



Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение Самарской области
«Губернский колледж города Похвистнево»

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ПРАКТИЧЕСКИХ
МАНИПУЛЯЦИЙ**

**Тема: «Оценка функционального
состояния пациента. Уход при
лихорадке»**

**специальность 34.02.01 Сестринское дело
профессиональной подготовки
специалистов среднего звена**

**ПМ. 04 Выполнение работ по профессии
Младшая медицинская сестра по уходу за больными**

Составитель:
преподаватель профессионального
цикла дисциплин Л.Н.Ромаданова

Рассмотрено и одобрено ПЦК
преподавателей естественнонаучных
дисциплин и профессионального
цикла медицинских специальностей
Протокол № 1-ГКП от 5.08 2016г.
Председатель ПЦК Л.С.Лыскина

г.Похвистнево, 2016 год

Пояснительная записка

Данные методические рекомендации по выполнению практических манипуляций могут быть применены как обучающимися специальности 34.02.01 Сестринское дело, так и преподавателями для систематизации знаний при изучении темы: «Оценка функционального состояния пациента. Уход при лихорадке» профессионального модуля 04 Выполнение работ по профессии Младшая медицинская сестра по уходу за больными.

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе изучения данной темы должен:

иметь практический опыт:

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

уметь:

- собирать информацию о состоянии здоровья пациента;
- определять проблемы пациента, связанные с состоянием его здоровья;
- обеспечить безопасную больничную среду для пациента, его окружения и персонала;
- использовать правила эргономики в процессе сестринского ухода и обеспечения безопасного перемещения больного

знать:

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

Содержание

1. Технологии выполнения медицинских услуг при оценке функционального состояния пациента	
<u>1.1. Исследование пульса</u>	
<u>1.2. Измерение артериального давления на плечевой артерии</u>	
<u>1.3. Подсчет числа дыхательных движений</u>	
<u>1.4. Термометрия общая</u>	
2. Технологии выполнения мед. услуг при проведении общегигиенических мероприятий.....	
<u>2.1. Приготовление постели.....</u>	
<u>2.2. Пособие по смене постельного белья тяжелобольному пациенту.....</u>	
<u>2.3. Пособие по смене нательного белья тяжелобольному пациенту</u>	
<u>2.4. Перемещение тяжелобольного пациента в постели</u>	
<u>2.5. Уход за кожей тяжелобольного пациента</u>	
<u>2.6. Оценка степени риска развития пролежней</u>	
<u>2.7. Оценка степени тяжести пролежней</u>	
<u>2.8. Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного пациента</u>	
<u>2.9. Уход за глазами, носом, ушами</u>	
<u>2.10. Уход за полостью рта тяжелобольного пациента</u>	
<u>2.11. Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного пациента.....</u>	
3. Технологии выполнения медицинских услуг при выполнении лечебных манипуляций.....	
3.1. Применение грелки	
3.2. Применение пузыря со льдом	
3.3. Подкожное введение лекарств и растворов	
3.4. Внутримышечное введение лекарств	
3.5. Гигиеническая обработка рук	

1. Технологии выполнения медицинских услуг при оценке функционального состояния пациента

1.1. Исследование пульса

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные, амбулаторно-поликлинические	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Часы с секундомером – 1шт.
5.2.	Прочий расходуемый материал	Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы. Кожный антисептик – 2 разовые дозы.
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	<p align="center">Алгоритм исследования пульса</p> <p>1. <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Проверить исправность и точность часов с секундомером.</p> <p>1.2. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.3. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие.</p> <p>1.4. Предложить пациенту или помочь принять удобное положение, сидя или лежа.</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Поместить первый палец руки на тыльную сторону выше кисти пациента, а второй, третий и четвертый – по ходу лучевой артерии, начиная с основания первого пальца пациента.</p> <p>2.2. Прижать слегка артерию к лучевой кости и почувствовать ее пульсацию.</p> <p>2.3. Взять часы с секундомером.</p> <p>2.4. Провести подсчет пульсовых волн на артерии в течение 1-ой минуты.</p> <p>2.5. Определить интервалы между пульсовыми волнами (ритм пульса)</p> <p>2.6. Определить наполнение пульса (объем артериальной крови, образующей пульсовую волну).</p> <p>2.7. Прижать артерию сильнее, чем прежде, к лучевой кости и определить напряжение пульса.</p> <p>3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Сообщить пациенту результат исследования пульса.</p> <p>3.2. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.3. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.</p>	
.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.</p> <p>Исследование пульса можно проводить не только на лучевой артерии, но и на сонной, височной, бедренной артериях, а также артериях стопы и т. д. Исследования пульса следует проводить на обеих конечностях, сравнивая его свойства.</p>	

	Если пульс ритмичный, возможен подсчет пульсовых волн за 30 секунд, при этом полученный результат следует удвоить. При наличии у пациента инфекционного кожного заболевания манипуляцию рекомендуется выполнять в перчатках
8.	Достижимые результаты и их оценка. Оценка результатов проводится путем сопоставления полученных данных с установленными возрастными нормативами: – одинаковость и симметричность пульса – синхронность сокращения на обеих руках; – ритмичность пульса - оценивают по регулярности следующих друг за другом пульсовых волн. Если пульсовые волны следуют через равные промежутки времени, то говорят о ритмичном пульсе. Если число пульсовых волн становится значительно меньше, чем частота сердечных сокращений, то возникает дефицит пульса; – частота пульса у взрослых – 60-80 колебаний/мин.; – наполнение пульса определяется объемом крови, находящейся в артерии. При достаточном количестве крови в артерии говорят о хорошем наполнении или полном пульсе. При уменьшении объема циркулирующей крови, слабом наполнении, пульс называют пустым; – напряжение пульса – сила, которую необходимо приложить для полного сдавливания пульсирующей артерии. Степень напряжения напрямую связана с уровнем артериального давления. При его повышении – пульс напряженный или твердый, при понижении артериального давления – мягкий.
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи. Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об изменении пульса пациента, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного исследования. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на измерение пульса не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни пациента
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики. Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения исследования. Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. Отсутствует отрицательная реакция пациента на исследование
11.	Графическое, схематическое и табличное представление технологии выполнения простой медицинской услуги Производится графическая регистрация результатов исследования в температурном листе

1.2. Измерение артериального давления на плечевой артерии

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные, амбулаторно-	

	поликлинические	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	<p>Стул (при измерении артериального давления в положении сидя) – 2шт.</p> <p>Стол – 1шт.</p> <p>Кушетка (при измерении давления в положении лежа).</p> <p>Прибор для измерения артериального давления (тонометр), соответствующий росту-возрастным показателям пациента и разрешенный к применению в медицинской практике – 1шт.</p> <p>Стетофонендоскоп – 1шт.</p>
5.2.	Прочий расходуемый материал	<p>Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы.</p> <p>Кожный антисептик – 3 разовые дозы – для обработки рук и мембраны стетофонендоскопа.</p> <p>Марлевые шарики – 2 шт.</p> <p>Емкость для отходов</p>
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	<p align="center">Алгоритм исследования артериального давления на плечевой артерии</p> <p>1. <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Проверить исправность тонометра и стетофонендоскопа.</p> <p>1.2. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.3. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие.</p> <p>1.4. Предложить или помочь пациенту принять удобное положение: усадить или уложить.</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца. Наложить манжету тонометра на плечо пациента. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объемом руки – один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки.</p> <p>2.2. Положить первый палец руки на тыльную сторону выше кисти пациента, а второй, третий, четвертый пальцы – по ходу лучевой артерии, начиная с основания первого пальца пациента.</p> <p>2.4. Прижать слегка артерию к лучевой кости и почувствовать ее пульсацию</p> <p>2.5. Постепенно произвести нагнетание воздуха грушей тонометра до исчезновения пульса. Этот уровень давления, зафиксированный на шкале тонометра, соответствует систолическому давлению.</p> <p>2.6. Спустить воздух из манжеты и подготовить прибор для дальнейшего повторного накачивания воздуха.</p> <p>2.7. Мембрану стетофонендоскопа поместить у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к коже, но, не прилагая усилий.</p> <p>2.8. После фиксации мембраны, быстро накачать манжету до уровня, превышающего полученный результат на 30 мм рт. ст.</p> <p>2.9. Сохраняя положение стетофонендоскопа, начать спускать воздух из манжеты со скоростью 2 – 3 мм рт. ст. за секунду. При давлении более 200 мм рт. ст. допускается увеличение этого показателя до 4 – 5 мм рт. ст. за секунду.</p> <p>2.10. Зафиксировать на шкале тонометра появление первого тона – это систолическое давление, значение которого должно совпадать с оценочным давлением, полученным пальпаторным путем.</p> <p>2.11. Отметить по шкале на тонометре прекращение громкого последнего тона – это диастолическое давление. Для контроля полного исчезновения тонов продолжать</p>	

	<p>аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона.</p> <p>2.12. Выпустить воздух из манжеты.</p> <p>3. Окончание процедуры:</p> <p>3.1. Сообщить пациенту результат исследования артериального давления.</p> <p>3.2. Обработать мембрану стетофонендоскопа шариком, смоченным кожным антисептиком.</p> <p>3.3. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.4. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.</p> <p>Для корректного измерения артериального давления необходимо соблюдать ряд условий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Измерение должно проводиться в спокойной комфортной обстановке при комнатной температуре, после адаптации пациента к условиям кабинета в течение не менее 5 – 10 мин. За час до измерения исключить прием пищи, курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли. 2. Артериальное давление может определяться в положении «сидя» (наиболее распространено), «лежа», и «стоя», однако во всех случаях необходимо обеспечить положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца. Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к завышению или занижению артериального давления на 4 мм рт. ст. <p>В положении «сидя» измерение проводится у пациента, располагающегося в удобном кресле или на стуле, с опорой на спинку, с исключением скрещивания ног. Необходимо учитывать, что глубокое дыхание приводит к повышенной изменчивости артериального давления, поэтому необходимо информировать об этом пациента до начала измерения.</p> <p>Рука пациента должна быть удобно расположена на столе рядом со стулом, и лежать неподвижно с упором в области локтя до конца измерения. При недостаточной высоте стола необходимо использовать специальную подставку для руки. Не допускается положение руки «на весу». Для выполнения измерения артериального давления в положении «стоя» необходимо использовать специальные упоры для поддержки руки, либо во время измерения поддерживать руку пациента в районе локтя.</p> 3. Повторные измерения проводятся с интервалом не менее 2-х минут. Во время первого визита пациента необходимо измерить артериальное давление на обеих руках. В дальнейшем целесообразно производить эту процедуру только на одной руке, всегда отмечая, на какой именно. При выявлении устойчивой значительной асимметрии (более 10 мм рт. ст. для систолического и 5 мм рт. ст. для диастолического артериального давления), все последующие измерения проводятся на руке с более высокими цифрами. В противном случае измерения проводят, как правило, на «нерабочей» руке. <p>Если имеется отличие более чем на 5 мм рт. ст., проводится третье измерение, которое сравнивается по приведенным выше правилам со вторым, а затем (по необходимости) и четвертым измерением. Если в ходе этого цикла выявляется прогрессивное снижение артериального давления, то необходимо дать дополнительное время для расслабления пациента.</p> <p>Если же отмечаются разнонаправленные колебания артериального давления, то дальнейшие измерения прекращают и определяют среднее трех последних измерений (при этом исключают максимальные и минимальные значения артериального давления).</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка.</p> <p>Оценивая результат, следует учитывать величину окружности плеча. При измерении артериального давления на худощавой руке – давление будет ниже, на полной руке – выше истинного. При величине окружности плеча 15 – 30 см рекомендуется к результа-</p>

	там систолического давления прибавить 15 мм рт. ст., при окружности плеча 45 – 50 см – уменьшить полученный результат на 25 мм рт. ст. Оценка результатов проводится путем сопоставления полученных данных с установленными возрастными нормативами (для относительно здорового человека):		
	Время суток	Нормотензия	Гипертензия
	день	120/80 мм рт. ст.	более 125/85 мм рт. ст.
	ночь	110/70 мм рт. ст.	более 120/80 мм рт. ст.
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи. Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об измерении артериального давления, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного исследования. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни пациента		
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики. Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения исследования. Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. Отсутствует отрицательная реакция пациента на измерение.		
11.	Графическое, схематическое и табличное представление технологии выполнения простой медицинской услуги Производится графическая регистрация результатов исследования в температурном листе		

1.3. Подсчет числа дыхательных движений

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные, амбулаторно-поликлинические	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Часы – 1 шт.
5.2.	Прочий расходный материал	Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы. Кожный антисептик – 2 разовые дозы.
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	Алгоритм подсчета частоты дыхательных движений 1. <u>Подготовка к процедуре:</u> 1.1. Проверить исправность часов. 1.2. Обработать руки гигиеническим уровнем.	

	<p>1.3. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие.</p> <p>1.4. Предложить пациенту или помочь принять удобное положение: усадить или уложить</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Взять пациента за руку.</p> <p>2.2. Положить руки (свою и пациента) на грудную клетку (у женщин) или эпигастральную область (у мужчин).</p> <p>2.3. Подсчитать частоту дыхательных движений за 1 минуту.</p> <p>3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Сообщить пациенту результат подсчета числа дыхательных движений.</p> <p>3.2. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.3. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.</p> <p>Подсчет дыхательных движений следует проводить в спокойной обстановке. Если дыхание ритмичное, возможен подсчет дыхательных движений за 30 секунд, при этом полученный результат следует удвоить</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка.</p> <p>Число дыхательных движений в одну минуту, у здорового человека, колеблется от 16 до 20.</p> <p>Патологические типы дыхания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дыхание Чейна-Стокса – характеризуется периодичностью возникновения дыхательных движений, между которыми имеются паузы с постепенным нарастанием дыхательных движений и последующим угасанием до полной остановки дыхания. 2. Дыхание Биота – прерывистое дыхание с большими паузами, которые могут длиться до 1 минуты. 3. Дыхание Куссмауля – шумное глубокое дыхание, с равномерными колебаниями
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи.</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об измерении ЧДД, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного исследования.</p> <p>Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на измерение массы тела не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни пациента</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики.</p> <p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения исследования. Результаты измерения получены и правильно интерпретированы.</p> <p>Отсутствует отрицательная реакция пациента на исследование</p>

1.4. Термометрия общая

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором

		В случае повреждения ртутного термометра собрать ртуть и остатки термометра, провести демеркуризацию и поместить их в отходы класса «Г»
3.	Условия выполнения медицинской услуги:	стационарные, амбулаторно-поликлинические
4.	Функциональное назначение медицинской услуги:	диагностическое
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Термометр медицинский (ртутный, электронный или любой разрешенный в медицинской практике) – 1 шт. Часы – 1 шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара (при измерении температуры ректально). Шпатель – 1 шт. Марлевая салфетка 10 x 10 – 2 шт.
5.2.	Лекарственные средства	Вазелин (вазелиновое масло) – при измерении температуры ректально
5.3.	Прочий расходный материал	Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы для обработки рук. Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук. Салфетка – 1 шт. Емкость для дезинфекции термометров. Емкость для дезинфекции перчаток. Емкость для медицинских отходов
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	Алгоритм измерения температуры тела в подмышечной впадине	
	1. <u>Подготовка к процедуре:</u> 1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем. 1.2. Проверить целостность и исправность термометра, встряхнуть его так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар. 1.3. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие. 1.4. Предложить пациенту или помочь принять удобное положение, сидя или лежа. 2. <u>Выполнение процедуры:</u> 2.1. Осмотреть подмышечную впадину, при необходимости – вытереть насухо салфеткой или попросить пациента сделать это самому. 2.2. Расположить термометр в подмышечной области так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон плотно соприкасался с телом пациента (прижать плечо к грудной клетке). 2.3. Оставить термометр на 5 минут. 3. <u>Окончание процедуры:</u> 3.1. Извлечь термометр, произвести считывание показаний термометра, держа его горизонтально на уровне глаз. 3.2. Сообщить пациенту результаты измерения. 3.3. Встряхнуть термометр сверху вниз, так чтобы ртуть опустилась вниз в резервуар. 3.4. Опустить термометр в емкость с дезинфицирующим раствором. 3.5. Обработать руки гигиеническим уровнем. 3.6. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры. 3.7. О лихорадящем пациенте сообщить дежурному врачу.	
	Алгоритм измерения температуры тела в полости рта (стеклянным ртутным термометром)	
	1. <u>Подготовка к процедуре:</u> 1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем. 1.2. Проверить целостность и исправность термометра, встряхнуть его так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар.	

	<p>1.3. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие.</p> <p>1.4. Предложить пациенту или помочь принять удобное положение, сидя или лежа.</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Осмотреть ротовую полость, убедиться в возможности измерения температуры данным способом.</p> <p>2.2. Поместить резервуар термометра в задний подъязычный карман (справа или слева) и попросить пациента подержать его там с закрытым ртом не менее 2-х минут, соблюдая осторожность, так чтобы случайно не повредить термометр зубами.</p> <p>3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Извлечь термометр, произвести считывание показаний термометра, держа его горизонтально на уровне глаз.</p> <p>3.2. Сообщить пациенту результаты измерения.</p> <p>3.3. Встряхнуть термометр сверху вниз, так чтобы ртуть опустилась вниз в резервуар.</p> <p>3.4. Опустить термометр в емкость с дезинфицирующим раствором.</p> <p>3.5. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.6. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в стандартный температурный лист и в АРМ палатной медицинской сестры.</p> <p>3.7. О лихорадящем пациенте сообщить дежурному врачу.</p> <p>3.6. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.</p> <p>3.7. О лихорадящем пациенте сообщить дежурному врачу.</p> <p style="text-align: center;">Алгоритм измерения температуры тела в прямой кишке</p> <p>1. <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.2. Проверить целостность и исправность термометра, встряхнуть его так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар.</p> <p>1.3. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие.</p> <p>1.4. Предложить пациенту или помочь принять положение на боку с согнутыми ногами в коленных и тазобедренных суставах.</p> <p>1.5. Надеть перчатки.</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Резервуар термометра смазать вазелином (вазелиновым маслом).</p> <p>2.2. Раздвинуть 1-ым и 2-ым пальцами ягодицы пациента. Осмотреть анальное отверстие, убедиться в возможности измерения температуры данным способом.</p> <p>2.3. Ввести резервуар термометра в анальное отверстие на глубину 3 – 4 см. Если чувствуется сопротивление введению термометра, процедуру немедленно прекратить.</p> <p>2.4. Оставить термометр на 2 мин.</p> <p>3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Извлечь термометр, протереть салфеткой, произвести считывание показаний термометра, держа его горизонтально на уровне глаз.</p> <p>3.2. Сообщить пациенту результаты измерения.</p> <p>3.3. Термометр поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.</p> <p>3.4. Протереть салфеткой анальное отверстие. Салфетку поместить в емкость для медицинских отходов.</p> <p>3.5. Помочь пациенту принять удобное положение.</p> <p>3.6. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.7. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.</p> <p>3.8. О лихорадящем пациенте сообщить дежурному врачу</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.</p> <p>Измерение температуры тела проводится 2 раза в сутки: утром с 6⁰⁰ до 9⁰⁰ часов и вечером с 17⁰⁰ до 19⁰⁰ часов; по назначению врача измерение температуры можно проводить чаще, по мере необходимости</p> <p>Перед измерением пациент нуждается в отдыхе (10 – 15 мин); проводить измерение не ранее чем через час после приема пищи; в экстренных случаях это не учитывается.</p> <p>При использовании электронного термометра необходимо следовать инструкции по</p>

	<p>применению данного прибора.</p> <p>Одноразовые химические термометры используются для измерения температуры во рту или подмышечной области.</p> <p>При пероральном применении термометр помещается в ротовую полость произвольно матрицей кверху, результат читается через 60 секунд; результаты измерения в подмышечной впадине оценивают через 3 минуты, полоска с точечной матрицей обязательно должна быть приложена к телу</p>																
8.	<p align="center">Достижимые результаты и их оценка.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Оценка результатов</i></th> <th><i>Температура тела, °С</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Гипотермия</td> <td>35,0 и ниже</td> </tr> <tr> <td>Субнормальная</td> <td>35,1-35,9</td> </tr> <tr> <td>Норма</td> <td>36,0 – 37,0</td> </tr> <tr> <td>Субфебрильная лихорадка</td> <td>37,1 – 38,0</td> </tr> <tr> <td>Фебрильная лихорадка</td> <td>38,1-39,0</td> </tr> <tr> <td>Пиретическая лихорадка</td> <td>39,1-41,0</td> </tr> <tr> <td>Гиперпиретическая лихорадка</td> <td>Более 41,0</td> </tr> </tbody> </table> <p>В ротовой полости и прямой кишке в ноче температура выше на 1,0⁰С, чем в подмышечной впадине. У пожилых и у детей температура тела 35,0 – 36,0⁰С, у новорожденных детей температура тела 37,0 – 37,2⁰С считается нормой. У женщин, во время менструального цикла температура тела выше на 0,6⁰С</p>	<i>Оценка результатов</i>	<i>Температура тела, °С</i>	Гипотермия	35,0 и ниже	Субнормальная	35,1-35,9	Норма	36,0 – 37,0	Субфебрильная лихорадка	37,1 – 38,0	Фебрильная лихорадка	38,1-39,0	Пиретическая лихорадка	39,1-41,0	Гиперпиретическая лихорадка	Более 41,0
<i>Оценка результатов</i>	<i>Температура тела, °С</i>																
Гипотермия	35,0 и ниже																
Субнормальная	35,1-35,9																
Норма	36,0 – 37,0																
Субфебрильная лихорадка	37,1 – 38,0																
Фебрильная лихорадка	38,1-39,0																
Пиретическая лихорадка	39,1-41,0																
Гиперпиретическая лихорадка	Более 41,0																
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи.</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об изменении температуры тела, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного исследования. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на измерение температуры тела не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни пациента.</p>																
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики.</p> <p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения исследования. Результаты измерения получены и правильно интерпретированы.</p>																
11.	<p>Графическое, схематическое и табличное представление технологии выполнения простой медицинской услуги.</p> <p>Производится графическая регистрация результатов исследования в температурном листе.</p>																

2. Технологии выполнения медицинских услуг при проведении общегигиенических мероприятий

2.1. Приготовление постели

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специально-стей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	Отсутствуют
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, изделия медицинского назначения	Кровать
5.2.	Прочий расходуемый материал	Матрац – 1 шт. Подушка – 2 шт. Пододеяльник – 1 шт. Простыня – 1 шт. Наволочка – 1 шт. Клеенка – 1 шт. Пеленка – 1 шт.
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	<p align="center">Алгоритм выполнения манипуляции</p> <p>1. <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Приготовить все необходимое.</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Осмотреть сетку кровати, она должна быть упругой, матрац с ровной поверхностью, достаточной длины и ширины, подушки мягкие.</p> <p>2.2. Положить простыню, тщательно расправить, края со всех сторон подвернуть под матрац.</p> <p>2.3. При необходимости по всей ширине матраца положить клеенку, а затем пеленку. Края подогнуть для предупреждения загрязнения постели.</p> <p>2.4. Надеть наволочки, взбить подушки и положить у изголовья кровати так, чтобы первая лежала прямо и выдавалась немного из-под второй, которая должна упираться в спинку кровати.</p> <p>2.5. Убедиться, что на наволочке на стороне пациента нет пуговиц, швов, застежек.</p> <p>2.6. Надеть пододеяльник на одеяло (в зависимости от времени года использовать байковые и шерстяные одеяла).</p> <p>3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.</p>	
7.	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики. Постельное белье необходимо менять 1 раз в 7 дней, при необходимости чаще.	
8.	Достижимые результаты и их оценка: Отсутствуют.	
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи: Отсутствуют.	
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики.	

	Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации
--	---

2.2. Пособие по смене постельного белья тяжелобольному пациенту

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором. Процедура выполняется медицинским персоналом в чистых (нестерильных) перчатках При выполнении данной услуги может использоваться помощник – вторая медицинская сестра/младший медицинский персонал/родственники
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебно-профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, изделия медицинского назначения	Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
5.2.	Прочий расходный материал	Дозированное жидкое мыло – 2 разовые дозы. Кожный антисептик – 2 разовые дозы. Комплект чистого белья – 1 шт. Салфетка – 1 шт. Мешок для сбора использованного белья – 1 шт. Емкость для дезинфекции ветоши. Емкость для дезинфекции перчаток. Емкость для текущей дезинфекции
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	Алгоритм смены постельного белья тяжелобольному пациенту	
	1. <u>Подготовка к процедуре:</u>	
	1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем.	
	1.2. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие (если это возможно).	
	1.3. Приготовить комплект чистого белья (пододеяльник, простынь, наволочка).	
	1.4. Убедиться, что в кровати нет личных вещей пациента.	
	1.5. Надеть перчатки.	
	2. <u>Выполнение процедуры:</u>	
	2.1. Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента.	
	2.2. Снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья.	
	2.3. Повернуть пациента на бок по направлению к себе.	
	2.4. Осторожно вынуть подушку из-под головы пациента и сменить наволочку. Использованную наволочку поместить в мешок для использованного белья.	
	2.5. Использованную простыню скатать по всей длине по направлению к пациенту.	
	2.6. На освободившейся части постели расстелить чистую простыню.	

	<p>2.7. Повернуть пациента на другой бок, чтобы он оказался на чистой простыне.</p> <p>2.8. Убрать использованную простыню в мешок и расправить чистую на постели, подвернув края под матрац.</p> <p>2.9. Осторожно поместить подушку под голову пациента.</p> <p>2.10. Поменять использованный пододеяльник на чистый пододеяльник.</p> <p>2.11. Накрыть пациента одеялом, извлекая использованный пододеяльник, которым он был укрыт.</p> <p>2.12. Убрать использованный пододеяльник в мешок для использованного белья.</p> <p>3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Придать пациенту удобное положение в постели.</p> <p>3.2. Убрать мешок с использованным бельем из палаты.</p> <p>3.3. Протереть тумбочку или стул, где располагалось использованное белье и одежда, салфеткой, смоченной дезинфицирующим средством, салфетку поместить в емкость для дезинфекции ветоши.</p> <p>3.4. Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции перчаток.</p> <p>3.5. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.6. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.</p> <p>В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок.</p> <p>Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-им – 2-мя помощниками. При этом головной конец и таз пациента держаться «на весу» и использованная простыня скатывается под ним сверху вниз</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка</p> <p>Пациент лежит на чистом белье</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи.</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на смену постельного белья не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики.</p> <p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения процедуры.</p> <p>Отсутствует отрицательная реакция пациента на процедуру.</p>

2.3. Пособие по смене нательного белья тяжелобольному пациенту

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором.

		Процедура выполняется медицинским персоналом в чистых (нестерильных) перчатках При выполнении данной услуги может использоваться помощник – вторая медицинская сестра/младший медицинский персонал/родственники
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебно-профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, изделия медицинского назначения	Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
5.2.	Прочий расходный материал	Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы. Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук. Комплект чистого нательного белья и одежды – 1 шт. Салфетка – 1 шт. Мешок для сбора использованного белья – 1 шт. Емкость для дезинфекции ветоши. Емкость для дезинфекции перчаток. Емкость для текущей дезинфекции
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	<p align="center">Алгоритм смены нательного белья тяжелобольному пациенту</p> <p><u>1. Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем. 1.2. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие (если это возможно). 1.3. Приготовить комплект чистого нательного белья и одежды. 1.4. Надеть перчатки.</p> <p><u>2. Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента. 2.2. Подвести руки под крестец, захватить края рубашки, и осторожно подвести ее к голове пациента. 2.3. Поднять пациенту обе руки. 2.4. Скатанную у шеи рубашку осторожно перевести через голову пациента. 2.5. Освободить руки от использованной рубашки (если одна рука повреждена или производится инфузия, надо начать с другой руки, осторожно пронести рукав над поврежденной рукой, при внутривенном вливании флакон с раствором снять со штатива и пронести через рукав). 2.6. Положить рубашку в мешок для использованного белья. 2.7. Надеть пациенту чистую рубашку в обратном порядке: сначала на поврежденную конечность, затем на здоровую конечность, перекинуть ее через голову и расправить под пациентом.</p> <p><u>3. Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Придать пациенту удобное положение в постели. 3.2. Убрать мешок с использованным бельем из палаты. 3.3. Протереть тумбочку или стул, где располагалось использованное белье и одежда, салфеткой смоченной дезинфицирующим средством. 3.4. Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции перчаток. 3.5. Обработать руки гигиеническим уровнем. 3.6. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.</p>	
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики. В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок. Не обнажать пациента (стоит прикрывать его простыней). Поощрять пациента активно участвовать в процедуре, разговаривать с ним (поддержание личного достоинства, восполнение потребности в общении).</p>	

	Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками. При этом один помощник поднимает голову и плечи пациента, а медицинская сестра снимает и одевает рубашку
8.	Достижимые результаты и их оценка. Пациент одет в чистое белье
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи. Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на смену нательного белья не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики. Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения процедуры. Отсутствует отрицательная реакция пациента на процедуру

2.4. Перемещение тяжелобольного пациента в постели

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	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 1-2 помощниками. Желательно наличие приспособлений для подъема пациента. До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором. Процедура выполняется медицинским персоналом в чистых (нестерильных) перчатках
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебно-профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Функциональная кровать. Оборудование для придания нужного положения (валики, подушки). Простыни для переворачивания. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
5.2.	Прочий расходный материал	Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы. Кожный антисептик – 2 разовые дозы. Емкость для дезинфекции перчаток
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	Алгоритм выполнения манипуляции	

<p>1. <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.2. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие (если это возможно).</p> <p>1.4. Надеть перчатки.</p> <p>1.5. Опустить боковое ограждение кровати, отрегулировать высоту для удобства манипуляции.</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры (перемещение пациента к изголовью кровати):</u></p> <p>2.1. Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.</p> <p>2.2. Встать лицом к ножному концу кровати под углом 45⁰С. Расставить ноги на ширину 30см. Ногу, находящуюся ближе к изголовью, отставить немного назад. Согнуть ноги в коленях (руки медицинской сестры должны находиться на уровне туловища пациента).</p> <p>2.3. Переместить центр тяжести на ногу, отставленную назад.</p> <p>2.4. Передвинуть ноги пациента по диагонали к изголовью кровати.</p> <p>2.5. Переместиться параллельно верхней части туловища пациента, согнуть ноги в коленях так, чтобы руки находились на уровне туловища пациента.</p> <p>2.6. Подвести под шею пациента руку, находящуюся ближе к изголовью, и снизу обхватить и поддерживать ею его плечо.</p> <p>2.7. Подвести другую руку под верхнюю часть спины пациента.</p> <p>2.8. Передвинуть голову и верхнюю часть туловища пациента по диагонали к изголовью кровати.</p> <p>2.9. переходить с одной стороны кровати на другую, повторяя п.п. 2.2. – 2.8., пока тело пациента не достигнет в постели желаемой высоты.</p> <p>2.10. Переместить пациента на середину постели, точно так же поочередно передвигая три части его тела.</p> <p>2.11. Поднять голову и плечи пациента и подложить подушку.</p> <p>3. <u>Выполнение процедуры (перемещение пациента в положении Фаулера):</u></p> <p>3.1. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати, убрать подушку.</p> <p>3.2. Поднять изголовье кровати под углом 45-60⁰С (или положить три подушки): человек, прямо сидящий на кровати, находится в положении Фаулера.</p> <p>3.3. Подложить подушки или сложенное одеяло под голени пациента.</p> <p>3.4. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).</p> <p>3.5. Подложить под предплечье и кисти подушку, если пациент не может самостоятельно двигать руками. Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.</p> <p>3.6. Подложить пациенту под поясницу подушку.</p> <p>3.7. Подложить небольшую подушку или валик под колени пациенту.</p> <p>3.8. Подложить небольшую подушку под пятки пациенту.</p> <p>3.9. Обеспечить упор для стоп под углом 90⁰С.</p> <p>4. <u>Выполнение процедуры (действия при пассивном переводе пациента из положения «на спине» в положение «на правом боку»):</u></p> <p>4.1. Попросить пациента обхватить свои локти кистями.</p> <p>4.2. Согнуть левую ногу пациента в коленном суставе. Ваша правая рука обхватывает нижнюю треть голени, левая рука – в подколенной впадине.</p> <p>4.3. Для поворота пациента на правый бок, взять его в области нижней трети левого бедра и левого плеча и с усилием повернуть его к себе лицом.</p> <p>5. <u>Выполнение процедуры (действия при переводе пациента из положения «полу-сидя» в положение «сидя»):</u></p> <p>5.1. Встать от пациента в изголовье, подвести руки под его плечи.</p> <p>5.2. Аккуратно усадить пациента, контролируя его самочувствие.</p> <p>5.3. При помощи помощника установить панель кровати на 90⁰С.</p>

	<p>5.4. Под колени пациента положить валик.</p> <p>6. <u>Выполнение процедуры (действия при переводе пациента из положения «лежа на боку» в положение «сидя с опущенными вниз ногами»):</u></p> <p>6.1. Встать лицом к пациенту, свою левую руку подвести под левое плечо пациента, правую руку – под колени.</p> <p>6.2. Поднять пациента, опуская вниз его ноги и одновременно поворачивая его на постели под углом 90⁰С.</p> <p>6.3. Усадив пациента, продолжать удерживать его левой рукой за плечо, правой рукой – за корпус.</p> <p>6.4. Убедиться, что пациент сидит устойчиво.</p> <p>7. <u>Выполнение процедуры (действия при переводе пациента из положения «сидя на стуле» в положение «сидя на кровати»):</u></p> <p>7.1. Встать лицом к пациенту так, чтобы ваши колени и стопы фиксировали колени и стопы пациента.</p> <p>7.2. Слегка согнув ноги в коленях, обхватить пациента за корпус, руки пациента при этом пассивно сложены на коленях.</p> <p>7.3. Слегка наклонив корпус пациента на себя, помочь ему приподняться на стуле.</p> <p>7.4. Поворачиваясь вправо, помочь пациенту сесть на кровать.</p> <p>7.5. Убедиться, что пациент сидит устойчиво.</p> <p>8. <u>Выполнение процедуры (действия при переводе пациента из положения «сидя на стуле» в положение «лежа»):</u></p> <p>8.1.-8.4. Выполняйте действия, описанные в предыдущем алгоритме в п.п. 7.1.-7.4.</p> <p>8.5. Встать справа от пациента: правую руку подвести ему под колени, левой рукой придерживать за спину на уровне лопаток.</p> <p>8.3. Поднять ноги пациента на кровать, поворачивая его при этом вокруг оси на 90⁰С, и опустить его голову на подушку.</p> <p>9. <u>Выполнение процедуры (действия при переводе пациента из положения «сидя на кровати» в положение «сидя на стуле»):</u></p> <p>9.1. Встать напротив пациента.</p> <p>9.2. Попросить пациента обхватить Вас за талию, при этом придерживать пациента за плечи в средней трети. Ваши стопы и стопы пациента должны находиться в положении «стопа к стопе».</p> <p>9.3. Сделать шаг назад, придерживая пациента и помогая ему встать.</p> <p>9.4. Поворачиваться влево, продолжая придерживать пациента, помогая ему встать перед стулом.</p> <p>9.5. Попросить пациента сесть на стул, стоящий позади него, при этом придерживать пациента за плечи, а коленями фиксировать его колени.</p> <p>9.6. Убедиться, что пациент сидит устойчиво.</p> <p><u>10. Окончание процедуры:</u></p> <p>10.1. Убедитесь, что пациенту удобно в новом положении.</p> <p>10.2. Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции перчаток.</p> <p>10.3. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>10.4. Отметить выполнение процедуры в дневнике наблюдения и ухода за пациентом.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.</p> <p>В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок.</p> <p>Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками.</p> <p>При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка.</p> <p>У пациента отсутствуют признаки физических травм (синяки, ссадины и повреждения костной системы) после перемещения</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи.</p>

	Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре (если оно в сознании). Информация включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни пациента
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность пациента качеством предоставляемой медицинской услуги. Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения процедуры.

2.5. Уход за кожей тяжелобольного пациента

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 060101 Лечебное дело 060501 Сестринское дело 060102 Акушерское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором. Процедура выполняется медицинским персоналом в чистых (нестерильных) перчатках
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебно-профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара. Термометр водяной – 1 шт.
5.2.	Прочий расходуемый материал	Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы. Кожный антисептик – 2 разовые дозы. Фартук непромокаемый – 1 шт. Одноразовые салфетки из нетканого материала – не менее 15 шт. Полотенце – 5 шт. Простыня – 1 шт. Клеенка подкладная – 1 шт. Пеленка – 1 шт. Мыло жидкое – 25 г. Комплект чистого нательного белья – 1 шт. Салфетка – 1 шт. Мешок для сбора использованного белья – 1 шт. Емкость для воды. Емкость для дезинфекции ветоши. Емкость для дезинфекции перчаток.

	Емкость для текущей дезинфекции
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги
6.1.	<p align="center">Алгоритм выполнения манипуляции</p> <p>1. <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.2. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие (если это возможно).</p> <p>1.3. Приготовить все необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности.</p> <p>1.4. Надеть фартук и перчатки.</p> <p>1.5. Приготовить моющий раствор для обработки пациента.</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента.</p> <p>2.2. Раздеть пациента до пояса и накрыть оголенную часть туловища простыней.</p> <p>2.3. В моющем растворе для обработки кожи пациента, смочить салфетку и протереть лицо в следующей последовательности: веки, лоб, щеки, нос, уши, область вокруг рта, подбородок, шею.</p> <p>2.4. Полотенцем обернуть кисть своей руки и ладонной поверхностью вытереть лицо и шею пациента.</p> <p>2.5. Положить пациенту на грудь и под руку с противоположной от медицинского работника стороны чистое полотенце.</p> <p>2.6. Взять чистую салфетку, вымыть ею руку пациента с противоположной от медицинского работника стороны. Мытье начинать с пальцев кисти, поддерживая ее снизу своей рукой. Затем вымыть руку до подмышечной впадины и вытереть насухо.</p> <p>2.7. В такой последовательности вымыть другую руку.</p> <p>2.8. Скатать простыню, находящуюся на груди пациента. Протереть чистой салфеткой грудь и живот сверху вниз, до паховой области. Во время мытья следить за тем, чтобы не сместить и не намочить любые повязки, дренажи, канюли.</p> <p>2.9. Вытереть насухо грудь, живот. Накрыть сухой простыней.</p> <p>2.10. Повернуть пациента поочередно на левый и правый бок, обтереть и просушить кожу спины.</p> <p>2.11. Обнажить нижнюю часть туловища.</p> <p>2.12. Подложить один конец полотенца под ногу пациента, а другим концом накрыть вторую его ногу и область гениталий. Начинать мытье ноги, продвигая салфетку от области коленного сустава вверх, от колена вниз к лодыжке, стопе, межпальцевым промежуткам. Носу при мытье приподнимать в области лодыжки, чтобы не осталось недоступных мест.</p> <p>2.13. Вытереть насухо ногу от бедра до лодыжки. Повторить манипуляцию с другой с ногой.</p> <p>3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Надеть на пациента чистое нательное белье.</p> <p>3.2. Придать пациенту удобное положение в постели.</p> <p>3.3. Укрыть пациента одеялом.</p> <p>3.4. Убрать мешок с использованным бельем, салфетками, полотенцами из палаты.</p> <p>3.5. Снять фартук.</p> <p>3.6. Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции перчаток.</p> <p>3.7. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.8. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в дневнике наблюдения за пациентом</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.</p> <p>В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок. Не обнажать пациента (стоит прикрывать его простыней).</p> <p>Уход за кожей пациента всегда сопровождается профилактикой пролежней, уходом за полостью рта, промежностью и наружными половыми органами</p>

8.	Достижимые результаты и их оценка: тело пациента чистое
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи. Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на уход за кожей не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики. Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения процедуры, кожные покровы чистые, сухие. Гиперемии и повреждений кожи нет. Отсутствует отрицательная реакция пациента на процедуру

2.6. Оценка степени риска развития пролежней

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования																																			
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 34.02.01 Сестринское дело																																		
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала																																			
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения исследования и после произвести гигиеническую обработку рук.																																		
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные																																			
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: диагностическое																																			
5.	Материальные ресурсы																																			
5.1.	Прочий расходный материал	Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы. Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук																																		
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги																																			
6.1.	<p align="center">Алгоритм оценки степени риска развития пролежней</p> <p>1. <u>Подготовка к процедуре:</u> 1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем. 1.2. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие (если это возможно). 1.3. Приготовить лист сестринской оценки риска развития пролежней.</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u> 2.1. Провести оценку риска развития пролежней, заполнив таблицу:</p> <table border="1" data-bbox="284 1706 1481 2020"> <thead> <tr> <th rowspan="2">№ п/п</th> <th rowspan="2">Факторы риска</th> <th colspan="7">Баллы</th> </tr> <tr> <th colspan="2">0</th> <th colspan="2">1</th> <th colspan="2">2</th> <th colspan="1">3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Телосложение: масса тела</td> <td colspan="2">среднее</td> <td colspan="2">выше среднего</td> <td colspan="2">ожирение</td> <td>ниже среднего</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		№ п/п	Факторы риска	Баллы							0		1		2		3	1	Телосложение: масса тела	среднее		выше среднего		ожирение		ниже среднего	2		0	1	1	1	1	2	3
№ п/п	Факторы риска	Баллы																																		
		0		1		2		3																												
1	Телосложение: масса тела	среднее		выше среднего		ожирение		ниже среднего																												
2		0	1	1	1	1	2	3																												

	Тип кожи	здоровая	папирос- ная бу- мага	сухая	отечная	липкая	измене- ния цвета	трещи- ны, пятна	
		3	Пол	1 мужской			2 Женский		
4	Возраст	1	2	3		4	5		
		19 – 49	50 – 64	65 – 74		75 – 81	более 81		
5	Особые Факторы риска	1	2	3		4	5		
		курение	анемия	болезни перифериче- ских сосудов		сердечная недостаточ- ность	нарушение питания кожи		
6	Недержание	0		1		2		3	
		полный кон- троль через катетер		периодическое через катетер		недержание кала		недержание кала и мочи	
7	Подвижность	0	1	2	3	4	5		
		полная	беспокойный, суегливый	апатичный	ограниченная подвижность	инертный	прикованный к креслу		
8	Аппетит	0		1		2		3	
		средний		плохой		питательный зонд, только жидкости		не через рот, анорексия	
9	Неврологические расстройства	4 – 6 диабет, множественный склероз, инсульт, моторные, сенсорные, параплегия							
10	Обширное опера- тивное вмеша- тельство ниже пояса, травма	5				5			
		Ортопедическое – ниже пояса, позвоночник				Более 2-х часов на столе			
11	Лекарственная терапия	4		4		4			
		цитостатические препараты		высокие дозы стероидов		противовоспали- тельные			

Инструкция: обвести кружком цифру, соответствующую баллам по шкале Waterlow.

Сумма баллов _____

1. Окончание процедуры:

3.1. Сообщить пациенту результаты обследования.

	3.2. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в дневнике наблюдения за пациентом.
7.	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики. При наличии расстройств речи, сознания, когда собрать анамнестические сведения невозможно, медицинская сестра должна получить их у родственников пациента, а также воспользоваться медицинской документацией
8.	Достижимые результаты и их оценка. Оценка результатов проводится путем сопоставления полученных данных с данными нормы. Итоговые значения, характеризующие степень риска: 1 – 9 баллов – нет риска 10 баллов – есть риск 15 баллов – высокая степень риска 20 баллов – очень высокая степень риска
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи. Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на проведение оценки риска развития пролежней не требуется, т.к. данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики. Оценка качества проведения простой медицинской услуги проводится по шкале Waterlow.
11.	Графическое, схематическое и табличное представление технологии выполнения простой медицинской услуги. В соответствии с отраслевым стандартом «Протокол ведения больного. Пролежни» 91500.11.0001-2002 и приказом МЗ РФ от 17 апреля 2002 г.

2.7. Оценка степени тяжести пролежней

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования
----	--

1.1.	Перечень специально-стей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: диагностическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Настольная лампа, как источник дополнительного освещения – 1 шт. Перчатки нестерильные – 1 пара. Стерильные салфетки – 5шт. Пинцет стерильный – 1шт. (при необходимости)
5.2.	Прочий расходный материал	Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы. Кожный антисептик – 2 разовые дозы. Спирт этиловый 70% – 5 г. Емкость для дезинфекции инструментария. Емкость для дезинфекции перчаток. Емкость для отходов класса «Б»
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	<p align="center">Алгоритм оценки степени тяжести пролежней</p> <p>1. <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.2. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие (если это возможно).</p> <p>1.3. Приготовить листы сестринской оценки риска развития пролежней, регистрации противопролежневых мероприятий и карту сестринского наблюдения за пациентом с пролежнями.</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Провести оценку риска развития пролежней по шкале Waterlow, заполнив таблицу (см. «Алгоритм оценки степени риска развития пролежней»).</p> <p>Инструкция: обведите кружком цифру, соответствующую баллам по шкале Waterlow. Сумма баллов _____ Риск: нет, есть, высокий, очень высокий (нужное подчеркнуть). Пролежни: есть, нет (нужное подчеркнуть) Стадия: 1 2 3 4 Согласовано с врачом: _____ (подпись врача)</p> <p>2.2. Провести с пациентом беседу и заполнить карту сестринского наблюдения за пациентами с пролежнями, получить согласие пациента на предложенный план ухода.</p> <p>1. Ф.И.О. пациента _____</p> <p>2. Отделение _____</p> <p>3. Палата _____</p> <p>4. Клинический диагноз _____</p> <p>5. Начало реализации плана ухода: дата _____ час. _____ мин.</p> <p>6. Окончание реализация плана ухода: дата _____ час . _____ мин.</p> <p>Пациент _____</p>	

(Ф.И.О.)

- получил разъяснение по поводу плана ухода по профилактике пролежней;
- получил информацию о факторах риска развития пролежней, целях профилактических мероприятий, последствиях несоблюдения всей программы профилактики.

Пациенту предложен план ухода в соответствии с отраслевым стандартом «Протокол ведения больных. Пролежни», утвержденным приказом МЗ РФ от 17.04.2002 г. N 123, даны полные разъяснения об особенностях диеты.

Пациент извещен о необходимости соблюдения всей программы профилактики, регулярного изменения положения в постели, выполнения дыхательных упражнений.

Пациент извещен, что несоблюдение им рекомендаций медицинской сестры и врача могут осложниться развитием пролежней.

Пациент извещен об исходе при отказе от выполнения плана ухода.

Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы относительно плана ухода и получил на них ответы.

Беседу провела медицинская сестра _____
(подпись медицинской сестры)

« _____ » _____ 20 _____ г.

Пациент согласился с предложенным планом ухода, о чем расписался собственноручно

_____ (подпись пациента)

или за него расписался согласно пункту 6.1.9 отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни»,

_____ (подпись, Ф.И.О.),

что удостоверяют присутствовавшие при беседе:

_____ (подпись медицинской сестры)

_____ (подпись свидетеля)

Пациент не согласился с предложенным планом ухода, о чем расписался собственноручно

_____ (подпись пациента)

или за него расписался согласно пункту 6.1.9 отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни»,

_____ (подпись, Ф.И.О.),

2.3. Ознакомиться с листом регистрации противолежневых мероприятий.

Начало реализации плана ухода	дата	час.	мин.
Окончание реализации плана ухода	дата	час.	мин.
1. Утром по шкале Waterlow _____ баллов			
2. Изменение положения, состояния в постели (вписать):			
положение	8.00 – 10.00 час.	положение	10.00 – 12.00 час.
положение	12.00 – 14.00 час.	положение	14.00 – 16.00 час.
положение	16.00 – 18.00 час.	положение	18.00 – 20.00 час.
положение	20.00 – 22.00 час.	положение	22.00 – 24.00 час.
положение	24.00 – 2.00 час.	положение	2.00 – 4.00 час.

4.00 – 6.00 час. положение		6.00 – 8.00 час. положение		
3. Клинические процедуры				
Душ		Ванна		Обмывание
4. Обучение пациента самоуходу (указать результат):				
5. Обучение родственников уходу (указать результат):				
6. Количество съеденной пищи (%)				
1 завтрак		2 завтрак		ужин
7. Получено жидкости				
9.00 – 13.00 час. _____ мл		13.00 – 18.00 час. _____ мл		18.00 – 22.00 час. _____ мл
8. Количество белка в граммах:				
9. Поролоновые прокладки используются (перечислить): под под				
10. Проведен массаж _____ участков _____ раз				
11. Для поддержания умеренной влажности использовались: 1. 2.				
12. Замечания и комментарии:				
ФИО медицинских сестер участвовавших в наблюдении за пациентом: 1. _____ (подпись) 2. _____ (подпись)				
<p>2.4. Повернуть пациента на бок или на живот.</p> <p>2.5. Надеть стерильные перчатки.</p> <p>2.6. Осмотреть места образования пролежней: крестец, пятки, лодыжки, лопатки, локти, затылок, большой вертел бедренной кости, внутренние поверхности коленных суставов.</p> <p>2.7. Оценить:</p> <ul style="list-style-type: none"> – локализацию, – окраску кожных покровов, – наличие запаха и боли, глубину и размер поражения, – наличие и характер отделяемой жидкости, – отечность краев раны, – наличие полости, в которой могут быть видны сухожилия и/или костные образования (при необходимости применять стерильные салфетки и стерильный пинцет). <p>2.8. Обработать места пролежней согласно отраслевому стандарту «Протокол ведения больных. Пролежни» 91500.11.0001-2002 и приказа МЗ РФ от 17 апреля 2002 г.</p> <p style="text-align: center;">3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Придать пациенту удобное положение.</p> <p>3.2. Сообщить пациенту результаты обследования.</p> <p>3.3. Поместить использованный пинцет, салфетки, перчатки в емкость для медицинских отходов (для последующей обработки согласно действующим инструкциям)</p> <p>3.4. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в дневнике наблюдения за пациентом.</p>				
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.</p> <p>При наличии расстройств речи, сознания, когда собрать анамнестические сведения не-</p>			

	возможно, медицинская сестра должна получить их у родственников пациента, а также воспользоваться медицинской документацией
8.	Достижимые результаты и их оценка. Оценка результатов проводится путем сопоставления полученных данных с принятой классификацией (ОСТ 91500.11.0001-2002): <i>1-ая степень</i> – устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены. <i>2-ая степень</i> – поверхностные нарушения целостности кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку. Стойкая гиперемия, отслойка эпидермиса. <i>3-я степень</i> – разрушение кожного покрова вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу. Возможны жидкие выделения. <i>4-ая степень</i> – поражение всех мягких тканей. Наличие полости, обнажающей нижележащие ткани (вплоть до кости)
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи. Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на проведение оценки риска развития пролежней не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики. Оценка качества проведения простой медицинской услуги проводится в соответствии с отраслевым стандартом 91500.11. 0001-2002 «Протокол ведения больного. Пролежни»
11.	Графическое, схематическое и табличное представление технологии выполнения простой медицинской услуги В соответствии с отраслевым стандартом 91500.11. 0001-2002 «Протокол ведения больного. Пролежни» и приказом МЗ РФ от 17 апреля 2002 г. №123

2.8. Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного пациента

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 060101 Лечебное дело 060501 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебно-профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, изделия медицинского назначения	Термометр водяной – 1 шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
5.2.	Прочий расходный материал	Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы. Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук Марлевые салфетки – 5шт.

	<p>Мыло. Шампунь. Крем до бритья. Крем после бритья Щетка для волос – 1 шт. Бритвенный станок (электробритва) – 1шт. Ножницы маникюрные – 1шт. Пилка для ногтей – 1шт. Полотенце – 2шт. Кувшин для воды – 1шт. Фартук непромокаемый – 1 шт. Мешок для использованного белья – 1шт. Клеенка – 1 шт. Емкость для воды. Емкость для дезинфекции инструментария. Емкость для дезинфекции перчаток</p>
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги
6.1.	<p>Алгоритм ухода за волосами тяжелобольного</p> <p>1. <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем, надеть непромокаемый фартук, перчатки. 1.2. Приготовить все необходимое для процедуры. 1.3. Налить в кувшин воду (t 35,0 – 37,0 °С) и измерить температуру воды водным термометром. 1.4. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие (если это возможно).</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Слегка приподнять изголовье кровати и подставить емкость для воды под приподнятое изголовье. 2.2. Переместить пациента в постели так, чтобы его голова оказалась над емкостью для воды. 2.3. Под плечи пациента подстелить клеенку так, чтобы один ее край свешивался в емкость для воды, на плечи положить полотенце. 2.4. Поливая теплой водой из кувшина смочить волосы пациента, нанести шампунь (мыло) и осторожно помассировать. 2.5. Промыть волосы чистой водой. 2.6. Вытереть голову пациента полотенцем. 2.7. Медленно и осторожно расчесать волосы. 2.8. Убрать клеенку, емкость с использованной водой. 2.9. Опустить изголовье кровати до нужного уровня.</p> <p>3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Помочь пациенту занять удобное положение в постели. 3.2. Убрать емкости для воды. 3.3. Снять фартук. 3.4. Убрать полотенце в мешок для использованного белья. 3.5. Снять перчатки и поместить их в емкость для обработки перчаток. 3.6. Обработать руки гигиеническим уровнем. 3.7. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в дневнике наблюдения за пациентом.</p>
6.2.	<p>Алгоритм ухода за ногтями тяжелобольного</p> <p>1. <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Приготовить все необходимое для процедуры. 1.2. Обработать руки гигиеническим уровнем. 1.3. Надеть перчатки. 1.4. Налить в емкость воду (t 35,0 – 37,0 °С). 1.5. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие (если это возможно).</p>

	<p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Предложить и помочь пациенту вымыть руки с мылом.</p> <p>2.2. Положить руки пациента на полотенце и насухо их вытереть.</p> <p>2.3. Маникюрными ножницами постричь ногти пациента, обработать пилкой для ногтей.</p> <p>3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Помочь пациенту занять удобное положение в постели.</p> <p>3.2. Убрать емкость для воды.</p> <p>3.3. Убрать полотенце в мешок для использованного белья.</p> <p>3.4. Использованные ножницы и пилку поместить в емкость для дезинфекции инструментария.</p> <p>3.5. Снять перчатки и поместить их в емкость для обработки перчаток.</p> <p>3.6. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).</p> <p>3.7. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в дневнике наблюдения за пациентом.</p>
6.3.	<p style="text-align: center;">Алгоритм бритья тяжелобольного пациента</p> <p>1. <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Приготовить все необходимое для процедуры.</p> <p>1.2. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.3. Надеть перчатки.</p> <p>1.4. Налить в емкость воду (t 40,0 – 45,0 °C).</p> <p>1.5. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие (если это возможно).</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Накрыть грудь и шею пациента полотенцем.</p> <p>2.2. Отжать салфетку и положить ее на щеки и подбородок пациента на 3 – 5 мин.</p> <p>2.3. Равномерно нанести на кожу крем для бритья.</p> <p>2.4. Оттягивая кожу в направлении, противоположном движению станка, побрить пациента (при использовании электробритвы бритье осуществляется круговыми движениями к подбородку и шее).</p> <p>2.5. После бритья протереть лицо влажной, затем сухой салфеткой, нанести крем после бритья.</p> <p>3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Помочь пациенту занять удобное положение в постели.</p> <p>3.2. Убрать емкость для воды.</p> <p>3.3. Убрать полотенце в мешок для использованного белья.</p> <p>3.4. Использованные станок или ножи электробритвы поместить в емкость для дезинфекции инструментария.</p> <p>3.5. Снять перчатки и поместить их в емкость для обработки перчаток.</p> <p>3.6. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.7. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в дневнике наблюдения за пациентом.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.</p> <p>После мытья головы, особенно женщинам с длинными волосами, следует надеть на голову косынку или полотенце, чтобы избежать переохлаждения.</p> <p>При стрижке ногтей на ногах следует стричь их прямо, не закругляя углы, для предупреждения врастания.</p> <p>При повреждении кожи пациента следует обработать ее 70% спиртом.</p> <p>Бритье тяжелобольного пациента предпочтительнее выполнять электробритвой, для уменьшения раздражения и риска инфицирования кожи</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка. Пациент опрятен</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи.</p>

	Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на проведение процедуры не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики. Пациент удовлетворен процедурой и своим внешним видом

2.9. Уход за глазами, носом, ушами

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором. Процедура выполняется медицинским персоналом в чистых (нестерильных) перчатках
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебно-профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Стерильные марлевые салфетки 20 x 20 – 10 шт. Стерильные марлевые шарики – 2 5шт. Турунды ватные/марлевые – 20 шт. Пипетка глазная – 5шт. Лопатка глазная стеклянная – 5шт. Пинцет – 2шт. Зажим – 2 шт. Зонд ушной - 2шт. Термометр водяной – 1 шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
5.2.	Лекарственные средства	Масло подсолнечное – 30,0 Раствор фурацилина 0,02% – 400,0 (стерильный). 3% раствор перекиси водорода – 400,0
5.3.	Прочий расходный материал	Дозированное жидкое мыло – 2 разовые дозы. Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук. Пеленка – 1шт. Емкость для медицинских отходов. Емкость для дезинфекции инструментария. Емкость для дезинфекции перчаток
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	Алгоритм ухода за глазами	
	1. <u>Подготовка к процедуре:</u> 1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем. 1.2. Приготовить все необходимое для процедуры. 1.3. Надеть перчатки. 1.4. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие	

	<p>(если это возможно).</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Придать пациенту удобное положение в постели.</p> <p>2.2. Под голову пациента положить пеленку.</p> <p>2.3. Взять пинцетом стерильный ватный/марлевый шарик, смочить его 0,02% раствором фурацилина, слегка отжать. Перехватить шарик свободной рукой.</p> <p>2.4. Протереть шариком ресницы и веки по направлению от наружного угла глаза к внутреннему.</p> <p>2.5. Использованный шарик удалить в емкость для медицинских отходов.</p> <p>2.6. Повторить п.п. 2.3 – 2.5 4 – 5 раз, используя на каждое протирание разные шарики.</p> <p>2.7. Промокнуть остатки раствора сухими шариками.</p> <p>3. <u>Окончание процедуры.</u></p> <p>3.1. Помочь пациенту занять удобное положение в постели.</p> <p>3.2. Использованный инструментарий поместить в емкость для его дезинфекции.</p> <p>3.3. Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции перчаток.</p> <p>3.4. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения.</p>
6.2.	<p style="text-align: center;">Алгоритм ухода за носом</p> <p>1. <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.2. Приготовить все необходимое для процедуры.</p> <p>1.3. Надеть перчатки.</p> <p>1.4. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие (если это возможно).</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Придать пациенту удобное положение в постели.</p> <p>2.2. Под голову пациента положить пеленку.</p> <p>2.3. Взять пинцетом ватную турунду, смочить ее в стерильном подсолнечном масле, слегка отжать. Перехватить турунду свободной рукой.</p> <p>2.4. Приподнять кончик носа пациента, ввести турунду вращательными движениями в нижний носовой ход и оставить на 2-3 мин. затем извлечь, вращая в противоположном направлении.</p> <p>2.5. Используемую турунду удалить в емкость для медицинских отходов.</p> <p>2.6. При необходимости повторить процедуру несколько раз.</p> <p>2.7. Марлевой салфеткой удалить остатки масла на коже лица.</p> <p>3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Помочь пациенту занять удобное положение в постели.</p> <p>3.2. Использованный инструментарий поместить в емкость для его дезинфекции.</p> <p>3.3. Снять перчатки и поместить их в емкость для их дезинфекции.</p> <p>3.4. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в дневнике наблюдения за пациентом.</p>
6.3.	<p style="text-align: center;">Алгоритм ухода за ушами</p> <p>1. <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.2. Приготовить все необходимое для процедуры.</p> <p>1.3. Надеть перчатки.</p> <p>1.4. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие (если это возможно).</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Придать пациенту удобное положение в постели (повернуть голову на бок).</p> <p>2.2. Под голову пациента положить пеленку.</p> <p>2.3. Обработать ушные раковины и около ушное пространство влажной салфеткой.</p> <p>2.4. Взять пинцетом ватную турунду, смочить 3% раствором перекиси водорода, пере-</p>

	<p>хватить в правую руку. Затем, оттягивая левой рукой ушную раковину кзади и кверху для выпрямления наружного слухового прохода, правой рукой вращательными движениями аккуратно ввести турунду.</p> <p>2.5. Использованную турунду удалить в емкость для медицинских отходов.</p> <p>2.6. При необходимости повторить процедуру несколько раз.</p> <p>3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Помочь пациенту занять удобное положение в постели.</p> <p>3.2. Использованный инструментарий поместить в емкость для его дезинфекции.</p> <p>3.3. Снять перчатки и поместить их в емкость для обработки перчаток.</p> <p>3.4. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в дневнике наблюдения за пациентом</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики. При образовании в носу корочек их можно удалить предварительно, закапав в нос масло, а затем удалить корочки сухими ватными турундами.</p> <p>Ежедневная обработка наружных слуховых проходов необходима, поскольку в них постоянно выделяется сера – желтовато-коричневая масса. Скопление таких выделений может привести к образованию серных пробок, что служит причиной снижения слуха.</p>
8.	Достижимые результаты и их оценка. Пациент опрятен.
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи. Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на проведение процедуры не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики. Пациент удовлетворен процедурой</p>

2.10. Уход за полостью рта тяжелобольного пациента

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептиком. Процедура выполняется медицинским персоналом в чистых (нестерильных) перчатках
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебно-профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Марлевые стерильные салфетки – 10шт. Ватные шарики – 25шт. Пинцет – 1шт.

		Зажим – 1 шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
5.2.	Лекарственные средства	Стерильный глицерин – 1 разовая доза (5,0 мл). Антисептический раствор для обработки полости рта пациента (2% раствор натрия гидрокарбоната или 0,02% фурацилина) – 200,0 мл. Вазелин – 5 г
5.3.	Прочий расходный материал	Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук. Пеленка – 1шт. Емкость для медицинских отходов. Емкость для дезинфекции инструментария. Емкость для дезинфекции перчаток.
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	<p style="text-align: center;">Алгоритм ухода за полостью рта тяжелобольного пациента</p> <p>1. <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.2. Приготовить все необходимое для процедуры.</p> <p>1.3. Надеть перчатки.</p> <p>1.4. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие (если это возможно).</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Придать пациенту удобное положение в постели:</p> <ul style="list-style-type: none"> – на спине, с приподнятым головным концом под углом 45⁰; – лежа на боку; – лежа на животе, повернув голову на бок. <p>2.2. Под голову пациента положить пеленку.</p> <p>2.3. Взять зажимом или пинцетом стерильную марлевую салфетку, смочить ее антисептическим раствором, слегка отжать.</p> <p>2.4. Провести чистку зубов, начиная с задних. Последовательно вычистить внутреннюю, верхнюю и наружную поверхности зубов, выполняя движения вверх-вниз в направлении от задних зубов к передним. Повторить те же действия с другой стороны рта.</p> <p>2.5. Исползованные салфетки удалить в емкость для медицинских отходов.</p> <p>2.6. Сухими салфетками промокнуть ротовую полость пациента для удаления остатков жидкости и выделений из полости рта.</p> <p>2.7. Попросить пациента высунуть язык. Если он не может этого сделать, то необходимо обернуть язык стерильной салфеткой и левой рукой осторожно вытянуть его изо рта.</p> <p>2.8. Салфеткой, смоченной антисептическим раствором, протереть язык, снимая налет, в направлении от корня языка к его кончику.</p> <p>2.9. Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть внутреннюю поверхность щек, пространство под языком, десны пациента.</p> <p>2.10. При сухости языка, смазать его стерильным глицерином.</p> <p>2.11. Обработать последовательно верхнюю и нижнюю губу тонким слоем вазелина (для профилактики трещин на губах).</p> <p>3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Помочь пациенту занять удобное положение в постели.</p> <p>3.2. Исползованный инструментарий поместить в емкость для дезинфекции инструментария.</p> <p>3.3. Снять перчатки и поместить их в емкость для обработки перчаток.</p> <p>3.4. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в дневнике наблюдения за пациентом</p>	

7.	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики. При сухости во рту или неприятном запахе изо рта следует полоскать 15-30 мл стандартного состава для полоскания рта (на 1 л кипяченой воды 1 чайная ложка пищевой соды, 1 чайная ложка соли, мятная вода для запаха) через каждые 2-4 часа
8.	Достижимые результаты и их оценка. Пациент опрятен, удовлетворен процедурой
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи. Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на проведение процедуры не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики. Отсутствие у пациента скопления секрета в полости рта, отсутствие патологических изменений слизистой полости рта

2.11. Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного пациента

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептическим раствором. Процедура выполняется в чистых (нестерильных) перчатках
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебно-профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Термометр водяной - 1 шт. Корнцанг – 1 шт. Марлевые салфетки – 20 шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
5.2.	Прочий расходуемый материал	Дозированное жидкое мыло – 2 разовые дозы Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук. Пеленка – 1 шт. Клеенка – 1 шт. Судно – 1 шт. Непромокаемый фартук – 1 шт. Ширма – 1 шт. Емкость для воды Емкость для отходов Емкость для дезинфекции инструментария

	Емкость для дезинфекции перчаток
6.	<p align="center">Характеристика методики выполнения медицинской услуги</p> <p align="center">Алгоритм ухода за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного пациента</p> <p>1. Подготовка к процедуре:</p> <p>1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.2. Приготовить все необходимое для процедуры (поставить ширму, если пациент находится в общей палате).</p> <p>1.3. Надеть фартук, перчатки.</p> <p>1.4. Представиться пациенту, объяснить цель, ход процедуры и получить его согласие (если это возможно).</p> <p>1.5. Налить в емкость воду ($t\ 35 - 37^{\circ}\text{C}$).</p> <p>2. Выполнение процедуры женщине:</p> <p>2.1. Подстелить под ягодицы клеенку и пеленку.</p> <p>2.2. Помочь пациентке занять удобное для проведения процедуры положение на судне.</p> <p>2.3. Встать сбоку от пациентки, в одну руку взять емкость с теплой водой, в другую руку зажим с марлевой салфеткой.</p> <p>2.4. Поливая из емкости на половые органы женщины, последовательно обработать наружные половые органы по направлению к анальному отверстию: область лобка, наружные (большие) половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия, межягодичную складку. Салфетки менять по мере загрязнения.</p> <p>2.5. Использованные салфетки удалить в емкость для медицинских отходов.</p> <p>2.6. Просушить половые органы сухими марлевыми салфетками в той же последовательности.</p> <p>3. Выполнение процедуры мужчине:</p> <p>3.1. Подстелить под ягодицы клеенку и пеленку.</p> <p>3.2. Помочь пациенту занять удобное для проведения процедуры положение, смочить водой салфетку.</p> <p>3.3. Встать сбоку от пациента.</p> <p>3.4. Отодвинуть пальцами левой руки крайнюю плоть, обнажить головку полового члена.</p> <p>3.5. Обработать головку полового члена, кожу полового члена, мошонку, паховые складки, область анального отверстия, межягодичную складку. Салфетки менять по мере загрязнения.</p> <p>3.6. Использованные салфетки удалить в емкость для медицинских отходов.</p> <p>3.7. Просушить половые органы сухими марлевыми салфетками в той же последовательности</p> <p>4. Окончание процедуры:</p> <p>4.1. Убрать судно, пеленку, клеенку.</p> <p>4.2. Помочь пациенту занять удобное положение в постели.</p> <p>4.3. Использованный инструментарий поместить в емкость для его дезинфекции.</p> <p>4.4. Снять фартук.</p> <p>4.5. Снять перчатки и поместить их в емкость для их обработки.</p> <p>4.6. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>4.7. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в дневнике наблюдения за пациентом</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.</p> <p>Процедура выполняется тяжелобольным пациентам, находящимся на строгом постельном и постельном режиме.</p> <p>Подмывание проводится 2 раза в сутки, а также после каждого акта дефекации у всех пациентов, у женщин – после каждого мочеиспускания.</p> <p>Естественные складки у тучных людей обрабатывают при увлажнении – присыпкой, при сухости кожи – увлажненным кремом.</p>
8.	Достижимые результаты и их оценка

	Кожа промежности и наружных половых органов чистая. Определостей нет. Пациент удовлетворен качеством полученной услуги
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи. Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на проведение процедуры не требуется, т.к. процедура не является потенциально опасной для жизни пациента
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики. Пациент удовлетворен процедурой

3. Технологии выполнения медицинских услуг при выполнении лечебных манипуляций

3.1. Применение грелки

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования
----	--

1.1.	Перечень специально-стей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения процедуры и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептиком.
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные, амбулаторно-поликлинические	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Грелка – 1 шт. Водный термометр – 1шт. Часы – 1шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
5.2.	Прочий расходный материал	Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы. Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук. Пеленка – 2шт. Салфетка – 1шт. Емкость для воды. Емкость для текущей дезинфекции
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	Алгоритм применения грелки	
	<p>1. <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.2. Приготовить все необходимое для процедуры.</p> <p>1.3. Налить в емкость воду (t 60 °С).</p> <p>1.4. Заполнить грелку водой на 2/3 объема, осторожно вытеснить из нее воздух, завинтить плотно вентиль.</p> <p>1.5. Вытереть грелку насухо, особенно тщательно горловину, убедиться в герметичности грелки, опрокинув пробкой вниз и сжав руками с двух сторон.</p> <p>1.4. Объяснить пациенту цель, ход процедуры, получить его согласие.</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Помочь пациенту принять удобное для проведения процедуры положение.</p> <p>2.2. Завернуть грелку в пеленку.</p> <p>2.3. Приложить грелку к назначенной области тела на определенное время (место применения грелки и время назначаются врачом).</p> <p>3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Убрать грелку. Помочь пациенту занять удобное положение в постели, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели не менее 1 часа.</p> <p>3.2. Открыть пробку у грелки и вылить воду.</p> <p>3.3. Надеть перчатки.</p> <p>3.4. Салфеткой, смоченной в емкости для текущей дезинфекции, обработать грелку двукратно с интервалом в 15 минут. После чего вымыть водой, высушить.</p> <p>3.5. Снять перчатки, обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.6. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.</p>	
7.	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики. При длительном применении грелки по назначению врача делают кратковременные перерывы для замены воды, в связи с ее остыванием. Прикладывать грелку, не завернутую в пеленку, не следует, так как может возникнуть ожог участка кожи	
8.	Достижимые результаты и их оценка.	

	Произошло рефлекторное расслабление гладкой мускулатуры, имеет место болеутоляющий и рассасывающий эффект
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи. Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о ее цели и содержании. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на применение грелки не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики. Своевременность выполнения услуги (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность пациента качеством представленной медицинской услуги

3.2. Применение пузыря со льдом

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая дополнительные и специальные требования	
1.1.	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения процедуры и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их кожным антисептиком.
3.	Условия выполнения медицинской услуги: стационарные, амбулаторно-поликлинические	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1.	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Пузырь для льда – 1 шт. Водный термометр – 1шт. Часы – 1шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
5.2.	Прочий расходный материал	Дозируемое жидкое мыло – 2 разовые дозы. Кожный антисептик – 2 разовые дозы для обработки рук. Кусочки льда. Пеленка – 2шт. Салфетка – 1шт. Емкость для воды. Емкость для текущей дезинфекции
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	Алгоритм применения пузыря со льдом 1. <u>Подготовка к процедуре:</u> 1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем. 1.2. Приготовить все необходимое для процедуры. 1.3. Налить в емкость воду (t 14-16 ⁰ C). 1.4. Заполнить пузырь для льда водой на 1/3 объема, добавить кусочки льда, осторожно вытеснить из него воздух, завинтить плотно пробку. 1.5. Вытереть пузырь для льда насухо, особенно тщательно горловину, убедиться в его герметичности, опрокинув пробкой вниз и сжав руками с двух сторон.	

	<p>1.6. Объяснить пациенту цель, ход процедуры, получить его согласие.</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Помочь пациенту принять удобное для проведения процедуры положение.</p> <p>2.2. Завернуть пузырь для льда в пленку.</p> <p>2.3. Приложить пузырь для льда к назначенной области тела или подвесить его над назначенной областью на определенное время (место применения грелки и время назначаются врачом).</p> <p>3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Убрать пузырь для льда. Помочь пациенту занять удобное положение в постели.</p> <p>3.2. Открыть пробку у пузыря для льда и вылить воду.</p> <p>3.3. Надеть перчатки.</p> <p>3.4. Салфеткой, смоченной в емкости для текущей дезинфекции, обработать пузырь для льда двукратно с интервалом в 15 мин., после чего вымыть водой, высушить.</p> <p>3.5. Снять перчатки, обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.6. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.</p>
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.</p> <p>Обычно пузырь со льдом подвешивают на 20-30 мин. на расстоянии 3 – 4 см от назначенной для охлаждения области.</p> <p>В случае повторного применения делают перерыв на 10 – 15 мин. и вновь подвешивают. Во время перерыва и по мере таяния льда воду сливают, а кусочки льда добавляют. Общее время охлаждающего воздействия не должно превышать 2-х часов.</p> <p>Замораживать воду, налитую в пузырь, в морозильной камере не следует, так как поверхность образовавшегося конгломерата льда велика и может возникнуть переохлаждение или отморожение участка тела</p>
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка.</p> <p>Сухой холод снижает потребность клеток в кислороде, приводит к сужению кровеносных сосудов кожи, а также более глубоко расположенных органов и тканей, уменьшает чувствительность периферических рецепторов.</p>
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и его членов семьи.</p> <p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на применение пузыря со льдом не требуется, так как данная процедура не является потенциально опасной для жизни пациента</p>
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики.</p> <p>Своевременность выполнения услуги (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством представленной медицинской услуги</p>

3.3. Подкожное введение лекарств и растворов

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности	До проведения процедуры и после необходимо обра-

	труда при выполнении услуги	ботать руки гигиеническим уровнем. Процедура выполняется в перчатках
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги: Амбулаторно-поликлинические. Стационарные Транспортировка в условиях «скорой медицинской помощи»	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Манипуляционный столик – 1шт. Кушетка – 1шт. Шприцы одноразовые (по количеству назначенных препаратов). Лоток – 2шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара Непрокальываемый контейнер – 2шт. Емкость для дезинфекции – 2шт.
5.2	Лекарственные средства	Антисептики для обработки кожи и рук. Лекарственные препараты по назначению (в ампулах, флаконах)
5.3	Прочий расходный материал	Марлевая салфетка или шарик – 3шт. (желательно па- тентованные, в стерильной упаковке)
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	<p align="center">Алгоритм выполнения подкожного введения лекарств</p> <p>1. <u>Подготовка к процедуре:</u></p> <p>1.1. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача.</p> <p>1.2. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>2.3. Подготовить шприц.</p> <p>2.4. Набрать лекарственный препарат в шприц, вытеснить воздух.</p> <p>2.5. Предложить/помочь занять пациенту удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента и от вводимого препарата.</p> <p>2.6. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой инъекции во избежание возможных осложнений.</p> <p>2.7. Надеть перчатки.</p> <p>2. <u>Выполнение процедуры:</u></p> <p>2.1. Осмотреть, пропальпировать место предполагаемой инъекции. Обработать место инъекции двумя шариками, смоченными антисептиком, в одном направлении.</p> <p>2.2. Снять колпачок со шприца, совместить срез иглы с линией шкалы.</p> <p>2.2. Собрать одной рукой кожу в складку треугольной формы основанием вниз.</p> <p>2.3. Придерживая канюлю иглы указательным пальцем, поднести шприц под углом 45⁰ к основанию складки и ввести иглу быстрым движением на 2/3 ее длины.</p> <p>2.5. Отпустить складку, освободившейся рукой потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не в сосуде.</p> <p>2.6. Медленно ввести лекарственный препарат в подкожную жировую клетчатку.</p> <p>3. <u>Окончание процедуры:</u></p> <p>3.1. Прижать к месту инъекции сухую стерильную салфетку или шарик, извлечь иглу.</p> <p>3.2. Утилизировать шприц и использованный материал.</p> <p>3.3. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.</p> <p>3.4. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>3.5. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.</p>	
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:</p> <p><i>Места постановки подкожных инъекций:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – наружная часть верхней и средней трети плеча; – наружная часть верхней и средней трети бедра; 	

	<ul style="list-style-type: none"> – подлопаточная область; – передняя брюшная стенка - на уровне пупка, отступив 1-2см влево или вправо. <p><i>Особенности ведения масляных растворов:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – ампулу с масляным раствором предварительно подогреть на водяной бане до температуры 38⁰С; – перед введением масляного раствора обязательно потянуть поршень на себя - убедиться, что не попали в кровеносный сосуд (с целью профилактики масляной эмболии); – после инъекции приложить грелку для лучшего рассасывания лекарства. <p><i>Особенности введения гепарина (антикоагулянт прямого действия)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – перед набором убедиться в дозировке (возможно 5000ЕД в 1мл, 10000ЕД в 1мл, или 20000ЕД в 1мл); – при введении гепарина подкожно (обычно в область передней брюшной стенки) необходимо держать иглу под углом 90⁰, не производить аспирации на кровь, не массировать место укола после инъекции; – При передозировке возможно кровотечение - следить за состоянием пациента (цвет слюны, мочи, кала). <p><i>Особенности введения инсулина (снижает сахар крови)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – дозируется в единицах действия (100ЕД в 1мл), вводится при помощи специального шприца; – набирать в шприц инсулина на 1-2 деления больше, чтобы компенсировать его потерю при вытеснении воздуха; – предварительно подбирать место введения, т.к. возможно образование уплотнений, рубцов, дефектов подкожной клетчатки (липодистрофия); – исключить контакт инсулина со спиртом, снижающим его активность; – инъекцию выполнять в строго назначенное время, за 30 минут до приема пищи. Первые признаки передозировки (гипогликемического состояния) - раздражительность, потливость, чувство голода.
8.	Достижимые результаты и их оценка: Препарат пациенту введен
9.	Форма информированного согласия при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи: Пациент 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 (длительность применения, выполнение методических рекомендаций по нормам здорового образа жизни).
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики: Отсутствие отклонений и дефектов на этапах выполнения методики. Выполнение методики без осложнений. Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
11.	Графическое, схематическое и табличное предоставление технологий выполнения простой медицинской услуги: отсутствует
12.	Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости): отсутствует

3.4. Внутримышечное введение лекарств

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования
----	--

1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: 34.02.01 Сестринское дело
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения процедуры и после необходимо обрабатывать руки гигиеническим уровнем. Использование непрокальваемого контейнера для использованных игл Процедура выполняется в перчатках
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги: Амбулаторно-поликлинические. Стационарные Транспортировка в условиях «скорой медицинской помощи»	
4.	Функциональное назначение медицинской услуги: лечебное	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Манипуляционный столик – 1шт. Кушетка – 1шт. Непрокальваемый контейнер – 2шт. Емкость для дезинфекции – 2шт. Шприцы одноразовые (по количеству назначенных препаратов). Лоток – 2шт. Перчатки чистые (нестерильные) – 1 пара
5.2	Лекарственные средства	Антисептики для обработки кожи и рук. Лекарственные препараты по назначению (в ампулах, флаконах)
5.3	Прочий расходный материал	Марлевая салфетка или шарик – 3 шт. (желательно патентованные, в стерильной упаковке)
6.	Характеристика методики выполнения медицинской услуги	
6.1.	<p align="center">Алгоритм выполнения внутримышечного введения лекарств</p> <p>1. Подготовка к процедуре:</p> <p>1.1. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача.</p> <p>1.2. Обработать руки гигиеническим уровнем.</p> <p>1.3. Подготовить шприц.</p> <p>1.4. Набрать лекарственный препарат в шприц.</p> <p>1.5. Предложить/помочь занять пациенту удобное положение: лежа.</p> <p>1.6. Надеть перчатки.</p> <p>1.7. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой инъекции во избежание возможных осложнений.</p> <p>2. Выполнение процедуры:</p> <p>2.1. Дважды обработать место инъекции антисептиком в одном направлении.</p> <p>2.2. Туго натянуть кожу большим и указательным пальцами одной руки (у ребенка и пожилого, истонченного человека захватить мышцу в складку), что увеличит массу мышцы и облегчит введение иглы.</p> <p>2.3. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы мизинцем.</p> <p>2.4. Ввести иглу быстрым движением под углом 90° в кожу на $2/3$ ее длины.</p> <p>2.5. Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не в сосуде.</p> <p>2.6. Медленно ввести лекарственный препарат в мышцу.</p> <p>3. Окончание процедуры:</p> <p>3.1. Прижать к месту инъекции сухую салфетку или шарик, извлечь иглу.</p> <p>3.2. Утилизировать шприц и использованный материал.</p> <p>3.3. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.</p>	

	3.4. Обработать руки гигиеническим уровнем. 3.5. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.
7.	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики: <i>Места постановки внутримышечных инъекций:</i> – верхний наружный квадрант ягодицы; – четырехглавая мышца бедра, трехглавая мышца плеча. При проведении инъекции в мышцы плеча или бедра шприц держать в правой руке как писчее перо, под углом, чтобы не повредить надкостницу. <i>Особенности ведения антибиотиков (оказывают противомикробное действие):</i> – дозируются в единицах действия (ЕД) или граммах (г) (1г =1000 000ЕД); – для разведения используются растворы: 0,25% или 0,5% новокаина, 0,9% натрия хлорида, вода для инъекций или прилагаемый растворитель; – разводятся так, чтобы в 1мл растворителя содержалось 100 000ЕД или 200 000ЕД антибиотика; разведенный антибиотик используется сразу (допускается хранение в холодильнике до 12 часов); – после внутримышечного введения антибиотика на место инъекции прикладывается грелка. <i>Особенности внутримышечного ведения 25% сульфата магния</i> – предварительно предупредить пациента о болезненности, попросить максимально расслабиться; – вводить глубоко внутримышечно; – после инъекции прикладывается грелка.
8.	Достижимые результаты и их оценка: Препарат пациенту введен
9.	Форма информированного согласия при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи: Пациент 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 (длительность применения, выполнение методических рекомендаций по нормам здорового образа жизни)
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики: Отсутствие отклонений и дефектов на этапах выполнения методики. Выполнение методики без осложнений. Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги
11.	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги: Отсутствует
12.	Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости): Отсутствует

3.5. Гигиеническая обработка рук

Гигиеническую обработку рук следует проводить в следующих случаях:

1. перед непосредственным контактом с пациентом и выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;
2. после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления), секретами организма, слизистыми оболочками, повязками; медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента, загрязненными поверхностями и оборудованием;
3. после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами.

4. Гигиеническая обработка рук проводится двумя способами:
5. гигиеническое мытье рук мылом и водой для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов;
6. обработка рук кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня.

Для мытья рук применяют жидкое мыло с помощью дозатора. Вытирают руки полотенцем (салфеткой), предпочтительно одноразовым.

Гигиеническую обработку рук спиртсодержащим или другим, разрешенным к применению, антисептиком, проводят путем втирания его в кожу кистей рук в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

При использовании дозатора новую порцию антисептика (или мыла) наливают в дозатор после его дезинфекции, промывания водой и высушивания.

Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и с высокой нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и т.п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и др.).