8 Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

- в выделении;
- комфортного состояния;
- в безопасности.

Проблемы пациента:

- Риск возникновения пролежней, провоцируемый недержанием мочи.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Риск возникновения пролежней, провоцируемый недержанием		1. Провести беседу относительно водной нагрузки пациентки, объяснить, что ограничение жидкости способствует	При каждом контакте.	Кожа естественной окраски,	Цель достигли.

мочи.					
		образованию концентрированной мочи, раздражающем ее воздействии на кожу и образованию пролежней. 2. Рекомендовать использование памперсов для взрослых, одноразовых непромокаемых пеленок. 3. Проводить гигиеническую обработку кожи тела, промежности несколько раз в сутки. 4. Увеличить двигательную активность пациентки и расширить пищевой рацион с добавление продуктов, содержащих белок, витамины.		без признаков повреждения.	

Эталоны ответов на практические задания по учебной практике, производственной практике и квалификационному экзамену по ПМ 04 Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих (младшая медицинская сестра)
Технологии выполнения простых медицинских услуг

Алгоритм проведения генеральной уборки в процедурном кабинете

Генеральная уборка в ЛПУ проводится в соответствии с планом-графиком.

Генеральная уборка в ЛПУ проводится в соответствии с планом-графиком.

Частота проведения генеральной уборки:

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

- В день генеральной уборки в помещении не должно быть пациентов.
- Сдвиньте мебель и оборудование от стен к центру помещения для уборки стен и пола за ними.
- Выключите из сети электрооборудование и приборы.

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

- Поверхности и окружающие предметы, которые запрещено обрабатывать химическими веществами, накройте полиэтиленовой пленкой.
- Подготовьте по два комплекта чистых емкостей: раздельно для стен, окон, потолков; мебели, приборов и аппаратов; напольных покрытий; санитарно-технических приборов. Один – для дезраствора, другой – для чистой воды.
- Проведите дезинфекцию поверхностей.
- При генеральной уборке очищайте, мойте и дезинфицируйте путем орошения или протирания подоконники, двери, мебель, оборудование, полы, стены на высоту не менее 2 метров, а в операционных блоках – на всю высоту стен. Мойте светильники изнутри и снаружи, окна – изнутри один раз в месяц, снаружи – 2 раза в год – осенью, весной. Уделяйте особое внимание выключателям, дверным ручкам, замкам. Заканчивают уборку мытьем полов, начиная из дальнего конца комнаты, тщательно промывая углы, плинтуса и пол около них по всему периметру комнаты, затем моют ее центральную часть.
- После окончания экспозиции дезинфицирующего средства промойте все поверхности чистыми тканевыми салфетками, смоченными водопроводной водой.

Внимание: при генеральной уборке помещений с асептическим режимом работы с осторожностью используйте дезсредства, которые не требуют смывания.

- Эти средства обладают свойством фиксировать на поверхностях органические загрязнения, формируют на поверхностях пленки. Есть потенциальный риск формирования под пленкой очага условно-патогенной и патогенной микрофлоры: если поверхность предварительно не очищена, обработка проведена некачественно, концентрация дезраствора ниже нормы.
- Заканчивайте генеральную уборку обеззараживанием воздуха в течении 1 часа

Алгоритм одевания стерильных перчаток

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

Алгоритм снятия использованных перчаток

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

5. 6. Левой рукой взять перчатку на правой руке за отворот с внутренней стороны и снять, выворачивая ее наизнанку

7. Погрузить обе перчатки в емкость с дез.средством

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

Алгоритм измерения роста, массы тела и ИМТ

Оснащение

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

Подготовка и проведение процедуры

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

7. Вымыть и осушить руки.

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

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

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

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

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

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

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

15. Предложить пациенту разуться и помочь ему встать на середину площадки

весов, провести определение массы тела пациента.

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

Окончание процедуры

17. Надеть перчатки, снять салфетки с площадки ростомера и весов и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором. Поверхность ростомера и весов обработать дезинфицирующим раствором однократно или двукратно с интервалом 15 минут в соответствии с методическими указаниями по применению дезинфицирующего средства.

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

19. Вымыть и осушить руки.

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

21. Сообщить пациенту ИМТ, записать результат.

Техника измерения окружности грудной клетки пациента

Показания : контроль за физически состоянием пациента

Противопоказания: тяжелое состояние пациента, травмы кистей скелета пациента

Оснащение: сантиметровая лента

Подготовка пациента: снять одежду, освободив грудной отдел

Алгоритм выполнения

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

Состав аптечки анти-ВИЧ

САнПиН 3.3686-21 «Санитарно-профилактические требования по профилактике инфекционных болезней»

Состав аптечки «АНТИ ВИЧ»

№	Наименование	Количество	Вид упаковки	Срок хранения	Назначение
1	Спирт 70%-100.0	1	Флакон	Не ограничен	Для полоскания ротовой полости, горла, обработки кожи
2	5% спиртовой раствор йода-10.0	1	Заводская упаковка	Указан на упаковке	Обработка на поврежденной коже
3	Тампоны марлевые стерильные или салфетки марлевые медицинские стерильные 14*16 см	32	Заводская ламинированная упаковка	Указан на упаковке	Обработка кожи, перчаток, поверхностей
4	Лейкопластырь бактерицидный	12	Заводская упаковка	Указан на упаковке	Заклеивание места пореза, прокола
5	Перчатки стерильные (пара)	2	Заводская упаковка	Указан на упаковке	Взамен поврежденных

6	Стакан	2			Для полоскания горла

Классификацию медицинских отходов

Класс А – эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу к твердым бытовым отходам (ТКО).

Класс Б – эпидемиологически опасные отходы.

Класс В –эпидемиологически опасные отходы.

Класс Г – токсикологически опасные отходы 1–4 классов опасности.

Класс Д – радиоактивные отходы.

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

(токсикологи-чески опасные отходы 1-4* классов опасности)	(*токсикологически опасные* отходы 1-4 классов опасности), в том числе: - ртутьсодержащие предметы, приборы и оборудование; - лекарственные (в том числе цитостатики), диагностические, дезинфекционные средства; - отходы от эксплуатации оборудования, транспорта, систем освещения, а также другие токсикологически опасные отходы, образующиеся в процессе осуществления медицинской, фармацевтической деятельности, деятельности по производству лекарственных средств и медицинских изделий, при производстве, хранении биомедицинских клеточных продуктов, деятельности в области использования возбудителей инфекционных заболеваний и генно-инженерно-модифицированных организмов в медицинских целях;
Класс «Д» Радиоактивные отходы	все виды отходов в любом агрегатном состоянии, в которых содержание радионуклидов превышает допустимые уровни, установленные нормами радиационной безопасности (радиоактивные отходы).

НАКРЫВАНИЕ СТЕРИЛЬНОГО СТОЛА В ПРОЦЕДУРНОМ КАБИНЕТЕ

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

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

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

Алгоритм действий медицинской сестры:

1. Обработайте поверхность стола 3 % раствором хлорамина дважды с интервалом в 15 мин.
2. Проверьте вид укладки, дату стерилизации на бирке бикса и наличие подписи работника, проводившего стерилизацию.
3. Проставьте дату, время вскрытия бикса и свою подпись.
4. Наденьте маску, вымойте руки, обработайте гигиеническим способом, наденьте стерильные перчатки.
5. Попросите помощника открыть крышку стерилизатора или нажать на педаль подставки для бикса, проверьте индикаторы стерилизации.
6. Стерильным пинцетом откиньте углы пеленки в стороны и закройте ею края бикса.
7. Достаньте простыню, сложенную в четыре слоя, не касаясь нестерильных поверхностей (в том числе своего халата), накройте ею поверхность стола так, чтобы нижний край простыни свисал на 20-30 см ниже поверхности стола.
8. Два верхних слоя простыни приподнимите и сложите «гармошкой» на задней поверхности стола;
9. Достаньте вторую простыню, сложенную вчетверо или вдвое, и положите на два слоя первой простыни (вторая простыня должна свисать на 5 см ниже края стола);
10. Закройте вторую простыню двумя слоями первой простыни;
11. Закрепите стерильными цапками 2 слоя верхней простыни и 2 слоя внутренней (при восьмислойном столе) или 2 слоя верхней простыни и 1 слой внутренней простыни (при шестислойном столе).

12. Разложите стерильный материал или инструментарий на внутренней поверхности второй простыни, в правом ближнем углу - стерильную салфетку и пинцет (мини-столик);

13. Держа цапки в руках, закройте стерильный стол так, чтобы верхние слои прикрывали внутренние.

14. Прикрепите бирку с датой, временем накрытия и Ф.И.О. медицинской сестры.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.

Сроки сохранения стерильности стерильных столов:

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

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

1 этап ОСТ N 42-21-2-85 «СТЕРИЛИЗАЦИЯ И ДЕЗИНФЕКЦИЯ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ»

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

Используют:

3% р-р хлорамина Б – 60 минут или

6% раствор перекиси водорода - 60 минут или

Если нет дез средств, то метод кипячения:

в дистилированной воде 30' или

в дистилированной воде + 2% сода - 15'

В том случае, если инструмент сильно загрязнен кровью, то нужно промыть в отдельной емкости, которая потом кипятится 30' или засыпается дезинфектантом.

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

2 этап ОСТ N 42-21-2-85 «СТЕРИЛИЗАЦИЯ И ДЕЗИНФЕКЦИЯ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ»

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

Предстерилизационную обработку проводят ручным и механизированным способами.

При ручной обработке делится на 5 моментов:

Этапы проведения очистки	Порядок проведения
1 Поместить инструмент в моющий	Полное погружение в разобранном виде

раствор	
2 Провести механическую очистку в растворе в течении не менее 30 секунд	Машинным или ручным (ершами/ватно-марлевыми тампонами) способами
3 Промыть под проточной водой в течении 30 сек каждое изделие	Освобождение от остатков дезинфектанта и моющих компонентов
4 Ополоснуть дистиллированной водой	Осаждение солей, содержащихся в водопроводной воде
5 Высушить горячим воздухом	В сушильных шкафах при температуре 80-85°С до полного испарения влаги

Для механизированной предстерилизационной обработки используют специальные моечные и моечно-дезинфекционные (комбинированные) машины для мойки игл, хирургических инструментов. Работа моечных машин основана на использовании одного из методов: струйного, ротационного, ершевания, ультразвукового. Методика проведения механизированной обработки зависит от типа используемого оборудования и должна соответствовать инструкции по эксплуатации.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ.

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

АЗОПИРАМОВАЯ ПРОБА. Готовят 1-1,5% раствор солянокислого анилина в 95% в этиловом спирте. Он может храниться в плотно закрытом флаконе при 4 град, (в холодильнике) 2 месяца, а при комнатной температуре не более 1 месяца. Непосредственно перед пробой готовят раствор: смешивают в равных количествах азопирам и 3% перекись водорода. Рабочий раствор азопирама должен быть использован в течение 1-2 часов, иначе может появиться спонтанное розовое окрашивание. При температуре 25 град, раствор розовеет быстрее, поэтому его используют в течение30-40 минут.

Для проведения реакции необходимо небольшое количество раствора набрать в пипетку и капнуть 2-4 капли на инструмент. Реакция читается в течение 1 минуты. Положительная реактив изменил цвет на фиолетовый переходящий в: розово-сиреневый цвета, свидетельствует о наличии крови на инструменте, розовато-бурое окрашивание – наличие дезнфектанта

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

3 этап ОСТ N 42-21-2-85 «СТЕРИЛИЗАЦИЯ И ДЕЗИНФЕКЦИЯ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ»

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

1 СПОСОБ. ВОЗДУШНЫЙ МЕТОД. Стерилизующим агентом является сухой горячий воздух. Отличительная особенность метода не происходит увлажнения упаковки и изделий, связанного с этим уменьшения срока стерильности, а также коррозии металлов. Недостатки метода: медленное и неравномерное прогревание стерилизуемых изделий; необходимость использования более высоких температур; невозможность

использовать для стерилизации изделий из резины, полимеров; невозможность использовать все имеющиеся упаковочные материалы.

Воздушный метод: проводят в воздушных стерилизаторах (сухо жаровом шкафу) 2-мя режимами: **а) t 180 град. С - 60 мин, с момента подъема t.**
б) t 160 град. С - 150 мин, с момента подъема t.
Воздушный метод стерилизации экологически чистый.

2 СПОСОБ. ПАРОВОЙ МЕТОД – надежный, нетоксичный, недорогой, ообеспечивающий стерильность не только поверхности, но и всего изделия

Стерилизуемый агент при этом методе - водяной насыщенный пар под избыточным давлением. Стерилизацию проводят 2-мя режимами в автоклавах:
а)Давление 2 Атм - t 132 град. - время 20 мин.
металл, стекло, вата-марля, перевязочный материал.
б)Давление 1,1 Атм - t 120 град.- время 45мин.
Резина, пластмасса, шовный материал - стерилизуют в 2-х слойной бязевой упаковке, срок хранения 3 е суток

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

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

3 СПОСОБ. ХИМИЧЕСКИЙ СПОСОБ СТЕРИЛИЗАЦИИ,
Стерилизация растворам. применяют при невозможности использование других способов стерилизации (громоздкий оптический инструментарий).

Недостатки - Изделия стерилизуются без упаковки;
Их необходимо промывать после химических растворов в стерильных водах, что может привести к реконтаминации.

Преимущества: повсеместная доступность; легкость в исполнении.
Стерилизуемые растворами изделия свободно раскладывают в емкости. При большой длине изделия укладывают по спирали, каналы и полости заполняют раствором.

Используют растворы:
1)Перекись водорода 6%
При комнатной t 18 град, на 6 часов при полном погружении.
При 50 град. - 3 часа при полном погружении и поддержки t. После экспозиции времени инструменты подлежат ополаскиванию стерильной водой в 2-х емкостях в течении 5' в одной емкости и 5' во второй емкости затем стерильным корнцангом их переносят в стерильную емкость, выложенную стерильной простыней
2) Сайдекс - на 10 часов полное погружение. Прополаскивать в стерильных водах по 10 минут в 2 х емкостях.
3)Гигасептик на 10 часов полное погружение, прополаскивать в стерильных водах по 15 мин в 2х емкостях

.

Гигиеническая обработка рук

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представлени	Сказать
1.	Поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Выполнить / Сказать	«Здравствуйте! Меня зовут ____ (ФИО)»
2.	Сообщить проводимой манипуляции	Сказать	«Мне необходимо провести гигиеническую обработку рук при помощи кожного антисептика»
3.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«Цель: удаление загрязнений и снижение количества микроорганизмов

			до безопасного уровня (профилактика ИСМП). Обработка рук проводится кожным антисептиком в нестерильной зоне с соблюдением последовательности выполняемых действий».
	Подготовка процедуры		
4.	Объяснение техники и продолжительности процедуры	Сказать	«Каждое движение повторяем 5 раз. Руки на протяжении всей процедуры должны быть увлажнены, при необходимости добавляем кожный антисептик и продолжаем обработку по алгоритму»
5.	Нанести кожный антисептик на ладонь из флакона с кожным антисептиком.	Выполнить / Сказать	«Обработка рук кожным антисептиком производится после обработки рук жидким мылом и высушиванием одноразовыми бумажными полотенцами» «Объем кожного антисептика, наносимого на поверхность руки должна соответствовать инструкции применения (в среднем 3-5 мл), и должен покрывать всю поверхность руки»
	Выполнение процедуры		
6.	Потрите одну ладонь о другую ладонь.	Выполнить	
7.	Правой ладонью разотрите тыльную поверхность левой кисти, переплетая пальцы	Выполнить	
8.	Левой ладонью разотрите тыльную поверхность правой кисти, переплетая пальцы	Выполнил	
9.	Переплетите пальцы, растирая ладонью ладонь	Выполнить	
10.	Соедините пальцы в "замок", тыльной стороной согнутых пальцев растирайте кончики пальцев другой руки, поменяйте руки	Выполнить	
11.	ватите большой палец левой руки правой ладонью и потрите его круговым движением	Выполнить	
12.	ватите большой палец правой руки левой ладонью и потрите его круговым движением		
13.	Круговым движением в направлении вперед и назад сомкнутыми пальцами правой руки потрите левую ладонь	Выполнить	
14.	Круговым движением в направлении вперед и назад сомкнутыми пальцами левой руки потрите		

	правую ладонь		
	Завершение процедуры		
15.	ждитесь полного естественного высыхания кожного антисептика.	Выполнить/ Сказать	«Не сушить. Дожидаемся полного естественного высыхания кожного антисептика.»

Алгоритм размещения тяжелобольного в постели	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Надеть перчатки. 4) Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций. II. Выполнение процедуры: **а) Размещение пациента лежа на спине (выполняется одним медицинским работником)** 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати. 2) Придать пациенту правильное положение: положить подушку под голову (или поправить оставшуюся), расположить руки вдоль туловища ладонями вниз, расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами. 3) Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею. 4) Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком полотенце. 5) Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бедер, начиная от области большого вертела бедренной кости. 6) Подложить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети. 7) Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90°. 8) Положить под предплечья небольшие подушки. **б) Размещение пациента с гемиплегией в положении на спине (выполняется одним медицинским работником)** 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати. 2) Под парализованное плечо положить сложенное полотенце или подушку. 3) Отодвинуть парализованную руку от туловища, разогнув ее в локте и повернув ладонью вверх. Вместо этого можно также отвести парализованную руку от туловища, поднять ее, согнув в локте и положив кисть ближе к изголовью кровати. 4) Расслабленной кисти придать обычное положение: кисть слегка разогнута ладонью вниз, ее свод сохраняется, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половинку разрезанного пополам резинового мячика. 5) Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно. 6) Под парализованное бедро положить небольшую подушку.

	7) Согнуть колено парализованной конечности под углом 30° и положить его на подушку. 8) Обеспечить упор для стоп под углом 90°. **в) Размещение пациента в положении Фаулера (выполняется одним медицинским работником)** 1) Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати, убрать подушки. 2) Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки): человек, прямо сидящий на кровати, находится в положении Фаулера. 3) Подложить подушки или сложенное одеяло под голени пациента. 4) Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье). 5) Подложить под предплечья и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз. 6) Подложить пациенту под поясницу подушку. 7) Подложить небольшую подушку или валик под колени пациента. 8) Подложить небольшую подушку пациенту под пятки. 9) Обеспечить упор для стоп под углом 90°. **г) Размещение пациента с гемиплегией в положении Фаулера** 1) Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки). 2) Усадить пациента как можно выше. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье). 3) Слегка приподнять вверх подбородок пациента. 4) На прикроватном столике перед пациентом обеспечить опору для парализованной кисти и предплечья; отодвинуть плечо пациента от его тела и подложить под локоть подушку. 5) Расслабленной кисти придать обычное положение: кисть слегка разогнута ладонью вниз, ее свод сохраняется, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половинку разрезанного пополам резинового мячика. 6) Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно. 7) Согнуть пациенту ноги в коленях и бедрах, подложив под колени подушку или сложенное одеяло. 8) Обеспечить упор для стоп под углом 90°. **д) Размещение пациента в положении на боку (выполняется одним медицинским работником, пациент может помочь)** 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально. 2) Передвинуть пациента ближе к одному краю, противоположному стороне поворота. 3) Сказать пациенту, что он может помочь, если скрестит руки на груди. Если пациента переворачивают на правый бок: он должен положить левую ногу на правую. Или согнуть левую ногу пациента: одна рука охватывает нижнюю треть голени, другая – в подколенной впадине; левая стопа при этом должна оказаться в подколенной ямке. 4) Встать с той стороны кровати, куда будут поворачивать пациента.

	Положить протектор на кровать рядом с ним. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить ее на протектор. Вторая нога является опорой. 5) Положить одну руку на плечо, которое находится дальше от медицинской сестры, вторую руку – на дальнее бедро, т.е. если пациент будет поворачиваться на правый бок по направлению к медицинской сестре, положить левую руку на его левое плечо, а правую – на его левое бедро. 6) Повернуть пациента на бок, перенеся свой вес на ногу, стоящую на полу. 7) Подложить подушку под голову и шею пациента. Выдвинуть вперед «нижнее» плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке. 8) Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение. Рука, находящаяся сверху, лежит на подушке на уровне плеча. 9) Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента). 10) Под согнутую «верхнюю» ногу пациента, лежащую немного впереди нижней, поместить подушку (от паховой области до стопы). 11) Поместить мешок с песком у подошвы «нижней» ноги. Расправить подкладную пеленку. **е) Размещение пациента в положении лежа на животе (выполняется одним или двумя медицинскими работниками, пациент не может помочь)** 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально. 2) Аккуратно приподнять голову пациента, убрать обычную и положить маленькую подушку. 3) Переместить пациента к краю кровати. 4) Разогнуть руку пациента в локтевом суставе, прижать ее к туловищу по всей длине, подложив кисть под бедро, или поднять ее вверх и вытянуть ее вдоль головы. 5) Перейти на другую сторону кровати. 6) Встать коленом на кровать. Подложить свернутое одеяло или небольшую подушку под верхнюю часть живота пациента. Положить руку на дальнее от медицинской сестры плечо пациента, а другую руку – на дальнее бедро. 7) Перевернуть пациента на живот, в сторону медицинской сестры. Голова пациента должна быть повернута набок. 8) Подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались постели. 9) Согнуть руку, к которой обращена голова пациента, в локтевом суставе под углом 90°, другую руку вытянуть вдоль туловища. 10) Подложить подушки под локти, предплечья и кисти. 11) Положить небольшие валики рядом со стопами (с наружной стороны). 12) Расправить простыню и подкладную пеленку. **ж) Размещение пациента с гемиплегией в положении на животе (выполняется одним или двумя медицинскими работниками, пациент не может помочь)** 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. 2) Передвинуть пациента к краю кровати в направлении непарализованной стороны тела. 3) Перейти на другую сторону. Поставить колено на край кровати и

	повернуть пациента на бок (на непарализованную боковую поверхность тела). 4) Поместить подушку под живот пациента. 5) Выпрямить локоть парализованной руки, прижать ее по всей длине к туловищу и подсунуть кисть под бедро или поднять вверх параллельно туловищу. 6) Осторожно повернуть пациента через парализованную руку на живот. 7) Повернуть голову пациента набок (в сторону парализованной половины тела). 8) Согнутую в локте руку отвести в сторону кистью к изголовью кровати; пальцы руки по возможности разогнуть. 9) Слегка согнуть оба колена пациента и подложить подушку под обе ноги (от колен до лодыжек). 10) С помощью достаточно высокой подушки приподнять пальцы стоп над матрасом, так чтобы угол между стопой и голенью составлял 90°. **и) Размещение пациента в положении Симса (положение, промежуточное между положением на животе и на боку)** 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. 2) Положить пациента на спину. 3) Переместить пациента к краю кровати. 4) Переместить пациента в положение лежа на боку и частично на животе. 5) Положить подушку под голову пациента. 6) Под согнутую, находящуюся сверху руку поместить подушку на уровне плеча. Другую руку пациента положить на простыню. 7) Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку, так чтобы нога оказалась на уровне бедра. 8) У подошвы ноги положить мешок с песком. III. Окончание процедуры: 1) Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати. 2) Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик. 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его состояние. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При смене положения пациента необходимо руководствоваться следующими правилами: Убедиться, что все оборудование, капельницы и трубки, присоединенные к пациенту, надежно закреплены, так что они не будут смещены при его перемещении. Отсоединить дренирующие трубки, если это необходимо, и снова их присоединить после придания пациенту необходимой позы. Убедиться в наличии помощника при обращении с конечностями, зафиксированными жесткими стабилизаторами (например, гипс, вытяжение) и с тяжелым оборудованием, которое необходимо перемещать вместе с пациентом (например, аппарат для вытяжения). Поддерживать необходимое приподнятое положение головы для пациентов, подверженных диспноэ в горизонтальном положении; отводить краткие периоды для отдыха по необходимости во время процедуры.

	Использовать подушки, валики и специальные устройства для поддержания необходимой позы, положения конечностей, предотвращения чрезмерного давления на уязвимые поверхности кожи. Убедиться, что лицо пациента не прижато к постели или подушкам во время поворачивания и что положение тела не мешает полному расширению диафрагмы. Использовать правильные принципы механики человеческого организма. При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела
Достигаемые результаты и их оценка	Кожа пациента теплая, сухая. Повреждения и изменения цвета в точках давления отсутствуют. Пациент чувствует себя комфортно

Технология транспортировки тяжелобольного внутри учреждения

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

Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на каталке (носилках)	1) Встать у каталки – один медицинский работник спереди носилок, другой – сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения. 2) Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента. **в) Осуществление транспортировки на носилках** 1) Встать у носилок – два медицинских работника спереди каталки, два – сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения. 2) Передвижение персонала при этом должно осуществляться не в ногу, а короткими шагами, слегка сгибая ноги в коленях, удерживая носилки. 3) Вниз по лестнице пациента необходимо нести ножным концом носилок вперед в горизонтальном положении. Вверх по лестнице пациента необходимо нести головным концом носилок вперед также в горизонтальном положении. 4) Во время транспортировки осуществляют непрерывное наблюдение за состоянием пациента. III. Окончание транспортировки: 1) Поставить каталку так, как позволяет площадь палаты. 2) Снять с кровати одеяло, раскрыть пациента и доступным способом переложить его на кровать (на руках или на простыне). 3) Укрыть пациента и убедиться, что он чувствует себя комфортно (если пациент в сознании). 4) Уточнить у пациента о его самочувствии. Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу.
Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на функциональном кресле-каталке	I. Подготовка к транспортировке: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить, как себя вести при транспортировке. 2) Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни. 3) Определить готовность к транспортировке кресла-каталки. II. Выполнение транспортировки: а) Перемещение пациента на кресло-каталку (выполняется одной медицинской сестрой, если пациент может помочь) 1) Поставить кресло-каталку рядом с кроватью, закрепить тормоза. По возможности опустить кровать до уровня кресла. 2) Помочь пациенту занять сидячее положение на кровати. 3) Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперед. 4) Поставить ногу, которая дальше от кресла-каталки, между коленями пациента коленом к нему, а другую ногу по направлению движения. 5) Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая и не поворачивая. Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кресло-каталка. 6) Поставив пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не займет положение спиной к креслу-каталке. 7) Опустить пациента в кресло-каталку. Для этого: согнуть колени и придерживать ими колени пациента; держать спину прямо; пациент может помочь, если положит руки на подлокотники кресла-каталки, чтобы

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

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

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

	электробритвой для уменьшения раздражения и риска инфицирования кожи. При выполнении всего комплекса процедур представиться следует один раз

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

Технология постановки горчичников

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Алгоритм постановки горчичников	I. Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Уточнить отсутствие аллергии на горчицу. В случае наличия аллергии и отсутствия согласия на процедуру - уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Надеть перчатки. 4) Осмотреть кожу пациента на предмет повреждений, гнойничков, сыпи – для определения показаний к проведению процедуры. 5) Проверить пригодность горчичников: горчица не должна осыпаться с бумаги и иметь специфический (резкий) запах. При использовании горчичников, сделанных по другим технологиям (например, пакетированная горчица) проверить срок годности. 6) Подготовить оснащение. Налить в лоток горячую (40° - 45°) воду. 7) Помочь пациенту лечь на живот (при постановке горчичников на спину) и принять удобную позу, голова пациента должна быть повернута на бок. II. Выполнение процедуры: 1) Погрузить горчичник в горячую воду, дать ей стечь. 2) Плотно приложить горчичник к коже стороной, покрытой горчицей. 3) Повторить действия, размещая нужное количество горчичников на коже. 4) Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом. 5) Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 3-5 мин. 6) Оставить горчичники на 10-15 мин, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице. III. Окончание процедуры: 1) При появлении стойкой гиперемии (через 10-15 мин) снять горчичники и положить их в приготовленный лоток для использованных материалов с последующей их утилизацией. 2) Смочить салфетку в теплой воде и снять с кожи остатки горчицы. 3) Пеленкой промокнуть кожу пациента насухо. Помочь ему надеть нижнее белье, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели еще не

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	менее 20-30 мин и в этот день не принимал ванну или душ. 4) Снять перчатки. 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6) Уточнить у пациента его самочувствие. 7) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Необходимо следить за временем выполнения процедуры, так как при более длительном воздействии горчичников возможен химический ожег кожи с образованием пузырей. При сильном жжении или повышенной чувствительности кожи горчичники накладываются через тонкую бумагу или ткань.
Достигаемые результаты и их оценка	

Результат	Оценка
Гиперемия кожи, чувство жжения	Процедура выполнена правильно
Отсутствие покраснения, нет чувства жжения	Процедура выполнена неправильно, лечебный эффект не достигнут
Признаки химического ожога (появление на коже пузырей)	Процедура выполнена неправильно в связи с несоблюдением времени постановки горчичников

Пациент чувствует себя комфортно

Технология постановки банок

1 Алгоритм постановки банок	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Убедиться в целости краев банок и разместить их в ящике, на столе у постели пациента. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Отрегулировать высоту кровати. 5) Опустить изголовье кровати, помочь пациенту лечь на живот (при постановке банок на спину), предложить повернуть голову на бок, руками обхватить подушку. Освободить от одежды верхнюю часть туловища. 6) Длинные волосы пациента(ки) прикрыть пеленкой. 7) При наличии волос в месте постановки банок, заручившись согласием пациента, сбрить их. II Выполнение процедуры: 1) Нанести на кожу тонкий слой вазелина. 2) Сделать плотный фитиль из ваты и закрепить на корнцанге. 3) Смочить фитиль в спирте и отжать его. Флакон закрыть крышкой и

	отставить в сторону. Вытереть руки. 4) Зажечь фитиль 5) Ввести фитиль в банку, предварительно взятую в другую руку. 6) Удержать фитиль в полости банки 2-3 с, извлечь его и быстрым движением приставить банку к коже больного. 7) Повторить этапы 5-6 необходимое, по числу банок, количество раз. 8) Потушить фитиль, погрузив его в воду. 9) Накрыть поверхность банок полотенцем или пеленкой, а сверху накрыть больного одеялом. 10) Через 3-5 мин проконтролировать эффективность постановки по выраженному (1 и более см.) втягиванию кожи в полость банки и убедиться в отсутствии болевых ощущений у пациента. При неэффективной постановке одной или нескольких банок – снять их и установить повторно. 11) Выдержать экспозицию 15-20 мин. 12) По истечении времени процедуры снять банки (одной рукой отклонить банку в сторону, другой надавить на кожу с противоположной стороны у края банки, после чего снять банку). 13) Салфеткой удалить с кожи пациента вазелин. III Окончание процедуры: 1) Помочь пациенту одеться. 2) Банки вымыть теплой водой, продензифицировать и уложить в ящик. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Типичным местом постановки банок является поверхность грудной клетки, исключая область сердца, область позвоночника и область молочных желез у женщин. В практике рефлексотерапии допустима постановка банок на иные зоны тела, с соблюдением общих противопоказаний. Во всех случаях банки должны ставиться на области с выраженным подкожно-жировым и/или мышечным слоем. В клинической практике разрешается использование альтернативных способов постановки банок. Преимуществами альтернативных способов является достижение клинического эффекта без использования пламени, снижение материальных затрат, больший психологический комфорт для пациента. Альтернативными способами постановки банок являются использование: -силиконовых банок, позволяющих после сжатия и контакта с поверхностью кожи пациента создавать дозированное разряжение до 0,05 МПа. При этом этапы 10-15 методики выполнения простой медицинской услуги изменяются следующим образом: сдавить корпус банки, достигая уменьшения объема внутренней полости; приложить банку к выбранному месту, обеспечивая плотный контакт плоскости горлышка с кожей пациента; отпустить корпус банки. -методов аппаратной вакуум-терапии, при которых разрежение в полости банки достигается использованием механического или электрического насоса. Использование аппаратов вакуум-терапии проводится в соответствии с инструкцией производителя
Достигаемые результаты и их оценка	Снижение давления на участке коже существенно изменяет нормальное соотношение градиентов гидростатического и онкотического давлений в подлежащих кровеносных и лимфатических сосудах, что приводит к

	нарастанию конвекционного потока жидкости и двустороннего обмена веществ в зоне микроциркуляции. Нарастание концентрационных градиентов кислорода и диоксида углерода приводит к нарастанию скорости их транскапиллярной диффузии и повышает интенсивность метаболизма подлежащих тканей. Увеличение проницаемости эндотелия поверхностного сосудистого сплетения дермы, приводит к увеличению количества выходящих в интерстиций нейтрофилов и макрофагов, которые утилизируют продукты воспаления и стимулируют репаративную регенерацию тканей. Разрыв капилляров в месте постановки приводит к образованию гематомы, вследствие аутолиза которой активизируется биосинтез собственных, в том числе иммунокомпетентных, белков организма. Раздражение рефлекторных зон кожи приводит, вследствие возникающих кожно-висцеральных рефлексов, к увеличению кровоснабжения внутренних органов, сегментарно связанных с данной областью воздействия
Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги

Технология бритья кожи предоперационного или поврежденного участка

1 Алгоритм бритья кожи предоперационного или поврежденного участка	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Обеспечить конфиденциальность процедуры (пригласить пациента в специально отведенное помещение или установить ширму). 3) Подготовить необходимое оснащение. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Помочь пациенту раздеться и принять необходимое положение (лежа на спине, животе, сидя на стуле). При необходимости подстелить под площадь обрабатываемой кожи клеенку. 6) Надеть нестерильные перчатки и клеенчатый фартук. 7) Оценить состояние кожных покровов в области операционного вмешательства или раневого участка (наличие повреждений, высыпаний, новообразований и признаков инфекции или инфицирования). 8) Определить границы бритья с учетом возможного расширения операционного доступа. II Выполнение процедуры: 1) Обработать кожу пациента кожным антисептиком, разрешенным к применению. 2) Убедиться, что кожные покровы сухие. 3) Приступить непосредственно к бритью кожных покровов с использованием средства для бритья при необходимости: вести станок вниз, оттягивая кожу кверху, до полного удаления волосяного покрова (при бритье

	пораженного участка направление движения – от краев раны кнаружи, на рану положить стерильную салфетку, чтобы не попали волосы). 4) При загрязнении лезвия волосами удалить их салфеткой. 5) Обработать кожу после бритья кожным антисептиком. III Окончание процедуры: 1) Поместить волосы в емкость для утилизации. 2) Поместить бритвенный станок, перчатки и другие использованные материалы в емкость для дезинфекции. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию
7Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Необходимо использовать щадящую, бережную технику бритья. Принимать меры для соблюдения приватности. При подготовке пациента к хирургическому вмешательству на голове использовать машинку для стрижки волос. При наличии длинного волосяного покрова на груди, животе, спине и конечностях рекомендуется сначала использовать ножницы, а потом станок. При подготовке операционного поля плановых пациентов использовать депиляционные средства (крем, пенка)
Достигаемые результаты и их оценка.	Качественная и своевременная подготовка операционного поля. Отсутствуют повреждения кожи

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

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

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Алгоритм ухода за полостью рта	I. Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Подготовить все необходимое оборудование. 4) Расположить пациента в одном из следующих положений. 5) На спине под углом более 45°, если это не противопоказано, или 6) Лежа на боку, или 7) Лежа на животе (или спине), повернув голову вбок. 8) Надеть перчатки. 9) Обернуть полотенце вокруг шеи пациента. II Выполнение процедуры: 1) Приготовить мягкую зубную щетку (без зубной пасты) для чистки зубов. Смочить ее в приготовленном антисептическом растворе. При отсутствии

	зубной щетки можно использовать марлевую салфетку, закрепленную на зажиме или пинцете. 2) Произвести чистку зубов, начиная с задних зубов, и последовательно вычистить внутреннюю, верхнюю и наружную поверхность зубов, выполняя движения вверх-вниз в направлении от задних к передним зубам. Повторить те же действия с другой стороны рта. Процедура повторяется не менее двух раз. Использовать шпатель для обнажения зубов. 3) Сухими тампонами промокнуть ротовую полость пациента для удаления остатков жидкости и выделений из полости рта. 4) Попросить больного высунуть язык. Если он не может этого сделать, то необходимо обернуть язык стерильной марлевой салфеткой и левой рукой осторожно вытянуть его изо рта. 5) Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть язык, снимая налет, в направлении от корня языка к его кончику. Отпустить язык, сменить салфетку. 6) Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть внутреннюю поверхность щек, пространство под языком, десны пациента. 7) При сухости языка смазать его стерильным глицерином. 8) Обработать последовательно верхнюю и нижнюю губы тонким слоем вазелина (для профилактики трещин на губах). III Завершение процедуры: 1) Убрать полотенце. Разместить пациента в удобном положении. 2) Собрать принадлежности по уходу и доставить в специальную комнату для дальнейшей обработки. 3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента о его самочувствии. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При сухости во рту или галитозе (неприятный запах) рот следует промывать 15-30 мл стандартного состава для полоскания рта (на 1 л воды одна чайная ложка пищевой соды, одна чайная ложка соли, мятная вода для запаха) через каждые 2-4 ч
8 Достигаемые результаты и их оценка	Отсутствие у пациента скопления секрета в полости рта. Отсутствие патологических изменений слизистых полости рта

Технология ухода за респираторным трактом
в условиях искусственной вентиляции легких

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

	Функциональная кровать. Манипуляционный столик. Аппарат для аспирации (стационарный или портативный) или электроотсос. Катетер стерильный аспирационный с вакуум-контролем, длина 60 см.

	Катетер стерильный аспирационный. Роторасширитель. Языкодержатель. Зажим. Пинцет стерильный. Шприц 20 мл. Шприц 10 мл. Спирт этиловый 70 %-ный. Стерильный раствор натрия хлорида 0,9 %-ный. Вазелиновое масло. Стерильные перчатки. Стерильные марлевые салфетки (ватные шарики). Маска. Очки защитные. Фартук. Шпатель стерильный
1 Алгоритм ухода за респираторным трактом	I Подготовка к процедуре: 1) Оценить уровень сознания пациента, состояние респираторной системы, основные показатели жизнедеятельности. 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры (если он в сознании). Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру (если он в сознании). В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Выполнить процедуры, способствующие отделению мокроты у пациента (постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки). 5) Включить аппарат для аспирации (или электроотсос). 6) Отключить аварийную сигнализацию аппарата искусственной вентиляции легких. 7) Надеть защитную одежду (фартук, маску, очки). 8) Надеть стерильные перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Открыть упаковку со стерильным аспирационным катетером, освободить катетер от упаковки, смочить в стерильном физиологическом растворе и ввести его в носовую полость пациента. 2) Открыть контейнер для отсасывания, наполнить стерильным физиологическим раствором. 3) Присоединить стерильный катетер для отсасывания к соединяющей трубке электроотсоса. 4) Проверить уровень давления, приложив большой палец левой руки к датчику на выходном отверстии катетера. 5) Провести преоксигенацию 100 %-ным кислородом в течение 2-3 мин. 6) Обработать стерильным марлевым тампоном, смоченным 70 %-ным спиртом, место соединения интубационной трубки и катетера. 7) Отсоединить аппарат искусственной вентиляции легких от пациента. Следить за показателем насыщения организма кислородом. 8) Санация трахеи и бронхов: а) Осторожно ввести стерильный катетер в эндотрахеальную или трахеостомическую трубку до упора при выключенном электроотсосе. При санации правого бронха голову поворачивать налево, при санации левого бронха – направо.

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

особенностях выполнения методики	Для лучшей эвакуации мокроты ввести 1-2 мл физиологического раствора. При наличии густой, вязкой мокроты и обструкции мелких бронхов, провести лаваж. Не проводить отсасывание более 10-15 с. В интервалах между аспирацией проводить искусственную вентиляцию легких аппаратом. Содержимое каждого из носовых ходов и ротоглотки аспирировать разными катетерами. Для открытия рта использовать роторасширитель, для отведения языка – языкодержатель, для отведения щек – шпатель. Для обработки полости рта стерильным физиологическим раствором использовать стерильные марлевые тампоны, пинцет и зажим
Достигаемые результаты и их оценка	У пациента отмечается восстановление проходимости дыхательных путей: -отсутствие хлюпающих звуков из трубки при дыхании; -проведение легочного звука по всем легочным полям при аускультации; У пациента отсутствуют инфекции дыхательных путей. Пациент может свободно дышать через трахеостому. Кожа вокруг трахеостомической трубки без видимых изменений. Частота дыхания — Оценка результатов 14-20 — норма Уменьшение сопротивления на вдохе не более 10-15 мм вод.ст. — норма Сатурация кислорода не ниже 94 % - 96 % — норма
Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Необходимо письменное согласие в истории болезни на интубацию трахеи пациента или его законных представителей. При невозможности получить такое согласие из-за тяжести состояния больного и отсутствия времени на поиск законных представителей решение принимается консилиумом врачей в составе лечащего врача, анестезиолога-реаниматолога, заместителя гл. врача по медицинской части учреждения или дежурного администратора. При невозможности собрать консилиум, вопрос решает лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения. Медицинская сестра должна убедиться в наличии письменного согласия или решения консилиума на процедуру, которая предусматривает необходимость ухода за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких

Технология ухода за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером

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

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения

Алгоритм ухода за назогостральным зондом, носовыми канюлями и катетером	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Надеть перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления. 2) Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке. 3) Подсоединить шприц с 10-20 куб. см (10 куб. см для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в области эпигастрия при помощи стетоскопа (булькающие звуки). 4) Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение – манипуляции, связанные с оксигенотерапией. 5) Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы. 6) Каждые 3 ч (по назначению врача) промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в отдельную жидкость. III Окончание процедуры: 1) Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен. 2) Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком. 3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании). 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Промывание зонда нужно проводить с приподнятым головным концом
8 Достигаемые результаты и их оценка	Отсутствие видимых изменений (раздражений) со стороны слизистых оболочек носа. Проходимость зонда

Технология ухода за сосудистым катетером

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по	До и после проведения процедуры провести гигиеническую

безопасности труда при выполнении услуги	обработку рук. До проведения процедуры надеть медицинскую шапочку и маску. Использовать перчатки во время процедуры

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Материальные ресурсы	Столик манипуляционный. Лоток. Стерильный пинцет. Одноразовый шприц объемом 10 см^3 (10 мл). Одноразовые стерильные заглушки (по количеству просветов катетера). Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. Гепаринизированный раствор (0,01 мл гепарина на 1 мл физиологического раствора – т.е. 50 ЕД/1 мл) в объеме, равном внутреннему объему внутривенного катетера. Раствор натрия хлорида 0,9 %-ный 5,0 -10,0 мл. Спиртосодержащий антисептик для обработки кожи пациента и всех частей (соединений) катетера, включая канюлю ЦВК (ПВК) и сам катетер. Раствор хлоргексидина 0,5 - 2 %-ный в 70 %-ном этиловом или изопропиловом спирте для обработки кожи пациента вокруг сосудистого катетера. Раствор повидон-йодина 10 %-ный в 70 %-ном этиловом или изопропиловом спирте при наличии противопоказаний к применению раствора хлоргексидина. Антисептик для обработки рук. Стерильные марлевые тампоны. Стерильные марлевые салфетки/самоклеющаяся стерильная повязка. Стерильная пеленка. Стерильная прозрачная повязка или стерильная прозрачная повязка, содержащая хлоргексидин. Пластырь. Стерильные перчатки. Маска. Медицинская шапочка
1Алгоритм ухода за сосудистым катетером (центральным) - смена повязки	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Надеть маску и медицинскую шапочку. 3) Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции. 4) Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону. 5) Освободить от одежды место установки катетера. 6) Обработать руки гигиеническим способом. 7) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика. 8) Надеть стерильные перчатки.

Алгоритм ухода за сосудистым катетером (центральным) - смена повязки	II Выполнение процедуры: 1) Осмотреть место входа катетера в кожу сквозь неповрежденную повязку для выявления признаков воспаления – припухлость, болезненность. П р и м е ч а н и е – При наличии признаков воспаления организовать вызов врача. 2) Снять повязку, заворачивая ее параллельно коже (не тянуть вверх), медленно и, желательно, по росту волос, для профилактики возникновения повреждений кожи вокруг места входа катетера в кожу. Положить снятую повязку в непромокаемый пакет/контейнер. 3) Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/контейнер. Недопустимо обрабатывать перчатки антисептиком. Это нарушит их барьерные свойства. 4) Надеть стерильные перчатки. 5) Визуально убедиться, что катетер не смещен (по метке). 6) Обработать кожу вокруг катетера кожным антисептиком: стерильным марлевым шариком с помощью стерильного пинцета от центра к периферии. 7) Обработать все части (соединения), включая канюлю, и сам катетер антисептиком: стерильным марлевым шариком. 8) Положить на кожу вокруг катетера стерильную пеленку. 9) Дождаться полного высыхания антисептика. 10) Наложить стерильную повязку и зафиксировать ее бактерицидным пластырем/стерильным пластырем или самоклеющейся стерильной повязкой. П р и м е ч а н и е – При использовании стерильной специальной прозрачной повязки наложить ее так чтобы место входа катетера в кожу было в центре прозрачного окна (для обеспечения визуального контроля места входа катетера в кожу). Дополнительно закрепить линии катетера (при необходимости). III Завершение процедуры: 1) Снять использованные перчатки, положить их в непромокаемый пакет/ контейнер. 2) Использованный материал утилизировать в отходы класса Б. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
2Алгоритм выполнения ухода за сосудистым катетером (центральным/периферическим) - промывание катетера	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Надеть маску и медицинскую шапочку. 3) Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции. 4) Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в

	противоположную сторону. 5) Освободить от одежды место установки катетера. 6) Обработать руки гигиеническим способом. 7) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика. 8) Надеть стерильные перчатки. 9) Набрать в шприц объем 10 см^3 5 мл раствора натрия хлорида 0,9 %-ный. В случае постановки «гепаринового замка» при ЦВК дополнительно подготовить шприц объемом 10 см^3 с гепаринизированным раствором (0,01 мл гепарина на 1 мл раствора натрия хлорида 0,9 %-ного - т.е. 50 ЕД/1 мл) в объеме, равному внутреннему объему внутривенного катетера. В педиатрии расчет дозы гепаринизированного раствор индивидуален. При ПВК «гепариновый замок» без назначения врача не рекомендуется. II Выполнение процедуры: 1) Закрыть линии ЦВК специальными зажимами, которые входят в комплект катетера. Если зажима нет - попросить пациента сделать выдох, задержать дыхание. Заглушки для ЦВК и ПВК стерильные и одноразовые. При закрытии катетера использовать новую стерильную заглушку. 2) Обработать разъем катетера стерильной салфеткой, смоченной в антисептике – 15 вращательных движений. 3) Если ранее в катетер был введен «гепариновый замок», то необходимо вытянуть его, присоединив шприц объемом 10 см^3 с раствором натрия хлорида 0,9 %-ным (5 мл) и потянув его на себя. 4) Для того чтобы убедиться, что проходимость катетера не нарушена: присоедините новый шприц объемом 10 см^3 с раствором натрия хлорида 0,9 %-ным (5 мл), открыть зажим и потянуть легко поршень на себя (появилась кровь), ввести содержимое шприца, закрыть зажим. В случае затруднении прохождения раствора при нажатии на поршень организовать вызов врача. 5) Для постановки «гепаринового замка» соединить шприц объемом 10 см^3 с гепаринизированным раствором с катетером, снять зажим и ввести гепаринизированный раствор в объеме, равном внутреннему объему просвета катетера (не более), закрыть зажим. Данный объем необходимо уточнить заблаговременно (объем каждого из просветов указан на упаковке ЦВК). 6) Обработать разъем катетера стерильной салфеткой, смоченной в антисептики – 15 вращательных движений. 7) Закрыть просвет катетера новой стерильной заглушкой, не прикасаясь к внутренней части заглушки и коннектора катетера. III Завершение процедуры: 1) Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/контейнер. 2) Доставить использованный материал в процедурный кабинет для дальнейшей дезинфекции и утилизации отходов класса Б. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

3Алгоритм ухода за сосудистым катетером (периферическим) - смена повязки	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Надеть маску и медицинскую шапочку. 3) Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещённым на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции. 4) Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение для получения оптимального доступа к месту установки периферического венозного катетера. 5) Освободить от одежды место установки катетера. 6) Обработать руки гигиеническим способом. 7) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика. 8) Надеть стерильные перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Осмотреть место входа катетера в кожу сквозь неповрежденную повязку на предмет выявления признаков воспаления – припухлость, болезненность. П р и м е ч а н и е – При наличии признаков воспаления организовать вызов врача. 2) Снять повязку, заворачивая ее параллельно коже (не тянуть вверх), медленно и, желательно, по росту волос, для профилактики возникновения повреждений кожи вокруг места входа катетера в кожу. Положить снятую повязку в непромокаемый пакет/контейнер. 3) Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/контейнер. Недопустимо обрабатывать перчатки антисептиком. Это нарушит их барьерные свойства. 4) Надеть стерильные перчатки. 5) Визуально убедиться, что катетер не смещен. 6) Обработать кожу вокруг катетера кожным антисептиком: стерильным марлевым шариком, с помощью стерильного пинцета от центра к периферии. 7) Обработать все части (соединения), включая канюлю, и сам катетер антисептиком: стерильным марлевым шариком. 8) Дождаться полного высыхания антисептика. 9) Наложить стерильную повязку и зафиксировать ее бактерицидным пластырем/стерильным пластырем или самоклеющейся стерильной повязкой. При использовании стерильной специальной прозрачной повязки наложить ее таким образом, чтобы место входа катетера в кожу было в центре прозрачного окна (для обеспечения визуального контроля места входа катетера в кожу). Дополнительно закрепить линии катетера (при необходимости). III Завершение процедуры: 1) Снять использованные перчатки, положить их в непромокаемый пакет/контейнер. 2) Использованный материал утилизировать в отходы класса Б.

	3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

	4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При проведении процедуры с катетером, находящимся в периферической вене, пациент может сидеть или лежать на спине, рука, в вене которой находится катетер расположена вдоль туловища: если катетер расположен в кубитальной или в вене предплечья - ладонью вверх, если в венах кисти - ладонью вниз. Снятие заглушки не связано с фазой дыхания. При оказании процедуры, с катетером находящимся в бедренной вене, ножной конец кровати опущен на 25°. Снятие заглушки не связано с фазой дыхания. При смене повязки у пациентов с чувствительной кожей рекомендуется нанести стерильное барьерное средство для защиты кожи вокруг места установки сосудистого катетера и дождаться полного его высыхания. Выбор повязки необходимо осуществлять с учетом индивидуальных особенностей пациента. Если возраст пациента старше двух месяцев и существуют предрасполагающие к развитию инфекции факторы (длительность стояния ЦВК свыше трех суток; сниженный иммунный статус (онкологические пациенты и т.д.); повышенный риск колонизации катетера) то рекоменуется выбирать прозрачную полиуретановую повязку, содержащую гелевую подушечку с хлоргексидином. Для прочих случаев – оптимальным выбором является обычная прозрачная полиуретановая повязка. Если наблюдается кровоточивость вокруг места входа катетера в первые сутки после его введения – допустимо использование нетканой повязки с впитывающей подушечкой, которая подлежит замене на прозрачную через 24 ч. Замена прозрачных полиуретановых повязок на ЦВК производится каждые 5-7 сут (при условии, что фиксация не нарушена, нет выделений, сохранен обзор). Замена прозрачных полиуретановых повязок на ПВК производится каждые 3-4 сут (при условии, что фиксация не нарушена, нет выделений, сохранен обзор). При ЦВК постановка «гепаринового замка» катетера проводится 1 раза в сутки (утро/вечер) и при условии отсутствия инфузии в течение дня. При наличии инфузии в течение дня или нескольких введений лекарственных средств, до и после взятия крови – используется 5-10 мл раствора натрия хлорида 0,9 % без «гепаринового замка». Промывать ПВК необходимо до и после введения лекарственных средств. В случае если ПВК не используется 2 раза в сутки (утро/вечер). Визуальный осмотр места установки сосудистого катетера проводить не реже 1 раза в сутки
Достигаемые результаты и их оценка	Катетер промыт, при необходимости поставлен «гепариновый замок», проходим, повязка заменена, раздражения воспаления под повязкой не наблюдается

Технология пособия при стомах толстого кишечника

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

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

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

	кожу пациента или на кольцо калоприемника (при использовании

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

ы

.

и

л

ы

3Алгоритм бужирования стомы	13) Закрепить новый калоприемник. III Окончание процедуры: 1) Снять перчатки. Продезинфицировать и утилизировать использованн материал. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Уточнить у пациента его самочувствие. 4) Сделать запись о результатах выполнения в медицинскую документацию I Подготовка процедуры: 1) Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменен плана ухода за стомой. 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цел процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольно информированного согласия на предстоящую процедуру. В случа отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 3) Обеспечить возможность для соблюдения конфидициальности, ес процедура проходит в положение лежа. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Надеть стерильные перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Смазать указательный палец стерильным вазелиновым маслом. 2) Ввести осторожно палец в стому, повторяя движения: вперёд и назад. 3) Обработать кожу вокруг стомы. 4) Закрепить новый калоприемник. III Окончание процедуры: 1) Снять перчатки. Продезинфицировать и утилизировать использованн материал. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Уточнить у пациента его самочувствие. 4) Сделать запись о результатах выполнения в медицинскую документацию
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Целесообразно обучить пациента и его родственников уходу за стомой. Калоприемник следует опорожнять по заполнении каловыми массами и газами на ½ или 1/3 объёма, в противном случае может нарушится герметичность стыка вокруг стомы
Достигаемые результаты и их оценка	Пациент способен и демонстрирует с точностью 100% самостоятельное выполнение манипуляции. Пациент в комфортном состоянии, кожа вокруг стомы без видимых изменений. Пациента чувствует себя комфортно

Технология пособия при дефекации тяжелого больного

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

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

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

Технология пособия при мочеиспускании тяжелого больного

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

Материальные ресурсы	Подкладное судно (для женщин) или мочеприемник (для мужчин). Нестерильные перчатки. Лоток. Ширма. Клеенка. Чистые салфетки. Емкость с теплой водой
Алгоритм выполнения простой медицинской услуги	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Отгородить пациента ширмой (при необходимости). 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки. 4) Ополоснуть судно и оставить в нем немного теплой воды. Убедиться, что поверхность судна, соприкасающаяся с кожей, сухая. 5) Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня.

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

Технология ухода за внешним мочевым катетером

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

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

Технология перемещения тяжелобольного в постели

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним – двумя помощниками. Желательно наличие приспособлений для подъема пациента. До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
Материальные ресурсы	Функциональная кровать. Оборудование для придания нужного положения (валики, подушки). Простыни для переворачивания. Нестерильные перчатки.
Алгоритм перемещения тяжелобольного в постели	I. Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Надеть перчатки. 4) Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.II.Выполнение процедуры: **а) Перемещение пациента к изголовью кровати на невысокой кровати (выполняют два человека)** 1) Помочь пациенту сесть: одна медицинская сестра поддерживает пациента, другая – может подложить подушку. 2) Встать с обеих сторон кровати, лицом друг к другу, близко к кровати и немного сзади пациента так, чтобы плечи были вровень со спиной пациента. 3) Положить на край кровати пеленку. 4) Встать коленом, которое ближе к пациенту, на кровать, расположив голень на пеленке вдоль края кровати и придвинув голень как можно ближе к пациенту. Нога, стоящая на полу, является точкой опоры при поднятии пациента. 5) Подвести плечо, находящееся ближе к пациенту, в подмышечную впадину и к туловищу пациента. Кисть этой руки подводится под бедра пациента. Пациент кладет свои руки на спину медицинским сестрам. В том случае, если невозможно подвести плечо к подмышечной области пациента или пациент не может положить руку медицинской сестре на спину, необходимо расположить руку между туловищем и плечом пациента. Кисть этой руки располагается под бедрами пациента. 6) Упереться рукой, расположенной ближе к изголовью, в кровать сзади пациента (локоть согнут). Другой рукой, расположенной под бедрами пациента, ближе к ягодицам, медицинские сестры берут друг друга за запястье. 7) Приподнять пациента, переместить его на небольшое расстояние и опустить его на постель, сгибая ногу, расположенную ближе к изголовью и руку, обеспечивающую опору. Повторять перемещение до расположения пациента в заданном месте.

	б) Перемещение пациента к изголовью кровати (выполняется одной медицинской сестрой) 1) Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально. 2) Встать лицом к ножному концу кровати под углом 45°. Расставить ноги на ширину 30 см. Ногу, находящуюся ближе к изголовью, отставить немного назад. Согнуть ноги в коленях (руки медицинской сестры должны находиться на уровне ног пациента). 3) Переместить центр тяжести на ногу, отставленную назад. 4) Передвинуть ноги пациента по диагонали к изголовью кровати. 5) Переместиться параллельно верхней части туловища пациента, согнуть ноги в коленях так, чтобы руки находись на уровне туловища пациента. 6) Подвести под шею пациента руку, находящуюся ближе к изголовью, и снизу обхватить и поддерживать ею его плечо. 7) Подвести другую руку под верхнюю часть спины пациента. 8) Передвинуть голову и верхнюю часть туловища пациента по диагонали к изголовью кровати. 9) Переходить с одной стороны кровати на другую, повторяя действия, пока тело пациента не достигнет в постели желаемой высоты. 10) Переместить пациента на середину постели, точно так же поочередно передвигая три части его тела. 11) Поднять голову и плечи пациента и подложить подушку. в) Перемещение пациента к изголовью кровати с помощью простыни (выполняется одной медицинской сестрой) 1) Вытащить края простыни из-под матраса со всех сторон. 2) Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально. 3) Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой. 4) Скатать простыню около головы и плеч пациента. Попросить пациента согнуть колени (если он может это сделать) и прижать стопы к матрасу, чтобы быть в состоянии помочь. 5) Взяться за скатанные края простыни с обеих сторон от головы пациента двумя руками ладонями вверх. 6) Согнуть свои ноги в коленях, чтобы спина оставалась ровной. 7) Предупредить пациента, чтобы он был готов к перемещению. 8) Предупредив пациента, отклонить корпус назад и подтянуть пациента к изголовью кровати. 9) Положить подушку под голову пациента, расправить простыню. г) Перемещение пациента к краю кровати (выполняется одной медицинской сестрой, пациент может помочь) 1) Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально. 2) Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой. Согнуть колени. 3) Попросить пациента скрестить руки на груди, обхватив себя за локти. 4) Подложить одну руку под шею и плечи пациента, а вторую – под верхнюю часть его спины. 5) Отклонить корпус назад и подтянуть на себя верхнюю часть его спины. 6) Поменять положение рук: одну руку подложить под талию, другую – под бедра пациента. 7) Также отклонить корпус назад и потянуть на себя нижнюю часть

	туловища пациента. 8) Подложить руки под голени и стопы пациента и придвинуть их к себе. Приподнять голову пациента и подложить под нее подушку. III. Окончание процедуры: 1) Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати. 2) Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик. 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его самочувствие. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок. Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним – двумя помощниками. При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела
8Достигаемые результаты и их оценка	У пациента отсутствуют признаки физических травм, таких, как свежие синяки, ссадины и повреждения костной системы после перемещения

Технология кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
Материальные ресурсы	Фонендоскоп. Система для непрерывного режима зондового кормления. Шприц объемом 20-50 мл. Зажим хирургический. Изотонический раствор хлорида натрия. Салфетка. Лейкопластырь. Перчатки нестерильные. Воронка. Часы. Комплект столовой посуды, в соответствии с выбранным режимом кормления
Алгоритм кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться (если пациент в сознании), проинформировать о предстоящем кормлении, составе и объеме пищи, методе кормления. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки (если кормление будет осуществляться через назогастральный зонд).

	3) Подготовить питательный раствор; подогреть его до температуры 30 ^{0}С – 35 ^{0}С. II Выполнение процедуры: **а) При кормлении пациента через рот** 1) Помочь пациенту занять полусидячее положение в постели, или положение, сидя с опущенными ногами, или помочь пересесть на стул. 2) Помочь пациенту вымыть руки, причесаться, поправить одежду. 3) Накрыть грудь пациента салфеткой. 4) При наличии у пациента съемных зубных протезов помочь пациенту установить их. 5) Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол. 6) Расположить тарелки с пищей в соответствии с пожеланиями пациента. При нарушении моторики подложить под тарелки нескользящие салфетки. При нарушении координации использовать посуду с защитным бортиком или иную посуду, рекомендованную специалистом по восстановительной медицине. 7) Предложить пациенту воспользоваться столовым прибором, в том числе специальной посудой для пациентов с нарушенными моторными функциями. **б) Если пациент готов есть самостоятельно** 1) При необходимости использовать вспомогательные приспособления для предплечья, облегчающие подъем руки до уровня рта (например, подвижные подставки для предплечья; поддерживающие ремни, одеваемые через голову); протезные или ортопедические приспособления. 2) Наблюдать за процессом питания; эффективностью пережевывания и глотания. 3) По мере необходимости заменять тарелки. 4) По окончании процедуры помочь пациенту прополоскать рот и занять удобное положение в постели. **в) Если пациент нуждается в активном кормлении** 1) Приподнять головной конец кровати. 2) Убедиться, что пища, приготовленная для пациента, имеет гомогенную консистенцию. 3) Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол. 4) Одной рукой приподнять голову пациента; другой поднести ложку ко рту пациента (при гемипарезе пища подносится со здоровой стороны). 5) Поддерживать голову пациента в процессе жевания и глотания. 6) Поить пациента по требованию или через каждые три – пять ложек пищи. Жидкость дают с помощью ложки или поильника. 7) По окончании кормления помочь пациенту прополоскать рот или обработать ротовую полость по протоколу 14.07.002 «Уход за полостью рта тяжелобольного». 8) Придать пациенту полусидячее положение на 30 минут после окончания еды. **г) При кормлении пациента через назогастральный зонд** 1) Определить предписанный пациенту режим кормления – непрерывный или перемежающийся (фракционный). 2) Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика) 3) Поднять головной конец кровати на 30° – 45°. 4) Проверить правильность положения зонда. 5) Присоединить шприц объемом 20 см^3 к дистальному участку зонда и аспирировать содержимое желудка.

Алгоритм кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд	- Оценить характер содержимого – при появлении признаков кровотечения прекратить процедуру. - При выявлении признаков нарушения эвакуации желудочного содержимого – прекратить кормление. 6) Присоединить к дистальному участку зонда шприц, заполненный 20 $см^3$ воздуха и ввести воздух внутрь, одновременно аускультируя область эпигастрия. 7) Осмотреть кожу и слизистые оболочки носовых ходов, исключить признаки инфицирования и трофических нарушений, связанных с постановкой назогастрального зонда. 8) Проверить качество фиксации зонда, при необходимости заменить пластырную повязку. **д) При непрерывном режиме зондового кормления** 1) Промыть емкость для питательной смеси и соединительную канюлю. 2) Заполнить емкость предписанной питательной смесью. 3) Присоединить канюлю к дистальному участку назогастрального зонда или приемному штуцеру инфузионного насоса. 4) Установить требующуюся скорость введения раствора с помощью дозатора канюли или блока управления насоса. 5) Контролировать скорость введения раствора и объем введенной смеси каждый час. 6) Каждый час аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота. 7) Каждые 3 часа проверять остаточный объем желудочного содержимого. При превышении объема показателя, указанного в назначении, – прервать кормление. 8) По окончании процедуры – промыть зонд 20 – 30 мл физиологического раствора или другого раствора в соответствии с предписанной схемой. **е) При перемежающимся (фракционном) режиме зондового кормления** 1) Подготовить предписанный объем питательной смеси; перелить его в чистую посуду. 2) Заполнить шприц объемом 20-50 мл или воронку питательным раствором. 3) Ввести активно медленно (с помощью шприца) или пассивно (с помощью воронки) предписанный объем питательной смеси в желудок пациента. введение производить дробно, порциями по 20-30 мл, с интервалами между порциями - 1-3 мин. 4) После введения каждой порции, пережимать дистальный участок зонда, препятствуя его опустошению. 5) По окончании кормления ввести предписанный назначением объем воды. Если введение жидкости не предусмотрено, промыть зонд 30 мл физиологического раствора. III. Окончание процедуры. 1) Аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота. 2) Обработать ротовую полость, вытереть лицо пациента от загрязнений. 3) Подвергнуть дезинфекции использованный материал. 4) Снять перчатки, обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента о его самочувствии. 6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
	При использовании для зондового питания инфузионных насосов

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	настройка и порядок работы с последними определяются инструкцией к аппарату. Используемый инвентарь в части видов посуды и ортопедических (протезных приспособлений) может варьироваться в соответствии с назначениями специалиста по восстановительной медицине. Недоношенным детям, выхаживаемым в кювезе, а также травмированным вертикальное положение не придается
Достигаемые результаты и их оценка	Пациент получает достаточное количество сбалансированного питания с учетом рекомендаций лечащего врача

Технология пособия по смене белья и одежды тяжелобольному

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры. При выполнении данной услуги может использоваться помощник из числа медицинских работников или родственников пациента
Материальные ресурсы	Перчатки нестерильные. Комплект чистого нательного белья. Комплект чистой одежды для пациента. Непромокаемый мешок для грязного белья. Клеенчатый фартук
Алгоритм смены белья и одежды тяжелобольному	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, получить его согласие. 2) Приготовить комплект чистого нательного белья и одежды. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Надеть перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента. При необходимости – установить ширму. 2) Помочь пациенту сесть на край кровати. 3) Помочь пациенту снять рубашку (платье). Если одна руки повреждена или производится инфузия, надо начать с другой руки. Осторожно проносить рукав над поврежденной рукой (иглой, катетером). При внутривенном вливании флакон с раствором снимается со штатива и проносится через рукав. 4) Помочь пациенту снять нижнее белье. 5) Укрыть пациента простыней. 6) Помочь пациенту надеть чистую рубашку (ночную рубашку, пижамную куртку) сначала на поврежденную конечность. 7) Помочь пациенту снять носки. 8) Помочь пациенту лечь в постель, поправить простыню. 9) Помочь пациенту снять брюки, нижнее белье. 10) Помочь пациенту надеть чистое белье, носки и брюки.

	III Окончание процедуры: 1) Удобно расположить пациента в постели, накрыть одеялом 2) Поместить грязную одежду в мешок для грязного белья. 3) Протереть стул или тумбочку, где располагалось грязное белье и одежда, влажной ветошью. 4) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции. 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6) Уточнить у пациента его самочувствие. 7) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	В ходе смены нательного белья и одежды не стоит обнажать пациента (нужно прикрывать его простыней). Следует обеспечивать его безопасность (страховка от падения). Необходимо поощрять пациента активно участвовать в процедуре, разговаривать с ним (поддержание личного достоинства, восполнение потребности в общении). Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним – двумя помощниками. При этом один помощник осторожно поднимает голову и плечи пациента, а медицинская сестра одна или со вторым помощником снимает рубашку через голову, затем с рук пациента и надевает ему чистую рубашку в обратном порядке
Достигаемые результаты и их оценка	ПАЦИЕНТ ОДЕТ В ЧИСТОЕ БЕЛЬЕ

Технология ухода за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры
Материальные ресурсы	Судно. Зажим (корнцанг или пинцет). Водный термометр. Нестерильные перчатки. Клеёнка. Салфетки марлевые (тампоны). Фартук клеёнчатый. Емкость для воды. Мыльный раствор. Ширма (если процедура выполняется в общей палате)

Алгоритм выполнения манипуляции	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, получить его согласие. 2) Отгородить пациента ширмой (при необходимости). 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Надеть клеенчатый фартук, перчатки. 5) Налить в емкость теплую воду (35 °С - 37 °С). 6) Положить пациента на спину, по возможности согнуть ноги в коленях и слегка развести в тазобедренных суставах. Подложить под пациента клеенку. II Выполнение процедуры: **а) У женщин** 1) Подставить под крестец пациентки судно. 2) Встать сбоку от пациентки, в одну руку взять емкость с теплой водой, в другую руку зажим с марлевым тампоном (салфеткой). 3) Поливать из емкости на половые органы женщины. Последовательно обработать наружные половые органы в направлении к анальному отверстию: область лобка, наружные (большие) половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия, межягодичную складку. Салфетки менять по мере загрязнения. 4) Просушить марлевыми салфетками (тампонами) в той же последовательности. 5) Использованные марлевые салфетки поместить в контейнер для дезинфекции. б) У мужчин 1) Поставить судно. 2) Встать сбоку от пациента, смочить салфетку (варежку) водой. 3) Аккуратно отодвинуть пальцами левой руки крайнюю плоть, обнажить головку полового члена. 4) Обработать головку полового члена, кожу полового члена, мошонку, паховые складки, область заднего прохода, межягодичную складку. Менять салфетки по мере загрязнения. 5) Просушить в той же последовательности. 6) Убрать салфетки в контейнер для дезинфекции. III Окончание процедуры: 1) Убрать судно, клеенку. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Уложить пациента (ку) удобно, накрыть его (ее) простыней, одеялом. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Подвергнуть использованный материал, в том числе и перчатки, дезинфекции. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методик	Процедура выполняется тяжелобольным пациентам, находящимся на строгом постельном и постельном режиме. Подмывание проводится 2 раза в сутки, а также после каждого акта дефекации у всех больных, у женщин после каждого мочеиспускания. Естественные складки у тучных людей обрабатывать при увлажнении – присыпкой, при сухости кожи пользоваться увлажняющим кремом

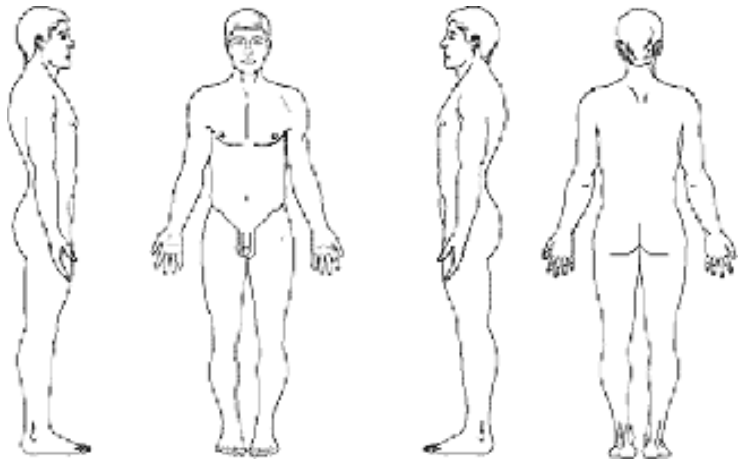
Достигаемые результаты и их оценка	Кожа промежности и наружных половых органов чистая. Опрелостей нет. Пациент (родственники) удовлетворены качеством получаемой услуги

Технология оценки интенсивности боли

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук
Материальные ресурсы	Визуально-аналоговая шкала оценки боли. Вопросник Мак-Гилла по определению степени выраженности болевого синдрома. Вербально-рейтинговая шкала оценки боли. Числовая шкала оценки боли. Комбинированная шкала оценки боли
Алгоритм оценки интенсивности боли	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, (если пациент в сознании). Получить добровольное информированное согласие. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Убедиться, что пациент находится в сознании. При диагностировании сознания, отличного от ясного использовать шкалу комы Глазго (Glasgow Coma Score) для диагностики уровня угнетения сознания. 3) Убедиться в возможности речевого контакта с пациентом, учитывая тяжесть состояния, возраст, уровень сознания, нарушения речи, наличие/отсутствие языкового барьера. При невозможности речевого контакта с пациентом, диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли). 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. II Выполнение процедуры: 1) При наличии ясного сознания и возможности речевого контакта провести оценку уровня боли на диагностическом уровне: - спросить у пациента о наличии боли. **а) При подтверждении пациентом наличия болевого синдрома:** 1) Предложить пациенту оценить интенсивность боли по 5-бальной шкале. 2) Выяснить локализацию боли. 3) Выяснить иррадиацию боли. 4) Выяснить продолжительность боли. 5) Выяснить характер боли. 6) Полученные результаты документировать. Зоны боли описать в терминах топографической анатомии или отметить на схематическом изображении человеческого тела.

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

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

Технология внутрикожного введения лекарственных средств

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

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

	4 Уточнить у пациента о его самочувствии. 5 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Подготовка оснащения для выполнения процедуры всегда проводится в процедурном кабинете. При проведении внутрикожной инъекции необходимо выбирать место, где отсутствуют рубцы, болезненность при прикосновении, кожный зуд, воспаление, затвердение. Через 15-30 минут после инъекции обязательно узнать у пациента о его самочувствии и о реакции на введённое лекарство (выявление осложнений и аллергических реакций). Внутрикожные инъекции детям выполняют в среднюю треть внутренней поверхности предплечья, верхнюю треть наружной поверхности плеча. При вскрытии флакона необходимым условием является надпись на флаконе, сделанная медицинским работником с отметкой даты вскрытия и времени. Объяснить пациенту, что нельзя тереть и мочить место инъекции в течение определенного времени (если инъекция выполняется с диагностической целью)
Достигаемые результаты и их оценка	Образовалась папула белого цвета. После извлечения иглы нет крови. Пациент чувствует себя комфортно.
9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители (для детей до 15 лет) получает информацию о предстоящем лечении. Врач получает согласие на лечение и информирует медицинский персонал. Письменное согласие пациента требуется в случае применения лекарственных препаратов, проходящих испытания или требующих особого выполнения режимных моментов (при прививках).

Технология внутривенного введения лекарственных средств

Материальные ресурсы	Столик манипуляционный Лоток стерильный Лоток нестерильный Жгут венозный Шприц инъекционный однократного применения от 10 до 20 мл Система для внутривенного капельного вливания однократного применения Игла инъекционная Непрокалываемый контейнер для использованных шприцев, непромокаемый пакет (в условиях «скорой медицинской помощи») Стойка-штатив для системы внутривенного капельного вливания Нестерильные ножницы или пинцет (для открытия флакона) Пилочка (для открытия ампулы) Подушечка из влагостойкого материала Емкости для дезинфекции Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. Стол, стул (для введения лекарственных препаратов в положении сидя) Кушетка (для ведения лекарственных препаратов в положении лежа) Антисептический раствор для обработки инъекционного поля, шейки ампулы, резиновой пробки флакона Раствор натрия хлорида Антисептик для обработки рук Дезинфицирующее средство Салфетка Перчатки нестерильные Перчатки стерильные Маска Салфетки марлевые стерильные Салфетки марлевые (ватные шарики) Бинт Лейкопластырь – 2-3 полоски или самоклеющаяся полупроницаемая повязка для фиксации иглы/катетера в вене

1.Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов (струйно)	I. Подготовка к процедуре. 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Взять упаковку и проверить пригодность лекарственного препарата (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду). Сверить назначения врача. 3. Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика. 6. Надеть нестерильные перчатки. 7. Подготовить шприц. Проверить срок годности, герметичность упаковки. 8. Набрать лекарственный препарат в шприц. ***Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы.*** • Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка. • Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части. • Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептическим раствором. Вскрыть ампулу. • Набрать лекарственный препарат в шприц. • Выпустить воздух из шприца. ***Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой.*** • Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности. • Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором. • Ввести иглу под углом 90° во флакон, перевернуть его вверх дном, слегка оттягивая поршень, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата. • Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость. 9. Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток. 10. Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений. 11. При выполнении венепункции в область локтевой ямки - предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента

	клеенчатую подушечку. 12. Наложить жгут (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее. 13. При выполнении венепункции в область локтевой ямки – наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяется на лучевой артерии. 14. Надеть нестерильные перчатки. II. Выполнение процедуры. 1. Обработать область венепункции не менее чем двумя салфетками/ватными шариками с антисептическим раствором, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. 2. Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху. 3. Другой рукой натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держа иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену, ощущается «попадание в пустоту». 4. Убедиться, что игла в вене – держа шприц одной рукой, другой потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь (темная, венозная). 5. Развязать или ослабить жгут и попросить пациента разжать кулак. Для контроля нахождения иглы в вене еще раз потянуть поршень на себя, т.к. в момент ослабления жгута игла может выйти из вены 6. Нажать на поршень, не меняя положения шприца, и медленно (в соответствие с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце незначительное количество раствора. 7. Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором. 8. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места инъекции 5 - 7 минут, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции. 9. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет. III. Окончание процедуры. 1. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Уточнить у пациента о его самочувствии. 4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.
2 Алгоритм внутривенного	

введения лекарственных средств (капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов).	I. Подготовка к процедуре. 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Предложить пациенту опорожнить мочевой пузырь, учитывая длительность выполнения. 3. Предложить пациенту или помочь занять ему удобное положение, которое зависит от его состояния здоровья. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика. 6. Надеть нестерильные перчатки. 7. Заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и поместить его на штативе для инфузионных вливаний. ***<u>Заполнение устройства для вливаний инфузионных растворов однократного применения:</u>*** • Проверить срок годности устройства и герметичность пакета. • Прочитать надпись на флаконе: название, срок годности. Убедиться в его пригодности (цвет, прозрачность, осадок). • Нестерильными ножницами или пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона, обработать резиновую пробку флакона ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором. • Вскрыть упаковочный пакет и извлечь устройство (все действия производятся на рабочем столе). • Снять колпачок с иглы воздуховода, ввести иглу до упора в пробку флакона. В некоторых системах отверстие воздуховода находится непосредственно над капельницей. В этом случае нужно только открыть заглушку, закрывающую это отверстие. • Закрыть винтовой зажим. • Перевернуть флакон и закрепить его на штативе. • Повернуть устройство в горизонтальное положение, открыть винтовой зажим: медленно заполнить капельницу до половины объема. Если устройство снабжено мягкой капельницей, и она соединена жестко с иглой для флакона, необходимо одновременно с двух сторон сдавить ее пальцами и жидкость заполнит капельницу. • Закрыть винтовой зажим и вернуть устройство в исходное положение, при этом фильтр должен быть полностью погружен в лекарственный препарат, предназначенный для вливания. • Открыть винтовой зажим и медленно заполнить длинную трубку системы до полного вытеснения воздуха и

	появления капель из иглы для инъекций. Капли лекарственного препарата лучше сливать в раковину под струю воды во избежание загрязнения окружающей среды. • Можно заполнять систему, не надевая иглу для инъекций, в этом случае капли должны показаться из соединительной канюли. • Убедиться в отсутствии пузырьков воздуха в трубке устройства (устройство заполнено). • Положить в стерильный лоток или в упаковочный пакет иглу для инъекции, закрытую колпачком, стерильные салфетки или ватные шарики с антисептическим раствором, стерильную салфетку сухую. • Приготовить 2 полоски узкого лейкопластыря, шириной 1 см., длинной 4-5 см. 8. Доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением, штатив с капельницей. 9. Обследовать, пропальпировать место предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений. 10. Наложить венозный жгут (на рубашку или пеленку) в средней трети плеча так, чтобы при этом пульс на лучевой артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее. II. Выполнение процедуры. 11. Обработать область локтевого сгиба не менее чем двумя салфетками или ватными шариками с антисептическим раствором, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. 12. Фиксировать вену пальцем, натянув кожу над местом венепункции. 13. Другой рукой натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Пунктировать вену иглой с подсоединенной к ней системой, держа иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену, ощущается «попадание в пустоту». При появлении в канюле иглы крови - попросить пациента разжать кисть, одновременно развязать или ослабить жгут. Все использованные салфетки или ватные шарики помещаются в непромокаемый пакет. 14. Открыть винтовый зажим капельной системы, отрегулировать винтовым зажимом скорость капель (согласно назначению врача). 15. Закрепить иглу и систему лейкопластырем, прикрыть иглу стерильной салфеткой, закрепить ее лейкопластырем. 16. Снять перчатки, поместить их в непромокаемый пакет. 17. Обработать руки гигиеническим способом,

	осушить. 18. Наблюдать за состоянием пациента, его самочувствием на протяжении всей процедуры (в условиях оказания помощи в процессе транспортировки, продолжительность наблюдения определяется продолжительностью транспортировки). III. Окончание процедуры. 19. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептического раствора). 20. Надеть нестерильные перчатки. 21. Закрыть винтовый зажим капельной системы, извлечь иглу из вены, прижать место пункции на 5 - 7 минут салфеткой или ватным шариком с антисептическим раствором, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции. 22. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет. 23. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять нестерильные перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 24. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 25. .Уточнить у пациента о его самочувствии. 26. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.
3 Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов струйно или капельно через катетер установленный в центральной вене	I Подготовка к процедуре. 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Предложить пациенту или помочь занять ему удобное положение (сидя или лежа). Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата и способа введения лекарственного препарата – струйно или капельно. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика. 5. Надеть нестерильные ператки. 6. Собрать шприц и набрать в него лекарственный препарат, или заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и разместить его на штативе для инфузионных вливаний. Алгоритм набора лекарственного препарата и заполнение системы см. п.8.6.1.6 и п.8.6.2.5. 7. Доставить в палату необходимое оснащение. II Выполнение процедуры. 8. Обложить место, где установлен центральный катетер,

	стерильными салфетками. 9. Снять пробку (заглушку) с катетера и положить ее на стерильную салфетку, наружный вход катетера обработать стерильной салфеткой или марлевым шариком, смоченным антисептическим раствором. Если будет использоваться старая пробка, то ее нужно обработать антисептическим раствором и поместить в стерильную салфетку. Рекомендуется использовать новую заглушку. 10. Подключить шприц (без иглы), потянуть поршень на себя до появления крови в шприце; или систему для переливания инфузионных растворов. 10.1. При струйном введении - нажать на поршень и медленно (в соответствие с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце несколько миллилитров лекарственного препарата. 10.2. При капельном способе введения лекарственного препарата проверить проходимость катетера, подсоединив к нему шприц с физиологическим раствором – 2 мл. Скорость введения зависит от назначения врача. Количество раствора, оставляемого в шприце должно быть достаточным для обеспечения безопасного введения (препятствие попадания в вену пузырьков воздуха). Если, при нажатии на поршень, лекарственный препарат не удается ввести с обычным усилием, следует прекратить процедуру, сообщить врачу, и ставить вопрос о замене катетера. При капельном способе введения лекарственных препаратов, после подсоединения системы для капельных вливаний, закрепить ее, снять печатки, поместить их непромокаемый мешок, убедиться, что пациенту удобно, вымыть руки. Наблюдать за пациентом до окончания процедуры. III Окончание процедуры. 10. 1. При струйном введении лекарственных препаратов - отсоединить шприц от катетера и закрыть катетер стерильной пробкой. 10. 2. При капельном способе введения лекарственных препаратов – вымыть руки, надеть стерильные перчатки. Отсоединить систему для переливания инфузионных растворов от катетера, закрыть катетер стерильной пробкой. 11. Закрыть катетер стерильной салфеткой, закрепить ее. 12. Поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки или ватные шарики, пеленку в непрокалываемую емкость и транспортировать в процедурный кабинет. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 13. Обработать руки гигиеническим способом,

4 Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов струйно и капельно через катетер установленный в периферической вене.	осушить. 14. Уточнить у пациента о его самочувствии 15. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию. I Подготовка к выполнению процедуры. 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Предложить пациенту или помочь занять ему удобное положение (сидя или лежа). Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата и способа введения лекарственного препарата – струйно или капельно. Процедура можеть быть проведена как в палате, так и в процедурном кабинете. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика. 5. Надеть нестерильные перчатки. 6. Собрать шприц и набрать в него лекарственный препарат, или заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и разместить его на штативе для инфузионных вливаний. Алгоритм набора лекарственного препарата и заполнение системы см. п.6.1.6 и п.6.2.5. 7. Доставить в палату необходимое оснащение II Выполнение процедуры. 8. Снять пробку и положить ее на стерильную салфетку, наружный вход катетера обработать стерильной салфеткой или ватным шариком, смоченным антисептическим раствором. 9. Подключить шприц (без иглы), потянуть поршень на себя до появления крови в шприце; или присоединить систему для переливания инфузионных растворов. 9.1. При *струйном* введении - нажать на поршень и медленно (в соответствие с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце несколько миллилитров лекарственного препарата. 9.2. При *капельном* способе внутривенного введения лекарственных препаратов проверить проходимость катетера, подсоединив к нему шприц с физиологическим раствором – 2 мл. Скорость введения зависит от назначения врача. Количество миллилитров, оставляемых в шприце должно быть достаточным для обеспечения безопасного введения (препятствие попадания в вену пузырьков воздуха). Если, при нажатии на поршень, лекарственный препарат не удается ввести с обычным усилием, то следует прекратить процедуру, сообщить врачу, и ставить вопрос о замене

катетера.	При капельном способе введения лекарственного препарата, после подсоединения системы для капельных вливаний, закрепить ее, снять печатки, поместить их непромокаемый мешок, убедиться, что пациенту удобно, вымыть руки. Наблюдать за пациентом до окончания процедуры. Окончание процедуры. 10.1. При *струйном* способе введения - отсоединить шприц от катетера и, закрыть катетер стерильной пробкой. 10.2. При *капельном* способе введения лекарственного препарата – вымыть руки, надеть нестерильные перчатки. Отсоединить систему для переливания инфузионных растворов от катетера, закрыть катетер стерильной пробкой. 11. Закрыть катетер стерильной салфеткой и закрепить ее. 12. Если процедура проводилась в процедурном кабинете, то поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки или ватные шарики в емкость с дезинфицирующим раствором. Если процедура проводилась в палате, то поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки или ватные шарики в непрокалываемую емкость и транспортировать в процедурный кабинет. 13. Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 14. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 16. Уточнить у пациента о его самочувствии. 17. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.

Технология взятия крови из периферической вены

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Во время процедуры обязательно использование перчаток. Обязательно использование непрокалываемого контейнера для использованных игл. При угрозе разбрызгивания крови обязательно использование защитных средств (маска, очки и др.).
Материальные ресурсы	Манипуляционный столик. Закрытая система для забора крови (в случае получения крови с помощью вакуумной системы) Шприц инъекционный одноразового применения от 5 до 20 мл (в случае получения крови без использования вакуумной системы) Игла инъекционная Штатив для пробирок

	Пробирки с крышкой или без (в случае получения крови без использования вакуумной системы) Подушечка из влагостойкого материала Жгут венозный Емкости для дезинфекции Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б Контейнер для транспортировки биологических жидкостей Лента со штрих-кодом или лабораторный карандаш В зависимости от исследования и методики Антисептический раствор для обработки инъекционного поля. Антисептик для обработки рук Дезинфицирующее средство Ватные или марлевые шарики стерильные. Бактерицидный лейкопластырь. Перчатки нестерильные
Алгоритм взятия крови из периферической вены шприцем.	I. Подготовка к процедуре. 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру взятия крови. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа 3. Промаркировать пробирки, указав ФИО пациента, отделение» (с целью исключения ошибки при идентификации пробы биоматериала). 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика. 6. Надеть нестерильные перчатки. 7. Подготовить необходимое оснащение. 8. Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений. При выполнении венепункции в область локтевой ямки - предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку. 9. Наложить жгут на рубашку или пеленку так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее. При выполнении венепункции в область локтевой ямки – наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии. При наложении жгута женщине, не использовать руку на стороне мастэктомии.

	II. Выполнение процедуры. 10. Обработать область венепункции не менее чем двумя салфетками или ватными шариками с кожным антисептиком, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько это необходимо. 11. Подождать до полного высыхания антисептического раствора (30-60 секунд). Нельзя вытирать и обдувать место прокола, чтобы не занести на него микроорганизмы. Нельзя также пальпировать вену после дезинфекции. Если во время венепункции возникли сложности, и вена пальпировалась повторно, эту область нужно продезинфицировать снова. 12. Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху. 13. Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену не более чем на 1/2 ее длины. При попадании иглы в вену, ощущается «попадание в пустоту». 14. Убедиться, что игла в вене: одной рукой удерживая шприц, другой потянуть поршень шприца на себя, при этом в шприц должна поступить кровь (темная, венозная). Когда из канюли иглы покажется кровь, набрать необходимое количество крови 15. Попросить пациента разжать кулак. Развязать жгут. 16. Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места инъекции 5 - 7 минут, прижимая большим пальцем второй руки, или заклеить бактерицидным пластырем или забинтовать место инъекции. Время, которое пациент держит салфетку/ватный шарик у места инъекции (5-7 минут), рекомендуемое. 17. Кровь, находящуюся в шприце, аккуратно и медленно, по стенке, перелить в необходимое количество пробирок. 18. Убедиться, что у пациента наружного кровотечения в области венепункции нет. III. Окончание процедуры. 19. Подвергнуть дезинфекции весь расходованный материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 20. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 21. .Уточнить у пациента о его самочувствии. 22. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление 23. Организовать доставку пробирок с полученным лабораторным материалом в лабораторию. I. Подготовка к процедуре. 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру взятия крови. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа 3. Промаркировать пробирки, указав ФИО пациента, отделение» (с

2 **Алгоритм взятия крови из периферической вены иглой.**	целью исключения ошибки при идентификации пробы биоматериала). 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика. 6. Надеть нестерильные перчатки. 7. Подготовить необходимое оснащение. 8. Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений. При выполнении венепункции в область локтевой ямки - предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку. 9. Наложить жгут на рубашку или пеленку так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее. При выполнении венепункции в область локтевой ямки – наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии. При наложении жгута женщине, не использовать руку на стороне мастэктомии. II. Выполнение процедуры. 10. Обработать область венепункции не менее чем двумя салфетками или ватными шариками с кожным антисептиком, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько это необходимо. 11. Подождать до полного высыхания антисептического раствора (30-60 секунд). Нельзя вытирать и обдувать место прокола, чтобы не занести на него микроорганизмы. Нельзя также пальпировать вену после дезинфекции. Если во время венепункции возникли сложности, и вена пальпировалась повторно, эту область нужно продезинфицировать снова. 12. Взять иглу необходимого для данной методики размера, вскрыть упаковочный пакет 13. Охватить пальцами канюлю иглы, под канюлю положить марлевую салфетку. 14. Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену не более чем на 1/2 ее длины. При попадании иглы в вену, ощущается «попадание в пустоту». 15. Когда из канюли иглы покажется кровь, подставить под канюлю пробирку и набрать необходимое количество крови. 16. Попросить пациента разжать кулак. Развязать жгут. 17. Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места инъекции 5 - 7 минут, прижимая большим пальцем второй руки, или заклеить бактерицидным пластырем, или забинтовать место инъекции. Время, которое пациент держит салфетку или ватный шарик у места инъекции (5-7 минут), рекомендуемое. 18. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет. III. Окончание процедуры. 19. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый

	пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 20. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 21. Уточнить у пациента о его самочувствии. 22. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление 23. Организовать доставку пробирок с полученным лабораторным материалом в лабораторию.
3 Алгоритм взятия крови из периферической вены с помощью закрытых вакуумных систем	I. Подготовка к процедуре 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру взятия крови. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа 3. Промаркировать пробирки, указав ФИО пациента, отделение» (с целью исключения ошибки при идентификации пробы биоматериала). 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика. 6. Надеть нестерильные перчатки. 7. Выбрать пробирки, соответствующие заявленным тестам или необходимым пациенту лабораторным исследованиям, приготовить иглу, держатель, спиртовые салфетки, пластырь. 8. Наложить жгут на рубашку или пеленку на 7-10 см выше места венепункции. Жгут нужно накладывать не более, чем на одну минуту. Большее время сдавливания вены может повлиять на результаты анализов вследствие изменения концентраций в крови некоторых показателей. 9. Попросить пациента сжать кулак. Нельзя задавать для руки физическую нагрузку (энергичное «сжимание и разжимание кулака»), так как это может привести к изменениям концентрации в крови некоторых показателей. Выбрать место венепункции. Наиболее часто используются средняя локтевая и подкожные вены, однако можно пунктировать и менее крупные и полнокровные вены тыльной поверхности запястья и кисти. II. Выполнение процедуры 10. Взять иглу и снять защитный колпачок с нее. Если используется двусторонняя игла – снять защитный колпачок серого или белого цвета. 11. Вставить иглу в иглодержатель и завинтить до упора. 12. Продезинфицировать место венепункции марлевой салфеткой или тампоном, смоченным антисептическим раствором, круговыми движениями, от центра к периферии. 13. Подождать до полного высыхания антисептического раствора (30-60 секунд). Нельзя вытирать и обдувать место прокола, чтобы не занести на него микроорганизмы. Нельзя также пальпировать вену после дезинфекции. Если во время венепункции возникли сложности, и вена пальпировалась повторно, эту область нужно продезинфицировать снова. 14. Снять колпачок с другой стороны иглы. 15. Обхватить левой рукой предплечье пациента так, чтобы большой палец находился на 3-5 см. ниже места венепункции, натянуть кожу. 16. Расположить иглу по одной линии с веной, скосом вверх, и пунктировать вену под углом 15 – 30 градусов к коже. 17. Вставить заранее приготовленную пробирку в иглодержатель до

	упора и удерживать ее, пока кровь не перестанет поступать в пробирку. Жгут необходимо снять сразу же после начала поступления крови в пробирку. Убедиться, что пациент разжал кулак. Кровь проходит в пробирку, пока полностью не компенсирует созданный в ней вакуум. Если кровь не идет, это значит, что игла прошла вену насквозь - в этом случае нужно немного вытянуть иглу, но не вынимать, пока кровь не пойдет в пробирку. Точность заполнения пробирки составляет ±10 % от номинального объема. 18. Извлечь пробирку из держателя. 19. Сразу же после заполнения пробирку нужно аккуратно перевернуть для смешивания пробы с наполнителем: пробирку без антикоагулянтов – 5-6 раз; пробирку с цитратом – 3-4 раза, пробирку с гепарином, ЭДТА и другими добавками – 8-10 раз. Пробирки нельзя встряхивать - это может вызвать пенообразование и гемолиз, а также привести к механическому лизису эритроцитов. Если это необходимо, в иглодержатель вставляется ряд других пробирок для получения нужного объема крови для различных исследований. Повторно вводить иглу в вену для этого не нужно. 20. После того как все необходимые пробирки будут наполнены, приложить сухую стерильную салфетку к месту венепункции и извлечь иглу. III. Окончание процедуры 21. Использованную иглу вместе с одноразовым держателем поместить в контейнер для острых предметов. Многоразовые держатели отсоединяются путем помещения иглы в специальное отверстие в крышке контейнера. Игла откручивается от держателя, оставаясь в контейнере. В целях предотвращения контакта с кровью запрещается разбирать иглу и держатель в руках! 22. Убедиться, что наружного кровотечения у пациента в области венепункции нет. 23. Наложить давящую повязку на руку или бактерицидный пластырь. 24. Обработать руки в перчатках дезинфицирующим средством. 25. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 26. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 27. Уточнить у пациента о его самочувствии. 28. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление 29. Организовать доставку пробирок с полученным лабораторным материалом в лабораторию.
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Обязательно нанести на этикетку, находящуюся на пробирке, наименование медицинской организации, фамилию и инициалы пациента, его пол, возраст, дату и время взятия крови, и отправить пробирку в лабораторию. Этикетки всегда должны заполняться в присутствии пациента. Транспортировать в соответствующие лаборатории промаркированные пробирки в вертикальном положении, в специальных контейнерах с крышками, подвергающимися дезинфекции. При взятии крови из периферической вены на исследования с использованием различных реагентов, необходимо соблюдать следующую последовательность: вначале проводится взятие крови без антикоагулянтов,

	затем в пробирки с антикоагулянтами во избежание загрязнения ими. Порядок получения крови для исследования: - кровь для микробиологических исследований; -нативная кровь без антикоагулянтов для получения сыворотки с использованием пробирки с гелем или ускорителями свёртывания; - цитратная кровь для коаугологических исследований; - кровь с этилендиаминтетрауксусной кислотой (ЭДТУК, ЭДТА), для гематологических исследований; - кровь с ингибиторами гликолиза (фториды) для исследования глюкозы; - кровь с литиевым гепарином (LH) для газов и электролитов. Сыворотка и плазма должны быть свободны от гемолиза. Помните, что чрезмерно длительный стаз (1 мин) способен вызвать изменения концентрации белков от 5 % до 15 %, газов крови, электролитов (К, Са), билирубина, показателей коагулограммы. При слишком быстром всасывании крови в шприц вызывается частичный гемолиз как и использование игл слишком большого диаметра (завихрение в токе крови). Применение закрытых резиновыми мембранами вакуумных пробирок со специальными обоюдоострыми иглами заметно убыстряют процесс сбора крови. Взятие крови из центрального венозного катетера должен осуществляться до проведения диагностических процедур, инфузионных вливаний, переливания крови, растворов, пункций, инъекций, биопсий, пальпаций, эндоскопий, диализа. Удалите кровь в тройном объёме равному объёму мёртвого пространства системы катетера (3х d х длину катетера) – забирают отдельно в шприц или пустую вакуумную пробирку (при не выполнении этих правил снижается достоверность анализа за счёт разбавления крови). После введения через катетер гепарина (для промывания или с лечебной целью) брать кровь на коагулограмму нельзя. Взятие крови проводят натощак. Пунктируют периферические вены. Взятие крови из микрокатетера, иглы-«бабочки», периферического катетера, путем венесекции допустим только в крайнем случае, когда нет другой возможности. Ребенку до 6 мес забор крови осуществляется в положении лежа. Старше 1 года до 5-7 лет помощник усаживает к себе на колени, удерживая ноги своими скрещенными ногами, голову фиксирует одной рукой за лоб, другой охватывает туловище с прижатой одной рукой. Перед началом процедуры у женщин уточнить, не было ли мастэктомии, брать кровь со стороны мастэктомии не рекомендуется. С целью правильного использования закрытых систем для взятия крови с учетом ее конструктивных особенностей необходимо следовать рекомендациям и инструкциям производителя.
Достигаемые результаты и их оценка	Получение полного объёма крови, необходимого для исследований. Своевременная доставка крови в лабораторию Пациент чувствует себя комфортно.

Технология промывания желудка

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения

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

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

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

Технология введения лекарств с помощью клизмы

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

	10. Закруглённый конец трубки взять в правую руку как «писчее перо», а свободный конец зажать 4 и 5 пальцем. 11. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки. Правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 15-30 см (первые 3-4 см по направлению к пупку, а остальные – по направлению позвоночника) так, чтобы наружный конец выступал не менее 10 см. У детей младшего возраста глубина введения трубки 6-15 см, с 10-12 лет вводить на глубину 15-30 см. 12. При однократном введении: присоединить к трубке грушевидный баллон или шприц и медленно ввести лекарственный препарат. Не разжимая грушевидный баллон, отсоединить его от газоотводной трубки, извлечь газоотводную трубку и поместить ее вместе с грушевидным баллоном в лоток. 13. При капельном введении: большим и указательным пальцами левой руки раздвинуть ягодицы, а правой рукой ввести наконечник в прямую кишку; отрегулировать скорость вливания раствора. 14. Укрыть пациента одеялом. 15. По окончании процедуры вытереть салфеткой (или туалетной бумагой) кожу в области анального отверстия (у женщин в направлении спереди–назад). III. Окончание процедуры. 16. Поместить бумагу в пластиковый пакет или лоток. 17. Снять фартук, перчатки, газоотводную трубку, наконечник поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б 18. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептического раствора) 19. Если процедура проводилась в манипуляционной – сопроводить пациента в палату. 20. Уточнить у пациента о его самочувствии. 21. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинской документации.
Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	За 20-30 мин. до постановки лекарственной клизмы, а также лекарственной микроклизмы, сделать пациенту очистительную клизму. При проведении капельных вливаний 5% раствора глюкозы, 0.9% раствора хлорида натрия к флакону прикрепляют грелку для поддержания температуры раствора (40°-42°), скорость введения должна быть не более 60-80 кап/ мин. При введении лекарственных средств с помощью клизм у детей: Выбирают положение ребенка до 6 мес на спине, в старшем возрасте – на левом боку с приведенными к животу ногами. Температура раствора должна быть 36-37°С. количество раствора – 15-30 мл, у детей до 1 года, старше - не более 50 мл. Наконечник баллона смазывают вазелиновым маслом и вводят по направлению к пупку, затем параллельно к копчику. По окончании процедуры ребенок должен принять горизонтальное положение и соблюдать покой не менее 30 минут.
Достигаемые результаты и их оценка	Самочувствие пациента стабильное. Реакций на введение лекарственного препарата нет. Осложнений процедуры не наблюдается. Пациент чувствует себя комфортно.

Взятие крови из периферической вены с помощью вакуумной системы

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1	Установить контакт с пациентом:поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Вып. / Сказать	«Здравствуйте!» «Я процедурная медсестра» «Меня зовут_____(ФИО)»
2	Попросить пациента представиться	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу Вам обращаться?»
3	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Сказать	«Пациент идентифицирован»
4	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать	«Вам назначено взятие крови из вены»
5	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» Ответ: «Возражений пациента выполнение процедуры нет»
6	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«По назначению врача, для проведения обследования я возьму у Вас кровь из вены. В ходе манипуляции, рука пациента должна находиться на твердой поверхности, быть вытянута и наклонена немного вниз, так чтобы плечо и предплечье образовывали прямую линию»
	Подготовка к процедуре		
7	Предложить пациенту занять удобное положение сидя	Сказать	«Примите удобное положение сидя или могу Вам в этом помочь»
8	Проверить герметичность, визуальную целостность упаковки, и срок годности иглы вакуумной системы	Выполнить/ Сказать	«Герметичность упаковки иглы не нарушена. Визуальная целостность упаковки сохранена» «Срок годности соответствует сроку хранения»
9	Проверить герметичность, визуальную целостность упаковок и срок годности салфеток с антисептиком	Выполнить/ Сказать	«Герметичность упаковок салфеток с антисептиком не нарушена. Визуальна целостность упаковки сохранена» «Срок годности одноразовых салфеток с антисептиком соответствует сроку хранения»
10	Взять иглу вакуумной системы одной рукой за цветной колпачок	Выполнить/ Сказать	«Готовлю держатель для вакуумной системы»
11	Другой рукой снять короткий защитный колпачок с резиновой мембраны	Выполнить/ Сказать	«Взять иглу одной рукой за цветной колпачок, другой рукой снять короткий защитный колпачок (серого цвета) с резиновой мембраны. Вставить освободившийся конец иглы с резиновой мембраной в держатель и завинтить до упора»
12.	Поместить колпачок в емкость для медицинских отходов класса «А»		
13	Вставить освободившийся конец иглы с резиновой мембраной в держатель и завинтить до упора		
14	Положить вакуумную систему для забора крови в собранном виде на	Выполнить	

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

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

32	Пунктировать локтевую вену «одномоментно» или «двухмоментно» под углом 10-15° (почти параллельно коже), держа иглу срезом вверх	Выполнить	
33	Ввести иглу не более чем на ½ длины	Выполнить	
34	Взять необходимую пробирку и вставить крышкой в держатель до упора	Вып./ Сказат	«Вставляю пробирку крышкой до упора»
36	Развязать/ослабить жгут на плече пациента с момента поступления крови в пробирку	Выполнить	
37	Попросить пациента разжать кулак	Сказат	«Пожалуйста, разожмите кулак»
38	Набрать нужное количество крови в пробирку	Вып./ Сказать	«Набираю необходимое количество крови в пробирку»
39	Отсоединить пробирку от иглы	Выполнить	
40	Перемешать содержимое наполненной пробирки, плавно переворачивая пробирку несколько раз для полного смешивания крови и наполнителя	Вып./ Сказать	«Очень аккуратно переворачиваем пробирку 5-6 раз для смешивания пробы крови с наполнителем»
41	Поставить пробирку в штатив	Выполнить	
42	Взять в руку салфетку с антисептиком, прижать ее к месту венепункции	Выполнить	
43	Извлечь систему «игла – держатель» из вены	Выполнить	
44	Попросить пациента держать салфетку с антисептиком у места венепункции 5-7 минут, прижимая большим пальцем свободной руки	Выполнить/ Сказать	«Пожалуйста, держите салфетку с антисептиком у места венепункции 5-7 минут, прижимая большим пальцем второй руки»
45	Сбросить упаковку от салфетки в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
46	Поместить систему «игла – держатель» в ёмкость-контейнер для сбора острых отходов класса «Б»	Выполнить	
47	Убедиться (через 5-7 минут) в отсутствии наружного кровотечения в области венепункции	Сказать	«Через 5-7 минут наружного кровотечение в области венепункции отсутствует»
48	Удалить салфетку с антисептиком с руки пациента и поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
49	Наложить давящую повязку в области венепункции	Сказать	«Накладываю давящую повязку на область венепункции»
	Завершение процедуры		
50	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	Сказать	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут»
51	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить/сказать	

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

Оборудование и оснащение для практического навыка

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

22. Шариковая ручка с синими чернилами для заполнения аккредитуемым медицинской документации (из расчета 1 шт на все попытки аккредитуемого)
23. Аптечка Анти-ВИЧ и укладка экстренной медицинской помощи (достаточно имитации в виде фото)

Внутримышечное введение лекарственного препарата

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

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

18.	Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части	Выполнить	
19.	Обработать шейку ампулы первой стерильной спиртовой салфеткой	Выполнить	
20.	Обернуть этой же спиртовой салфеткой головку ампулы	Выполнить	
21.	Вскрыть ампулу резким движением пальцев руки "от себя "	Выполнить	
22.	Вскрытую ампулу с лекарственным средством поставить на	Выполнить	

	манипуляционный стол		
23.	Спиртовую салфетку (внутри которой головка ампулы) и упаковку от нее поместить в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
24.	Вскрыть упаковку одноразового стерильного шприца со стороны поршня	Выполнить	
25.	Взяться за рукоятку поршня и обеспечить соединение цилиндра шприца с иглой внутри упаковки (не снимая колпачка с иглы)	Выполнить	
26.	Взять собранный шприц из упаковки, снять колпачок с иглы, придерживая иглу за канюлю	Выполнить	
27.	Поместить колпачок из-под иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
28.	Ввести иглу в ампулу, стоящую на столе и набрать нужное количество препарата, избегая попадания воздуха в цилиндр шприца	Выполнить	
29.	Поместить пустую ампулу в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
30.	Снять двумя пальцами одной руки иглу с цилиндра шприца	Выполнить	
31.	Поместить иглу в непрокалываемый контейнер отходов касса «Б»	Выполнить	
32.	Выложить шприц без иглы на стерильную поверхность упаковки от шприца	Выполнить	
33.	Вскрыть стерильную упаковку иглы для инъекции со стороны канюли и взяв шприц, присоединить шприц к канюле иглы	Выполнить	
34.	Поместить упаковку от иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
35.	Вытеснить воздух из шприца в колпачок до появления первой капли из иглы	Выполнить	
36.	Положить собранный шприц с лекарственным препаратом в упаковку	Выполнить	

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

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

Оборудование и оснащение для практического навыка

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

16. Маска медицинская одноразовая (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)

Внутривенное введение лекарственного препарата (струйно)

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

10.	Проверить герметичность упаковки и срок годности иглы для инъекции	Выполнить / Сказать	«Герметичность упаковки иглы для инъекций не нарушена. Визуальная целостность упаковки сохранена. Срок годности соответствует сроку хранения»
11.	Проверить герметичность упаковки и срок годности одноразовых спиртовых салфеток	Выполнить / Сказать	«Герметичность упаковки одноразовых спиртовых салфеток не нарушена. Визуальная целостность упаковки сохранена. Срок годности соответствует сроку хранения»
12.	Взять упаковку с лекарственным препаратом, сверить его наименование с назначением врача, проверить дозировку, объем и срок годности	Выполнить / Сказать	«Название лекарственного препарата соответствует листу назначений. Дозировка, объем, процентная концентрация лекарственного препарата соответствует листу назначений»
13.	Выложить на манипуляционный стол расходные материалы и инструменты	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
14.	Надеть маску одноразовую	Выполнить	
15.	Надеть очки защитные медицинские	Выполнить	
16.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика
17.	Надеть нестерильные перчатки	Выполнить	
18.	Вскрыть поочередно 4 одноразовые спиртовые салфетки и, не вынимая из упаковки, оставить на манипуляционном столе	Выполнить	
19.	Взять ампулу с лекарственным средством в доминантную руку, чтобы специально нанесенный цветной маркер был обращен к аккредитуемому	Выполнить	

20.	Прочитать на ампуле название препарата, объем и дозировку	Сказать	«Название лекарственного препарата, объем, процентная концентрация и дозировка соответствуют листу назначений»
21.	Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части	Выполнить	

22.	Обработать шейку ампулы первой спиртовой салфеткой	Выполнить	
23.	Обернуть этой же стерильной спиртовой салфеткой головку ампулы	Выполнить	
24.	Вскрыть ампулу резким движением пальцев руки "от себя "	Выполнить	
25.	Вскрытую ампулу с лекарственным средством поставить на манипуляционный стол	Выполнить	
26.	Стерильную спиртовую салфетку (внутри которой головка ампулы) и упаковку от нее поместить в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
27.	Вскрыть упаковку одноразового стерильного шприца со стороны поршня	Выполнить	
28.	Взяться за рукоятку поршня и обеспечить соединение цилиндра шприца с иглой внутри упаковки (не снимая колпачка с иглы)	Выполнить	
29.	Взять собранный шприц из упаковки, снять колпачок с иглы, придерживая ее за канюлю	Выполнить	
30.	Поместить колпачок из-под иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
31.	Ввести иглу в ампулу, стоящую на столе и набрать нужное количество препарата, избегая попадания воздуха в цилиндр шприца	Выполнить	
32.	Поместить пустую ампулу в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
33.	Снять двумя пальцами одной руки иглу с цилиндра шприца	Выполнить	
34.	Поместить иглу в непрокалываемый контейнер отходов класса «Б»	Выполнить	
35.	Выложить шприц без иглы на стерильную поверхность упаковки от шприца	Выполнить	
36.	Вскрыть стерильную упаковку иглы для инъекции со стороны канюли и взяв шприц, присоединить шприц к канюле иглы	Выполнить	
37.	Поместить упаковку от иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
38.	Вытеснить воздух из шприца в колпачок до появления первой капли из иглы	Выполнить	

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

56	Ввести иглу не более чем на ½ длины	Выполнить	
57	Убедиться, что игла в вене – потянуть поршень шприца на себя при этом в шприц должна поступать кровь	Выполнить	
58	Развязать/ослабить жгут	Выполнить	
59	Попросить пациента разжать кулак	Сказать	«Пожалуйста, разожмите кулак»
60	Убедиться, что игла в вене – потянуть поршень шприца на себя при этом в шприц должна поступать кровь	Выполнить	
61	Нажать свободной рукой на поршень, не меняя положения шприца, медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце незначительное количество раствора	Выполнить	
62	Взять 4-ую одноразовую салфетку с антисептиком прижать ее к месту венепункции	Выполнить	
63	Извлечь иглу	Выполнить	
64	Попросить пациента держать одноразовую салфетку с антисептиком у места венепункции 5-7 минут, прижимая большим пальцем второй руки	Сказать	«Пожалуйста, держите одноразовую салфетку с антисептиком у места венепункции 5-7 минут, прижимая большим пальцем второй руки»
	Завершение процедуры		
65	Отсоединить иглу от шприца с помощью	Выполнить	
	иглосъемника и поместить в непрокалываемый контейнер отходов класса «Б»		
66	Поместить шприц в неразобранном виде поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
67	Убедиться (через 5-7 минут) в отсутствии наружного кровотечения в области венепункции	Сказать	«Через 5-7 минут наружное кровотечение в области венепункции отсутствует»
68	Поместить одноразовую салфетку с антисептиком, использованную при инъекции, в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
69	Поместить упаковку от шприца в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
70	Поместить упаковку от салфетки в емкость для медицинских отходов	Выполнить	

	класса «А»		
71	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	Сказать	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут»
72	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Сказать	«Помещаем салфетки в емкость для медицинских отходов класса «Б»
73	Снять перчатки	Выполнить	
74	Поместить перчатки в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
75	Снять очки	Выполнить	
76	Поместить очки в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
77	Снять медицинскую одноразовую маску	Выполнить	
78	Поместить маску в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
79	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика
80	Уточнить у пациента о его самочувствии	Сказать	«Как Вы себя чувствуете? Пациент чувствует себя удовлетворительно»
81	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Письменный стол
2. Стул
3. Фантом верхней конечности для внутривенной инъекции
4. Манипуляционный стол
5. Кушетка медицинская
6. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»
7. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»
8. Емкость-контейнер с крышкой для сбора острых отходов класса «Б»
9. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета
10. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета
11. Шприц инъекционный однократного применения в объеме 10 мл., в комплекте с иглой (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого).
12. Игла инъекционная однократного применения длина 30-40 мм; (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
13. Салфетка с антисептиком одноразовая (из расчета 4 шт. на одну попытку аккредитуемого)

14. Ампула с лекарственным препаратом с нанесенным цветным маркером для вскрытия в оригинальной заводской упаковке (из расчета 1 мл на одну попытку аккредитуемого)

15. Жгут венозный

16. Салфетка тканевая под жгут (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)

17. Подушечка из влагостойкого материала

18. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)

19. Маска для лица 3-хслойная медицинская одноразовая нестерильная (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)

20. Очки защитные медицинские

21. Формы медицинской документации: лист назначения (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)

22. Шариковая ручка с синими чернилами для заполнения аккредитуемым медицинской документации (из расчета 1 шт на все попытки аккредитуемого)

23. Аптечка Анти-ВИЧ и укладка экстренной медицинской помощи

Подкожное введение лекарственного препарата

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Выполнить / Сказать	«Здравствуйте! Меня зовут _____(ФИО)
2.	Попросить пациента представиться	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста». Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Сказать	«Пациент идентифицирован соответствии с листом назначений»
4.	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать	«Вам назначена процедура подкожного введения лекарственного препарата_____(указать наименование в соответствии с условием)»
5.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«Вы согласны на проведение данной процедуры?» «Пациент согласен на проведение данной процедуры»
6.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«По назначению врача я проведу Введение лекарственного препарата_____(указать наименование в соответствии условием) подкожно в область плеча. Процедура проводится в положении лежа на спине на кушетке или сидя. В течение процедуры прошу Вас не шевелиться и сообщать мне о любых изменениях Вашего состояния»

7.	Уточнить аллергический анамнез у пациента	Сказать	«У вас есть аллергия на данный лекарственный препарат? «У пациента нет аллергии на данный лекарственный препарат»
	Подготовка к процедуре		
8.	Предложить пациенту занять удобное положение на кушетке сидя или лежа	Сказать	«Займите удобное положение лежа на спине или сидя, или я могу вам в этом помочь»
9.	Проверить герметичность упаковки и срок годности одноразового шприца и иглы	Выполнить / Сказать	«Герметичность упаковки одноразового шприца не нарушена. Визуальная целостность упаковки одноразового шприца сохранена. Срок годности соответствует сроку хранения»
10.	Проверить герметичность упаковки и срок годности иглы для инъекции	Выполнить / Сказать	«Герметичность упаковки иглы для инъекций не нарушена. Визуальная целостность упаковки сохранена. Срок годности соответствует сроку хранения»
11.	Проверить герметичность упаковки и срок годности одноразовых спиртовых салфеток	Выполнить / Сказать	«Герметичность упаковки одноразовых спиртовых салфеток не нарушена. Визуальная целостность упаковки сохранена. Срок годности соответствует сроку хранения»
12.	Взять упаковку с лекарственным препаратом, сверить его наименование с назначением врача, проверить дозировку, объем и срок годности	Выполнить / Сказать	«Название лекарственного препарата соответствует листу назначений. Дозировка, объем, процентная концентрация лекарственного препарата соответствует листу назначений»
	Выполнение процедуры		
13.	Надеть средства защиты (маску одноразовую)	Выполнить	
14.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки гигиеническим способом
15.	Надеть нестерильные перчатки	Выполнить	
16.	Вскрыть поочередно 4 стерильные упаковки с одноразовыми спиртовыми салфетками и не вынимая из упаковки оставить на манипуляционном столе	Выполнить	
17.	Взять ампулу с лекарственным средством в доминантную руку, чтобы специально нанесенный цветной маркер был обращен к	Выполнить	

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

33.	Выложить шприц без иглы на стерильную поверхность упаковки от шприца	Выполнить	
34.	Вскрыть стерильную упаковку иглы для инъекции со стороны канюли и взяв шприц, присоединить шприц к канюле иглы	Выполнить	
35.	Поместить упаковку от иглы в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
36.	Вытеснить воздух из шприца в колпачок до появления первой капли из иглы	Выполнить	
37.	Положить шприц с лекарственным препаратом в упаковку	выполнить	
38.	Попросить пациента освободить от одежды предполагаемое место инъекции	Сказать	«Освободите от одежды область плеча или я могу вам в этом помочь»
39.	Осмотреть и пропальпировать предполагаемое место инъекции	Выполнить	
40	Обработать двукратно место инъекции 2 и	Выполнить	
	3спиртовыми салфетками в одном направлении		
41	Использованные спиртовые салфетки и упаковки поместить в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
42	Снять колпачок с иглы и поместить его в емкость для отходов класса «А»	Выполнить	
43	Собрать кожу пациента в месте инъекции одной рукой в складку треугольной формы основанием вниз	Выполнить	
44	Взять шприц доминантной рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем, срезом вверх	Выполнить	
45	Ввести иглу со шприцем быстрым движением под углом 45° на 2/3 ее длины	Выполнить	
46	Медленно ввести лекарственный препарат в подкожную жировую клетчатку	Выполнить	
47	Извлечь иглу, прижать к месту инъекции 4 спиртовую салфетку, не отрывая руки с салфеткой, слегка помассировать место введения лекарственного препарата	Выполнить	
	Завершение процедуры		

48	Поместить спиртовую салфетку, использованную при инъекции, в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
49	Отсоединить иглу от шприца с помощью иглосъемника и поместить в непрокалываемый контейнер отходов класса «Б»	Выполнить	
50	Шприц в неразобранном виде поместить в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
51	Упаковку от шприца и упаковку от салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «А»	Выполнить	
52	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	Сказать	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут»
53	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Сказать	Поместить использованные салфетки в емкость для медицинских отходов класса «Б»
54	Снять перчатки	Выполнить	
55	Поместить перчатки в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
56	Снять медицинскую одноразовую маску	Выполнить	
57	Поместить маску в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
58	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки гигиеническим способом
59	Уточнить у пациента о его самочувствии	Сказать	«Как Вы себя чувствуете? Пациент чувствует себя удовлетворительно»
60	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Письменный стол
2. Стул
3. Фантом верхней конечности для подкожной инъекции
4. Манипуляционный стол
5. Кушетка медицинская
6. Емкость- контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»
7. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»
8. Емкость-контейнер с крышкой для сбора острых отходов класса «Б»
9. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета
10. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета

11. Шприц инъекционный однократного применения в объеме от 1 до 5 мл., в комплекте с иглой (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого).

12. Игла инъекционная однократного применения длина 15 мм; (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)

13. Салфетка с антисептиком одноразовая (из расчета 4 шт. на одну попытку аккредитуемого)

14. Ампула с лекарственным препаратом с нанесенным цветным маркером для вскрытия в оригинальной заводской упаковке (из расчета 1 мл на одну попытку аккредитуемого)

15. Перчатки медицинские нестерильные 1 шт

16. Маска для лица 3-хслойная медицинская одноразовая нестерильная (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)

17. Формы медицинской документации: лист назначения 1 шт

18. Шариковая ручка с синими чернилами для заполнения аккредитуемым медицинской документации (из расчета 1 шт на все попытки аккредитуемого)

19. Аптечка Анти-ВИЧ и укладка экстренной медицинской помощи (достаточно имитации в виде фото)

Постановка очистительной клизмы

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1.	Установить контакт с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Сказать	«Здравствуйте! Меня зовут _____(ФИО). Вам необходимо провести процедуру постановки очистительной клизмы
2.	Идентифицировать пациента (попросить пациента представиться, чтобы сверить с медицинской документацией)	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста»
3.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«У Вас нет возражений на выполнение данной процедуры?» проговорить «возражений пациента на выполнение процедуры нет»
4.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«Объясняю пациенту ход и цель выполняемой процедуры»
	Подготовка к проведению процедур		
5.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываю руки гигиеническим способом»
6.	Надеть непромокаемый фартук и нестерильные перчатки	Выполнить	
7.	Проверить герметичность упаковки, целостность и срок годности кружки Эсмарха	Выполнить/ сказать	
8.	Проверить температуру воды в емкости (кувшине) (23-25ºС) при помощи водного термометра	Выполнить	

9.	Вскрываем упаковку с одноразовой кружкой Эсмарха. Упаковку помещаем в емкость для отходов класса «А»	Выполнить	
10.	Перекрыть гибкий шланг кружки Эсмарха краником (зажимом) и наполнить водой в объеме 1200-1500 мл	Выполнить	
11.	Подвесить кружку Эсмарха на подставку, открыть краник (зажим), слить немного воды через наконечник в лоток, чтобы вытеснить воздух, закрыть краник (зажим)	Выполнить	
12.	Смазать наконечник лубрикантом методом полива над лотком	Выполнить	
13.	Уложить пациента на левый бок на кушетку с оголенными ягодицами	Сказать	«Помогаю пациенту лечь на левый бок»
14.	Положить под область крестца пациента одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую)	Выполнить	
15.	Попросить пациента согнуть ноги в коленях и слегка подвести к животу	Сказать	«Прошу пациента согнуть ноги в коленях и слегка подвести к животу»
	Выполнение процедуры		
16.	Развести одной рукой ягодицы пациента	Выполнить	
17.	Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку на 3-4 см по направлению к пупку, а далее вдоль позвоночника до 10-12 см	Выполнить/ сказать	«Ввожу наконечник в прямую кишку на 3-4 см по направлению к пупку, а далее вдоль позвоночника до 10-12 см»
18.	Уточнить у пациента его самочувствие	Сказать	«Как Вы себя чувствуете?»
19.	Открыть краник (зажим) и убедиться в поступлении жидкости в кишечник	Выполнить/ сказать	«Открываю краник и убеждаюсь в поступлении жидкости в кишечник
20.	Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом, задать вопрос о возможном наличии неприятных ощущений	Сказать	«Прошу пациента расслабиться и медленно подышать животом» «Есть ли у Вас неприятные ощущения в области живота?»
21.	Закрыть краник (зажим) после введения жидкости и, попросив пациента сделать глубокий вдох, осторожно извлечь наконечник	Выполнить/ сказать	«Сделайте глубокий вдох»

	через гигиеническую салфетку		
22.	Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5-10 мин., после чего опорожнить кишечник	Сказать	«Задержите воду в кишечнике на 5-10 минут, после чего опорожните кишечник»
	Завершение процедуры		
23.	Кружку Эсмарха и использованную салфетку поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
24.	Попросить пациента встать	Сказать	«Встаньте, пожалуйста, и пройдите в туалет»
25.	Убрать одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую) методом скручивания и поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
26.	Использованный лоток дезинфицировать методом полного погружения	Сказать	«Использованный лоток дезинфицируем методом полного погружения»
27.	Снять фартук и перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
28.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываю руки гигиеническим способом»
29.	Уточнить у пациента его самочувствие	Сказать	«Как Вы себя чувствуете?»
30.	Сделать запись о результатах процедуры в медицинской документации	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

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

(кроме желтого и красного) цвета

9. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета
10. Лубрикант
11. Стойка-штатив для фиксации кружки Эсмарха
12. Емкость (кувшин) с водой температуры 23-25°С

13. Водный термометр
14. Ёмкость для сбора воды из фантома
15. Фартук медицинский одноразовый нестерильный
16. Одноразовая впитывающая пеленка
17. Кружка Эсмарха одноразовая
18. Лоток нестерильный
19. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
20. Формы медицинской документации: лист назначения (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)
21. Шариковая ручка с синими чернилами для заполнения аккредитуемым медицинской документации (из расчета 1 шт на все попытки аккредитуемого)

Постановка газоотводной трубки

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

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

27.	Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинскую документацию	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Модель-муляж для постановки газоотводной трубки 2. Кушетка медицинская смотровая
3. Манипуляционный стол.
4. Судно медицинское подкладное
5. Вазелин медицинский
6. Трубка газоотводная
7. Табличка с надписью объекта имитации: «клизменная комната лечебного отделения медицинской организации»
8. Кожный антисептик для обработки рук (из расчета 5 мл на одного слушателя)
9. Шпатель одноразовый стерильный в упаковке
10. Салфетки марлевые нестерильные в упаковке
11. Перчатки медицинские нестерильные в упаковке Пеленка ламинированная (впитывающая) одноразовая нестерильная
12. Простыня одноразовая нестерильная (из расчета 1 шт. на одну попытку)
13. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А».
14. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б».
15. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А» любого цвета, кроме желтого и красного.
16. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б» желтого цвета.
17. Шариковая ручка с синими чернилами для заполнения слушателем медицинской документации.
18. Формы медицинской документации: - медицинская карта пациента (форма 003/У) лист назначения журнал учета процедур

Уход за постоянным мочевым катетером Фолея (у мужчины)

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1.	Поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Выполнить / Сказать	«Здравствуйте! Я медицинская сестра. Меня зовут_ (ФИО)»
2.	Попросить пациента представиться	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Сказать	«Пациент идентифицирован соответствии с листом назначений
4.	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать	«Вам необходимо провести процедуру по уходу за постоянным мочевым катетером»
5.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«Вам назначена процедура ухода за постоянным мочевым катетером с целью профилактики возможного инфицирования. Для проведения процедуры

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

18.	Взять доминантной рукой из лотка сухую стерильную салфетку и движениями в одном напавлении просушить проксимальный конец катетера от наружного отверстия мочеиспускательного канала к лобку на расстоянии 10 см	Выполнить/ Сказать	«Просушиваю проксимальный конец катетера сухой стерильной салфеткой в одном направлении от наружного отверстия мочеиспускательного канала к лобку на расстоянии 10 см»
19.	Использованную салфетку поместить в емкость для отходов класса Б	Выполнить	
20.	Осмотреть область уретры вокруг катетера; убедиться, что моча не подтекает.	Сказать	«Моча из уретры не подтекает»
21.	Визуально оценить состояние кожи промежности на наличие признаков инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое)	Сказать	«Признаки инфекции не обнаружены. Отсутствуют гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое»
22.	Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута	Выполнить/ Сказать	«Фиксация катетера к бедру не нарушена. Проксимальный конец катетера не натянут»
23.	Визуально оценить состояние системы «катетер – дренажный мешок», проверить отсутствие скручивания трубок системы	Выполнить/ Сказать	«Дренаж мочи из мочевого пузыря по системе не нарушен. Трубки системы не скручены»
24.	Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже её плоскости	Выполнить/ Сказать	«Дренажный мешок закрепле плоскости кровати
25.	**Завершение процедуры**		
26.	Извлечь одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую) методом скручивания	Выполнить	
27.	Утилизировать одноразовую ламинированную пеленку (впитывающую) в емкость для отходов класса Б	Выполнить	
28.	Повергнуть лоток дезинфекции м погружения в маркированную емкость с дезраствором	Сказать	«Лоток обрабатываю методом полного погружения в маркированную емкость с дезраствором»
29.	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	Сказать	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут»
30.	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Сказать	«Салфетки помещаю в емкость для мед. отходов класса «Б»
31.	Снять фартук и поместить его в емкость для медицинских отходов класса «Б	Выполнить	
32.	Снять перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
33.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки при помощи

			кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика
34.	Узнать у пациента его самочувствие	Сказать	«Как Вы себя чувствуете? Пациент чувствует себя удовлетворительно»
35.	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в лист назначений	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

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

Уход за назогастральным зондом

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Выполнить / Сказать	«Здравствуйте! Меня зовут ___(ФИО)
2	Попросить пациента представиться	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста». Как я могу к Вам обращаться?»
3	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Сказать	«Пациент идентифицирован в соответствии с листом назначений
4	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать	«Вам необходимо провести процедуру ухода за назогастральным зондом»
5	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«Вы согласны на проведение данной процедуры?» «Пациент согласен на проведение данной процедуры»
6	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«По назначению врача я проведу Уход за назогастральным зондом. В течение процедуры прошу Вас не шевелиться и сообщать мне о любых изменениях Вашего состояния»

	Подготовка процедуры		
7	На манипуляционном столе подготовить нестерильный лоток, одноразовый стерильный шприц 20 мг в упаковке, марлевые салфетки нестерильные, салфетку антисептическую в упаковке, флакон с физиологическим раствором, фонендоскоп	Выполнить/ сказать	«Готовим на манипуляционном столе нестерильный лоток, одноразовый стерильный шприц 20 мг в упаковке, марлевые салфетки нестерильные, салфетку антисептическую в упаковке, флакон с физиологическим раствором, фонендоскоп»
8	Проверить срок годности одноразового шприца	Вып. Сказать	«Срок годности соответствует сроку хранения»
9	Проверить герметичность упаковки одноразового шприца	Выполнить/ Сказать	«Герметичность упаковки одноразового шприца не нарушена. Визуальная целостность упаковки одноразового шприца сохранена»
10	Проверить герметичность упаковки одноразовой антисептической салфетки	Выполнить/ Сказать	«Герметичность упаковки одноразовой антисептической салфетки не нарушена. Визуальная целостность упаковки одноразового шприца сохранена
11	Проверить срок годности антисептической салфетки	Вып. Сказать	«Срок годности соответствует сроку хранения»
12	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика
13	Надеть нестерильные перчатки	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
14	Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавливания	Выполнить Сказать	«Осматриваю место введения зонда Признаков раздражения или сдавления нет
15	Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке	Сказать	Откройте пожалуйста рот» «Проговорить «контролирую нахождение зонда в глотке»
16	Вскрыть упаковку со стерильным шприцем, упаковку от шприца поместить в емкость для медицинских отходов класса А	Выполнить	
17	Набрать в шприц 20 мл воздуха	Выполнить	
18	Присоединить шприц к назогастральному зонду	Выполнить	
19	Вставить оливы фонендоскопа в уши и приложить мембрану к области эпигастрия	Выполнить	
20	Ввести воздух в зонд, одновременно выслушивая в эпигастральной области булькающие звуки	Выполнить Сказать	«Слышу булькающие звуки, зонд находится в желудке»

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

36	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинскую документацию	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

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

Пособие по смене постельного белья тяжелобольному (продольным способом)

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Сказать	«Здравствуйте! Я постовая мед. сестра ……отделения. Меня зовут ____(ФИО)»
2	Попросить пациента представиться	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3	Сверить ФИО пациента с мед. док-ей	Сказать	«Пациент идентифицирован»
4	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать	«Вам назначена процедура «Смена постельного белья»
5	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«Вы согласны на выполнение данной процедуры? – Пациент согласен на проведение данной процедуры»
6	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«Данная процедура необходима для создания комфорта, профилактики пролежней, соблюдения личной гигиены пациента»
	Подготовка процедуры		
7	Подготовить манипуляционный столик с комплектом чистого белья (простынь, наволочка, пододеяльник)	Сказать	«Подготовили манипуляционный столик с комплектом чистого белья (простынь, наволочка, пододеяльник)»
8	Закрепить тормоза кровати	Вып.	

9	Убедиться в отсутствии лишних предметов на кровати и вокруг кровати	Выполнить/ Сказать	«Лишних предметов на кровати и вокруг кровати нет»
10	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки гигиеническим способом»
11	Надеть нестерильные перчатки	Вып.	
12	Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляции в соответствии с ростом мед. сестры	Сказать	«Нижний край кровати соответствует средней трети бедра мед.сестры»
13	Привести кровать в горизонтальное положение	Сказать	«Приводим кровать в горизонтальное положение»
14	Уточнить у пациента его самочувствие после отрегулирова-ния высоты кровати	Сказать	«Как Вы себя чувствуете?» - Пациент чувствует себя удовлетворительно
15	Опустить боковые поручни кровати со стороны медицинской сестры	Выполнить	
	Выполнение процедуры		
16	Осторожно вынуть подушку из-под головы пациента	Выполнить	
17	Поднять боковые поручни со стороны медицинской сестры	Выполнить	
18	Сменить наволочку на подушке. Подушку положить на стул	Выполнить	
19	Грязную наволочку поместить в мешок для грязного белья.	Выполнить	
20	Опустить боковые поручни со стороны медицинской сестры	выполнить	
21	Вынуть одеяло из пододеяльника. Одеяло сложить и положить на стул	Выполнить	
22	Накрыть пациента пододеяльником на время смены белья	Выполнить	
23	Повернуть пациента на бок по направлению к себе	Выполнить	
24	Поднять боковые поручни со стороны медицинской сестры.	Выполнить	
25	Перейти на другую сторону, переместив манипуляционный столик	Выполнить	
26	Опустить боковой поручень со стороны медицинской сестры	Выполнить	
27	Скатать валиком грязную просты-ню, положить этот валик под спину пациенту (если белье сильно загрязнено, то на валик положить пеленку)	Выполнить/ сказать	
28	Положить сложенную вдвое чистую простыню на свободную сторону постели	Выполнить	
29	Заправить чистую простынь под матрас с противоположной от	Выполнить	

	пациента стороны		
30	Помочь пациенту перекатиться через валик на чистую сторону на бок	Выполнить	
31	Уточнить у пациента о его самочувствии	Сказать	«Как Вы себя чувствуете?» - Пациент чувствует себя удовлетворительно
32	Поднять боковой поручень со стороны медицинской сестры.	Выполнить	
33	Перейти на другую сторону, манипуляционный столик	Выполнить	
34	Опустить боковой поручень со стороны медицинской сестры	Выполнить	
35	Скатать грязную простыню и положить ее в мешок для белья.	Выполнить	
36	Расправить чистую простыню.	Выполнить	
37	Заправить чистую простынь под матрас	Выполнить	
38	Расстелить чистый пододеяльник поверх грязного, вставить одеяло.	Выполнить	
39	Накрыть пациента одеялом, извлекая грязный пододеяльник, которым он был укрыт по направлению к ногам.	Выполнить	
40	Поместить грязный пододеяльник в мешок для грязного белья	Выполнить	
41	Удобно расположить пациента в постели. Осторожно поместить подушку обратно.	Выполнить	
42	Уточнить у пациента о его самочувствии	Сказать	«Как Вы себя чувствуете?» - Пациент чувствует себя удовлетворительно
43	Поднять боковой поручень со стороны медицинской сестры	Выполнить	
	Завершение процедуры		
44	Обработать поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками. Салфетки поместить в емкость для отходов класса «Б»	Сказать	«Обрабатываем поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно методом протирания с инт-лом в 15 мин.
45	Снять перчатки	Выполнить	
46	Поместить перчатки в отходы класса Б	Выполнить	
47	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки гигиеническим способом»
48	Уточнить у пациента о его состоянии	Сказать	«Как Вы себя чувствуете?» - Пациент чувствует себя

			удовлетворительно
49	Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской карте стационарного больного (003–У)	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

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

Применение пузыря со льдом

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1.	Установить контакт с пациентом: Поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Сказать	«Здравствуйте! Я медицинска Меня зовут_ (ФИО)»
2.	Попросить пациента представиться	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Вып. Сказать	«Пациент идентифицирован в соответствии с листом назначений
4.	Сообщить пациенту о назначении врача	сказать	«Вам необходимо провести процедуру постановки пузыря со льдом»
5.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«Вам назначена процедура постановки пузыря со льдом. Для проведения процедуры необходимо принять положение лежа на спине»
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«Вы согласны на выполнение данной процедуры?» Ответ: «Пациент согласен на Выполнение данной процедуры»
	Подготовка к процедуре		
7.	Предложить или помочь пациенту занять удобное положение лежа на спине на кровате, и освободить от одежды нужный участок тела.	Сказать	«Займите, пожалуйста, удобное положение, лежа на спине и освободите от одежды нужный участок тела»
8.	Обработать руки гигиеническим способом.	Сказать	«Обрабатываем руки гигиеническим способом»
9.	Надеть нестерильные медицинские	Выполни	

	перчатки	ть	
	Выполнение процедуры		
10.	Положить пузырь на гори поверхность манипуляционного стола	Выполнить	
11.	Проверить температуру воды в емкости (+14-16ºС) при помощи водного термометра	выполнить/ сказать	«Температура воды в емкости (+14-16ºС)»
12.	Наполнить пузырь кусочками льда (имитация) из контейнера, добавить воды температурой +14-16°С	Сказать	«Наливаю в лоток холодную воду, контролируя температуру воды водным термометром, Т воды – 14 -16 С»
13.	Слегка надавливая, вытеснить воздух, закрутить крышку пузыря	Выполнить	
14.	Проверить герметичность пузыря со льдом, перевернув над лотком	Вып./ Сказать	«Герметичность пузыря сохранена»
15.	Осушить пузырь со льдом нестерильной салфеткой	выполнить	
16.	Поместить использованную салфетку в емкость для отходов класса А	Выполнить	
17.	Обернуть пузырь со льдом одноразовой пеленкой и положить на нужный участок тела на 20 мин.	Выполнить/ Сказать	«Оборачиваем пузырь со льдом пеленкой и ставим на 20 минут на нудный участок тела»
18.	Пузырь со льдом можно держать длительное время, но через каждые 20 минут необходимо делать перерывы по 15-20 минут.	Сказать	«При длительном применении через каждые 20 минут необходимо делать перерывы по 15-20 минут.»
19.	По мере таяния льда воду сливать и добавлять кусочки льда.	Сказать	«По мере таяния льда воду сливать и добавлять кусочки льда
20.	Контролировать состояние пациента, степень влажности пеленки.	Сказать	«Наблюдаю за состоянием пациен-та, степень влажности пеленки.
21.	Снять пузырь со льдом с тела пациента	Выполнить	
22.	Поместить одноразовую пеленку в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
23.	Салфеткой осушить кожу пациента.	Выполнить	
	Завершение процедуры		
24.	Поместить салфетку в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
25.	Вылить воду из пузыря в раковину.	Сказать	Вылить воду из пузыря
26.	Обработать пузырь методом двукратного протирания салфеткой с дезинфицирующим раствором с интервалом 15 минут.	Сказать	«Обрабатываем пузырь для льда дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут
27.	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Сказать	«Салфетки помещаю в емкость для мед. отходов класса «Б»

28.	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дез. салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	Сказать	«Обрабатываем рабочую поверхность манипуляционного стола Дез. салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут»
29.	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Сказать	«Салфетки помещаю в емкость для мед. отходов класса «Б»
30.	Снять перчатки, поместить их в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Выполнить	
31.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаемся полного высыхания кожного антисептика.
32.	Узнать у пациента его самочувствии	Сказать	«Как Вы себя чувствуете? Пациент чувствует себя удовлетворительно»
33.	Сделать запись о выполненной процедуре в листе назначений	Выполнить	

Оборудование и оснащение для практического навыка

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

Измерение артериального давления

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Сказать
1.	Проверить исправность прибора для измерения артериального давления в соответствии с инструкцией по его применению.	Сказать	«Прибор для измерения артериального давления исправен, готов к применению» стетофонендоскоп находится в

			рабочем состоянии
2.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Сказать	«Здравствуйте! Я постовая медицинская сестра_____отделения. Меня зовут_____(ФИО)»
3.	Попросить пациента представиться	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста. Как я могу к Вам обращаться?»
4.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Сказать	«Пациент идентифицирован в соответствии с медицинской картой стационарного больного (003-У)»
5.	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать	«Вам назначена процедура «Измерения артериального давления
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«Вы согласны на выполнение данной процедуры? – Пациент согласен на проведение данной процедуры»
7.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать	«Контроль артериального давления необходим для определения дальнейшей тактики»
	Подготовка к процедуре		
8.	Накрыть кушетку одноразовой простыней	Выполнить	
9.	Предложить (помочь) пациенту занять удобное положение на кушетке лежа на спине нижние конечности не скрещены, руки разогнуты	Сказать	«Вам необходимо лечь удобно или я могу Вам в этом помочь, ноги и руки выпрямить. Во время проведения процедуры не разговаривать, не делать резких движений»
10.	Проверить герметичность упаковки одноразовой антисептической салфетки	Выполнить/ Сказать	«Герметичность упаковки одноразовой антисептической салфетки не нарушена. Визуальная целостность упаковки одноразового шприца сохранена»
11.	Проверить срок годности антисептической салфетки	Вып./ Сказать	«Срок годности соответствует сроку хранения»
12.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать	«Обрабатываем руки гигиеническим способом»
13.	Надеть нестерильные перчатки	выполнить	
14.	Освободить от одежды руку пациента выше локтевого сгиба,	Вып./ сказать	«Освободите от одежды руку выше локтевого сгиба или я могу Вам помочь»
15.	Расположить руку пациента на уровне сердца ладонью вверх	Выполнить	
16.	Определить размер манжеты	Сказать	«Размер манжеты соответствует обхвату плеча пациента»
	Выполнение процедуры		
17.	Наложить манжету прибора для измерения артериального давления (тонометра) на плечо пациента	Выполнить	

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

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

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Письменный стол
2. Стул
3. Манекен по уходу многофункциональный
4. Кушетка медицинская

5. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»

6. Емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б» 7. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета

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

9. Простынь одноразовая (из расчета 1 шт на одну попытку аккредитуемого)

10. Тонометр механический

11. Стетофонендоскоп

12. Салфетка с антисептиком одноразовая (из расчета 1 шт. на одну попытку аккредитуемого)

13. Перчатки медицинские нестерильные (из расчета 1 мл на одну попытку аккредитуемого)

14. Формы медицинской документации: лист назначения (из расчета 1 мл на одну попытку аккредитуемого)

15. Шариковая ручка с синими чернилами для заполнения аккредитуемым медицинской документации (из расчета 1 мл на все попытки аккредитуемого)

Проведение дезинфекции уборочного инвентаря и предметов ухода за пациентами

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

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

Правила исследования пульса и его характеристика. Понятие дефицита пульса.

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

полученные данные на 2. При аритмичном пульсе проводят исследование на обеих руках в течение 1 мин, затем данные складывают и делят на 2.

Приготовьте:

– секундомер;
– лист наблюдений.

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

Проведение исследования пульса на лучевой артерии, характеристика пульса

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления	Примерный текст комментариев аккредитуемого
1.	Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться, обозначить свою роль	Сказать	«Здравствуйте!» «Меня зовут_____(ФИ «Сейчас вам будет проведено измерение пульса»
2.	Попросить пациента представиться	Сказать	«Представьтесь, пожалуйста»
3.	Сверить ФИО пациента с медицинской документацией	Сказать	«Пациент идентифицирован»
4.	Сообщить пациенту о назначении фельдшера	Сказать	«Вам необходимо провести измерение пульса)»
5.	Объяснить ход и цель процедуры		
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать	«У Вас нет возражений на выполнение данн процедуры?» проговорить «возражений пациента на выполнение процедуры нет»
7.	Предложить или помочь пациенту занять удобное положение сидя на стуле	Сказать	«Займите удобное положение на стуле»
Подготовка к проведению процедуры			
8.	Надеть средства защиты (маску для лица 3-х слойную медицинскую одноразовую нестерильную)	Выполнить	
9	Обработать руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)	Выполнить / сказать	«Обрабатываю руки гигиеническим способом кожным антисептиком»
10	Надеть перчатки медицинские нестерильные	Выполнить	
Выполнение процедуры			
11	Предложить расслабить руку, при этом кисть и предплечье не должны быть «на весу»	Сказать	«Расслабьте руку, рука не должна быть « весу»
12	Прижать2,3,4пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента и почувствовать пульсацию (1 палец находится со стороны тыла кисти)	Выполнить/ Сказать	«Обрабатываю руки гигиеническим способом кожным антисептиком»
13.	Определить симметричность и ритм пульса в течение 30 сек.	Выполнить/ Сказать	

14	Взять часы или секундомер и исследовать частоту пульсации артерии в течение 30 секунд: если пульс ритмичный, умножить на два	Выполнить/ Сказать	«Пульс ритмичный, считаю в течении 30 сек. И умножаю на 2»
15	Если пульс неритмичный – считать в течение 1 минуты	Сказать	«Пульс неритмичный, считаю в течение минуты»
16.	Прижать артерию сильнее чем прежде к лучевой кости и определить напряжение	Выполнить/ Сказать	
17	Сообщить пациенту результат исследования	Сказать	«Ваш пульс____ударов в минуту» «Напряжение_____»
Завершение процедуры			
18.	Убрать одноразовую пеленку методом скручивания и поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б»	Сказать	
19.	Обработать поверхность кушетки дезинфицирующей салфеткой методом протирания	Сказать	
20.	Дезинфицирующую салфетку поместить в емкость для емкость для медицинских отходов класса «Б»	Сказать	
21.	Поместить упаковку от салфеток в емкость для отходов класса «А»	Выполнить	
22.	Снять и поместить перчатки медицинские нестерильные в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
23.	Снять и поместить маску для лица 3-х слойную медицинскую одноразовую нестерильную в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить	
24.	Обработать руки гигиеническим способом (кожным антисептиком)	Выполнить/ Сказать	«Обрабатываю руки гигиеническим способом кожным антисептиком»
25.	Уточнить у пациента его самочувствие	Сказать	«Как Вы себя чувствуете?»
26.	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (фо ма 025/у)	Выполнить/ Сказать	«Делаю запись о проведении и результат процедуры в медицинской документации

9. Технология измерение ЧДД на статисте

1. Приготовьте часы с секундомером или секундомер.

2. Вымойте руки.

3. Попросите пациента лечь удобно, чтобы вы видели верхнюю часть передней поверхности грудной клетки.

4. Возьмите руку пациента, как для исследования пульса на лучевой артерии, чтобы пациент думал, что вы исследуете его пульс.

5. Смотрите на грудную клетку: вы увидите, как она поднимается и опускается.

6. Если вам не удается увидеть движение грудной клетки, положите свою руку на грудную клетку пациента, и вы почувствуете эти движения.

7. Подсчитайте частоту за 1 минуту (только количество вдохов).

8. По окончании процедуры помогите пациенту сесть удобнее, уберите все лишнее.

9. Вымойте руки.

10. Проведение оксигенотерапии. Показания.

Оксигенотерапия - это применение кислорода с лечебной целью.

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

Показания: гипоксия различного происхождения.

Противопоказания (При подаче кислорода больному из кислородной подушки):

1) гиповентиляция, вызванная угнетением дыхательного центра или парезом дыхательной мускулатуры;

2) частичная непроходимость дыхательных путей;

3) нарушение механизма дыхания операционной раной или травмой грудной клетки;

4) эмфизема легких с хронической дыхательной недостаточностью.

Возможные осложнения оксигенотерапии:

1) травмирование слизистых оболочек;

2) кислородная интоксикация;

3) остановка дыхания;

4) снижение объема вентиляции, гиперкапния.

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

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

2. Обеспечивать увлажнение кислорода. Неувлажнённый кислород повреждает эпителий слизистой оболочки дыхательных путей, нарушает механизмы очистки её от секрета бактерий.

Увлажнение производится пропусканием кислорода через жидкость с помощью аппарата Боброва или его модификаций. Влажность кислородно-воздушной смеси при этом способе подачи достигает 50%. Более эффективным является использование аэрозольных увлажнителей, создающих мельчайшую водяную взвесь, насыщающую кислород до 100%.

В аппарате Боброва высота увлажняющей жидкости должна составлять 15 см. Для увлажнения используют стерильные растворы воды, изотонический раствор натрия хлорида, 2% раствор натрия гидрокарбоната, сурфактантсберегающую смесь (1 часть глицерина и 4 части 0,85% раствора натрия хлорида). При неотложной помощи детям с отёком лёгких подаётся кислород, обогащённый парами пеногасителей (спирта или антифомсилана). Смена жидкости в увлажнителе производится один раз в сутки;

3. Обеспечить подогрев кислорода. В идеальном случае кислород должен быть подогрет до температуры тела. Обогрев кислорода можно осуществить пропусканием его через сосуд с подогреваемым увлажнителем. Жидкость для увлажнения кислорода нагревают до 40-45°С, за исключением пеногасителей, температура которых должна быть комнаткой. В аппаратах ИВЛ подогрев кислорода предусмотрен конструкцией.

Недопустимо превышать указанную температуру увлажнителя во избежание термального ожога при вдыхании перегретого газа;

4. Контролировать назначенное врачом время подачи кислорода. Продолжительные

сеансы даже малой концентрацией кислорода могут вызвать такой же токсический эффект, как и при воздействии повышенной его концентрацией;

5. Обеспечивать очистку газовой смеси. Очистка газовой смеси производится в кувезах, аппаратах ИВЛ;

6. Соблюдать охрану труда при работе с кислородом.

Технология применение ингалятора. Показания, противопоказания.

Алгоритм работы

1. Пациент должен тщательно прополоскать рот от остатков пищи.
2. Необходимо снять крышку с баллончика и хорошо его встряхнуть.
3. Следует выдохнуть и плотно обхватить губами мундштук баллончика.
4. Лекарственное средство вдыхается с одновременным нажатием на баллончик.
5. После этого мундштук вынимается, а дыхание задерживается на 10 секунд.
6. В заключении делается выдох, а баллончик закрывается.

Показания к применению:

– бронхиальная астма;
– болезнь легких в хронической обструктивной форме.

Противопоказаниями к применению служат:

– Индивидуальная непереносимость компонентов препарата.
– Осторожно назначают при вирусных заболеваниях.
– Не назначается при грибковых поражениях.
– При патологиях печени.
– Детский возраст младше 6 месяцев.

Технология постановки сифонной клизмы. Показания, противопоказания.

Цель. Освобождение кишечника от каловых масс и газов.

Показания. Отсутствие эффекта от очистительной клизмы; удаление из кишечника продуктов усиленного брожения, гниения, слизи, ядов, попавших через рот, и ядовитых веществ, выделенных из организма через кишечную стенку; подозрение на кишечную непроходимость (отсутствие пузырьков газа в промывных водах подтверждает подозрение).

Противопоказания. Кишечные кровотечения; перфорация кишечника; травмы кишечника.

Оснащение. Клеенка; система, состоящая из толстой резиновой кишечной трубки, соединенной посредством контрольной стеклянной трубки с другой резиновой трубкой, длиной 1 м (на свободный конец резиновой трубки надета воронка емкостью 1 л); кипяченая вода (+38 °С) 10 л, т.е. ведро; таз; клеенчатый фартук; резиновые перчатки; ковш объемом 1 л; емкость с маркировкой «Для клизменных наконечников» с 3 % раствором хлорамина.

Техника выполнения. 1. К кушетке ставят таз, на кушетку стелят клеенку так, чтобы один ее конец свисал в таз.

2. Укладывают пациента на кушетку на левый бок с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами.

3. Медицинская сестра надевает клеенчатый фартук.

4. Конец кишечной трубки смазывают вазелином и вводят в прямую кишку на глубину 30 - 40 см, соблюдая изгибы кишечника.

5. Воронку держат в наклонном положении немного выше уровня тела пациента, наполняют ее водой в количестве 1 л и поднимают выше уровня тела (до высоты 1 м).

6. Как только уровень убывающей воды достигает вершины конуса воронки, ее опускают над тазом, не переворачивая, и выжидают, пока вода с кишечным содержимым

вернется к прежнему уровню воронки. При таком положении воронки хорошо видны пузырьки выходящего вместе с водой газа, движение которого можно наблюдать и в соединительной стеклянной трубке.

7. Содержимое воронки выливают в таз. Снова наполняют ее водой и повторяют промывание. При подозрении на кишечную непроходимость (если не было выделения газов) необходимо сообщить врачу.

8. Промывание проводят до тех пор, пока в ведре есть вода.

9. По окончании процедуры воронку снимают, а трубку оставляют на 10 — 20 мин в прямой кишке, опустив ее наружный конец в таз для стока оставшейся жидкости и отхождения газов.

10. Систему и воронку сразу после использования замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч и далее обрабатывают по ОСТ.

Технология применение грелки у больного. Показания и противопоказания.

Грелку относят к сухим тепловым процедурам; она оказывает местное согревающее воздействие. Грелку применяют как болеутоляющее и спазмолитическое средство. При частом и продолжительном использовании грелки кожные покровы больного для предупреждения ожога и гиперпигментации предварительно смазывают вазелином.

Показания: воспалительные инфильтраты, невриты, невралгии.

Противопоказания: острая боль в животе неясного происхождения, острые процессы вбрюшной полости (аппендицит, панкреатит, холецистит и др.), злокачественные новообразования, первые сутки после травмы, кровотечения, инфицированная рана, повреждение кожных покровов, бессознательное состояние.

1. Смазать кожные покровы соответствующего участка тела вазелином (для профилактики ожога и гиперпигментации). 2. Наполнить грелку на 2/3 горячей водой. 3. Осторожно вытеснить из грелки воздух, сжав её руками по направлению к горловине. 4. Плотно закрыть грелку пробкой (крышкой). 5. Проверить грелку на герметичность, перевернув её. 6. Обернуть грелку полотенцем и приложить к соответствующему участку тела.

Технология постановки согревающего компресса.

Показания и противопоказания для согревающего компресса

Чаще всего компрессы ставят при следующих проблемах:

- воспалительные процессы в зеве и гортани;
- бронхит;
- кашель;
- воспаление среднего уха;
- воспалительные процессы кожи и суставов.

При этом существует ряд противопоказаний при которых следует избегать или временно отложить использование согревающего компресса:

- острые воспалительные процессы кожи;
- кожные заболевания;
- гнойные воспаления;
- склонность к кровотечению;
- повышенная температура.

Цель применения: рассасывающий, болеутоляющий эффект, снятие мышечного спазма.

Механизм действия: длительное расширение кровеносных сосудов, это увеличивает кровенаполнение кожи, глублежащих тканей, органов и приводит к уменьшению венозного застоя, воспалительной инфильтрации, отечности тканей.

Оснащение: многослойная салфетка, компрессная бумага, лоток с препаратом

(этиловый спирт 40 – 45%, вода комнатной температуры – 20 -24градусов), бинт, контейнер с дезсреством. Каждый последующий слой больше предыдущего по периметру на 1 – 2 см.

Последовательность действий:

1. Вымыть и осушить руки;
2. Смочить салфетку, отжать;
3. Приложить на необходимый участок тела;
4. Изолировать компрессной бумагой;
5. Обеспечить и сохранить тепло слоем ваты;
6. Зафиксировать повязку бинтом плотно к телу;
7. Вымыть и осушить руки;
8. Проверить влажность салфетки через 30 – 40 минут.
9. Обеспечить экспозиционную выдержку: спиртового компресса 4 – 6 часов, водного 8-10 часов;
10. Снять повязку.

Расчет и разведение антибиотиков

Вводят антибиотики внутримышечно или внутривенно. Существует 2 способа разведения антибиотиков: 1:1 и 1:2.

При разведении 1:1 в 1 мл раствора должно содержаться 100000 ЕД антибиотика.

Пример. Во флаконе 500000 ЕД, в этом случае нам потребуется x=500000/100000 = 5мл растворителя. Если пациенту для введения назначено 400000 ЕД мы наберем в шприц из флакона 4 мл.

При разведении 1:2 в 1 мл. раствора должно содержаться 200000 ЕД

Если во флаконе 500000 ЕД x=500000/200000=2,5 мл растворителя нам потребуется в данном случае. Если врач назначил пациенту ввести 300000 ЕД в/м, мы наберем в шприц из флакона 1,5 мл.

Оснащение: флакон с лекарственным препаратом, растворитель, ватные шарики, шприц и иглы, пинцет, стерильные перчатки.

1. Прочитать надпись на флаконе, наименование, дозу, срок годности.
2. Рассчитать необходимое количество растворителя.
3. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).
4. Вскрыть алюминиевую крышку пинцетом.
5. Ватными шариками, смоченными спиртом, обработать резиновую крышку двукратно.
6. Набрать в шприц нужное количество растворителя.
7. Взять флакон и ввести в него растворитель.
8. Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса и, встряхивая флакон, добиться полного растворения порошка.
9. Надеть иглу с флаконом на подыгольный конус.
10. Поднять флакон вверх дном, придерживая, набрать содержимое флакона или его часть в шприц.
11. Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса.
12. Выпустить воздух из шприца, проверить проходимость иглы.
13. Положить на стерильный лоток шприц, ватный шарик, смоченный спиртом.

Если доза антибиотиков выражается в граммах, (например, ампициллина натриевая соль выпускается во флаконах по 0,5 и 1 г), ввести нужно столько растворителя, чтобы в 1 мл раствора получилось 0,1 г ампициллина.

Расчет и правила введения инсулина.

Инъекции инсулина и гепарина вводятся подкожно.

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

Нераспечатанный флакон с инсулином должен хранится в холодильнике при температуре +2ºС до +8ºС. Его лучше держать на дверце или нижнем отсеке холодильника, подальше от морозильной камеры. Используемый флакон можно хранить в прохладном месте до 6 недель (картридж для шприц-ручки – до 4-х недель). Перед введением флакон необходимо согреть до 36ºС.

Вводить инсулин необходимо за 20-30 минут до еды.

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

1. Проверить пригодность инсулина.
2. Проверить стерильность инсулинового шприца, вскрыть пакет.
3. Вскрыть колпачок с флакона, прикрывающий резиновую пробку.
4. Протереть резиновую пробку ватными шариками, смоченными спиртом двукратно, дать спирту высохнуть.
5. Оттянуть поршень до метки, указывающей количество единиц инсулина, назначенное врачом.
6. Проткнуть иглой резиновую пробку флакона с инсулином, выпустить воздух во флакон; перевернуть флакон со шприцем, чтобы флакон оказался вверх дном, держа их в одной руке на уровне глаз.
7. Оттянуть поршень вниз до отметки необходимой дозы.
8. Вынуть иглу из флакона, надеть колпачок, положить шприц в лоток.
9. Вымыть руки. Надеть перчатки.
10. Обработать место инъекции последовательно двумя ватными шариками, смоченными спиртом. Дать коже высохнуть, снять со шприца колпачок.
11. Взять кожу в складку и ввести иглу под углом 45º – 90º.
12. Ввести медленно инсулин.
13. Прижать сухой стерильный ватный шарик к месту инъекции, извлечь иглу.

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

14. Утилизировать шприц и использованный материал.
15. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
16. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).
17. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
18. Напомнить пациенту о необходимости принять пищу через 20-30 минут.

Набрать 16 ЕД инсулина

1мл - 40 ЕД инсулина

0, 1мл – 4 ЕД инсулина

0,4 мл – 16 ЕД инсулина

Технология постановки мягкого катетера. Показания и противопоказания.

Катетеризация у женщин. Катетеризацией называется введение катетера в мочевой пузырь. Для нее можно использовать катетеры многократного (из резины и металла) и однократного применения (из полимерных материалов), имеющие различный диаметр просвета.

Цель. Опорожнение мочевого пузыря; введение лекарственных веществ в мочевой пузырь.

Показания. Острая и хроническая задержка мочи; получение мочи для исследования по специальному назначению врача; местное лечение заболеваний мочевого пузыря.

Противопоказания. Травмы мочевого пузыря; острое воспаление мочевого пузыря или мочеиспускательного канала.

Оснащение. Стерильные мягкий катетер – 2 шт. разного диаметра, ватные шарики – 2 шт., марлевые салфетки – 2 шт., глицерин, шприц Жане, лоток, пеленка; емкость для мочи (если моча берется для исследования на стерильность, то посуду для сбора получают в бактериологической лаборатории (стерильную)); раствор фурацилина 1:5 000 700-1 500 мл; 0,5% спиртовой раствор хлоргексидина; резиновые перчатки (стерильные); набор для подмывания; водяная баня для подогрева фурацилина; емкость с маркировкой «Для катетеров» с 3 % раствором хлорамина.

Техника выполнения. 1. Обрабатывают руки 0,5 % раствором хлоргексидина, готовят стерильный лоток. Достают из бикса и кладут на лоток стерильные катетеры.

Закругленный конец катетера поливают стерильным глицерином. Два стерильных ватных шарика смачивают раствором фурацилина, кладут на лоток. Также на лоток кладут две стерильные салфетки и пинцет. В шприц Жане набирают 100-150 мл подогретого на водяной бане до 37- 38 °С раствора фурацилина, кладут его на лоток.

2. Подмывают пациентку, убирают судно.

3. Между разведенными и согнутыми в коленях ногами пациентки ставят чистое сухое судно или другую емкость для мочи.

4. Надевают перчатки.

5. Встав справа от пациентки, кладут ей на лобок развернутую стерильную марлевую салфетку. Пальцами левой руки разводят половые губы и ватным шариком, взятым правой рукой пинцетоми смоченным фурацилином, обрабатывают наружное отверстие уретры. Затем пинцетом, взяв его как писчее перо, берут катетер на расстоянии 4- 5 см от его тупого конца, а свободный конец поддерживают между IV и V пальцами. Тупой конец катетера вращательными движениями медленно вводят в уретру на глубину 4- 5 см, а свободный конец опускают в емкость для мочи. Выделение мочи свидетельствует о том, что катетер находится в мочевом пузыре.

6. После прекращения выделения мочи катетер соединяют со шприцем Жане, наполненным фурацилином, подогретым на водяной бане до +38 °С.

7. Медленно вводят раствор в мочевой пузырь, а затем, направив катетер в судно, выводят его из мочевого пузыря. -

8. Повторяют промывание до тех пор, пока промывная жидкость не будет чистой.

9. Закончив промывание, вращательными движениями осторожно извлекают катетер из уретры.

10. Еще раз обрабатывают наружное отверстие уретры шариком, смоченным раствором фурацилина, салфеткой убирают остатки влаги с промежности.

11. Катетер сразу же после использования замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч, затем обрабатывают по ОСТ 42-21-2-85.

Примечания. Медицинская сестра имеет право выполнять катетеризацию только мягким катетером и только по назначению врача. При проведении катетеризации мочевого пузыря возможны осложнения: занесение инфекции в мочевой пузырь; повреждение слизистой оболочки уретры и мочевого пузыря; уретральная лихорадка.

Катетеризация у мужчин. *Цель.* Освобождение мочевого пузыря; введение лекарственного средства; промывание мочевого пузыря.

Показания. Острая и хроническая задержка мочи; получение мочи для исследования; местное лечение заболеваний мочевого пузыря.

Противопоказания. Травмы мочевого пузыря; острое воспаление мочевого пузыря и мочеиспускательного канала (уретры).

Оснащение. Стерильные мягкие катетеры разного диаметра – 2 шт.; ватные шарики – 2 шт.; марлевые салфетки – 2 шт.; глицерин; шприц Жане; лоток; пеленка; резиновые перчатки; емкость для мочи (если мочу берут для исследования на стерильность, то посуда должна быть стерильной); пинцет; 700- 1 500 мл раствора фурацилина 1:5 000; 0,5

% спиртовой раствор хлоргексидина; набор для подмывания; водяная баня для подогрева фурацилина; емкость с 3 % раствором хлорамина, промаркированная надписью «Для дезинфекции катетеров».

Техника выполнения. 1. Моют руки. Обрабатывают их 0,5 % раствором хлоргексидина.

2. Кладут на стерильный лоток два стерильных катетера, закругленные концы которых смазывают стерильным глицерином, два стерильных ватных шарика, смоченных фурацилином, две стерильные салфетки, пинцет, шприц Жане с раствором фурацилина, подогретым на водяной бане до +37...+38°С.

3. Подмывают пациента. Между его ногами ставят емкость для мочи.

4. Надевают стерильные перчатки и встают справа от пациента.

5. Стерильной салфеткой оборачивают половой член ниже головки.

6. Берут половой член между IIIи IV пальцами левой руки, слегка сдавливают головку, а I и II пальцами слегка отодвигают крайнюю плоть.

7. Правой рукой берут ватный шарик, смоченный фурацилином, и обрабатывают головку полового члена движениями от отверстия уретры к периферии.

8. В наружное отверстие уретры вливают одну-две капли стерильного глицерина.

9. В правую руку берут стерильный пинцет.

10. Стерильным пинцетом берут катетер на расстоянии 5 —6 см от закругленного конца, а свободный конец захватывают между IV и V пальцами.

11. Вводят катетер пинцетом на 4 —5 см, удерживая его I и IIпальцами левой руки, фиксирующими головку полового члена.

12. Перехватывают катетер пинцетом и медленно вводят его еще на 5 см. Одновременно левой рукой натягивают половой член на катетер, что способствует его лучшему продвижению по уретре.

13. Как только катетер достигнет мочевого пузыря, появляется моча, и свободный конец катетера следует опустить в емкость для мочи.

14. После прекращения выделения мочи катетер соединяют с шприцем Жане, наполненным фурацилином, и медленно вводят 100-150 мл раствора в мочевой пузырь, а затем, направив катетер в лоток, удаляют содержимое.

15. Промывание повторяют до тех пор, пока из мочевого пузыря не будет выделяться прозрачная жидкость.

16. Закончив промывание, вращательными движениями осторожно извлекают катетер из уретры.

17. Еще раз обрабатывают наружное отверстие уретры ватным шариком, смоченным фурацилином.

Примечания. Перед проведением вмешательства необходимо установить доверительные отношения с пациентом. Необходимо сохранять стерильность катетера на 20 см от закругленного конца. Медицинская сестра имеет право выполнять катетеризацию только мягким катетером и только по назначению врача. При проведении катетеризации могут возникнуть осложнения.

Подготовка больного к фиброгастродуоденоскопии, клоноскопии, ректораманоскопии.

Подготовка к ректороманоскопии.

Цель. Целью исследования является осмотр слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки для выявления воспаления, изъязвлений, новообразований. Целями подготовки являются предупреждение газообразования и опорожнение кишечника.

Показания. Заболевания прямой и сигмовидной кишки.

Противопоказания. Тяжелое общее состояние пациента; наличие острых воспалительных и нагноительных процессов в области заднего прохода; рубцовые сужения прямой кишки.

Техника выполнения. 1. Пациента предупреждают, что исследование проводится натощак.

2. За 2 ч до исследования пациенту ставят очистительную клизму. При запорах клизму ставят и накануне вечером.

3. Непосредственно перед исследованием пациенту рекомендуется опорожнить мочевой пузырь.

4. Врач вводит ректоскоп и осматривает слизистую оболочку прямой кишки

5. Если пациенту во время осмотра проведена биопсия, то в течение суток необходимо вести наблюдение за его состоянием и самочувствием, так как есть опасность кишечного кровотечения.

Подготовка к колоноскопии. *Цель.* Целью исследования является осмотр слизистой толстого кишечника с помощью гибкойоптики для выявления воспалительных процессов, опухолей, полипов, кровотечения. Целями подготовки являются предупреждение газообразования, опорожнение кишечника.

Показания. Заболевания толстого кишечника.

Противопоказания. Инфаркт миокарда; острый тромбоз мозговых сосудов; коматозное состояние; перитонит; гемофилия.

Техника выполнения. 1. Пациенту рекомендуют бесшлаковую диету за 3 — 5 сут до исследования.

2. За 2 сут. до исследования пациенту дают масляное слабительное (30 — 50 мл касторового масла).

3. Накануне исследования, если позволяет состояние пациента, отменяют ужин.

4. Накануне вечером с интервалом 1,0-1,5 ч пациенту ставят очистительные клизмы.

5. Утром за 2 ч до исследования пациенту ставят очистительную клизму для полного опорожнения кишечника и вводят газоотводную трубку на 10-15 мин.

6. Историю болезни утром доставляют в эндоскопический кабинет, а после исследования возвращают в отделение.

7. Пациенту в отделении оставляют завтрак (предупреждают об этом раздатчицу).

Примечание. Если во время осмотра была сделана биопсия, то в течение суток ведется наблюдение за самочувствием и состоянием пациента, так как может возникнуть кишечное кровотечение.

Подготовка к фиброгастродуаденоскопии.

Подготовка к диагностике желудка включает следующие правила:

1. последний прием пищи за 12 часов до предполагаемого исследования;

2. ужин накануне дня обследования должен состоять из легкоусвояемых продуктов (гречневая каша с куриным мясом, тушеная рыба);

3. отказ от курения перед процедурой ФГДС;

4. прием легких успокоительных перед сном (эмоциональным пациентам, испытывающим страх перед предстоящим исследованием);

5. отказ от приема лекарственных средств утром перед фиброскопией;

6. психологическая подготовка врачом (объяснение безопасности и необходимости проведения);

7. соблюдение определенной диеты за 2 дня;

8. расспрос пациента на предмет наличия аллергии на какие-либо препараты (в частности, местные обезболивающие).

Подготовить пациента к рентгенологическим методам исследования (рентгеноскопия желудка и ирригоскопия, холецистография).

Подготовка к рентгенографии желудка

Показания:

1. Подозрения у пациента язвы желудка.
2. Предрасположенность к образованию доброкачественных и злокачественных опухолей.
3. Пороки развития желудка и пищевода.
4. Деформации стенок желудка, такие как выпячивания его стенок в виде мешка.
5. Воспалительные заболевания желудка.
6. Жалобы пациента на такие симптомы, как боли в районе пупа, кровь в кале, отрыжка, изжога, нарушение глотательного рефлекса, анемия и потеря веса.

Противопоказания:

1. Очень тяжелое состояние пациента.
2. Первый триместр беременности. Во втором и третьем триместре рентгеновское исследование проводится только с согласованием врача-гинеколога.
3. Желудочное и пищеводное кровотечение, которое не прекращается.

Но все противопоказания, кроме кровотечения, которое не останавливается, являются относительными. К тому же от рентгенографии можно отказаться, если возможно получить необходимую информацию, прибегнув к более щадящему исследованию, например, фиброгастроскопии.

Пациентам с нормальной функцией кишечника и желудка могут особо не готовиться к процедуре. Но единственным условием, которое следует соблюсти до процедуры, это **отказаться от приема пищи как минимум за 7 часов** до ее проведения.

Но людям, у которых есть хоть какие-то патологии кишечника или желудка, а так же пожилым людям, следует за несколько дней до процедуры начать придерживаться определенной диеты. Такая диета применяется для снижения газообразования. Следует исключить из рациона сдобу и сладости, молочные продукты, капусту и газированную воду. Рацион должен состоять из нежирного мяса, яиц, рыбы и каш на воде. Если у пациента запор, то в день исследование следует сделать клизму, а иногда – промывание желудка.

Методика обследования

В самом начале следует сделать обзорную рентгенограмму органов пищеварение. Это помогает оценить их состояние и наличие грубых патологий. После этого пациенту дается принять контраст и проводится серия снимков пищеварительной системы в разных проекциях, например, стоя, на спине, на животе.

Подготовка к ирригоскопии. *Цель.* При заполнении толстого кишечника бариевой солью посредством клизмы можно выявить наличие спаек, характер рельефа слизистой, кровообращение. Целями подготовки являются предупреждение газообразования и опорожнение кишечника.

Показания. Заболевания толстого кишечника. .

Противопоказания. Заболевания прямой кишки и ее сфинктера (воспаление, опухоль, свищ, трещина).

Техника выполнения. 1. За 2 — 3 сут. до исследований из питания пациента исключают продукты, вызывающие газообразование: черный хлеб, молоко, капусту, бобовые, яблоки, виноград и др.

2. При упорном метеоризме пациенту дают 3 раза в сутки настой ромашки по '/з стакана или по 2 — 3 таблетки карболена по назначению врача.

3. Накануне вечером пациенту ставят две очистительные клизмы с интервалом 1 ч.,

4. Утром пациенту ставят две очистительные клизмы за 3 и 2 ч до исследования.

5. За 1 ч до исследования пациенту ставят газоотводную трубку на 10— 15 мин.

6. Историю болезни к началу рабочего дня доставляют в рентгенологический кабинет.

7. Пациента информируют о месторасположении кабинета и времени проведения исследования или провожают в кабинет.

8. Бариевую взвесь вводят сотрудники рентгенологического кабинета.

9. Для пациента в отделении оставляют завтрак (предупреждают об этом раздатчицу).

10. Историю болезни с результатами исследования возвращают в отделение.

Подготовка к холецистографии.

Целью холецистографии являются изучение формы, размеров, положения и сократимости желчного пузыря и обнаружение наличия камней. Целью подготовки к холецистографии являются предупреждение газообразования и опорожнение кишечника. *Показания.* Заболевания желчного пузыря.

Противопоказания. Наличие аллергии к йодсодержашим препаратам (выявляетсяпо анамнезу и аппликационной пробе).

Оснащение. Рентгеноконтрастное йодсодержащее вещество: йопагност, билигност, холевид; желчегонный завтрак (два яичных желтка или 20 г сорбита).

Техника выполнения подготовки к холецистографии:

1. За 2 - 3 сут. до исследования пациента предупреждают об исключении из диеты продуктов, способствующих газообразованию: ржаного хлеба, бобовых, фруктов, молока.

2. Ужин накануне вечером должен быть не позднее 20.00.

3. За 12 ч до исследования в течение 1 ч пациенту дают 6 - 12 таблеток контрастного вещества (по 1-2 таблетки каждые 10 мин). Доза определяется исходя из расчета 1 г на 15 - 20 кг массы тела пациента.

4. Накануне вечером и за 2 ч до исследования пациенту ставят очистительную клизму.

5. Вечером накануне пациента предупреждают, что исследование проводится натощак (в день исследования он также не должен пить, принимать лекарства, курить).

6. В день исследования утром историю болезни необходимо доставить в рентгенологический кабинет, пациенту указать место расположения кабинета и время исследования или проводить в кабинет.

7. Пациент принимает желчегонный завтрак по указанию врача-рентгенолога.

8. В отделении пациенту оставляют завтрак.

9. Историю болезни с результатом исследования возвращают в лечебное отделение.

Правила сбора мочи на общий анализ, анализ мочи по Нечепоренко. Нормы.

Цель. Определение количества форменных элементов и цилиндров.

Показания. Воспалительные заболевания почек.

Оснащение. Чистая сухая банка из прозрачного стекла; направление в клиническую лабораторию; чистый сухой горшок или судно с направлением.

Техника выполнения. 1. Получив назначение врача, готовят посуду с направлением.

2. Пациента готовят следующим образом: «Завтра утром вам нужно собрать мочу на исследование. В 8.00 утра тщательно подмойтесь и помочитесь прерывисто, т.е. сначала в унитаз, затем в горшок, остатки опять в унитаз. Всю мочу из горшка перелейте в банку и поставьте в санитарной комнате на стеллаж».

3. Мочу отправляют в лабораторию сразу после мочеиспускания в теплом виде.

4. Результат исследования подклеивают в историю болезни.

Примечания. Для исследования необходим 1 мл мочи. Мочу на

исследование по Нечипоренко при необходимости можно собирать в любое время. В экстренных случаях можно собрать не среднюю порцию струи мочи, а всю мочу, особенно если ее мало.

В норме при исследовании по Нечипоренко в моче содержатся: лейкоцитов — 4 000; эритроцитов — 1 000; цилиндров — 20.

Правила сбора мочи по Зимницкому, подсчет водного баланса.

Правила сбора мочи по Зимницкому Сбор мочи для пробы Зимницкого проводится в течение суток на фоне обычного питьевого и пищевого режимов, однако прием мочегонных препаратов следует отменить на этот промежуток. Чтобы собрать мочу по Зимницкому, подготовьте 8 чистых баночек, и подпишите каждую номером (1, 2, 3 и т.д.) или временем мочеиспускания (9.00, 12.00 и т.д.). В день начала сбора пробы встаньте в 6.00 утра и помочитесь в туалет. Затем через три часа (в 9.00) помочитесь в баночку с номером 1. Мочитесь в очередную баночку каждые три часа, включая ночное время. Последняя проба собирается в 6.00 следующего утра.Таким образом, вы соберете 8 баночек мочи в 9.00, 12.00, 15.00, 18.00, 21.00, 24.00, 03.00, 06.00. Все 8 баночек сдайте в лабораторию. Мочу не сливать в одну большую емкость! На протяжении суток сбора пробы Зимницкого фиксируйте количество потребленной жидкости. Нормы пробы Зимницкого Порции мочи в 9.00, 12.00, 15.00 и 18.00 относятся к дневным, а в 21.00, 24.00, 03.00 и 06.00 – к ночным. Нормальное количество дневных порций мочи составляет 200-350 мл, а ночных – 40-220 мл.Нормальная относительная плотность дневных порций составляет 1010-1025, а ночных – 1018-1025. Разница между максимальным и минимальным значением плотности в пробах не должна превышать 0,012 – 0,016 единиц. В норме суточный объем мочи составляет 70-75% от количества выпитой жидкости. Дневной диурез превышает ночной, и составляет не менее 2/3 от суточного.

Суточный водный баланс – это соотношение между количеством введенной в организм жидкости и количеством жидкости, выделенной из организма в течение суток.

- Учету, кроме выпитой жидкости, подлежит жидкость, содержащаяся во фруктах, супах, овощах и т.д., а также объем парентерально вводимых растворов.
- Учету количества выделенной жидкости должна подвергается не только моча, но и рвотные массы и испражнения пациента
- Ожидаемое выделяемой жидкости с мочой рассчитывают по формуле (количество выпитой жидкости умножить на 0,8)
- Водный баланс считается положительным, если выделилось жидкости больше чем введено и наоборот.
- Положительный водный баланс свидетельствует об эффективности лечения

Правила сбора мокроты на общий анализ, БК, бакпосев, атипичные клетки, чувствительность к антибиотикам.

Взятие мокроты для исследования на общий анализ.

Цель. Изучение состава мокроты.

Показания. Заболевания бронхолегочного аппарата.

Противопоказания. Легочное кровотечение.

Оснащение. Чистая сухая банка из прозрачного стекла с большим отверстием и плотно закрывающейся крышкой; направление в клиническую лабораторию.

Техника выполнения. 1. Накануне вечером предупреждают пациента, чтобы утром с 6.00 до 7.00, не принимая пищи, воды, лекарств, не чистя зубов пастой и щеткой (щетка может травмировать слизистую и тогда в мокроте могут быть прожилки крови), он прополоскал рот кипяченой водой, а затем хорошо прокашлялся и, отхаркнув мокроту, сплюнул ее на дно банки^закрыл банку крышкой и поставил ее в определенном месте в санитарной комнате.

2. Отправляют мокроту к началу работы в лабораторию (с 7.00 **до** 8.00).
3. При поступлении результата его подклеивают в историю болезни.

Примечания. Крышкой для банки для собирания мокроты на общий анализ может служить плотная бумага или полиэтилен, закрепленный вокруг отверстия банки резинкой. Курить пациенту до собирания мокроты не рекомендуется.

Взятие мокроты для бактериологического исследования (на чувствительность

к антибиотикам).

Цель. Изучение микрофлоры мокроты; определение чувствительности микрофлоры мокроты к антибиотикам.

Показания. Бронхиты, пневмония.

Противопоказания. Легочное кровотечение.

Оснащение. Направление в бактериологическую лабораторию; стерильная чашка Петри, завернутая в крафт-бумагу.

Техника выполнения. 1. Накануне вечером пациента предупреждают о предстоящем исследовании. Его просят, чтобы до момента забора мокроты (когда медицинская сестра придет к нему с лабораторной посудой) он не принимал пищи, воды, лекарств, не курил, не чистил зубы (антисептические средства, содержащиеся в пасте, ослабляют микрофлору) и приготовил стакан с кипяченой водой.

2. К пациенту приходят утром до завтрака и просят прополоскать рот кипяченой водой и хорошо откашляться.

3. Во время откашливаний освобождают чашку Петри от упаковки и снимают с нее крышку. Поднеся чашку Петри ко рту пациента, просят сплюнуть мокроту в чашку, не касаясь губами ее краев.

4. Сразу же закрывают чашку Петри, заворачивают ее и отправляют в лабораторию вместе с направлением.

5. При поступлении результата исследования его подклеивают в историю болезни.

Примечание. Не рекомендуется оставлять пациенту чашку Петри с вечера во избежание нарушения ее стерильности.

Взятие мокроты на микобактерии туберкулеза.

Цель. Выделение микобактерии туберкулеза.

Показания. Подозрение на туберкулез легких.

Оснащение. Стерильная сухая банка с плотно закрывающейся крышкой.

Техника выполнения. 1. Накануне вечером пациента предупреждают о предстоящем исследовании следующим образом: «Завтра с 6.00 утра вам нужно начать собирать мокроту на исследование. Мокрота на назначенное вам исследование собирается в течение суток. Это значит, что всю мокроту, которая будет у вас выделяться при кашле, необходимо сплевывать в эту банку. Банку, пожалуйста, ставьте в прохладное место и плотно закрывайте крышкой». Необходимо показать пациенту то место, где в течение суток будет храниться банка с мокротой.

2. Собранную мокроту отправляют в бактериологическую лабораторию.

3. Результат исследования вклеивают в медицинскую карту стационарного больного.

Примечания. Если у пациента выделяется мало мокроты и ее будет недостаточно для исследования, то мокроту можно собирать в течение 3 сут, сохраняя в прохладном месте.

Взятие мокроты на атипичные клетки.

Подготовить:

Установить с пациентом доверительное отношение, объяснить механизм проведения процедуры и получить согласие на ее проведение; широкогорлую сухую плевательницу; транспортный контейнер; контейнер для отходов; бланки направлений; перчатки и маску.

Действие:

Вымыть руки (гигиенический уровень) и осушить руки; надеть перчатки и маску; предложить пациенту сделать несколько глубоких вдохов; открыть крышку плевательницы и попросить пациента покашлять в плевательницу; мокроты должно быть 3-5 миллилитров; закрыть крышку плевательницы и поставить ее в специальный контейнер; снять перчатки и опустить их в контейнер; вымыть (гигиенический уровень) и

осушить руки; заполнить направление и доставить контейнер с материалом в лабораторию; заполнить документацию.

Внимание:

- Вечером накануне исследования, перед сном пациент должен тщательно почистить зубы, а утром – прополоскать рот кипяченой водой.

- При взятии мокроты на атипичные (опухолевые) клетки следует помнить, что эти клетки быстро разрушаются, поэтому собирать следует свежевыделенную мокроту.

- Для большей вероятности попадания опухолевых клеток в мокроту иногда применяют предварительные ингаляции с протеолитическим ферментом трипсином, способствующим выхождению мокроты из наиболее глубоких отделов бронхиального дерева.

Определение отеков у пациента

Показания: исследование системы органов мочевыделения, сердечно-сосудистой, эндокринной системы.

Противопоказания:нет.

Подготовить: кожный антисептик для обработки рук

Подготовка пациента:

1. Пациента раздеть.
2. Предложить лечь на спину или усадить.

Техника выполнения:

1.Выполнить гигиеническую обработку рук, руки согреть.

2.Отеки можно определять на стопах, лодыжках, голенях, крестце.

3.Сдавить большим пальцем мягкие ткани над костными образованиями в течение 3 - 5 секунд.

4.Проверить образование ямки на месте сдавливания. Появление ямки свидетельствует о наличии отека.

5.Определение отёков на лице проводят визуально, при этом уделяют внимание периорбитальной области.

Последующий уход: не требуется.

Возможные осложнения:нет.

Примечания:В норме у здорового человека отеков нет.

Определение частоты дыхательных движений

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

Показания: контроль за состоянием пациента

Противопоказания: нет

Оснащение:

Секундомер или часы с секундной стрелкой

Лист наблюдения за пациентом

Алгоритм действий:

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

Примечание:

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

Подсчет суточного диуреза у больного.

Цель. Изучение водного обмена в организме. Показания. Нарушение процессов кровообращения и мочевыделения. Оснащение. Банка объемом 3л с этикеткой; горшок с этикеткой; мерная колба; листок учета выпитой жидкости.

Техника измерения суточного диуреза:

1. Накануне вечером пациенту сообщают о предстоящем исследовании. Подробно объясняют, что завтра утром в 6.00 ему необходимо помочиться в унитаз и подойти к постовой медицинской сестре для измерения массы тела. Все следующие мочеиспускания в течение суток (до утра следующего дня) пациенту необходимо совершать в горшок и переливать в банку.

Последнее мочеиспускание в банку пациенту необходимо сделать в 6.00 утра следующего дня и повторно подойти к постовой медицинской сестре для взвешивания. Кроме того, с завтрашнего утра в течение суток пациенту необходимо учитывать количество выпитой жидкости, а также съеденные фрукты, овощи и жидкие блюда. Количество жидкости по мере ее употребления необходимо записывать в «Листке учета выпитой жидкости». Среднего размера фрукты и овощи принято считать за 100 г жидкости.

2. Через сутки медицинской сестре необходимо измерить количество мочи в трехлитровой банке, подсчитать количество выпитой жидкости и отметить эти данные, а также массу тела пациента до исследования и в его конце в температурном листе в соответствующих графах.

Примечание. Если пациент преклонного возраста или ослаблен, то учет выпитой жидкости ведет сама медицинская сестра.

Помощь медицинской сестры при лихорадке в различные периоды на примере больного.

Принципы ухода за лихорадящими больными в зависимости от стадии (периода) лихорадки можно кратко сформулировать следующим образом:

– в первый период лихорадки необходимо «согреть» больного,

– во второй период лихорадки следует «охладить» больного,

– в третий период необходимо предупредить падение АД и сердечно-сосудистые осложнения.

Помощь в первом периоде лихорадки

Медицинская сестра должна:

1. Обеспечить постельный режим,
2. Тепло укрыть пациента,
3. К ногам положить грелку;
4. Обеспечить обильное горячее питьё (чай, настой шиповника и др.),
5. Контролировать физиологические отправления,
6. Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом.

Помощь во втором периоде лихорадки

Медицинская сестра должна:

1. Следить за строгим соблюдением пациентом постельного режима.

2. Обеспечить постоянное наблюдение за лихорадящим пациентом (контроль АД, пульса, температуры тела, за общим состоянием).

3. Заменить теплое одеяло на легкую простыню.

4. Давать пациенту (как можно чаще!) витаминизированное прохладное питье (морс, настой шиповника).

5. На лоб пациента положить пузырь со льдом или холодный компресс, смоченный в растворе уксуса (2 столовых ложки на 0,5 литра воды) - при выраженной головной боли и для предупреждения нарушения сознания.

6. При гиперпиретической лихорадке следует сделать прохладное обтирание, можно использовать примочки (сложенное вчетверо полотенце или холщовую салфетку, смоченные в растворе уксуса пополам с водой и отжатые, нужно прикладывать на 5-10 мин., регулярно их меняя).

7. Периодически протирать слабым раствором соды ротовую полость, а губы смазывать вазелиновым маслом.

8. Питание осуществлять по диете № 13.

9. Следить за физиологическими отправлениями, подкладывать судно, мочеприёмник.

10. Проводить профилактику пролежней.

Помощь в третьем периоде лихорадки

При *критическом снижении температуры тела* пациента медицинская сестра должна:

1. Вызвать врача.
2. Приподнять ножной конец кровати и убрать подушку из-под головы.
3. Контролировать АД, пульс.
4. Приготовить для п/к введения 10% раствор кофеин-бензоат натрия, кордиамин, 0,1% раствор адреналина, 1% раствор мезатона.
5. Дать крепкий сладкий чай.
6. Укрыть пациента одеялами, к рукам и ногам пациента приложить грелки.
7. Следить за состоянием его нательного и постельного белья (по мере необходимости бельё нужно менять, иногда часто).

При *литическом снижении температуры тела* пациента медицинская сестра должна:

1. Создать пациенту покой.
2. Контроль Т°, АД, ЧДД, PS.
3. Производить смену нательного и постельного белья.
4. Осуществлять уход за кожей.
5. Перевод на диету № 15.
6. Постепенное расширение режима двигательной активности.

Взятие мазка из носа и зева. Показания.

Цель. Определение микрофлоры зева.

Показания. Воспалительные заболевания зева.

Оснащение. Стерильный шпатель; стерильная пробирка с пробкой и пропущенным через пробку стержнем с ватным тампоном на конце (готовит бактериологическая лаборатория); направление в бактериологическую лабораторию.

Мазок из зева

1. Осматривают полость рта. Обращают внимание на язык, миндалины, зев. Определяют место взятия отделяемого на исследование.

2. Осторожно придерживая пробку, извлекают стержень из пробирки, не касаясь ее наружных стенок и окружающих предметов. Пробирку ставят в штатив.

3. Левой рукой I, II и III пальцами берут шпатель. Просят пациента открыть рот. Прижимают шпателем язык, вводят тампон в полость рта и снимают отделяемое с определенного места.

4. Осторожно и быстро извлекают тампон из полости рта и, не касаясь наружных стенок пробирки и окружающих предметов, опускают его в пробирку.

5. В направлении указывают время взятия отделяемого.

6. Пробирку с направлением доставляют в лабораторию не позднее 2 ч с момента забора.

7. Результат исследования подклеивают в историю болезни.

Мазок из носа.

Цель. Исследование микрофлоры носа.

Показания. Инфекционные заболевания верхних дыхательных путей.

Оснащение. Стерильная пробирка с пробкой и пропущенным через нее стержнем с ватным тампоном на конце, промаркированная буквой «Н»; направление в бактериологическую лабораторию; штатив.

Техника взятия мазка из носа:

1. Усаживают (укладывают) пациента, просят слегка запрокинуть голову.

2. Левой рукой берут из штатива пробирку, а правой извлекают стержень с тампоном. Сделать это нужно аккуратно, не касаясь тампоном окружающих предметов.

3. Пробирку ставят в штатив.

4. Левой рукой приподнимают кончик носа пациента, а правой легкими вращательными движениями вводят тампон в нижний носовой ход с одной стороны, а затем с другой на глубину 1,5 - 2,0 см.

5. Извлекают тампон и быстро опускают в пробирку, не касаясь ее наружных стенок.

6. Отправляют пробирку в бактериологическую лабораторию, указав время взятия мазка.

Примечание. Мазок должен быть доставлен в лабораторию не позднее чем через 2 ч после взятия. Лабораторные исследования относятся к дополнительным методам и являются одной из важнейших частей обследования пациента. В ряде случаев данные лабораторных исследований оказывают решающее значение для постановки диагноза. Результаты дополнительных исследований во многом зависят от правильности подготовки пациентов. Часть исследований проводится всем без исключения пациентам, отдельные исследования осуществляются строго по показаниям в зависимости от диагноза.

Масляная клизма. Показания, противопоказания, методика выполнения.

Цель. Освобождение кишечника от каловых масс и газов.

Показания: упорные запоры; противопоказания к очистительной клизме.

Оснащение. Масло вазелиновое, подсолнечное, оливковое или другое жидкое пищевое масло в количестве 50-100 мл, подогретое до +38 °С на водяной бане; шприц Жане или резиновый баллончик емкостью 50-100 мл; ректальная трубка или катетер, используемый только для постановки клизм; подкладная клеенка и пеленка; стерильная марлевая салфетка; водяная баня; водяной термометр; резиновые перчатки; емкость с маркировкой «Для клизменных наконечников» с 3 % раствором хлорамина.

Постановка масляной клизмы, алгоритм.

Масло, растекаясь по стенке прямой кишки, обволакивает каловые массы, расслабляет кишечную мускулатуру, что способствует размягчению и выделению кала. Так как эффект наступает через 10- 12 ч, масляную клизму обычно ставят на ночь в палате, подстелив под пациента клеенку и пеленку.

1. Набирают масло, подогретое до температуры +38 °С, в шприц Жане (или резиновый баллончик) в назначенной дозе.

2. Предлагают пациенту лечь на правый бок, согнуть ноги в коленях и подтянуть их к животу.

3. Надевают резиновые перчатки.

4. Ректальную трубку, предварительно смазанную маслом, берут салфеткой и вводят в прямую кишку на 10-15 см (сначала трубка вводится на 3 - 4 см по направлению к пупку, а затем до 10-15 см параллельно копчику).

5. Выпускают из шприца (баллончика) воздух, соединяют его с ректальной трубкой.

6. Медленно толчками вводят масло в прямую кишку.

7. Закончив введение масла, отсоединяют шприц от трубки. Трубку пережимают и извлекают из прямой кишки.

8. Рекомендуют пациенту не двигаться 10 - 15 мин, затем принять удобное положение и лежать до утра (спать).

9. Утром у пациента интересуются, был ли стул.

10. Ректальную трубку, шприц Жане (или баллончик) сразу же после использования замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч, далее обрабатывают по ОСТ 42-21-2-85.

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

5. Критерии и шкалы для интегрированной оценки уровня сформированности компетенций*:*

Индикаторы компетенции	**неудовлетворительно**	**удовлетворительно**	**хорошо**	**отлично**
Полнота знаний	Уровень знаний ниже Минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок.
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами.	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественным недочетами, выполнены все задания в полном объеме.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач.	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам.	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Критерии оценки

Критерии оценки за тестовые задания. За каждый правильный ответ 1 балл.

Процент результативности (правильных ответов)	Качественная оценка индивидуальных образовательных достижений	
	балл (отметка)	вербальный аналог
90 ÷ 100	5	отлично
80 ÷ 89	4	хорошо
70 ÷ 79	3	удовлетворительно
менее 70	2	неудовлетворительно

Критерии оценки дифференцированного зачета по производственной практике

№	Дисциплина	Баллы максимальные
1	Защита истории болезни	10
2	Манипуляционная техника	5
	Итог	15

Инструкция для преподавателя

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

Критерии оценки защиты истории болезни

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

Цель достигнута.	1
Цель не достигнута.	0

Критерии оценки манипуляционной техники

Критерии	Баллы
Рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;	5
Рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;	4
Рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;	3
Затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами	2