



**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ
АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
КИЗИЛОРТОВСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ**

Российская Федерация
Республика Дагестан,
368118, г. Кизилорт,
ул. Вишневого, 170.

Тел.: +7(989) 476-00-15
E-mail: omar.g4san@yandex.ru

ОДОБРЕНО
на педагогическом совете № 1
от «29» августа 2025г.

УТВЕРЖДЕНО
директор ПОАНО «КМК» г.Кизилорт
О.М.Гасанов
Приказ №2 -О
от «29» августа 2025г.



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**для проведения текущего контроля успеваемости, промежуточной
аттестации обучающихся по учебной дисциплине (профессиональному
модулю)**

**ПМ.01 Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с
оказанием медицинской помощи.**

по программе базовой подготовки
на базе основного общего образования;
форма обучения – очная

Квалификация выпускника – медицинская сестра/ медицинский брат

г. Кизилорт



**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ
АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
КИЗИЛЮРТОВСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ**

Российская Федерация
Республика Дагестан,
368118, г. Кизилюрт,
ул. Вишневого, 170.

Тел.: +7(989) 476-00-15
E- mail: omar.g4san@yandex.ru

ОДОБРЕНО
на педагогическом совете № 1
от «29» августа 2025г.

УТВЕРЖДЕНО
директор ПОАНО «КМК» г.Кизилюрт
О.М.Гасанов _____
Приказ №2 -О
от «29» августа 2025г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**для проведения текущего контроля успеваемости, промежуточной
аттестации обучающихся по учебной дисциплине (профессиональному
модулю)**

**ПМ.01 Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с
оказанием медицинской помощи.**

по программе базовой подготовки
на базе основного общего образования;
форма обучения – очная
Квалификация выпускника – медицинская сестра/ медицинский брат

Фонд оценочных средств (далее ФОС) по учебной дисциплине ПМ.01. Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих, должностям служащих «младшая медицинская сестра по уходу за больными» разработан на основе Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 «Сестринское дело».

Организация-разработчик: ПОАНО «Кизилюртовский-многопрофильный колледж» г.Кизилюрт.

Разработчик: преподаватель отделения Мусаева Мариян Ахмедовна

СОГЛАСОВАНО

Работодатель

ГБУ РД «Кизилюртовская ЦГБ»

368120, РД, г. Кизилюрт,

ул. Аскерханова 11

Главный врач

_____ П.Д.Шабанова

«___» _____ 2025 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения профессионального модуля
2. Описание перечня оценочных средств и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования
3. Оценочные средства характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения профессионального модуля
4. Описание шкал оценивания компетенций на различных этапах их формировании
5. Описание процедуры оценивания знаний и умений, характеризующих этапы формирования компетенций

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения профессионального модуля

Основной задачей оценочных средств является контроль и оценивание уровня освоения компетенций и умений.

Оценочные средства для контроля знаний и умений, формируемых ПМ.01. «Выполнение работ по профессии 24232 младшая медицинская сестра по уходу за больными», оцениваемые компоненты компетенций отражены в таблице.

Таблица № 1

	Контролируемые элементы модуля	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
1.	МДК.01.01. Обеспечение безопасной окружающей среды в медицинской организации	ПК. 1.1, ПК. 1.2, ПК. 1.3, ОК. 01, ОК. 02, ОК. 03, ОК. 04, ОК. 05, ОК. 06, ОК. 07, ОК. 08, ОК. 09	Устный опрос. Тестовые задания. Разноуровневые задачи и задания.
2.	МДК. 01.02 Технология оказания медицинских услуг	ПК. 1.1, ПК. 1.2, ПК. 1.3, ОК. 01, ОК. 02, ОК. 03, ОК. 04, ОК. 05, ОК. 06, ОК. 07, ОК. 08, ОК. 09	Устный опрос Тестовые задания. Творческие задания. Практико-ориентированные задания Разноуровневые задачи и задания.
3.	ПМ. 01.ЭК Квалификационный экзамен		
4.	УП.01 Учебная практика.	ПК. 1.1, ПК. 1.2, ПК. 1.3, ОК. 01, ОК. 02, ОК. 03, ОК. 04, ОК. 05, ОК. 06, ОК. 07, ОК. 08, ОК.	Собеседование. Доклады.

		09	
5.	ПП.01 Производственная практика (по профилю специальности «Сестринское дело»)	ПК. 1.1, ПК. 1.2, ПК. 1.3, ОК. 01, ОК. 02, ОК. 03, ОК. 04, ОК. 05, ОК. 06, ОК. 07, ОК. 08, ОК. 09	Практико-ориентированные задания

1.1.1. В результате освоения профессионального модуля обучающийся должен

Владеть навыками	размещения материальных объектов и медицинских отходов на средствах транспортировки. осуществления транспортировки и своевременной доставки материальных объектов и медицинских отходов к месту назначения. проведения ежедневной влажной и генеральной уборки палат, помещений, кабинетов с использованием дезинфицирующих и моющих средств. проведения обеззараживания воздуха и проветривания палат, помещений, кабинетов. обеспечения порядка в холодильниках и санитарное содержание холодильников для хранения личных пищевых продуктов пациентов. проведения дезинфекции предметов ухода, оборудования, инвентаря и медицинских изделий. проведения предстерилизационной очистки медицинских изделий. получения информации от пациентов (их родственников/законных представителей). размещения и перемещения пациента в постели. проведения санитарной обработки, гигиенического ухода за телом больных пациентами (умывание, обтирание кожных покровов, полоскание полости рта). оказания пособия пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода при физиологических отправлениях. кормления пациента с недостаточностью самостоятельного ухода. получения комплектов чистого постельного белья, одежды и обуви. осуществления смены нательного и постельного белья. осуществления транспортировки и сопровождения пациента. оказания помощи медицинской сестре в проведении простых диагностических исследований: измерение температуры тела, частоты пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений. наблюдения за функциональным состоянием пациента. Осуществления доставки биологического
------------------	---

	материала в лабораторию. оказания первой помощи при угрожающих жизни состояниях. проведения ухода за телом умершего человека. осуществления транспортировки умершего человека.
--	--

Уметь	согласовывать действия с медицинским персоналом медицинской организации при перемещении, транспортировке материальных объектов и медицинских отходов. рационально использовать специальные транспортные средства перемещения. удалять медицинские отходы с мест первичного образования и перемещать в места временного хранения. производить транспортировку материальных объектов медицинских отходов с учетом требований инфекционной безопасности, санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима. обеспечивать сохранность перемещаемых объектов в медицинской организации. производить герметизацию упаковки емкостей однократного применения с отходами различных классов Опасности. использовать упаковку (пакеты, баки) однократного и многократного применения в местах первичного сбора отходов с учетом класса Опасности. правильно применять средства индивидуальной защиты. производить гигиеническую обработку рук. оказывать первую помощь. производить уборку помещений, в том числе с применением дезинфицирующих и моющих средств. применять разрешенные для обеззараживания воздуха оборудование и химические средства. поддерживать санитарное состояние холодильников для хранения пищевых продуктов пациентов. обеспечивать порядок хранения пищевых продуктов пациентов в холодильниках. использовать моющие и дезинфицирующие средства при дезинфекции предметов ухода, оборудования, инвентаря, емкостей многократного применения для медицинских отходов. использовать и хранить уборочный инвентарь, оборудование в соответствии с маркировкой. производить предстерилизационную очистку медицинских изделий. производить обезвреживание отдельных видов медицинских отходов, обработку поверхностей, загрязненных биологическими жидкостями. правильно применять средства индивидуальной защиты.
-------	---

	получать информацию от пациентов (их родственников/законных представителей). использовать специальные средства для размещения и перемещения пациента в постели с применением принципов эргономики. размещать и перемещать пациента в постели с использованием принципов эргономики. создавать комфортные условия пребывания пациента в медицинской организации. измерять температуру тела, частоту пульса, артериальное давление, частоту дыхательных движений. Определять основные показатели функционального состояния пациента. измерять антропометрические показатели (рост, масса тела). информировать медицинский персонал об изменениях в состоянии пациента. оказывать помощь пациенту во время его осмотра врачом. оказывать первую помощь при угрожающих жизни состояниях. использовать средства и предметы ухода при санитарной обработке и гигиеническом уходе за пациентом. оказывать пособие пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода при физиологических отправлениях. кормить пациента с недостаточностью самостоятельного ухода. выявлять продукты истекшего срока годности, признаки порчи и загрязнения. получать комплекты чистого нательного белья, одежды и обуви. производить смену нательного и постельного белья. осуществлять транспортировку и сопровождение пациента. доставлять биологический материал в лабораторию и медицинской организации. своевременно доставлять медицинскую документацию к месту назначения. производить посмертный уход. обеспечивать сохранность тела умершего человека. измерять рост и массу тела умершего человека при работе в патологоанатомическом отделении. создавать условия для производства вскрытий и забора биологического материала при работе в патологоанатомическом отделении. осуществлять туалет тела умершего человека и помещать его в трупохранилище.
--	---

	транспортировать тело умершего человека до места временного хранения. доставлять трупный материал в лабораторию медицинской организации. производить регистрацию приема и выдачи тела умершего человека при работе в патологоанатомическом отделении. правильно применять средства индивидуальной защиты.
Знать	виды упаковок (емкостей), контейнеров для материальных объектов медицинских отходов, правил агерметизации упаковок для отходов различного класса опасности.

	средства и способы перемещения и транспортировки материальных объектов, медицинских отходов и обеспечения их сохранности в медицинской организации. назначение и правила использования средств перемещения. правила подъема и перемещения тяжестей с учетом здоровья и берегающих технологий. требования инфекционной безопасности, санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим при транспортировке материальных объектов. инструкция по сбору, хранению и перемещению медицинских отходов организации. схема обращения с медицинскими отходами. правила гигиенической обработки рук. перечень состояний, при которых оказывается первая помощь; признаки заболеваний и состояний, требующих оказания первой помощи; алгоритмы оказания первой помощи; правила применения средств индивидуальной защиты. график проведения ежедневной влажной и генеральной уборки палат, помещений, кабинетов с использованием дезинфицирующих и моющих средств. способы обеззараживания воздуха и проветривания палат, помещений, кабинетов. инструкция по санитарному содержанию холодильников и условиям хранения личных пищевых продуктов пациентов. правила инфекционной безопасности при выполнении трудовых действий. правила хранения уборочного инвентаря, дезинфицирующих и моющих средств. инструкции по применению моющих и дезинфицирующих средств, используемых в медицинской организации. правила дезинфекции и предстерилизационной очистки медицинских изделий. инструкции по проведению дезинфекции предметов ухода, оборудования, инвентаря, емкостей многократного применения для медицинских отходов. методы безопасного обезвреживания инфицированных и потенциально инфицированных отходов (материалы, инструменты, предметы, загрязненные кровью и/или другими биологическими жидкостями; патологоанатомические отходы, органические операционные отходы,
--	---

	пищевые отходы из инфекционных отделений, отходы из микробиологических, клинико-диагностических лабораторий, биологические отходы вивариев; живые вакцины, не пригодные к использованию), методы безопасного обезвреживания чрезвычайно эпидемиологически опасных отходов (материалы, контактировавшие с больными инфекционными болезнями, вызванными микроорганизмами 1-й и 2-й групп патогенности, отходы лабораторий, работающих с микроорганизмами 1-й и 2-й групп патогенности). правила общения с пациентами (их родственниками/законными представителями).
--	---

	здоровьесберегающие технологии при перемещении пациента недостаточностьюсамостоятельногоухода. порядокпроведениясанитарнойобработкипациентаигигиеническо гоуходазапациентомнедостаточностьюсамостоятельногоухода. методы пособия при физиологических отправлениях пациенту недостаточностьюсамостоятельногоухода. правила информирования об изменениях в состоянии пациента.алгоритмизмеренияантропометрическихпоказателей.по казателифункциональногосостояния,признакиухудшениясостоян ияпациента. порядококазанияпервойпомощиприугрожающихжизнисостояния х. санитарно- эпидемиологическиетребованиясоблюденияправилличнойгигиен ыпациента. правила кормления пациента с недостаточностьюсамостоятельногоухода. санитарно-эпидемиологические требования к организациипитанияпациентов. алгоритмсменынательногоипостельногобельяпациентуснедостат очностьюсамостоятельногоухода. правилаиспользованияхраненияпредметовуходазапациентом.ус ловия безопасной транспортировки и перемещения пациента сиспользованиемпринципов эргономики. условияконфиденциальностиприработесбиологическимматериал оми медицинскойдокументацией. правила безопасной транспортировки биологического материалавлaborаториюмедицинскойорганизации,работысмедич инскимиотходами. структурамедицинскойорганизации. способы и средства оказания первой помощи при угрожающихжизнисостояниях. последовательность посмертного ухода.условияхранениятелаумершегочеловека. правиласанитарнойобработкиихранениятелаумершегочеловека. технологиятранспортировкителаумершегочеловекадоместавреме нногохраниения. учетныеформымедицинскойдокументации. трудовоезаконодательствороссийскойфедерации,регулирующее рудовой процесс, нормы этики и морали в профессиональнойдеятельности. правилавнутреннеготрудовогораспорядка,лечебно- охранительного, санитарно-гигиенического и
--	---

	противоэпидемического режима медицинской организации. правила применения средств индивидуальной защиты.
--	--

2. Описание перечня оценочных средств и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования

Таблица № 2

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
-------	----------------------------------	--	---

1	2	3	4
1	Практико-ориентированные задания	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для практического решения
2	Устный опрос	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде опроса преподавателем обучающихся.	Вопросы по темам/разделам МДК
3	Разноуровневые задачи и задания (Ситуационные задания и др.)	Различают задачи и задания: а) репродуктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать знание фактического материала (базовые понятия, алгоритмы, факты) и умение правильно использовать специальные термины и понятия, узнавание объектов изучения в рамках определенного раздела дисциплины; б) реконструктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей; в) творческого уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения.	Комплект разноуровневых задач и заданий
4	Тестовые задания	Система стандартизированных	Фонд

		заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	тестовых заданий
5	Доклад	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы	Темы докладов
6	Собеседования	Продукт работы студента, представляющий собой публичное выступление по определенной теме	Темы для бесед и сообщений
7	Творческое задание	Частично регламентированное задание, имеющее нестандартное решение и позволяющее диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения. Может выполняться в индивидуальном порядке или группой обучающихся.	Темы групповых и/или индивидуальных творческих заданий

3. Оценочные средства характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения профессионального модуля

Для проведения текущего контроля по

МДК 01.01 Обеспечение безопасной окружающей среды в медицинской организации

Тема 3.1. Внутрибольничная инфекция. Инфекционный контроль. Профилактика ВБИ.

Вопросы к устному опросу:

1. Внутрибольничная инфекция: определение
2. Способы передачи ВБИ в медицинской организации.
3. Факторы, влияющие на восприимчивость хозяина к инфекции.
4. Группы риска ВБИ
5. Резервуары возбудителей ВБИ

Тестовые задания:

1. Искусственный путь передачи ВБИ:

- А) воздушно-капельный
- Б) контактно-бытовой
- В) искусственный
- Г) воздушно-пылевой

2. Социальную обработку рук проводят:

- А) перед сменой постельного белья
- Б) перед обработкой раны
- В) после снятия стерильных перчаток
- Г) после инвазивной процедуры

3. Гигиеническую обработку рук проводят:

- А) перед и после приема пищи
- Б) при бытовом загрязнении рук
- В) после посещения туалета

3. Заболевание инфекционного характера, которым пациент заражается в процессе оказания медицинской помощи, а медицинский персонал в процессе оказания медицинских услуг, называется:

- А) Карантинным
- Б) Внутрибольничным
- В) Эндемичным

4. Искусственный путь передачи – это:

- А) Естественный через кровь
- Б) Естественный контактно-бытовой
- В) Искусственный

5. Использование масок во время работы в стационаре:

- А) Всегда обязательно
- Б) На усмотрение эпидемиолога
- В) На усмотрение администрации

Ключи правильных ответов:

1. В
2. А
3. В
4. Б
5. В
6. А

Тема 3.2. Дезинфекция: виды, методы, режимы.

Вопросы к устному опросу:

1. Понятие «дезинфекция». Виды и методы дезинфекции.
2. Общие требования к дезинфекционному режиму в ЛПУ.
3. Характеристика современных средств дезинфекции.
4. Медицинские отходы: структура и классификация.
5. Организация системы сбора и удаления отходов в ЛПУ.
6. Функциональные обязанности должностных лиц ЛПУ по сбору, хранению и удалению отходов.

Тестовые задания:

1. К какому методу дезинфекции относится кварцевание:

- А) Биологический
- Б) Физический
- В) Механический

2. Один раз в неделю медицинской сестрой проводится:

- А) Текущая уборка
- Б) Генеральная уборка
- В) Заключительная уборка

3. Дезинфекция – комплекс мероприятий, направленных на уничтожение:

- А) микроорганизмов
- Б) грызунов
- В) насекомых
- Г) членистоногих

4. Комплекс мер, направленных на уничтожение грызунов:

- А) дезинфекция
- Б) дезинсекция
- В) дератизация
- Г) стерилизация

5. Обжигание металлических лотков – метод дезинфекции:

- А) механической
- Б) физической
- В) химической
- Г) биологической

Ключи правильных ответов:

- 1. Б
- 2. Б
- 3. А
- 4. Б
- 5. Б

Тема 3.3. Приготовление дезинфицирующих растворов.

Тестовые задания:

1. Текущую влажную уборку процедурного кабинета проводят раствором:

- А) самаровки
- Б) перекиси водорода
- В) фурацилина
- Г) хлоргексидина биглюконата

2. Дезинфекцию изделий медназначения в стационаре проводят раствором:

- А) форэкс-хлора
- Б) фурацилина
- В) соды
- Г) пливасепта

3. Дезинфекцию грелок и клеенок проводят раствором:

- А) 0,05% анолита
- Б) 0,5% калия перманганата
- В) 4% хлоргексидина биглюконата
- Г) 6% перекиси водорода

4. Шприцы обеззараживают в растворе:

- А) 20% сульфацила-натрия
- Б) 3% перекиси водорода
- В) 2% бриллианта
- Г) 1% самаровки

Ключи правильных ответов:

1. А
2. Г
3. Г
4. Б

Разноуровневые задачи и задания:

Задание 1. Составить тематический кроссворд по теме «Дезинфицирующие растворы»

Инструкция:

1. Повторить материал – 5 минут.
2. Выстроить грамотные вопросы – 8 вопросов.
3. Составить кроссворд по данным вопросам.

Ответы в таблице не указывать.

Тема 3.4. Общие требования к дезинфекционному режиму в ЛПУ. Медицинские отходы.

Тестовые задания:

1. После выписки пациента из стационара медицинская сестра проводит:

- А) Заключительную дезинфекцию;
- Б) Генеральную уборку;
- В) Текущую дезинфекцию.

2. После смерти пациента медицинская сестра проводит:

- А) Заключительную дезинфекцию;
- Б) Генеральную уборку;
- В) Текущую дезинфекцию.

3. Резиновые грелки, пузыри для льда после использования обрабатывают:

- ๒) двукратно протирают дезинфицирующим раствором
- ๓) протирают перекисью водорода
- ๔) промывают под проточной водой
- ๕) погружают на 1 час в 3% раствор хлорамина

4. Материалы и инструменты, загрязненные выделениями, в том числе кровью относятся к отходам класса:

- ๒) А
- ๓) Б
- ๔) В
- ๕) Г

5. Для приготовления 10 литров 0,5% рабочего раствора хлорной извести нужно взять:

- а) 5л маточного раствора + 5л воды
- б) 1л маточного раствора + 9л воды
- в) 500 мл маточного раствора + 9,5 л воды
- г) 0,5кг хлорной извести + 9,5 л воды

Ключи правильных ответов:

- 1. А
- 2. А
- 3. А
- 4. Б
- 5. В

Разноуровневые задачи и задания:

Задание 1. Составьте памятку для медсестры «Материалы и способы дезинфекции».

Задание 2. Составьте памятку «Классы отходов и их утилизация».

Тема 3.5. Медицинские аварии. Профилактика парентеральных инфекций.
Предстерилизационная очистка.

Тестовые задания:

1. Растворы для обработки слизистой носа медсестры при аварийной ситуации:

- А) перекись водорода
- Б) сульфацил-натрий
- В) камфорный спирт

2. Раствор для обработки полости рта при попадании крови И-инфицированного пациента:

- А) 70-% этиловый спирт
- Б) 45% этиловый спирт
- В) 20% сульфацил-натрий
- Г) 3% перекись водорода

3. Аварийные ситуации, подлежащие регистрации все, кроме:

- А) укол инфицированной иглой
- Б) попадание крови на слизистую глаз
- В) попадание крови на кожу рук

Г) попадание биологического материала на кушетку

4. Назовите перчатки, которые максимально защищают руки от порезов режущими инструментами

- А) латексные
- Б) кольчужные
- В) нитриловые
- Г) виниловые

5. Санитарно-противоэпидемический режим - это

- а) комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний
- б) уничтожение микроорганизмов в окружающей среде
- в) режим, который устанавливается в отделении
- г) комплекс мероприятий, направленный на выполнение дезинфекции в МО

Ключи правильных ответов:

- 1. Б
- 2. А
- 3. Г
- 4. Б
- 5. А

Разноуровневые задачи и задания:

Задание 1. Составьте памятку для медсестры «Алгоритм первой помощи при аварийных ситуациях на месте работы».

Тема 3.6. Моющие растворы для ПСО.

Тестовые задания:

1. Время стерилизации инструментария в сухожарочном шкафу, при температуре

180°C, в мин:

- А) 20
- Б) 30
- В) 40
- Г) 60

2. Индикатор стерильности в паровом стерилизаторе при давлении 1,1 атм, экспозиции 45 мин:

- А) ИС – 120
- Б) ИС – 132
- В) ИС – 160
- Г) ИС – 180

3. Для химической стерилизации используют раствор:

- А) 0,05% анолита
- Б) 0,2% сульфохлорантина Д
- В) 3% перекиси водорода
- Г) 70% этилового спирта

4. Срок стерильности медицинstrumentария в нескрытых стерилизационных коробках

КС, в сутках:

- А) 1
- Б) 3
- В) 5
- Г) 20

5. Срок стерильности изделий в стерильных коробках (КФ) при условии ежемесячной смены фильтров, в сутках:

- А) 1
- Б) 3
- В) 5
- Г) 20

Ключи правильных ответов:

- 1. Г
- 2. А
- 3. Г
- 4. Б
- 5. Г

Разноуровневые задачи и задания:

Задание 1: Схематично изобразите этапы ПСО.

Тема 3.7. Стерилизация. Принципы работы ЦСО. Контроль качества стерилизации.

Тестовые задания:

1. Сколько стерилизующих агентов используется при паровом методе стерилизации:

- А) 2;
- Б) 3;
- В) 4.

2. Указать правильный основной режим парового метода стерилизации:

- А) 132 градуса, 20 минут, 1, 2 атмосферы;
- Б) 130 градуса, 20 минут, 1, 2 атмосферы;
- В) 132 градуса, 20 минут, 1,0 атмосферы;

3. Воздушный метод подразумевает стерилизацию в:

- А) Специальной емкости;
- Б) Автоклав;
- В) Сухожаровой шкаф.

4. Материал изделий, который подходит для стерилизации в автоклаве при основном режиме:

- А) Текстиль;
- Б) Бумага;
- В) Резина.

5. Розовое окрашивание реактива при проведении ПСО возникает, если нанести на инструменты:

- А) Азопирам;
- Б) Фенолфталеин;
- В) Судан – 3.

Ключи правильных ответов:

- 1. Б
- 2. А
- 3. В
- 4. А
- 5. Б

Разноуровневые задачи и задания:

Задание 1: Заполните немую таблицу «Контроль качества стерилизации: пробы и окрашивание»

Проба	Определяемое вещество	Окрашивание
Азопирамовая	Скрытая кровь, ржавчина	Фиолетовое Сиреневое, бурое
Фенналфталейиновая	Остатки моющих средств	Розовое
Амидопириновая	Остатки крови Остатки моющих средств	Сине-зеленые Желтое

Ключи правильных ответов:

Задание 1:

Проба	Определяемое вещество	Окрашивание
Азопирамовая	Скрытая кровь, ржавчина	Фиолетовое Сиреневое, бурое
Фенналфталейиновая	Остатки моющих средств	Розовое
Амидопириновая	Остатки крови Остатки моющих средств	Сине-зеленые Желтое

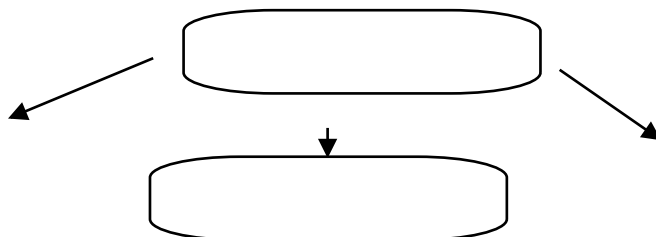
Тема 3.8. Принципы работы ЦСО.

Вопросы к устному опросу:

1. Устройство ЦСО
2. Функции ЦСО.
3. Преимущества стерилизации в ЦСО
4. Недостатки при стерилизации вне ЦСО
5. Принципы работы централизованного стерилизационного отделения

Разноуровневые задачи и задания:

Задание 1. Заполните схему «Устройство ЦСО»



Ключи правильных ответов:

Задание 1:



Тема 4.1. Безопасная больничная среда. Организация безопасной среды для пациента и персонала.

Вопросы к устному опросу:

1. Организация безопасной среды для пациента и персонала.
2. Раскрыть роль медсестры в санитарно-просветительской работе среди населения.
3. Факторы риска для пациентов в ЛПУ.
4. Лечебно-охранительный режим и е роль в лечении пациента.
5. Двигательная активность.
6. Профилактика парентеральных инфекций среди медперсонала.
7. Профилактика передачи вирусного гепатита, ВИЧ.
8. Расскажите об основных факторах риска для медсестры

Разноуровневые задачи и задания:

Задание 1: Заполните таблицу основные положения в постели

Положение в постели	Определение

Ключи правильных ответов:

Положение в постели	Определение
Активное	Пациент легко и свободно выполняет произвольные (активные) движения.
Пассивное	Пациент не может выполнять произвольные движения, сохраняет то положение, которое ему придали (например, при потере сознания; или пациенту врач запретил выполнять произвольные движения, например, в первые часы после инфаркта).
Вынужденное	Пациент принимает сам с целью уменьшения (снижения уровня) боли и других патологических симптомов. Положение пациента в постели не всегда совпадает с назначенным ему врачом двигательным режимом.

Тема 4.2. Биомеханика тела. Эргономика. Перемещение пациента в кровати.

Вопросы к устному опросу:

1. Раскройте понятия: «биомеханика», «биомеханика в медицине», «центр тяжести», «площадь опоры», эффект Вальсальвы, постуральный рефлекс.
2. Правила биомеханики и обращение с пациентом
3. Вспомогательные средства поднятия и подъемные устройства; работа в бригаде.
4. Правила организации труда медсестры, с целью исключения значительных физических нагрузок на позвоночник и предупреждения его травм.
5. Биомеханика тела медсестры в положении сидя при поднятии тяжести.
6. Биомеханика тела медсестры в положении стоя при поднятии тяжести.

Тестовые задания:

1. Биомеханика тела сестры в положении стоя:

- А) подбородок в горизонтальной плоскости
- Б) туловище слегка наклонено вперед
- В) спина прямая, колени расслаблены
- Г) ступни на ширине плеч

2. Биомеханика тела сестры в положении стоя:

- А) спина прямая, мышцы живота напряжены
- Б) плечи в одной плоскости с бедрами
- В) колени выше бедер
- Г) ступни на ширине плеч

3. Биомеханика для медсестры в положении сидя на стуле:

- А) спинка стула перпендикулярна к сидению
- Б) спинка стула соответствует нижним углам лопаток
- В) 2/3 длины бедер расположены на сиденье
- Г) стопы касаются пола

4. Последовательность соблюдения биомеханики при повороте из положения стоя:

- А) ступни
- Б) туловище
- В) голова
- Г) поясница

5. Биомеханика тела сестры при поднятии тяжести:

- А) груз прижать к себе
- Б) туловище наклонить слегка вперед
- В) спина прямая, сгибать только колени
- Г) ноги шире плеч, одна выдвинута вперед

Ключи правильных ответов:

- 1. Г
- 2. Г
- 3. В
- 4. А Б Г В
- 5. Г

Тема 4.3. Эргономика.

Вопросы к устному опросу:

- 1. Режимы двигательной (физической) активности пациента.
- 2. Перемещение пациента в постели.
- 3. Факторы риска несчастных случаев у пациентов различного возраста.
- 4. Сестринские вмешательства, направленные на снижение риска падений, травм.
- 5. Причины, приводящие к травме спины и позвоночника сестринского персонала.

Тестовые задания:

6. Элементы лечебно-охранительного режима госпитального отделения:

- А) выполнение врачебных назначений
- Б) психологический комфорт пациента
- В) распорядок дня лечебного отделения
- Г) целесообразная физическая активность

7. Правильная биомеханика тела сестры позволяет:

- А) удерживать равновесие
- Б) предотвращать травмы позвоночника
- В) предупреждать пролежни
- Г) исключать дискомфорт

8. При перемещении пациента в постели сестре следует:

- А) придать постели горизонтальное положение
- Б) убрать подушку и одеяло
- В) наклониться вперед
- Г) слегка присесть

9. Способность пациента помогать сестре во время перемещения зависит от:

- А) врачебного назначения
- Б) удержания равновесия
- В) состояния зрения и слуха
- Г) желания и понимания

10. Подручные средства для придания пациенту нужного положения в постели:

- А) подушки
- Б) комплект белья
- В) опора для стоп
- Г) валики

Ключи правильных ответов:

1. В
2. Б
3. Б
4. Б
5. А

**Оценочные материалы для промежуточной аттестации
по МДК 01.01. Обеспечение безопасной окружающей среды в медицинской
организации**

Вопросы к устному опросу:

1. Внутрибольничная инфекция: определение
2. Способы передачи ВБИ в медицинской организации.
3. Факторы, влияющие на восприимчивость хозяина к инфекции.

4. Группы риска ВБИ
5. Резервуары возбудителей ВБИ
6. Понятие «дезинфекция». Виды и методы дезинфекции.
7. Общие требования к дезинфекционному режиму в ЛПУ.
8. Характеристика современных средств дезинфекции.
9. Медицинские отходы: структура и классификация.
10. Организация системы сбора и удаления отходов в ЛПУ.
11. Функциональные обязанности должностных лиц ЛПУ по сбору, хранению и удалению отходов.
12. Устройство ЦСО
13. Функции ЦСО.
14. Преимущества стерилизации в ЦСО
15. Недостатки при стерилизации вне ЦСО
16. Принципы работы централизованного стерилизационного отделения
17. Организация безопасной среды для пациента и персонала.
18. Раскрыть роль медсестры в санитарно-просветительской работе среди населения.
19. Факторы риска для пациентов в ЛПУ.
20. Лечебно-охранительный режим и его роль в лечении пациента.
21. Двигательная активность.
22. Профилактика парентеральных инфекций среди медперсонала.
23. Профилактика передачи вирусного гепатита, ВИЧ.
24. Расскажите об основных факторах риска для медсестры
25. Раскройте понятия: «биомеханика», «биомеханика в медицине», «центр тяжести», «площадь опоры», эффект Вальсальвы, постуральный рефлекс.
26. Правила биомеханики и обращение с пациентом
27. Вспомогательные средства поднятия и подъемные устройства; работа в бригаде.
28. Правила организации труда медсестры, с целью исключения значительных физических нагрузок на позвоночник и предупреждения его травм.
29. Биомеханика тела медсестры в положении сидя при поднятии тяжести.
30. Биомеханика тела медсестры в положении стоя при поднятии тяжести.
31. Режимы двигательной (физической) активности пациента.
32. Перемещение пациента в постели.
33. Факторы риска несчастных случаев у пациентов различного возраста.
34. Сестринские вмешательства, направленные на снижение риска падений, травм.
35. Причины, приводящие к травме спины и позвоночника сестринского персонала.

Тестовые задания:

1. Инструкции, каких документов предусматривают меры по профилактике внутрибольничных инфекций:

- А) Лечебно-охранительный режим;
- Б) Санитарно-противоэпидемический режим;
- В) Экстренное извещение в СЭС.

2. Распространению внутрибольничной инфекции способствует:

- А) Инвазивные процедуры;
- Б) Осложненные заболевания;
- В) Слабое материальное обеспечение лечебно-профилактического учреждения

3. Заболевание инфекционного характера, которым пациент заражается в процессе оказания медицинской помощи, а медицинский персонал в процессе оказания медицинских услуг, называется:

- А) Карантинным;
- Б) Внутрибольничным;
- В) Эндемичным.

4. Артифициальный путь передачи – это:

- А) Естественный через кровь;
- Б) Естественный контактно-бытовой;
- В) Искусственный.

5. Использование масок во время работы в стационаре:

- А) Всегда обязательно;
- Б) На усмотрение эпидемиолога;
- В) На усмотрение администрации.

6. На социальном уровне руки медицинская сестра обрабатывает:

- А) После контактирования с биологическими жидкостями;
- Б) После ухода за пациентом;
- В) До и после снятия перчаток.

7. При обработке материалов, загрязненных кровью, концентрация хлорамина должна быть:

- А) 10%;
- Б) 5%;
- В) 3%.

8. При попадании крови и равноценных ей биологических жидкостей на слизистую оболочку рта, раствор, который необходим для обработки:

- А) Протаргол;
- Б) 70% спирт;

В) Альбуцид.

9. Кто должен обучать инфекционной безопасности пациентов и их родственников в отделении стационара:

А) Постовая медицинская сестра;

Б) Главная сестра;

В) Главный врач.

10. Вирус иммунодефицита человека передается через:

А) общую посуду;

Б) Воздух;

В) Переливание крови.

11. Вирус гепатита В передается:

А) Через кровь и равноценные с ней жидкости;

Б) Через мочу;

В) Через слюну и пот.

12. При татуировке возможно заражение:

А) Малярией;

Б) Энтероколитом;

В) Гепатитом В.

13. Механизм передачи гепатита А:

А) Фекально – оральный;

Б) Трансмиссивный;

В) Половой.

14. Дезинфекция – это комплекс мероприятий, направленный на уничтожение в окружающей среде:

А) Споровых форм микроорганизмов;

Б) Грызунов;

В) Вегетативных форм микроорганизмов.

15. Дератизация – это:

А) Комплекс мер, направленный на уничтожение насекомых;

Б) Комплекс мер, направленный на уничтожение грызунов;

В) Комплекс мер, направленный на уничтожение микроорганизмов;

16. Химический метод дезинфекции подразумевает использование:

А) Окись этилена;

- Б) Ультрафиолетовые лучи;
- В) Пар под давлением.

17. Сколько стерилизующих агентов используется при паровом методе стерилизации:

- А) 2;
- Б) 3;
- В) 4.

18. Указать правильный основной режим парового метода стерилизации:

- А) 132 градуса, 20 минут, 1, 2 атмосферы;
- Б) 130 градуса, 20 минут, 1, 2 атмосферы;
- В) 132 градуса, 20 минут, 1,0 атмосферы;

19. Воздушный метод подразумевает стерилизацию в:

- А) Специальной емкости;
- Б) Автоклав;
- В) Сухожаровой шкаф.

20. Материал изделий, который подходит для стерилизации в автоклаве при основном режиме:

- А) Текстиль;
- Б) Бумага;
- В) Резина.

21. При попадании хлорсодержащего вещества на кожу, ее необходимо:

- А) Промыть водой;
- Б) Обработать раствором спирта;
- В) Обработать раствором перекиси водорода.

22. К физическому методу дезинфекции относится:

- А) Использование дезинфицирующих растворов;
- Б) протираание ветошью;
- В) Использование ультрафиолетовых лучей.

23. После выписки пациента из стационара медицинская сестра проводит:

- А) Заключительную дезинфекцию;
- Б) Генеральную уборку;
- В) Текущую дезинфекцию.

24. После смерти пациента медицинская сестра проводит:

- А) Заключительную дезинфекцию;
- Б) Генеральную уборку;
- В) Текущую дезинфекцию.

25. К какому методу дезинфекции относится кварцевание:

- А) Биологический;
- Б) Физический;
- В) Механический.

26. Один раз в неделю медицинской сестрой проводится:

- А) Текущая уборка;
- Б) Генеральная уборка;
- В) Заключительная уборка.

27. ПСО проводится с целью:

- А) Оценки контроля качества стерильности;
- Б) Оценки контроля качества предстерилизационной очистки;
- В) Подготовки инструментов к стерилизации.

28. Сразу после стерилизации не подлежат длительному хранению и должен использоваться материал, который стерилизовался в:

- А) Перфорированном лотке;
- Б) Крафт – пакете;
- В) Биксе без фильтра.

29. Полное уничтожение всех форм микроорганизмов, включая споры, - это:

- А) Дезинфекция;
- Б) Стерилизация;
- В) Предстерилизационная очистка.

30. Сколько существует этапов ПСО:

- А) 7;
- Б) 9;
- В) 8.

31. с какой целью в рабочем помещении, где высокий риск профессионального заражения, запрещено есть, пить, наносить косметику, брать в руки контактные линзы:

- А) Барьер инфицирования пациента и персонала;
- Б) Охрана здоровья персонала;
- В) Предупреждение контакта со слизистыми оболочками.

32. Биологические жидкости, которые не представляют угрозу для здоровья с точки зрения передачи ВИЧ инфекции:

- А) Моча, кал;
- Б) Синовиальная, амниотическая жидкость;
- В) Слюна, пот, содержащие кровь.

33. Какой профилактики против ВИЧ инфекции не существует:

- А) Первичная, специфическая;
- Б) Первичная неспецифическая;
- В) Не специфическая.

34. Что поражает ВИЧ?

- А) Опорно-двигательную систему;
- Б) Дыхательную систему;
- В) Иммунную систему.

35. Розовое окрашивание реактива при проведении ПСО возникает, если нанести на инструменты:

- А) Азопирам;
- Б) Фенолфталеин;
- В) Судан – 3.

36. Шприцы и другие изделия однократного применения на предприятии подлежат стерилизации:

- А) Радиационным методом;
- Б) Термическим методом;
- В) Химическим методом.

37. Какая проба при ПСО дает сине-зеленое окрашивание:

- А) Фенолфталеиновая;
- Б) Амидопириновая;
- В) Судан – 3.

38. Какой фактор может спровоцировать возникновение мутаций у плода при работе беременной медицинской сестры:

- А) Радиация;
- Б) Поднятие тяжести;
- В) Раздача лекарственных препаратов.

39. Неправильное поднятие тяжестей на рабочем месте может привести к:

- А) Возникновению грыжи;
- Б) Бронхиальной астме;
- В) Профессиональному выгоранию.

40. С целью специфической профилактики гепатита В медицинской сестре рекомендовано:

- А) Мыть руки на гигиеническом уровне;
- Б) Делать прививку;
- В) Вести здоровый образ жизни.

Ключи правильных ответов:

- 1. Б
- 2. А
- 3. Б
- 4. В
- 5. А
- 6. В
- 7. В
- 8. Б
- 9. А
- 10. В
- 11. А
- 12. В
- 13. А
- 14. В
- 15. Б
- 16. А
- 17. Б
- 18. А
- 19. В
- 20. А
- 21. А
- 22. В
- 23. А
- 24. А
- 25. Б
- 26. Б
- 27. В
- 28. А
- 29. Б
- 30. В

31.Б
32.А
33.А
34.В
35.Б
36.А
37.Б
38.А
39.А

Критерии и шкала оценивания компетенций на различных этапах их формирования

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТИРОВАНИЯ

№ п/ п	тестовые нормы: % правильных ответов	оценка/зачет
1	85-100 %	отлично
2	70-84%	хорошо
3	51-69%	удовлетворительн о
4	менее 50%	неудовлетворител ьно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТОВ НА УСТНЫЕ ВОПРОСЫ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценк а
1.	1) полно и аргументированно отвечает по содержанию задания; 2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные; 3) излагает материал последовательно и правильно.	отличн о
2.	студент дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «5», но допускает 1-2 ошибки, которые сам же исправляет.	хорош о
3.	ставится, если студент обнаруживает знание и понимание основных положений данного задания, но:	удовлет во рительн о

	1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; 2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; 3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.	
4.	студент обнаруживает незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал; отмечаются такие недостатки в подготовке студента, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.	неудовлетворительно

МДК. 01.02. Технология оказания медицинских услуг.

Тема 5.1. Прием пациента в стационар

Вопросы к устному опросу:

1. Особенности приема пациента в стационар.
2. Важные аспекты оценки функционального состояния пациента.
3. Особенности организации питания в стационаре.
4. Пути госпитализации пациентов в стационар.
5. Устройство и функции приемного отделения.
6. Документация приемного отделения.

Практико-ориентированные задания:

Задание 1: Продемонстрируйте алгоритм манипуляции «Осмотр на педикулез и проведение дезинсекционных мероприятий при его обнаружении»

Инструкция:

1. Обозначить цель, показания, противопоказания для проведения дезинсекции.
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Продемонстрировать манипуляцию с правильным пошаговым алгоритмом.

Ключи правильных ответов:

Задание 1:

Цель: профилактика в стационаре.

Показания: поступление пациента в стационар.

Противопоказания для проведения дезинсекции: аллергия на овоцидные средства, заболевания кожи, беременность, детям до 5 лет.

Оснащение: противопедикулезный набор: овоцидные препараты: 0,15%-ный раствор Карбофоса или 0,25%-ный раствор Дикрезила или мыльно-керосиновая эмульсия (450 мл жидкого мыла на 350 мл Керосина и 200 мл дистиллированной воды), лосьоны «Ниттифор», «Лонцид», средство «Медифокс»; растворы уксусной кислоты 6%, 15%; простыня; косынки (прорезиненная и из х/б ткани 2-3 шт.); клеенчатая пелерина, клеенчатый и х/б мешок для личных вещей пациента: с двумя карманами — для головного убора и обуви; ватные тампоны, частый гребень (металлический). Корнцанг, клеенка, кувшин с водой температурой 37-38°C, оцинкованное ведро, таз, лоток; спецодежда медицинской сестры: халат, косынка, маска, резиновые перчатки, клеенчатый фартук; экстренное извещение.

Последовательность действий:

1. Осмотреть волосистые части тела пациента:
 - ☐ для выявления головного педикулеза — височную и затылочную области, брови, ресницы;
 - ☐ для выявления лобкового педикулеза — область лобка, подмышечные впадины, бороду;
 - ☐ для выявления платяного педикулеза — внутренние швы и складки белья.
2. При выявлении головного педикулеза изолировать пациента в санпропускник.
3. Надеть медицинской сестре спецодежду.
4. Отлить в лоток приготовленное овоцидное средство.
5. Постелить на кушетку клеенку, обработать ее одним из овоцидных средств, усадить на нее пациента.
6. Обработать салфеткой, смоченной овоцидным средством, внутреннюю поверхность клеенчатого мешка.
7. Раздеть пациента, поместить одежду пациента в мешок из х/б ткани, а затем в клеенчатый, прикрыть обнаженное тело простыней, накрыть клеенчатой пелериной плечи.
8. Поставить таз перед пациентом.
9. Наложить жгут из х/б ткани (косынки) на лоб пациента.
10. С помощью корнцанга взять ватный тампон, смочить в лотке с овоцидным средством, слегка отжать.
11. Обработать смоченным тампоном последовательно всю поверхность головы у корней волос, распределяя волосы гребешком на пряди.
12. Положить гребешок и ватные тампоны в лоток для отработанного материала.
13. Покрыть волосы клеенчатой косынкой, затем косынкой из х/б ткани, герметично завязать, оставить на 20 мин.
14. Снять косынки, поместить их в прорезиненный мешок.
15. Промыть волосы, поливая теплой водой из кувшина над тазом.
16. Ополоснуть волосы 6%-ным раствором столового уксуса, экспозиция 30 секунд.

17. Высушить волосы полотенцем и прочесать частым гребнем до полного вычесывания вшей и гнид.
18. Отправить пациента на общую санитарно-гигиеническую обработку.
19. Погрузить предметы ухода, используемые при обработке, в овоцидное средство на 30 мин.
20. Обработать помещение тем же раствором, используя распылитель.
21. Снять спецодежду медицинской сестры и поместить во второй прорезиненный мешок.
22. Обработать горловины мешков тампоном с овоцидным средством и отправить в дезкамеру.
23. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.
24. Сделать отметку о выявлении педикулеза и проведении дезинсекции на титульном листе истории болезни больного: поставить дату проведения обработки и подпись медицинской сестры.
25. Заполнить экстренное извещение и в течение 2-х часов отправить в центр санитарно-эпидемиологического надзора (ЦСЭН) по месту выявления педикулеза.
26. Внести сведения о выявлении педикулеза в журнал учета педикулезных больных (ф-60).

Примечание:

1. при использовании мыльно-керосиновой эмульсии (МКЭ) дополнительно волосы обработать 15%-ным раствором столового уксуса, предварительно подогретого до 27 °С;
2. при обильной завшивленности рекомендуется волосы пациенту остричь и сжечь их в оцинкованном ведре;
3. беременных, кормящих матерей и детей до 5 лет обрабатывают инсектицидными препаратами, не имеющими противопоказаний;
4. пациент, санированный в приемном отделении по педикулезу, при поступлении в лечебное отделение осматривается повторно;
5. все пациенты, находящиеся на лечении, осматриваются на педикулез каждые 7 дней, при необходимости обработку педикулеза повторяют.

Тема 5.2. Оценка функционального состояния пациента.

Тестовые задания:

1. Частота пульса у взрослого в норме (ударов в мин.):

- А) 100-120
- Б) 90-100
- В) 60-80
- Г) 40-60

2. Наиболее взаимосвязаны свойства пульса:

- А) напряжение и наполнение
- Б) напряжение и ритм
- В) частота и ритм
- Г) скорость и частота

3. По наполнению пульс различают:

- А) ритмичный, аритмичный
- Б) скорый, медленный
- В) полный, пустой
- Г) твердый, мягкий

4. В первом периоде лихорадки возможно применение:

- А) влажного обертывания
- Б) грелки
- В) холодного компресса
- Г) пузыря со льдом

5. В третьем периоде лихорадки (кризис) необходимо применение:

- А) влажного обертывания
- Б) прохладного витаминизированного питья
- В) обильного питья крепкого сладкого чая или кофе
- Г) пузыря со льдом

6. Частота дыхания в одну минуту у взрослого человека в норме:

- А) 10-12
- Б) 16-20
- В) 22-28
- Г) 30-35

Ключи правильных ответов:

- 1. В
- 2. А
- 3. В
- 4. Б
- 5. Б
- 6. Б

Практико-ориентированные задания:

Задание 1: Продемонстрируйте алгоритм манипуляции «Подсчет пульса»

Инструкция:

1. Обозначить цель, показания, противопоказания для проведения дезинсекции.
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Продемонстрировать манипуляцию с правильным пошаговым алгоритмом.
4. Рассказать характеристику пульсу.

Ключи правильных ответов:

Цель: Исследовать пульс пациента и зафиксировать показания в температурном листе.

Показание:

1. Оценка состояния сердечно-сосудистой системы.
2. Назначение врача.

Противопоказания: Нет.

Оснащение:

1. Часы с секундной стрелкой.
2. Авторучка.
3. Температурный лист.

Возможные проблемы пациента:

1. Негативный настрой к вмешательству.
2. Наличие физического ущерба.

Последовательность действий медсестры:

1. Получите информированное согласие пациента.
2. Охватите пальцами правой руки левое предплечье пациента, пальцами левой руки правое предплечье пациента в области лучезапястных суставов.(Необходимо определять пульс одновременно на правой и левой лучевых артериях, сравнивая их характеристики, которые в норме должны быть одинаковы.)
3. Расположите 1-й палец на тыльной стороне предплечья; 2, 3, 4-й последовательно от основания большого пальца на лучевой артерии.
4. Прижмите артерию к лучевой кости и прощупайте пульс
5. Определите симметричность пульса. Если пульс симметричен, дальнейшее исследование можно проводить на одной руке. Если пульс не симметричен, дальнейшее исследование проводите на каждой руке отдельно.
6. Определите ритмичность, частоту, наполнение и напряжение пульса.
7. Производите подсчет пульсовых ударов не менее 30 секунд. Полученную цифру умножьте на 2. При наличии аритмичного пульса подсчет производите не менее 1 минуты.
8. Зарегистрируйте полученные данные в температурном листе.

Характеристика пульса:

1. Ритмичность – в норме пульс ритмичный. При нарушениях сердечного ритма пульс может быть аритмичным.

2. Частота – в норме 60-80 ударов в минуту. Увеличение частоты пульса более 80 ударов в минуту называется тахикардия, уменьшение частоты пульса менее 60 ударов в минуту называется брадикардия.
3. Напряжение – в норме пульс умеренного напряжения. При увеличении АД пульс может быть твердым, или напряженным. При понижении АД пульс может быть мягким
4. Наполнение – в норме пульс хорошего наполнения. При уменьшении сердечного выброса, при уменьшении объема циркулирующей крови может быть пульс слабого наполнения или пустой.
5. Величина – в норме пульс большой. При некоторых патологических состояниях может быть пульс малый и нитевидный.
6. Дефицит пульса – в норме дефицита пульса быть не должно

Задание 2: Продемонстрируйте алгоритм выполнения манипуляции «Измерение артериального давления».

Инструкция:

1. Подготовить необходимое оснащение.
2. Продемонстрировать манипуляцию с правильным пошаговым алгоритмом.

Ключи правильных ответов:

Оснащение

1. Тонометр.
2. Фонендоскоп.
3. Ручка.
4. Бумага.
5. Температурный лист.
6. Салфетка со спиртом.

Подготовка к процедуре

7. Предупредить пациента о предстоящем исследовании за 5 -10 минут до его начала.
8. Уточнить у пациента понимание цели исследования и получить его согласие.
9. Попросить пациента лечь или сесть к столу.
10. Вымыть и осушить руки.

Выполнение

11. Помочь снять одежду с руки.
12. Положить руку пациента в разогнутом положении ладонью вверх, на уровне сердца, мышцы расслаблены.
13. Наложить манжету на 2,5 см выше локтевой ямки (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты).
14. Закрепить манжету так, чтобы между манжетой и поверхностью плеча проходили два пальца.
15. Проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки.

16. Найти (пальпаторно) пульс на лучевой артерии, быстро нагнетать воздух в манжету пока не исчезнет пульс, посмотреть на шкалу и запомнить показания манометра, быстро выпустить весь воздух из манжеты.
 17. Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой ямки и плотно поставить на это место мембрану стетофонендоскоп.
 18. Закрыть вентиль на груше и накачать в манжету воздух. Воздух нагнетать до тех пор, пока давление в манжетке по показаниям тонометра не превысит на 30 мм рт. ст., тот уровень, при котором перестает определяться пульсация лучевой артерии или тоны Короткова.
 19. Открыть вентиль и медленно, со скоростью 2–3 мм рт.ст. в секунду, выпускать воздух из манжетки. Одновременно стетофонендоскопом выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показаниями шкалы манометра.
 20. При появлении над плечевой артерией первых звуков отметить уровень систолического давления.
 21. Продолжая выпускать воздух из манжеты отметить уровень диастолического давления, который соответствует моменту полного исчезновения тонов на плечевой артерии.
 22. Повторить процедуру через 2–3 минуты.
- Завершение процедуры
23. Данные измерения округлить до ближайшего чётного числа, записать в виде дроби (в числителе — систолическое АД, в знаменателе — диастолическое АД).
 24. Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной спиртом.
 25. Записать данные исследования в температурный лист (протокол к плану ухода, амбулаторную карту).
 26. Вымыть и осушить руки.

Тема 5.3. Организация питания пациента в стационаре

Тестовые задания:

1. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы назначается диета №:

- А) 6
- Б) 3
- В) 10
- Г) 13

2. При хроническом гломерулонефрите назначается диета №:

- А) 10
- Б) 7
- В) 5
- Г) 1

3. Порционное требование составляет:

- А) 2 раза в неделю
- Б) раз в неделю
- В) ежедневно
- Г) при поступлении пациента

4. Дефицит массы тела (ДМТ) характеризует

- А) белково-энергетический статус пациента;
- Б) степень соответствия массы человека и его роста;
- В) снижение массы тела в пределах 5-15% от исходных значений за короткий промежуток времени.

5. Естественное и/или энтеральное питание возможно только после оценки

- А) функционирования ЖКТ;
- Б) функции глотания;
- В) когнитивных функций пациента;
- Г) половой функции человека.

Ключи правильных ответов:

- 1. В
- 2. Б
- 3. В
- 4. В
- 5. АБ

Практико-ориентированные задания:

Задания 1: Продемонстрируйте алгоритм выполнения манипуляции «Кормление пациента через назогастральный зонд»

Инструкция:

- 1. Подготовить необходимое оснащение.
- 2. Продемонстрировать манипуляцию с правильным пошаговым алгоритмом.

Ключи правильных ответов:

Оснащение

- 1. Стерильный желудочный зонд диаметром 0,5 — 0,8 см.
- 2. Глицерин или вазелиновое масло.
- 3. Стакан с водой 30 — 50 мл и трубочка для питья.
- 4. Шприц Жане или шприц объемом 20,0.
- 5. Лейкопластырь.
- 6. Зажим.
- 7. Ножницы.
- 8. Заглушка для зонда.

9. Безопасная булавка.

10. Лоток.

11. Полотенце.

12. Салфетки

13. Перчатки.

14. Фонендоскоп.

15. 3–4 стакана питательной смеси и стакан теплой кипяченой воды.

Подготовка к процедуре

16. Объяснить пациенту ход и суть предстоящей процедуры и получить согласие пациента на проведение процедуры.

17. Вымыть и осушить руки.

18. Подготовить оснащение (зонд должен находиться в морозильной камере 1,5 часа до начала процедуры).

19. Определить расстояние, на которое следует ввести зонд (расстояние от кончика носа до мочки уха и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы последнее отверстие зонда было ниже мечевидного отростка).

20. Помочь пациенту принять высокое положение Фаулера.

21. Прикрыть грудь пациента полотенцем.

22. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки.

Выполнение процедуры

23. Обильно обработать слепой конец зонда глицерином.

24. Попросить пациента слегка запрокинуть голову.

25. Ввести зонд через нижний носовой ход на расстояние 15 — 18 см.

26. Дать пациенту стакан с водой и трубочкой для питья. Попросить пить мелкими глотками, заглатывая зонд. Можно добавить в воду кусочки льда.

27. Помогать пациенту, заглатывая зонд, продвигая его в глотку во время каждого глотательного движения.

28. Убедиться, что пациент может ясно говорить и свободно дышать.

29. Мягко продвигать зонд до нужной отметки.

30. Убедиться в правильном местонахождении зонда в желудке: присоединить шприц к зонду и потянуть поршень на себя; в шприц должно поступать содержимое желудка (вода и желудочный сок) или ввести воздух при помощи шприца в желудок под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные звуки).

31. Отсоединить шприц от зонда и наложить зажим. Свободный конец зонда поместить в лоток.

32. Снять зажим с зонда, подсоединить шприц Жане без поршня и опустить до уровня желудка. Наклонить слегка шприц Жане и налить пищу, подогретую до 37–38 °С. Постепенно поднимать до тех пор, пока пища не дойдет до канюли шприца.

33. Опустить шприц Жане до первоначального уровня и ввести следующую порцию пищи. Введение нужного объема смеси проводить дробно, небольшими порциями по 30–50 мл, с интервалами 1–3 мин. После введения каждой порции

пережимать дистальный участок зонда.

34. Промыть зонд кипяченой водой или физиологическим раствором по окончании кормления. Наложить зажим на конец зонда, отсоединить шприц Жане и закрыть заглушкой.

35. В случае необходимости оставить зонд на длительное время закрепить его с помощью пластыря к носу и прикрепить безопасной булавкой к одежде пациента на груди.

36. Убрать полотенце. Помочь пациенту принять удобное положение.

Завершение процедуры

37. Поместить использованное оборудование в дезинфицирующий раствор с последующей утилизацией.

38. Снять перчатки и поместить в дезинфицирующий раствор с последующей утилизацией.

39. Вымыть и осушить руки.

40. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента

Тема 5.4. Личная гигиена пациента. Уход за стомами.

Тестовые задания:

1. Пролежни – это повреждение тканей:

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

2. Факторы, способствующие образованию пролежней:

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

3. Факторы, приводящие к образованию пролежней:

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

4. Возможная локализация пролежней на задней поверхности туловища – область:

- А) затылка
- Б) лопаток

- В) голени
- Г) крестца

5. Возможная локализация пролежней на передней поверхности туловища – область:

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

6. Факторы риска образования пролежней по шкале Norton:

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

7. Для профилактики пролежней используют специальные приспособления:

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

8. Профилактику пролежней проводят растворами:

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

9. Профилактике пролежней способствуют:

- А) правильное питание
- Б) смена положения тела
- В) неподвижность пациента
- Г) питьевой режим

10. Определяющим факторам способствуют:

- А) тепло
- Б) сухость
- В) тучность
- Г) потливость

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

- А) чистоты и безопасности

- Б) комфорта и защищенности
- В) независимости и адаптации к своему состоянию
- Г) личной гигиены и ухода

Ключи правильных ответов:

1. Г
2. Б
3. Г
4. Г
5. В
6. А В Г
7. А
8. В
9. Б
10. Г
11. Г

Практико-ориентированные задания:

Задания 1: Продемонстрируйте алгоритм выполнения манипуляции «Уход за трахеостомой»

Инструкция:

1. Обозначить цели, показания.
2. Подготовить алгоритм
3. Соблюдать пошаговый алгоритм.

Ключи правильных ответов:

Задание 1:

Цель: предупредить мацерацию кожных покровов, выпадение внутренней трубки.

Показания: гигиенический уход.

Оснащение:

Стерильно: лоток с перевязочным материалом, пинцет, шпатель, ножницы, перчатки, 0,02% раствор фурацилина, паста Лассара, подогретая до температуры 37 град.

Нестерильно: пелёнка, лоток для отработанного перевязочного материала, ёмкости с дез. раствором, кушетка.

Алгоритм выполнения:

1. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения, уточнить у пациента понимание цели её проведения.
2. Получить от пациента согласие на проведение манипуляции.
3. Вымыть руки на гигиеническом уровне и надеть стерильные перчатки.
4. Положить на грудь пациента вокруг стомы пелёнку, чтобы защитить кожу пациента, его нательное и постельное бельё.

5. Уложить пациента в удобное положение, отклонив голову назад.
6. Осуществить механическое удаление мокроты из стомы (канюли). (Алгоритм см. выше)
7. Обработать кожу вокруг стомы салфеткой смоченной 0,02 % раствором фурацилина от стомы к периферии по типу «солнышко».
8. Высушить салфетками кожу вокруг стомы.
9. Нанести стерильным шпателем на стерильные салфетки густой слой подогретой пасты Лассара.
10. Удалить излишки пасты салфетками.
11. Под щиток трахеотомической трубки подложить стерильные салфетки, разрезанные по типу «штанишки» для профилактики образования пролежней.
12. Фиксировать внутреннюю трахеотомическую трубку за «ушки», с помощью бинта (обвязать бинт вокруг шеи), во избежание выпадения внутренней трубки.
13. Снять перчатки, поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.
14. Вымыть руки, осушить.

Задание 2: Продемонстрируйте алгоритм выполнения манипуляции «Уход за колостомой»

Инструкция:

1. Обозначить цели, показания.
2. Подготовить алгоритм
3. Соблюдать пошаговый алгоритм.

Ключи правильных ответов:

Задание 2:

Цель: предупредить мацерацию кожных покровов вокруг свища

Показания: уход за колостомой после операции.

Оснащение:

Стерильно: лоток с перевязочным материалом, 2 пинцета, ножницы, шпатель, перчатки, вазелиновое масло, 0,02% раствор фурацилина, адгезивная мазь (например паста Лассара).

Нестерильно: бинт, ёмкость с мыльным раствором в количестве 1-1,5 л., клеёнка, таз, ёмкость для сброса отработанного материала, кушетка.

Алгоритм выполнения:

1. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения, уточнить у пациента понимание цели её проведения.
2. Получить от пациента согласие на проведение манипуляции.
3. Положить под бок пациента со стороны стомы клеёнку, свисающую с постели в таз.
4. Вымыть руки на гигиеническом уровне и надеть стерильные перчатки.

5. Обмыть кожу около стомы, испачканную фекалиями, используя пинцет, марлевые туфики или салфетки и мыльный раствор.
6. Высушить сухими салфетками.
7. Сбросить пинцет.
8. Другим пинцетом обработать кожу вокруг стомы 0,02% раствором фурацилина и высушить кожу.
9. Нанести стерильным шпателем на стерильные салфетки густой слой подогретой пасты Лассара и наложить их на кожу вокруг калового свища.
10. Пропитать большую салфетку стерильным вазелиновым маслом и наложить на выступающую слизистую оболочку стомы.
11. Зафиксировать сверху большой салфеткой, сложенной многослойно и укрепить повязку бинтом.
12. Убрать клеёнку из-под пациента и таз, обработать.
13. Поместить отработанный перевязочный материал и инструменты в ёмкость с дез. раствором.
14. Снять перчатки, поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.
15. Вымыть руки, осушить.

Примечание. Через 2-3 недели после наложения стомы, после заживления послеоперационной раны, можно использовать калоприёмник.

Тема 5.5. Методы простейшей физиотерапии. Гирудотерапия. Оксигенотерапия.

Практико-ориентированные задания:

Задание 1: Продемонстрируйте технику выполнения манипуляции «Оксигенотерапия из кислородной подушки».

Инструкция:

1. Обозначить цели, показания.
2. Подготовить алгоритм
3. Соблюдать пошаговый алгоритм.

Ключи правильных ответов:

Задание 1: Подача кислорода из кислородной подушки

Цель: насыщение кислородом тканей.

Показания: заболевания органов дыхания, кровообращения, удушье, отравление газами.

Оснащение:

- кислородная подушка с кислородом;
- марлевая салфетка, сложенная в 4 слоя;
- наволочка;
- мундштук;
- дистиллированная вода;

- лоток для отработанного материала.

Подготовка к процедуре:

- объясните пациенту цель и ход процедуры, получите согласие на проведение процедуры;
- заполните подушку кислородом из баллона;
- снимите с подушки мундштук;
- соедините резиновую трубку подушки с баллоном через редуктор баллона;
- откройте вентиль на трубке подушки, затем на баллоне;
- наполните подушку кислородом (давление кислорода на манометре не должно быть больше 2-3 атм.);
- закройте вентиль на баллоне, затем на подушке;
- отсоедините трубку от редуктора баллона;
- наденьте на подушку наволочку;
- обработайте мундштук 70 градусным спиртом и подсоедините к трубке подушки;
- оберните мундштук влажной марлевой салфеткой (для увлажнения кислорода, что является профилактикой ожога слизистых дыхательных путей).

Выполнение процедуры:

- приложите мундштук ко рту пациента и откройте вентиль на подушке;
- отрегулируйте скорость подачи кислорода (вдох производится ртом, выдох носом);
- надавливайте на подушку и сворачивайте ее с противоположного конца, пока кислород не выделится полностью.

Завершение процедуры:

- уберите мундштук с подушкой;
- салфетку сбросьте в лоток для отработанного материала;
- мундштук поместите в дезинфицирующий раствор;
- вымойте руки.

Творческие задания:

Задание 1. Подготовьте выступление, ориентированную на ваше мнение, относительно

темы «Гирудотерапия: необходимость в ее назначении в условиях современной медицины»

Инструкция:

1. Регламент – 5 минут

2. Позиция студента может быть, как в пользу, так и не в пользу назначения гирудотерапии, но есть необходимость в четкой аргументации.

Тема 5.6. Клизмы. Газоотводная трубка.

Практико-ориентированные задания:

Задание 1: Продемонстрируйте технику выполнения манипуляции «Очистительная клизма»

Задание 2: Продемонстрируйте технику выполнения манипуляции «Сифонное промывание кишечника»

Задание 3: Продемонстрируйте технику выполнения манипуляции «Гипертоническая клизма»

Задание 4: Продемонстрируйте технику выполнения «Масляная клизма»

Задание 5: Продемонстрируйте технику выполнения манипуляции «Лекарственная клизма»

Инструкция:

1. Подготовить необходимое оснащение.
2. Продемонстрировать пошаговый алгоритм выполнения манипуляции.

Ключи правильных ответов:

Задание 1: «Очистительная клизма»

Оснащение

1. Кружка Эсмарха.
2. Вода 1 -1,5 литра.
3. Стерильный наконечник.
4. Вазелин.
5. Шпатель.
6. Фартук.
7. Таз.
8. Впитывающая пеленка.
9. Перчатки.
10. Штатив.
11. Водный термометр.
12. Емкость с дезинфектантами.

Подготовка к процедуре

10. Объяснить пациенту суть и ход предстоящей процедуры. Получить согласие пациента на проведение процедуры.
11. Вымыть и осушить руки.
12. Надеть фартук и перчатки.
13. Вскрыть упаковку, извлечь наконечник, присоединить наконечник к кружке Эсмарха.
14. Закрыть вентиль на кружке Эсмарха, налить в нее 1 литр воды комнатной температуры (при спастическом запоре температура воды — 40–42 градуса, при атоническом запоре- 12–18 градусов).
15. Укрепить кружку на штативе на высоте 1 метра от уровня кушетки.
16. Открыть вентиль и слить немного воды через наконечник.
17. Шпателем смазать наконечник вазелином.

18. Положить на кушетку впитывающую пеленку углом, свисающую в таз.
19. Помочь пациенту лечь на левый бок. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка приведены к животу.
20. Напомнить пациенту о необходимости задержать воду в кишечнике в течение 5–10 минут.

Выполнение процедуры

21. Раздвинуть ягодицы 1 и 2 пальцами левой руки, правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, продвигая его в прямую кишку по направлению к пупку (3–4 см), а затем параллельно позвоночнику на глубину 8–10 см.
22. Немного приоткрыть вентиль, чтобы вода медленно поступала в кишечник.
24. Предложить пациенту глубоко дышать животом.
24. После введения всей воды в кишечник закрыть вентиль и осторожно извлечь наконечник.
25. Помочь пациенту встать с кушетки и дойти до туалета.

Завершение процедуры

26. Отсоединить наконечник от кружки Эсмарха.
27. Поместить использованное оборудование в дезинфицирующий раствор.
28. Снять перчатки поместить в дезинфицирующий раствор с последующей утилизацией. Снять фартук и отправить на утилизацию.
29. Вымыть и осушить руки.
30. Убедиться, что процедура прошла эффективно.
31. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.

Задание 2: «Проведение сифонного промывания кишечника»

Оснащение

1. Стерильная система из 2-х толстых желудочных зондов соединённых прозрачной трубкой.
2. Стерильная воронка 0,5 — 1 литр.
3. Перчатки.
4. Контейнер с дезинфицирующим раствором.
5. Емкость для взятия промывных вод на исследование.
6. Ёмкость (ведро) с водой 10 -12 литров (Т — 20 — 25*С).
7. Ёмкость (таз) для слива промывных вод на 10 — 12 литров.
8. Два непромокаемых фартука.
9. Впитывающая пеленка.
10. Кружка или кувшин на 0,5 -1 литр.
11. Вазелин.
12. Шпатель.
13. Салфетки, туалетная бумага.

Подготовка к процедуре

14. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры.
- Получить согласие на проведение манипуляции.

15. Вымыть и осушить руки.
16. Подготовить оснащение.
17. Надеть перчатки, фартук.
18. Постелить на кушетку впитывающую пеленку, углом вниз.
19. Помочь пациенту лечь на левый бок. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка приведены к животу.

Выполнение процедуры

20. Извлечь систему из упаковки. Смазать слепой конец зонда вазелином.
21. Раздвинуть ягодицы I и II пальцами левой руки, правой рукой вводить закругленный конец зонда в кишечник и продвигать его на глубину 30–40 см: первые 3–4 см — по направлению к пупку, далее — параллельно позвоночнику.
22. Присоединить к свободному концу зонда воронку. Держать воронку слегка наклонно, на уровне ягодиц пациента. Налить в нее из кувшина по боковой стенке 1 л воды.
23. Предложить пациенту глубоко дышать. Поднимать воронку на высоту 1 м. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее над тазом для промывных вод ниже уровня ягодиц пациента, не выливая из нее воду до тех пор, пока воронка не будет заполнена полностью.
24. Слить воду в приготовленную емкость (таз для промывных вод). Примечание: первые промывные воды могут быть собраны в емкость для исследования.
25. Заполнить воронку следующей порцией и поднять вверх на высоту 1 м. Как только уровень воды достигнет устья воронки, опустить ее вниз. Подождать, пока она наполнится промывными водами и слить их в таз. Повторить процедуру многократно до чистых промывных вод, используя все 10 л воды.
26. Отсоединить воронку от зонда по окончании процедуры, оставить зонд в кишечнике на 10 минут.
27. Вывести зонд из кишечника медленными поступательными движениями, пропуская его через салфетку.
28. Погрузить зонд и воронку в емкость с дезинфицирующим средством.
29. Вытереть туалетной бумагой кожу в области анального отверстия (у женщин в направлении от гениталий) или подмыть пациента в случае беспомощности.

Завершение процедуры

30. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально.
31. Обеспечить безопасную транспортировку в палату.
32. Вылить промывные воды в канализацию, при наличии показаний провести предварительную дезинфекцию.
33. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового.
34. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки.
35. Сделать отметку в медицинской карте пациента о проведенной процедуре и о реакции на неё.

Задание 3: «Гипертоническая клизма»

Оснащение

1. Грушевидный баллон или шприц Жанэ.
2. Стерильная газоотводная трубка.
3. Шпатель.
4. Вазелин.
5. 10% раствор натрия хлорида или 25% сульфата магния
6. Перчатки.
7. Туалетная бумага.
8. Впитывающая пелёнка.
9. Лоток.
10. Ёмкость с водой $T = 60^{\circ}\text{C}$ для подогрева гипертонического раствора.
11. Термометр (водный).
12. Мерный стакан.
13. Емкость с дезинфектантом

Подготовка к процедуре

14. Сообщить пациенту необходимую информацию о процедуре и получить его согласие на процедуру.
15. Перед постановкой гипертонической клизмы предупредить, что при проведении манипуляции по ходу кишечника возможны боли.
16. Вымыть и осушить руки.
17. Подогреть гипертонический раствор до 38°C на водяной бане, проверить температуру лекарственного средства.
18. Набрать в грушевидный баллон или в шприц Жанэ гипертонический раствор.
19. Надеть перчатки.

Выполнение процедуры

20. Помочь пациенту лечь на левый бок. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка приведены к животу.
21. Смазать газоотводную трубку вазелином и ввести ее в прямую кишку на 15–20 см.
22. Спустить воздух из грушевидного баллона или шприца Жанэ.
23. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон или шприц Жанэ и медленно ввести лекарственное средство.
24. Не разжимая грушевидного баллона отсоединить его или шприц Жанэ от газоотводной трубки.
25. Извлечь газоотводную трубку и поместить её вместе с грушевидным баллоном или шприцом Жанэ в лоток.
26. Предупредить пациента, что наступление эффекта гипертонической клизмы наступает через 30 минут.

Завершение процедуры

27. Убрать впитывающую пеленку, поместить в емкость для утилизации.

28. Поместить использованное оборудование в дезинфицирующий раствор.
29. Снять перчатки и поместить их в дезраствор.
30. Вымыть и осушить руки.
31. Помочь пациенту дойти до туалета.
32. Убедиться, что процедура прошла эффективно.
33. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента.

Задание 4: «Клизма масляная»

Оснащение

1. Грушевидный баллон или шприц Жанэ.
2. Стерильная газоотводная трубка.
3. Шпатель.
4. Вазелин.
5. Масло (вазелиновое, растительное) от 100 — 200 мл (по назначению врача).
6. Перчатки.
7. Туалетная бумага.
8. Впитывающая пелёнка.
9. Ширма (если процедура выполняется в палате).
10. Лоток.
11. Ёмкость для подогрева масла с водой $T = 60^{\circ}\text{C}$.
12. Термометр (водный).
13. Мерный стакан.

Подготовка к процедуре

14. Сообщить пациенту необходимую информацию о процедуре и получить его согласие на процедуру.
15. Поставить ширму.
16. Вымыть и осушить руки.
17. Подогреть масло до 38°C на водяной бане, проверить температуру масла.
18. Набрать в грушевидный баллон или в шприц Жанэ теплое масло.
19. Надеть перчатки.

Выполнение процедуры

20. Помочь пациенту лечь на левый бок. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка приведены к животу.
21. Смазать газоотводную трубку вазелином и ввести ее в прямую кишку на 15–20 см.
22. Спустить воздух из грушевидного баллона или шприца Жанэ.
23. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон или шприц Жанэ и медленно ввести масло.
24. Не разжимая грушевидного баллона отсоединить его (шприц Жанэ) от газоотводной трубки.
25. Извлечь газоотводную трубку и поместить её вместе с грушевидным баллоном или шприцом Жанэ в лоток.

26. В том случае, если пациент беспомощен, вытереть туалетной бумагой кожу в области анального отверстия и объяснить, что эффект наступит через 6–10 часов.
- Завершение процедуры
27. Убрать впитывающую пеленку, поместить в емкость для утилизации.
28. Снять перчатки и поместить их в лоток для последующей дезинфекции.
29. Укрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение. Убрать ширму.
30. Поместить использованное оборудование в дезинфицирующий раствор.
31. Вымыть и осушить руки.
32. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента.
33. Провести оценку эффективности процедуры через 6–10 часов.

Задание 5: «Лекарственная клизма»

Оснащение

1. Грушевидный баллон или шприц Жанэ.
2. Стерильная газоотводная трубка.
3. Шпатель.
4. Вазелин.
5. Лекарственное средство 50 -100 мл (отвар ромашки).
6. Перчатки.
7. Туалетная бумага.
8. Впитывающая пелёнка.
9. Ширма.
10. Лоток.
11. Ёмкость для подогрева лекарственного средства с водой $T -60^{\circ}\text{C}$.
12. Термометр (водный).
13. Мерный стакан.

Подготовка к процедуре

14. Сообщить пациенту необходимую информацию о процедуре и получить его согласие на процедуру.
15. Сделать пациенту очистительную клизму за 20–30 минут до постановки лекарственной клизмы
16. Поставить ширму.
17. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки.

Выполнение процедуры

18. Подогреть лекарственное средство до 38°C на водяной бане, проверить температуру водным термометром.
19. Набрать в грушевидный баллон или в шприц Жанэ отвар ромашки.
20. Помочь пациенту лечь на левый бок. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка приведены к животу.
21. Смазать газоотводную трубку вазелином и ввести ее в прямую кишку на 15–20 см.

22. Спустить воздух из грушевидного баллона или шприца Жанэ.
23. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон или шприц Жанэ и медленно ввести лекарственное средство.
24. Не разжимая грушевидного баллона отсоединить его или шприц Жанэ от газоотводной трубки.
25. Извлечь газоотводную трубку и поместить её вместе с грушевидным баллоном или шприцом Жанэ в лоток.
26. В том случае, если пациент беспомощен, вытереть туалетной бумагой кожу в области анального отверстия.
27. Объяснить, что после манипуляции необходимо провести в постели не менее 1 часа.

Завершение процедуры

28. Убрать впитывающую пеленку, поместить в емкость для утилизации.
29. Снять перчатки и поместить их в лоток для последующей дезинфекции.
30. Укрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение. Убрать ширму.
31. Поместить использованное оборудование в дезинфицирующий раствор.
32. Вымыть и осушить руки.
33. Через час спросить пациента, как он себя чувствует.
34. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента.

Разноуровневые задачи и задания:

Задание 1: Заполните таблицу «Клизмы и их особенности»

	КЛИЗМЫ		
	Очистительная	Сифонная	Лекарственная
ПОКАЗАНИЯ			
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ			

Ключи правильных ответов:

Задание 1:

	КЛИЗМЫ		
	Очистительная	Сифонная	Лекарственная

ПОКАЗАНИЯ	Очищение толстой кишки Промывания толстой кишки Ликвидации запора или калового завала Отравления или интоксикация Перед хирургическими операциями Перед родами	Отсутствие эффекта от очистительной клизмы Отравления Интоксикации Подозрения на кишечную непроходимость	Введение лекарственных веществ для местного или общего действия.
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	кровотечения из пищеварительного тракта; Документы для получения лицензии для ювелирного бизнеса · острые воспалительные или язвенные процессы в области толстой кишки и заднего прохода; · злокачественные новообразования прямой кишки; · первые дни после операции на органах пищеварительного тракта; · трещины в области заднего прохода или выпадение прямой кишки.	· кровотечения из пищеварительного тракта; · острые воспалительные или язвенные процессы в области толстой кишки и заднего прохода; · злокачественные новообразования прямой кишки; · первые дни после операции на органах пищеварительного тракта; · трещины в области заднего прохода или выпадение прямой кишки.	Непереносимость лекарственного препарата

	Относительным противопоказанием является наличие у больного массивных отеков.		
--	---	--	--

Тема 5.7. Катетеризация мочевого пузыря.

Вопросы к устному опросу:

1. Виды катетеров, размеры.
2. Цели катетеризации
3. Противопоказания и возможные осложнения.
4. Проверка прохождения катетера при введении его в мочевой пузырь.
5. Уход за постоянным мочевым катетером.
6. Уход за промежностью пациента с мочевым катетером.
7. Применение различных мочеприемников.
8. Дезинфекция использованного оборудования

Практико-ориентированные задания:

Задание 1: Продемонстрируйте технику введения катетера женщинам

Инструкция:

1. Обозначьте цели, показания и противопоказания к процедуре.
2. Соберите необходимое к процедуре оснащение.
3. Выполните процедуру с соблюдением алгоритма.

Цель: своевременно выведение мочи, забор мочи для бактериологического исследования, лечебная.

Показания: острая задержка мочи, промывание мочевого пузыря и введение в него лекарственных средств.

Оснащение:

- раствор фурацилина 1:5000;
- стерильные: лоток, три пинцета, салфетки, вазелиновое масло, раствор фурацилина, перчатки, мягкий катетер;
- емкость с дезинфицирующим раствором;
- судно, клеенка;
- все необходимое для подмывания.

Подготовка к процедуре:

- установите доброжелательные отношения с пациентом;
- успокойте пациента, объясните ход предстоящей процедуры;
- наденьте перчатки;
- уложите пациента на спину с согнутыми в коленях и разведенными в стороны ногами;
- подстелите клеенку под ягодицы пациента и поставьте судно.

Выполнение процедуры:

- встаньте справа от пациента, в левую руку возьмите емкость с водой, в правую – пинцет с салфеткой;
- подмойте пациента движениями сверху вниз;
- смените салфетку и осушите кожу в той же последовательности;
- смените пинцет;
- раздвиньте левой рукой половые губы, правой рукой возьмите салфетку, смоченную раствором фурацилина;
- протрите между малыми половыми губами движениями сверху вниз;
- смените салфетку;
- смочите салфетку в растворе фурацилина и приложите ее к мочеиспускательному каналу на 1 минуту;
- уберите салфетку, смените пинцет;
- возьмите пинцетом клюв мягкого катетера на расстоянии 4-6 см как пишущее перо;
- обведите наружный конец катетера вокруг кисти и зажмите между 4 и 5 пальцами правой руки;
- облейте клюв катетера стерильным вазелиновым маслом;
- введите осторожно, без усилий в мочеиспускательный канал на 4-6 см. до появления мочи;
- опустите свободный конец катетера в емкость для сбора мочи;
- после прекращения мочевыделения извлеките катетер пинцетом, зажатым в правой руке;
- надавите на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой после прекращения самостоятельного выделения мочи из катетера (чтобы моча промыла мочеиспускательный канал после извлечения катетера).

Завершение процедуры:

- использованные катетер и инструменты положите в емкость для использованных материалов;
- салфеткой осушите промежность пациента;
- уберите судно и помогите пациенту встать (если процедура проводилась в перевязочной), уберите клеенку, стол протрите ветошью, смоченной в 3% растворе хлорамина;
- опустите судно и салфетки в емкость с 3% раствором хлорамина;
- снимите перчатки, вымойте руки.

Задание 2: Продемонстрируйте технику выполнения «Ведение катетера мужчинам»

Инструкция:

1. Обозначьте цели, показания и противопоказания к процедуре.
2. Соберите необходимое к процедуре оснащение.
3. Выполните процедуру с соблюдением алгоритма.

Ключи правильных ответов:

Задание 2:

Цель: своевременно выведение мочи, забор мочи для бактериологического исследования, лечебная.

Показания: острая задержка мочи, промывание мочевого пузыря и введение в него лекарственных средств.

Оснащение:

- раствор фурацилина 1:5000;
- стерильные: лоток, два пинцета, салфетки, вазелиновое масло, раствор фурацилина, перчатки, мягкий катетер;
- емкость с дезинфицирующим раствором;
- судно, клеенка.

Подготовка к процедуре:

- установите доброжелательные отношения с пациентом;
- успокойте пациента, объясните ход предстоящей процедуры;
- наденьте перчатки;
- уложите пациента на спину, ноги согнуты в коленях и разведены в бедрах;
- подстелите клеенку под ягодицы пациента и поставьте судно.

Выполнение процедуры:

- встаньте справа от пациента, оберните стерильной салфеткой половой член ниже головки, возьмите его 3 и 4 пальцами левой руки;
- сдавите слегка головку полового члена 1 и 2 пальцами левой руки, чтобы раскрыть наружное отверстие мочеиспускательного канала;
- возьмите пинцетом, зажатым в правой руке, шарик, смочите его в растворе фурацилина и обработайте головку полового члена сверху вниз, двукратно, меняя шарики;
- влейте несколько капель стерильного вазелинового масла в раскрытое наружное отверстие канала;
- смените пинцет;
- возьмите стерильным пинцетом (зажатым в правой руке) катетер на расстоянии 5-7 см. от его клюва (клюв катетера опущен вниз);
- обведите конец катетера над кистью, но так, чтобы он не прикасался к ней (дугой над кистью), зажмите конец катетера между 4 и 5 пальцами правой руки;
- облейте клюв катетера стерильным вазелиновым маслом на длину 15-20 см.;

- удерживая левой рукой головку члена, правой рукой, при помощи пинцета, введите катетер на 4-5 см.;
- перехватите пинцетом катетер еще на 3-5 см. и медленно погружайте его в мочеиспускательный канал на длину 19-20 см. до появления мочи;
- опустите свободный конец катетера в емкость для сбора мочи;
- извлеките катетер пинцетом, одновременно надавливая левой рукой на область мочевого пузыря.

Завершение процедуры:

- использованные катетер и пинцеты положите в емкости с дезинфицирующим раствором;
- салфеткой осушите промежность пациента;
- уберите судно и помогите пациенту встать (если процедура проводилась в перевязочной), уберите клеенку;
- стол протрите ветошью, смоченной в 3% растворе хлорамина;
- опустите судно в емкость с 3% раствором хлорамина;
- снимите перчатки, вымойте руки.

Тема 5.8. Зондовые манипуляции.

Практико-ориентированные задания:

Задание 1: Продемонстрируйте технику выполнения «Промывание желудка»

Инструкция:

1. Обозначьте цели, показания и противопоказания.
2. Подготовьте необходимое оснащение.
3. Выполните манипуляцию.

Ключи правильных ответов:

Задание 1: «Промывание желудка»

Цель: лечебная, диагностическая.

Оснащение:

- стерильный лоток;
- стерильные 2 толстых желудочных зонда;
- стерильная стеклянная трубка, соединяющая зонды;
- стерильная стеклянная воронка емкостью 0,5л;
- перчатки;
- ковш, лоток для отработанного материала;
- вода комнатной температуры – 10л;
- фартук клеенчатый – 2шт.;
- таз (ведро) для промывных вод;
- салфетка, полотенце.

Подготовка к процедуре:

- подготовьте все необходимое оснащение;
- установите доверительные отношения с пациентом, объясните цель, ход процедуры и получите согласие на процедуру;
- вымойте руки, наденьте перчатки и фартук;
- усадите пациента на стул, наденьте на него фартук, поставьте таз к ногам пациента.

Выполнение процедуры:

- измерьте зондом расстояние от резцов до пупка плюс 10 см и поставьте отметку;
- соедините зонды стеклянной трубкой;
- смочите слепой конец зонда водой;
- попросите пациента открыть рот;
- возьмите зонд в правую руку на расстоянии 10 см. от закругленного конца и положите зонд за корень языка;
- предложите пациенту делать глотательные движения и введите зонд до метки;
- присоедините к зонду воронку и опустите ее до уровня колен пациента (немного наклонив ее);
- наливая воду в воронку, медленно поднимайте ее на 25-30 см. выше рта пациента, но так, чтобы в устье воронки постоянно находилась жидкость;
- если из устья воронки жидкость больше не уходит, опустите ее ниже уровня колен пациента и слейте содержимое желудка в таз;
- повторите промывание несколько раз, до получения чистых промывных вод.

Завершение процедуры:

- оберните зонд салфеткой (около рта пациента) и осторожно извлеките зонд из желудка;
- поместите зонд с воронкой в дезинфицирующий раствор;
- дайте пациенту прополоскать рот прохладной водой;
- обеспечьте пациенту физический и психический покой;
- при необходимости отправьте промывные воды в лабораторию для исследования;
- снимите перчатки, вымойте руки.

Творческое задание:

Задание 1: Аргументируйте необходимость исследования рвотных масс.

Инструкция:

1. Раскройте основные причины рвоты
2. Обоснуйте тему опроса
3. Расскажите, как происходит сбор рвоты

Тема 5.9. Применение лекарственных средств. Участие медицинской сестры в лабораторных методах исследования.

Вопросы к устному опросу:

1. Правила хранения и распределения лекарственных средств в отделении: на сестринском посту, в процедурном кабинете
2. Выписка, учет и хранение наркотических, сильнодействующих, остродефицитных и дорогостоящих лекарственных средств.
3. Хранение препаратов списка «А» и «Б».
4. Правила раздачи лекарственных средств. Понятия «до еды», «во время еды», «после еды».
5. Пути введения лекарственных средств.
6. Способы наружного применения лекарственных средств.
7. Осложнения инъекций и взятия венозной крови и меры, направленные на предупреждение осложнений.

Тестовые задания:

1. Наружный способ введения лекарственных средств:

- А) закапывание в глаз
- Б) подкожно
- В) под язык
- Г) через прямую кишку

2. Внутрикожно вводится

- А) туберкулин
- Б) клофеллин
- В) ампициллин
- Г) кордиамин

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

- А) 90
- Б) 60
- В) 45
- Г) 5

4. Игла при внутримышечной инъекции вводится под углом (в градусах):

- А) 90
- Б) 60
- В) 45
- Г) 5

5. Критерий правильности наложения жгута перед внутривенной инъекцией:

- А) бледность кожных покровов ниже жгута
- Б) гиперемия кожи ниже жгута
- В) отсутствие пульса на лучевой артерии

Г) синюшность кожи ниже жгута

6. К ингаляционному способу относятся введение лекарственных средств:

А) под язык

Б) в дыхательные пути

В) в ткани

Г) на слизистые оболочки

7. Одним из мест для внутримышечных инъекций является:

А) подлопаточная область

Б) дельтовидная мышца

В) внутренняя поверхность предплечья

Г) передняя брюшная стенка

8. Областью подкожного введения лекарственных средств является:

А) внутренняя поверхность предплечья

Б) наружная поверхность плеча

В) область бедра

Г) область ягодицы

Ключи правильных ответов:

1. А

2. А

3. В

4. А

5. Г

6. В

7. Г

8. Б

Тема 5.11. Участие медицинской сестры в инструментальных методах исследования.

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

А) памперсы

Б) резиновое судно

В) металлическое судно

Г) съемный мочеприемник

2. Для исследования мочи по методу Нечипоренко мочу собирают:

А) за сутки

Б) за десять часов

В) за три часа

Г) утром из середины струи

3. Катетеризация мочевого пузыря женщины проводится катетером:

- А) любым
- Б) только мягким
- В) полужестким
- Г) жестким

4. Пробой Зимницкого определяется в моче:

- А) количество сахара, ацетона
- Б) количество форменных элементов, бактерий
- В) наличие уробилина, желчных пигментов
- Г) плотность и диурез

5. Подготовка больного к ректороманоскопии:

- А) промедикация
- Б) измерение температуры в прямой кишке
- В) введение контрастного вещества
- Г) очистительная клизма утром и вечером

6. За три дня до проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости из рациона питания пациента необходимо исключить:

- А) гречневую кашу, помидоры, гранаты
- Б) молоко, овощи, фрукты, черный хлеб
- В) яйца, белый хлеб, сладости
- Г) мясо, рыбу, консервы

7. Для получения порции «В» при дуоденальном зондировании через зонд вводится 30-50 мл:

- А) 0,1 % гистамина
- Б) мясного бульона
- В) капустного отвара
- Г) 33% раствора магния сульфата

8. Для промывания желудка взрослому следует приготовить чистую воду в количестве (в литрах):

- А) 10
- Б) 3
- В) 1
- Г) 0,5

9. Элемент сестринского ухода при рвоте:

- А) промывание желудка
- Б) обильное щелочное питье
- В) применение пузыря со льдом на эпигастральную область
- Г) обработка полости рта

10. Расстояние, на которое необходимо ввести зонд пациенту для промывания желудка,

определяется по формуле (в см):

- А) рост — 100
- Б) рост — 80
- В) рост — 50
- Г) рост — 1/2 роста

Ключи правильных ответов:

- 1. А
- 2. В
- 3. А
- 4. Г
- 5. Г
- 6. Б
- 7. Г
- 8. А
- 9. Г
- 10. А

Практико-ориентированные задания:

Задание 1: Продемонстрируйте технику взятия мазка из зева и носа.

Задание 2. Продемонстрируйте технику алгоритма «Взятия крови на биохимию»

Инструкция:

- 1. Обозначить цели, показания и противопоказания
- 2. Подготовить оснащение, необходимое

Ключи правильных ответов:

Задание 1: «Взятие мазка из зева и носа»

Цель: диагностическая.

Показания:

- 1. По назначению врача.
- 2. При подозрении на инфекционное заболевание (ангина, дифтерия).
- 3. При обследовании декретированных групп.

Противопоказания: нет.

Подготовить:

- 1. Две стерильные пробирки с тампоном и метками «З» и «Н».
- 2. Стерильный шпатель.
- 3. Стерильные перчатки, маску.

4. Направление в лабораторию.
5. Лампу.
6. Штатив для пробирок.
7. Ёмкости с дезинфицирующим раствором.
8. Направление.

Подготовка пациента:

1. Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход исследования, получить согласие на проведение манипуляции.
2. Усадить пациента лицом к источнику света.
3. Попросить пациента сдвинуть обе ноги в сторону.

Техника выполнения:

I. Взятие мазка из зева.

1. Провести гигиеническую обработку рук.

Надеть маску и стерильные перчатки.

3. Сестра напротив пациента, достаточно близко, ноги сдвинуть тоже в сторону.
4. Попросить пациента запрокинуть голову и повернуть её в сторону медсестры, широко открыть рот.
5. Взять в левую руку шпатель и пробирку с тампоном и меткой «З», надавить шпателем на язык, но не касаясь корня, а правой рукой извлечь из пробирки стерильный тампон (держась только за пробку) и ввести его в глотку.
6. Осторожно провести тампоном сначала по правой дужке, правой миндалине, далее - по левой миндалине и левой дужке (снимая налёт), не касаясь слизистой оболочки рта и языка.
7. Извлечь тампон из полости рта и осторожно опустить его в стерильную пробирку, не касаясь наружной поверхности пробирки.
2. 8. Поставить пробирку с тампоном в штатив.

II. Взятие мазка из носа.

1. Взять пробирку с тампоном и меткой «Н» в левую руку и предложить пациенту слегка запрокинуть голову, правой рукой извлечь из пробирки тампон.
2. 1 пальцем левой руки слегка приподнять кончик носа пациента, правой - осторожно, стараясь не касаться наружной поверхности носа, легким вращательным движением ввести тампон в нижний носовой ход с одной, а затем с другой стороны.
3. Извлечь тампон из полости носа и осторожно опустить в пробирку, не касаясь наружной поверхности пробирки.
4. Поставить пробирку в штатив.

Последующий уход:

1. Отпустить пациента, обработать рабочее место дезинфицирующим раствором.
2. Провести дезинфекцию шпателя.
3. Снять перчатки и замочить в дезинфицирующем растворе.
4. Провести гигиеническую обработку рук.
5. Оформить направление, в бактериологическую лабораторию.

6. Прикрепить к наружным стенкам маркированных пробирок соответствующие направления.

7. Штатив с пробирками поместить в герметичную ёмкость, отправить в бактериологическую лабораторию.

Возможные осложнения: повреждения слизистой оболочки.

Примечания:

1. Мазок из зева и носа производится натошак.

2. Материал отправляется в лабораторию не позже двух часов с момента взятия мазка.

Задание 2: «Забор крови на биохимическое исследование»

Цель: диагностическая

Оснащение: стерильная игла диаметром 1,5мм длиной 40 – 60мм, стерильный одноразовый шприц объемом 10мл, стерильные ватные шарики, салфетки, бинт, 70% спирт, жгут, клеенчатая подушечка, штатив с пробирками (пробирки сухие и с антикоагулянтом), резиновые пробки, контейнер для транспортировки, направление, журнал для регистрации анализов, контейнеры с дезраствором, одноразовые перчатки, маска.

Подготовка к манипуляции:

1. Приветствовать пациента, представиться.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящего исследования и получить информационное согласие на процедуру.
3. Информировать пациента за день о предстоящем исследовании.
4. Объяснить пациенту правила предстоящей подготовки к исследованию.

Выполнение манипуляции:

1. Исключить утром в день исследования завтрак, прием лекарственных средств, физиотерапию, массаж, гимнастику, рентгеновские исследования, курение.
2. Исключить прием контрацептивов.
3. Рекомендовать пациенту проконсультироваться у врача по поводу приема назначенных лекарств перед исследованием крови.
4. Попросить пациента повторить ход подготовки к исследованию, при необходимости обеспечить письменной инструкцией.
5. Сообщить к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медицинской сестры.
6. Проинформировать пациента о точном времени и месте проведения исследования.
7. Подготовить направление на исследование накануне, заполнив его по форме (указать наименование ЛПУ, отделение, № палаты, лабораторию, вид анализа (ФИО пациента, подпись медицинской сестры, дату взятия материала, № истории болезни, номер полиса)

Техника взятия крови на биохимическое исследование.

1. Усадить пациента (уложить) в удобное положение.
2. Под локоть положить валик.

3. Вымыть руки гигиеническим способом, надеть маску, стерильные перчатки.
4. Через салфетку наложить жгут на среднюю треть плеча, так чтобы петля была направлена вниз, а концы - вверх; время наложения жгута не должно превышать 1 минуту.
5. Обработать перчатки 70% спиртом дважды.
6. Обработать область локтевого сгиба последователь двумя ватными шариками, смоченными 70% спиртом (движение шарика снизу вверх). Первым шариком обработать большую поверхность, вторым – непосредственное место пункции.
7. Найти наиболее наполненную вену. Пациент работает кулаком, зажимает его.
8. Потянув кожу локтевого сгиба рукой и фиксировать вену.
9. Взять шприц правой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем.
10. Пунктировать вену иглой: ввести иглу срезом вверх, параллельно коже рядом с намеченной веной. Изменить направление иглы пока не появится ощущение «попадания в пустоту». В шприце появится кровь.
11. Набрать в шприц необходимое количество крови (для определения одного показателя достаточно 3-5мл крови, а при назначении большего количества исследований следует исходить из расчета 1 мл крови на одно исследование).
12. Снять жгут (потянув его за конец).
13. Извлечь иглу, прижав место пункции ватным шариком, смоченным 70% спиртом.
14. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе. Можно зафиксировать шарик бинтом. Снять шарик через 5 минут и сбросить его в 5% растворе хлорамина.
15. Справиться о самочувствии пациента, проводить в палату. Спустить кровь из шприца в сухую центрифужную пробирку (кровь должна стекать медленно по стенке пробирки).

Примечание: если исследуется система гемостаза, кровь спускается в пробирку с антикоагулянтом в соотношении: 9 частей крови, 1 часть антикоагулянта.

16. Закрыть пробирку плотно резиновой пробкой, поставить штатив в контейнер для транспортировки анализов.
17. В направлении и на пробирке должен быть один и тот же номер.

Завершение манипуляции:

1. Подвергнуть изделия медицинского назначения однократного и многоразового использования обработке в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции и предстерилизационной очистке и стерилизации.
2. Провести дезинфекцию и утилизацию медицинских отходов в соответствии с Сан. Пин 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений».
3. Снять перчатки, поместить в накопительный контейнер с дезраствором.
4. Вымыть руки гигиеническим способом.
5. Сделать запись в журнал о взятии материала на исследование.

6. Доставить кровь в лабораторию не позднее 1,5 часов после взятия.

Тема 5.12. Сердечно-легочная реанимация. Оксигенотерапия.

Вопросы к устному опросу:

1. Причины, приводящие к внезапной остановке сердца
2. Признаки клинической и биологической смерти, смерти мозга
3. Причины обструкции дыхательных путей.
4. Частичная и полная обструкция дыхательных путей.
5. Признаки обструкции.

Практико-ориентированные задания:

Задание 1: Демонстрация СЛР на фантоме

Инструкция:

1. Обозначить цель
2. Подготовить оснащение
3. Выполнить манипуляцию

Цель: восстановление жизненно – важных функций организма.

Оснащение: салфетка- 2 шт. (носовой платок и другие подручные средства).

Алгоритм действий.

А. Восстановление проходимости дыхательных путей.

1. Быстро осмотрев пострадавшего, уложить его на спину на ровную, жесткую поверхность.
2. Встать сбоку от пострадавшего, освободить от одежды переднюю поверхность грудной клетки (если это возможно).
3. Выполнить тройной прием Сафара:
 - а. Запрокинуть голову пострадавшего назад, для этого одну руку необходимо подложить под шею, другую – на лоб пострадавшего.
 - б. Выдвинуть нижнюю челюсть вперед, надавив на угол нижней челюсти, при этом зубы нижней челюсти должны располагаться впереди линии зубов верхней челюсти.
 - в. Открыть рот и провести ревизию, механическую очистку ротовой полости двумя пальцами, обернутыми салфеткой, носовым платком, любым подручным материалом.

В. Искусственная вентиляция легких.

Метод «рот в рот».

4. Сжать нос пострадавшего.
5. Глубоко вдохнуть и плотно прижать свои губы к губам пострадавшего через салфетку.
6. Выдохнуть в рот пострадавшего приблизительно 1л воздуха, пока его

грудная клетка не поднимется.

7. Убрать свои губы и ждать, пока грудная клетка сама опустится (пассивный выдох).

8. Повторять действия с частотой 12-15 вдуваний в минуту.

Метод «рот в нос».

4. Закрыть рот пострадавшего.

5. Глубоко вдохнуть и плотно прижать свои губы к носу пострадавшего через салфетку. 6. Выдохнуть в рот пострадавшего приблизительно 1л воздуха, пока его грудная клетка не поднимется.

7. Убрать свои губы и ждать, пока грудная клетка сама опустится (пассивный выдох).

8. Повторять действия с частотой 12-15 вдуваний в минуту.

С. Непрямой массаж сердца (НМС).

9. Пальпировать нижние ребра по направлению к груди.

10. Найти мечевидный отросток.

11. На мечевидный отросток положить два пальца в поперечном грудном направлении.

12. Поместить проксимальную часть ладони (основание ладони) на границу между нижней и средней третью грудины на два поперечных пальца выше мечевидного отростка (пальцы направлены параллельно ребрам).

13. Положить основание другой ладони перпендикулярно основанию первой ладони, пальцы обеих рук между собой сомкнуты и не касаются тела пострадавшего.

14. Совершать компрессии на грудную клетку толчкообразными движениями, глубина прогиба грудины 4-6 см.

15. Повторять компрессии с частотой 80-100 раз в минуту, осуществляя давление на грудину пострадавшего всем корпусом, не сгибая руки в локтевом суставе и не отрывая их от тела пострадавшего.

Тема 5.13. Потери. Смерть. Горе.

Вопросы к устному опросу:

1. Стадии терминального состояния их основные клинические проявления.
2. Стадии горевания.
3. Понятие и принципы паллиативной помощи.
4. Хосписное движение.
5. Принципы обслуживания пациентов в условиях хосписа.

Практико-ориентированные задания:

Задание 1: Продемонстрируйте технику обращения с трупом

Инструкция:

1. Подготовить необходимое оснащение
2. Выполнить манипуляцию без отступления от алгоритма

Ключи правильных ответов:

Задание 1: «Правила обращения с трупом»

Оснащение:

- стерильные перчатки;
- бинт;
- простынь;
- ручка шариковая;
- бланк направления в ПАО.

Последовательность выполнения:

- вымойте руки, наденьте перчатки;
- разденьте труп, уложите на спину без подушки с разогнутыми конечностями;
- опустите веки, подвяжите бинтом нижнюю челюсть;
- свяжите руки, лежащие на груди и выпрямите ноги;
- снимите ценные вещи с умершего и передайте их с перечнем старшей м/с на хранение;
- зарегистрируйте ценности, если их невозможно снять, в историю болезни;
- накройте труп простыней и оставьте на 2 часа;
- заполните направление в ПАО с указанием Ф.И.О. умершего, номера истории болезни, диагноза, даты смерти;
- напишите на бедре умершего его фамилию, инициалы, номер истории болезни перед отправлением трупа в ПАО;
- определите явные признаки смерти: трупные пятна, трупное окоченение, размягчение глазных яблок (констатация биологической смерти);
- снимите перчатки, опустите их в дезинфицирующий раствор;
- вымойте руки.

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации

Задания для экзамена по МДК 01.02. Технология оказания медицинских услуг

Тестовые задания:

1. Частота пульса у взрослого в норме (ударов в мин.):

- А) 100-120
- Б) 90-100
- В) 60-80
- Г) 40-60

2. Наиболее взаимосвязаны свойства пульса:

- А) напряжение и наполнение
- Б) напряжение и ритм

- В) частота и ритм
- Г) скорость и частота

3. По наполнению пульс различают:

- А) ритмичный, аритмичный
- Б) скорый, медленный
- В) полный, пустой
- Г) твердый, мягкий

4. В первом периоде лихорадки возможно применение:

- А) влажного обертывания
- Б) грелки
- В) холодного компресса
- Г) пузыря со льдом

5. В третьем периоде лихорадки (кризис) необходимо применение:

- А) влажного обертывания
- Б) прохладного витаминизированного питья
- В) обильного питья крепкого сладкого чая или кофе
- Г) пузыря со льдом

6. Частота дыхания в одну минуту у взрослого человека в норме:

- А) 10-12
- Б) 16-20
- В) 22-28
- Г) 30-35

7. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы назначается диета №:

- А) 6
- Б) 3
- В) 10
- Г) 13

8. При хроническом гломерулонефрите назначается диета №:

- А) 10
- Б) 7
- В) 5
- Г) 1

9. Порционное требование составляет:

- А) 2 раза в неделю
- Б) раз в неделю

- В) ежедневно
- Г) при поступлении пациента

10. Дефицит массы тела (ДМТ) характеризует

- А) белково-энергетический статус пациента;
- Б) степень соответствия массы человека и его роста;
- В) снижение массы тела в пределах 5-15% от исходных значений за короткий промежуток времени.

11. Естественное и/или энтеральное питание возможно только после оценки

- А) функционирования ЖКТ;
- Б) функции глотания;
- В) когнитивных функций пациента;
- Г) половой функции человека.

12. Пролежни – это повреждение тканей:

- А) некротическое
- Б) поверхностное
- В) струповидное
- Г) глубокое

13. Факторы, способствующие образованию пролежней:

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

14. Факторы, приводящие к образованию пролежней:

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

15. Возможная локализация пролежней на задней поверхности туловища – область:

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

16. Возможная локализация пролежней на передней поверхности туловища – область:

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

17. Факторы риска образования пролежней по шкале Norton:

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

18. Для профилактики пролежней используют специальные приспособления:

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

19. Профилактику пролежней проводят растворами:

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

20. Профилактике пролежней способствуют:

- А) правильное питание
- Б) смена положения тела
- В) неподвижность пациента
- Г) питьевой режим

21. Определяющим факторам способствуют:

- А) тепло
- Б) сухость
- В) тучность
- Г) потливость

22. Цель сестринской помощи пациенту в уходе за телом – обеспечение:

- А) чистоты и безопасности
- Б) комфорта и защищенности
- В) независимости и адаптации к своему состоянию
- Г) личной гигиены и ухода

23. Наружный способ введения лекарственных средств:

- А) закапывание в глаз
- Б) подкожно
- В) под язык
- Г) через прямую кишку

24. Внутрикожно вводится

- А) туберкулин
- Б) клофеллин
- В) ампициллин
- Г) кордиамин

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

- А) 90
- Б) 60
- В) 45
- Г) 5

26. Игла при внутримышечной инъекции вводится под углом (в градусах):

- А) 90
- Б) 60
- В) 45
- Г) 5

27. Критерий правильности наложения жгута перед внутривенной инъекцией:

- А) бледность кожных покровов ниже жгута
- Б) гиперемия кожи ниже жгута
- В) отсутствие пульса на лучевой артерии
- Г) синюшность кожи ниже жгута

28. К ингаляционному способу относятся введение лекарственных средств:

- А) под язык
- Б) в дыхательные пути
- В) в ткани
- Г) на слизистые оболочки

29. Одним из мест для внутримышечных инъекций является:

- А) подлопаточная область
- Б) дельтовидная мышца
- В) внутренняя поверхность предплечья
- Г) передняя брюшная стенка

30. Областью подкожного введения лекарственных средств является:

- А) внутренняя поверхность предплечья
- Б) наружная поверхность плеча

- В) область бедра
- Г) область ягодицы

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

- А) памперсы
- Б) резиновое судно
- В) металлическое судно
- Г) съемный мочеприемник

32. Для исследования мочи по методу Нечипоренко мочу собирают:

- А) за сутки
- Б) за десять часов
- В) за три часа
- Г) утром из середины струи

33. Катетеризация мочевого пузыря женщины проводится катетером:

- А) любым
- Б) только мягким
- В) полужестким
- Г) жестким

34. Пробой Зимницкого определяется в моче:

- А) количество сахара, ацетона
- Б) количество форменных элементов, бактерий
- В) наличие уробилина, желчных пигментов
- Г) плотность и диурез

35. Подготовка больного к ректороманоскопии:

- А) промедикация
- Б) измерение температуры в прямой кишке
- В) введение контрастного вещества
- Г) очистительная клизма утром и вечером

36. За три дня до проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости из рациона питания пациента необходимо исключить:

- А) гречневую кашу, помидоры, гранаты
- Б) молоко, овощи, фрукты, черный хлеб
- В) яйца, белый хлеб, сладости
- Г) мясо, рыбу, консервы

37. Для получения порции «В» при дуоденальном зондировании через зонд вводится 30-50 мл:

- А) 0,1 % гистамина

- Б) мясного бульона
- В) капустного отвара
- Г) 33% раствора магния сульфата

38. Для промывания желудка взрослому следует приготовить чистую воду в количестве (в литрах):

- А) 10
- Б) 3
- В) 1
- Г) 0,5

39. Элемент сестринского ухода при рвоте:

- А) промывание желудка
- Б) обильное щелочное питье
- В) применение пузыря со льдом на эпигастральную область
- Г) обработка полости рта

40. Расстояние, на которое необходимо ввести зонд пациенту для промывания желудка, определяется по формуле (в см):

- А) рост — 100
- Б) рост — 80
- В) рост — 50
- Г) рост — 1/2 роста

Ключи правильных ответов:

- 1. В
- 2. А
- 3. В
- 4. Б
- 5. Б
- 6. Б
- 7. В
- 8. Б
- 9. В
- 10. В
- 11. АБ
- 12. Г
- 13. Б
- 14. Г
- 15. Г
- 16. В
- 17. А В Г

18.А
19.В
20.Б
21.Г
22.Г
23.А
24.А
25.В
26.А
27.Г
28.В
29.Г
30.Б
31.А
32.В
33.А
34.Г
35.Г
36.Б
37.Г
38.А
39.Г
40.А

Вопросы к устному опросу:

1. Особенности приема пациента в стационар.
2. Важные аспекты оценки функционального состояния пациента.
3. Виды сестринского общения.
4. Модели сестринского процесса.
5. Особенности организации питания в стационаре.
6. Пути госпитализации пациентов в стационар.
7. Устройство и функции приемного отделения.
8. Документация приемного отделения.
9. Причины, приводящие к внезапной остановке сердца.
10. Признаки клинической смерти
11. Признаки биологической смерти.
12. Признаки смерти мозга
13. Причины обструкции дыхательных путей.
14. Частичная и полная обструкция дыхательных путей.
15. Признаки обструкции.
16. Стадии терминального состояния их основные клинические проявления.
17. Стадии горевания.

18. Понятие и принципы паллиативной помощи.
19. Хосписное движение.
20. Принципы обслуживания пациентов в условиях хосписа.
21. Ошибки, приводящие к недостоверности результата диагностического исследования.
22. Правила хранения и распределения лекарственных средств на сестринском посту
23. Правила хранения и распределения лекарственных средств в процедурном кабинете
24. Выписка, учет и хранение наркотических, сильнодействующих, остродефицитных и дорогостоящих лекарственных средств.
25. Хранение препаратов списка «А» и «Б».
26. Правила раздачи лекарственных средств. Понятия «до еды», «во время еды», «после еды».
27. Пути введения лекарственных средств.
28. Виды клизм. Механизм действия различных видов клизм, показания, противопоказания и возможные осложнения
29. Осложнения инъекций и взятия венозной крови и меры, направленные на предупреждение осложнений.
30. Виды и цели простейших физиотерапевтических процедур.
31. Противопоказания для тепловых физиотерапевтических процедур
32. Необходимость холодových физиотерапевтических процедур
33. Возможные осложнения физиотерапевтических процедур и их профилактика
34. Гирудотерапия. Показания и противопоказания для проведения гирудотерапии.
35. Оксигенотерапия. Цели и методы оксигенотерапии.
36. Техника безопасности при работе с кислородом.

Перечень практико-ориентированные заданий.

Задание 1: Применение грелки.

Ключи правильных ответов:

Цель: рефлекторное расслабление гладкой мускулатуры, кровенаполнение внутренних органов, болеутоляющее и рассасывающее действие.

Показания к применению горчичников:

- хронические боли в животе - строго по назначению врача.
- воспалительные инфильтраты;
- для местного согревания участков тела пациента;
- острые боли в пояснице /колика/;
- неврологические заболевания /радикулит/;
- I и III периоды лихорадки;
- дуоденальное зондирование;
- гипертонический криз;
- после введения масляных растворов в/м, п/к;

- для рассасывания гематом со вторых суток после ушиба.

Противопоказания:

- острые воспалительные процессы в брюшной полости /аппендицит холецистит, панкреатит, перитонит/;
- первые сутки после ушиба /травмы/;
- повреждение кожных покровов;
- кровотечение;
- инфицированная рана;
- злокачественные новообразования;
- высокая лихорадка;
- бессознательное состояние пациента.

Оснащение:

- резиновую грелку на 1 л - 1,5 л;
- горячую воду / $t = 60-70^{\circ}\text{C}$ /;
- полотенце или пеленку.

Алгоритм манипуляции:

Этапы

I. Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить все необходимое.

Убедиться в целостности грелки и соответствии пробки.

2. Объяснить пациенту ход предстоящей манипуляции и получить его согласие.

3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки.

4. Наполнить грелку горячей водой на $\frac{2}{3}$ ее объема, вытеснить воздух путем нажатия на грелку до появления воды у горлышка и хорошо закрутить пробку.

5. Перевернуть грелку горловиной вниз и убедиться в ее герметичности.

6. Насухо вытереть грелку и обернуть ее пеленкой.

II. Выполнение манипуляции.

7. При возможности придать пациенту удобное положение.

8. Приложить грелку к нужному участку тела и оставить ее на 20 минут.

9. Через 5 минут проверить, нет ли симптомов перегревания тканей (яркая гиперемия, чувство жжения).

III. Окончание манипуляции.

10. Через 20 минут снять грелку.

11. Осмотреть кожу пациента в месте соприкосновения с грелкой.

12. Погрузить грелку в дез. раствор.

13. Снять перчатки, погрузить их в дез. раствор.

14. Вымыть и осушить руки.

15. Сделать отметку о выполненной манипуляции (и реакции на нее пациента в медицинской документации.)

Задание 2: Применение горчичников.

Ключи правильных ответов:

Цель: воздействие на кровообращение, отвлекающее, рассасывающее, противовоспалительное и болеутоляющее действие.

Показания:

- заболевание бронхолегочной системы /бронхиты, пневмонии/;
- заболевания нервных стволов /невралгии, невриты/;
- заболевания мышц /миозиты/;
- высокое АД /гипертонический криз/;
- боли в области сердца /стенокардия/.

Противопоказания:

- злокачественные новообразования;
- активная форма туберкулеза легких;
- кровохарканье, легочное кровотечение;
- заболевания и повышенная чувствительность кожи;
- бессознательное состояние пациента;
- высокая лихорадка;
- туберкулез легких;
- болезни крови;
- бронхиальная астма;
- поврежденная кожа в месте постановки горчичников;
- повышенная чувствительность к горчице.

Оснащение: лоток для отработанного материала, горчичники, теплая вода /температура 40 – 45⁰С/, полотенце (пеленку), перчатки, термометр для измерения температуры воды, часы, емкость для воды, салфетка.

Алгоритм манипуляции:

Этапы

I. Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить все необходимое.

Проверить качество горчичников (с открытой горчичной поверхностью):

- срок годности;
- горчица не должна осыпаться с бумаги;
- горчица должна иметь специфический (резкий) запах.

Для пакетированных горчичников проверить:

- срок годности;
- целостность упаковки.

2. Объяснить пациенту ход предстоящей манипуляции и получить его согласие.

3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки.

4. Раздеть пациента до пояса. Уложить его на живот, голову повернуть в сторону.

5. Налить в лоток воду – температура 40-45⁰С.

II. Выполнение манипуляции.

6. Поместить горчичник в воду на 5сек., стряхнуть и положить на кожу спины стороной, покрытой горчицей. Таким же образом разместить нужное количество горчичников.

7. Укрыть спину пациента пеленкой, затем одеялом.

8. Оставить горчичники на 5-15 минут (до появления стойкой гиперемии).

III. Окончание манипуляции.

9. Снять горчичники и поместить в лоток для отработанного материала.

10. Смочить салфетку в теплой воде, отжать и протереть кожу в местах постановки горчичников.

11. Просушить кожу полотенцем.

12. Помочь пациенту надеть белье, принять удобное положение в постели.

13. Укрыть пациента одеялом и рекомендовать оставаться в постели на 30-60 минут.

14. Снять перчатки, поместить их в дез. раствор.

15. Вымыть и осушить руки.

16. Сделать отметку о проделанной манипуляции (и реакции пациента на нее) в медицинской документации.

Задание 3: Применение банок.

Ключи правильных ответов:

Цель: местное улучшение кровоснабжения.

Показания: воспаление верхних дыхательных путей, невралгия, миозит, радикулит, остеохондроз.

Противопоказания: легочные кровотечения, туберкулез легких, злокачественные новообразования, заболевания кожи, высокая температура, истощение, перевозбуждение пациента.

Механизм действия: В результате создаваемого в банке вакуума, она присасывается к коже, и, раздражая нервные окончания, вызывает усиленное крово- и лимфообращение, в результате улучшается питание тканей, что приводит к быстрому рассасыванию воспалительных очагов.

Оснащение:

- на лотке 10-16 медицинских банок;
- спирт 70%;
- металлический стержень с ватой на конце;
- спички;
- вата;
- вазелин;
- косынка;
- стакан с водой для тушения фитиля.

Подготовка к процедуре:

- установите доверительные отношения с пациентом;
- объясните цель и ход процедуры, уточните их понимание;
- получите согласие на процедуру;

- проверьте целостность банок.

Выполнение процедуры:

- поставьте лоток со всем необходимым для выполнения процедуры у постели пациента;
- уложите пациента на живот, волосы убрать под косынку (если кожа покрыта волосами их сбрить), смажьте кожу вазелином;
- металлический стержень (корнцанг) с плотно накрученной ватой смочите спиртом, излишки спирта слегка отжать, флакон со спиртом закрыть;
- подожгите смоченный тампон и возьмите его в правую руку;
- в левую руку возьмите банку, держа ее вблизи кожи, внесите на 1-2 секунды в банку горящий факел, не касаясь ее краев;
- приложите банку к телу, слегка прижав ее;
- если банка плотно держится, кожа хорошо в нее втянута и приобретает багровый цвет – банка поставлена правильно;
- поставьте 10- 15 банок, погасите фитиль в емкости с водой и укройте пациента.

Завершение процедуры:

- через 15-20 минут снимите банки – одной рукой слегка отклоните банку, а пальцем другой руки надавите на кожу у ее края;
- протрите кожу ватой, укройте пациента и попросите лежать не менее 30 минут;
- продезинфицируйте банки в 3 % хлорамина;
- использованную вату выбросите в мусоросборник;
- вымойте руки.

Примечание. Места постановки банок:

- грудная клетка сзади между лопаткой и позвоночником, на поясницу (исключая область почек);
- грудная клетка спереди – исключая область сердца и молочные железы, родимые пятна.

Задание 4: Применение пузыря со льдом.

Ключи правильных ответов:

Цель: сужение кровеносных сосудов кожи и более глубоко расположенных органов и тканей, а также снижение чувствительности нервных рецепторов и уменьшения отека тканей.

Показания:

Пузырь со льдом применяют:

- при внутреннем кровотечении;
- в начальной стадии некоторых острых заболеваний брюшной полости;
- в первые сутки после травмы /ушиба/;
- в послеоперационном периоде;

- при высокой лихорадке /во II-ом периоде пузырь со льдом рекомендуется подвесить над головой пациента/;
- при укусах насекомых;
- при попадании 10% хлористого кальция под кожу (в первые 2 часа).

Противопоказания:

- коллапсе;
- шоке;
- спастических болях;
- переохлаждение;
- отморожение;
- парезы или параличи.

Оснащение:

- пузырь для льда;
- кусочки льда;
- полотенце (пеленку);
- штатив-стойку;
- водный термометр;
- воду t10-12⁰C;
- перчатки;
- емкость с дез. раствором.

Алгоритм манипуляции

Этапы

I. Подготовка к манипуляции

1. Приготовить все необходимое.

Убедиться в целостности пузыря и соответствии пробки.

2. Объяснить пациенту ход предстоящей манипуляции и получить его согласие.

3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки.

4. Наполнить пузырь кусочками льда на $\frac{1}{2}$ его объема и долить холодной воды до $\frac{2}{3}$ объема.

5. Положить пузырь на горизонтальную поверхность, вытеснить воздух из него нажатием руки и плотно закрутить пробку.

6. Перевернуть пузырь пробкой вниз и убедиться в его герметичности.

7. Насухо вытереть пузырь и обернуть его полотенцем (пеленкой).

II. Выполнение манипуляции.

8. При возможности придать пациенту удобное положение.

9. Положить пузырь со льдом на нужный участок тела и оставить его на 20 минут.

10. Периодически оценивать состояние пациента.

11. По мере таяния льда необходимо сливать воду из пузыря и добавлять в него новые кусочки льда.

III. Окончание манипуляции.

12. Через 20 минут снять пузырь со льдом, воду слить.

13. Продезинфицировать пузырь.
14. Снять перчатки, поместить их в дез. р-р.
15. Вымыть и осушить руки.
16. Сделать отметку о выполнении манипуляции в медицинской документации.

Примечание:

- при необходимости более длительного применения пузыря со льдом каждые 10 -15 минут нужно делать перерыв;
- нельзя замораживать воду, налитую в пузырь, в морозильной камере, т.к. поверхность образовавшегося конгломерата велика и может вызвать резкое охлаждение тканей и даже отморожение;
- детям на голову пузырь со льдом не кладут, а подвешивают его над головой на расстоянии 6 – 10 см при помощи штатива-стойки.

Задание 5: Применение согревающего компресса.

Цель: длительное расширение кровеносных сосудов, что приводит к увеличению притока крови не только к коже, но и более глубоко расположенных тканях. Этим достигается рассасывающий и болеутоляющий эффект.

Показания:

- местные воспалительные процессы на коже, подкожной клетчатке;
- воспалительные процессы в суставах, в лимфатических узлах;
- воспаление среднего уха;
- ушибы, травмы через сутки;
- постинъекционные инфильтраты.

Противопоказания:

- при злокачественных новообразованиях;
- высокой лихорадке;
- гнойничковых и аллергических высыпаниях на коже;
- при нарушении целостности кожи;
- гнойный средний отит;
- воспаление сосцевидного отростка;
- гнойные процессы наружного уха.

Оснащение:

- марля, сложенная в 8 слоев;
- емкость с водой комнатной температуры;
- перчатки;
- компрессная бумага;
- ножницы;
- бинт;
- вата;
- полотенце.

Алгоритм манипуляции:

Этапы

I. Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить все необходимое.
2. Осмотреть кожу пациента в месте постановки компресса.
3. Объяснить пациенту ход предстоящей манипуляции и получить его согласие.
4. Вымыть и осушить руки и надеть перчатки.
5. Отрезать ножницами кусок бинта или марли, необходимый для наложения компресса (в зависимости от места наложения) и сложить в 8-мь слоев.
6. Вырезать кусок компрессной бумаги по периметру на 2 см. больше салфетки.
7. Приготовить вату по периметру на 2см. больше компрессной бумаги.
8. Взять равные части воды и 96% спирта (используя мерную емкость) и смешать их в емкости (для приготовления полуспиртового р-ра).
9. Смочить приготовленную из бинта или марли салфетку (действующий слой) в полуспиртовом растворе.
10. Слегка отжать ее.

II. Выполнение манипуляции.

11. Наложить приготовленную салфетку на область назначения.
12. Поверх салфетки положить компрессную бумагу (изолирующий слой).
13. Взять приготовленную вату и положить поверх компрессной бумаги (согревающий слой).
14. Зафиксировать компресс бинтом, так, чтобы он плотно прилегал к коже, но не стеснял движений (фиксирующий слой).
15. Оставить компресс на 6 часов.
16. Снять перчатки и поместить их дез. р-р.

Все последующие этапы манипуляции проводить в перчатках.

Примечание: для контроля правильности наложения компресса необходимо через 1,5 – 2 часа осторожно, не нарушая плотности наложения повязки, провести палец под ее влажный слой. При правильно выполненной манипуляции кожа и марлевая салфетка должны быть теплыми и влажными.

III. Окончание манипуляции.

17. Через 6 часов (или другое наз-наченное врачом время) снять компресс и поместить его слои в дез. р-р.
18. Осушить кожу полотенцем.
19. Наложить сухую повязку.
20. Снять перчатки и поместить их в дез. р-р.
21. Вымыть и осушить руки.
22. Сделать отметку о проведенной манипуляции в медицинской документации.

Задание 6: Мытье головы.

Ключи правильных ответов:

Цель: соблюдение личной гигиены пациента.

Показания: дефицит самоухода,.

Противопоказания: определяет врач.

Оснащение: перчатки, фартук, две гигиенические пелёнки (на клеёнчатой основе), таз, кувшин с водой ($t +35-38^{\circ}\text{C}$), шампунь, полотенце, клеёнчатый мешок для грязного белья, ширма.

Алгоритм манипуляции:

Этапы

1. Приготовить всё необходимое для манипуляции.
 2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании).
 3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один.
 4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать удобное положение пациенту для мытья головы с помощью подголовника или подручных средств.
 5. Поместить под голову клеёнку, на шею и плечи – пелёнку.
 6. Поставить таз у изголовья. Спустить клеёнку в таз, подвернув края клеёнки, чтобы вода стекала прямо в таз.
 7. На лоб пациента по краю волос можно положить салфетку. Смочить волосы водой, намылить шампунем волосы, помассировать кожу головы и смыть.
 8. Осушить волосы полотенцем и расчесать.
- Дать пациенту зеркало, чтобы пациент мог посмотреть на себя.
9. Убрать предметы ухода, гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок.
 10. Придать удобное положение пациенту. Убрать ширму.
 11. Снять перчатки. Обработать руки.
 12. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

Примечание: Сократить и облегчить процедуру можно используя шампунь No-Rinse. Потребуется только шампунь и сухое полотенце. Надо нанести шампунь на волосы. Волосы должны быть полностью увлажнены шампунем. Массирующими движениями необходимо взбить и распределить пену по волосам, массировать 3-4 минуты. После этого вытереть голову сухим, мягким, легко впитывающим полотенцем. Можно повторить процедуру для сильно загрязненных волос. Шампунем No-Rinse можно пользоваться постоянно, без ограничения. При попадании шампуня в глаза промыть глаза водой.

Задание 7: Термометрия.

Ключи правильных ответов:

Цель: определение температуры тела взрослого пациента.

Показания: наблюдение за функциональным состоянием организма, профилактика ВБИ.

Противопоказания: опрелости, воспалительные процессы в подмышечной области.

Оснащения: медицинский термометр, индивидуальная салфетка, емкость с дезинфицирующим раствором, температурный лист, ручка с черным стержнем, часы, перчатки, сестринская история болезни.

Алгоритм:

Этапы

I. Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить все необходимое.

1.1. Приготовить сухой чистый термометр: проверить его целостность, при необходимости – протереть насухо чистой салфеткой.

2. Осмотреть кожу в подмышечной области (при наличии гиперемии, местных воспалительных процессов нельзя проводить измерение температуры, т. к. показания термометра будут выше, чем температура тела).

3. Проинформировать пациента о целях и ходе предстоящей манипуляции и получить его согласие.

4. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.

5. Полотенцем пациента (или салфеткой) осушить подмышечную область.

II. Выполнение манипуляции.

6. Посмотреть показания термометра и встряхнуть его так, чтобы ртутный столбик опустился в резервуар ниже 35° С.

7. Расположить резервуар термометра в подмышечную впадину так, чтобы он полностью соприкасался с кожей (пациент должен прижать плечо к грудной клетке).

Примечание: обратите внимание, чтобы между термометром и телом пациента не было белья.

8. Время измерения температуры – 10 минут.

9. Извлечь термометр, посмотреть его показания.

III. Окончание манипуляции.

10. Сообщить пациенту показания термометра.

11. Встряхнуть термометр, чтобы ртутный столбик погрузился в резервуар.

Погрузить термометр в дезраствор.

12. Снять перчатки, погрузить их в дезраствор.

13. Вымыть и осушить руки.

14. Результаты термометрии занести в температурный лист (и в сестринскую историю болезни).

Задание 8: Промывание желудка.

Ключи правильных ответов:

Цель: освободить желудок от содержимого

Показания: отравления (пищевые, лекарственные, алкогольные и другие)

Противопоказания: язвы, опухоли, кровотечения желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма, тяжелая сердечная патология, при отравлении кислотами и

щелочами, если прошло более 2 часов, если больной без сознания (надо его сначала интубировать).

Оснащение: 2 стерильных толстых зонда; соединительная стерильная стеклянная трубка диаметром 8 мм; воронка емкостью 0,5-1 л; простынь одноразовая; салфетки; емкость с водой комнатной температуры не менее 10 л; таз для промывных вод; ковш или кружка; перчатки; 2 фартука; сантиметровая лента.

Алгоритм действия:

1. Собрать систему для промывания: 2 зонда соединить стеклянной трубкой, вставить воронку.
 2. Объяснить цель и ход процедуры пациенту (или члену семьи) и получить согласие на ее проведение.
 3. Надеть на себя и пациента фартуки.
 4. Измерить вводимую часть зонда: рост в см минус 100 или от мочки уха до резцов и далее до мечевидного отростка плюс длина ладони.
 5. Обработать руки на гигиеническом уровне.
 6. Больного усадить, встать справа от него, голову наклонить вперед и открыть рот.
 7. Зонд положить на корень языка и попросить сделать глотательное движение, глубоко дыша через нос.
 8. Как только больной сделает глотательное движение, продвинуть зонд в пищевод.
 9. Доведя зонд до нужной стенки, опустить воронку до уровня колен больного.
 10. Держа воронку наклонно влить в нее 0,5-1 л воды.
 11. Медленно поднять воронку на 30 см выше головы больного.
 12. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже исходного положения.
 13. Вылить содержимое воронки в таз.
 14. Снова наполнить воронку, повторяя все действия.
 15. Промывать надо до «чистых вод», но затратив не менее 10 л воды.
 16. В случае, когда промывание желудка по поводу отравления делается спустя 2 часа и часть яда находится в тонком кишечнике, промывание желудка заканчивается введением через зонд раствора солевого слабительного: 30-40 гр. сернокислой магнезии растворить в стакане воды и вылить в воронку.
 17. Извлечь зонд, из желудка одним непрерывным движением через салфетку.
 18. Простыней промокнуть рот больному, помочь умыться и занять удобное положение.
 19. Поместить систему и загрязненные предметы в пакет для сбора отходов класса Б.
- Особенности промывания желудка при отравлении кислотами и щелочами:
1. Нельзя промывать желудок, если прошло более 2 часов (перфорация язв).
 2. Нельзя промывать желудок нейтрализующими растворами (реакция кислоты и щелочи выделяет углекислый газ, расширяет желудок, что ведет к перфорации язв).
 3. Категорически запрещается использовать «ресторанный» (беззондовый) метод, так как приводит к повторным ожогам пищевода и ротовой полости.

Задание 9: Кормление через назогастральный зонд.

Ключи правильных ответов:

Оснащение

1. Стерильный желудочный зонд диаметром 0,5 — 0,8 см.
2. Глицерин или вазелиновое масло.
3. стакан с водой 30 — 50 мл и трубочка для питья.
4. Шприц Жане или шприц объемом 20,0.
5. Лейкопластырь.
6. Зажим.
7. Ножницы.
8. Заглушка для зонда.
9. Безопасная булавка.
10. Лоток.
11. Полотенце.
12. Салфетки
13. Перчатки.
14. Фонендоскоп.
15. 3–4 стакана питательной смеси и стакан теплой кипяченой воды.

Подготовка к процедуре

16. Объяснить пациенту ход и суть предстоящей процедуры и получить согласие пациента на проведение процедуры.
17. Вымыть и осушить руки.
18. Подготовить оснащение (зонд должен находиться в морозильной камере 1,5 часа до начала процедуры).
19. Определить расстояние, на которое следует ввести зонд (расстояние от кончика носа до мочки уха и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы последнее отверстие зонда было ниже мечевидного отростка).
20. Помочь пациенту принять высокое положение Фаулера.
21. Прикрыть грудь пациента полотенцем.
22. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки.

Выполнение процедуры

23. Обильно обработать слепой конец зонда глицерином.
24. Попросить пациента слегка запрокинуть голову.
25. Ввести зонд через нижний носовой ход на расстояние 15 — 18 см.
26. Дать пациенту стакан с водой и трубочкой для питья. Попросить пить мелкими глотками, заглатывая зонд. Можно добавить в воду кусочки льда.
27. Помогать пациенту, заглатывать зонд, продвигая его в глотку во время каждого глотательного движения.
28. Убедиться, что пациент может ясно говорить и свободно дышать.
29. Мягко продвигать зонд до нужной отметки.

30. Убедиться в правильном местонахождении зонда в желудке: присоединить шприц к зонду и потянуть поршень на себя; в шприц должно поступать содержимое желудка (вода и желудочный сок) или ввести воздух при помощи шприца в желудок под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные звуки).
31. Отсоединить шприц от зонда и наложить зажим. Свободный конец зонда поместить в лоток.
32. Снять зажим с зонда, подсоединить шприц Жане без поршня и опустить до уровня желудка. Наклонить слегка шприц Жане и налить пищу, подогретую до 37–38 °С. Постепенно поднимать до тех пор, пока пища не дойдет до канюли шприца.
33. Опустить шприц Жане до первоначального уровня и ввести следующую порцию пищи. Введение нужного объема смеси проводить дробно, небольшими порциями по 30–50 мл, с интервалами 1–3 мин. После введения каждой порции пережимать дистальный участок зонда.
34. Промыть зонд кипяченой водой или физиологическим раствором по окончании кормления. Наложить зажим на конец зонда, отсоединить шприц Жане и закрыть заглушкой.
35. В случае необходимости оставить зонд на длительное время закрепить его с помощью пластыря к носу и прикрепить безопасной булавкой к одежде пациента на груди.
36. Убрать полотенце. Помочь пациенту принять удобное положение.
- Завершение процедуры**
37. Поместить использованное оборудование в дезинфицирующий раствор с последующей утилизацией.
38. Снять перчатки и поместить в дезинфицирующий раствор с последующей утилизацией.
39. Вымыть и осушить руки.
40. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента

Задание 10: Кормление пациента из ложечки.

Ключи правильных ответов:

Цель:

- удовлетворение потребности пациента в пище.

Показания:

- невозможность самостоятельно принимать пищу.

Противопоказания:

- невозможность осуществлять жевательные и глотательные движения (заболевания полости рта, пищевода).

Оснащение:

- приготовленное блюдо;
- ложка;

- стакан с кипячёной водой и лоток;
- салфетка;
- соломинка;
- мыло жидкое;
- одноразовые полотенца для рук персонала;
- ёмкость с дезинфицирующим раствором.

Порядок действий:

Этапы манипуляции

Обоснование необходимости

1. Подготовка к манипуляции

1. Представиться пациенту. Уточнить у пациента предпочитаемые блюда и согласовать меню с лечащим врачом или диетологом.

Обеспечение приема адекватного и диетического питания.

2. Предупредить пациента за 15 минут о том, что предстоит приём пищи, и получить его согласие.

Соблюдение прав пациента.

3. Проветрить помещение, освободить место на тумбочке или придвинуть прикроватный столик. Протереть поверхность столика (тумбочки) ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором.

Психологическая подготовка к приёму пищи и обеспечение условия для приёма пищи.

2. Выполнение манипуляции

1. Придать пациенту высокое положение Фаулера.

Создание физиологического положения при глотании. Уменьшение опасности асфиксии.

2. Помочь пациенту вымыть руки и прикрыть его грудь салфеткой.

Обеспечение инфекционной безопасности.

3. Вымыть и осушить руки (лучше, если пациент будет видеть это).

Обеспечение инфекционной безопасности.

4. Принести пищу и жидкость, предназначенные для еды и питья (согласно диете): горячие блюда должны быть соответствующей температуры 600С, холодные – 200С. Обеспечение улучшения аппетита и вкусовых ощущений.

5. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу.

Соблюдение чувства собственного достоинства пациента.

6. Проверить температуру горячей пищи, капнув несколько капель себе на тыльную поверхность кисти.

Обеспечение безопасности пациента.

7. Предложить выпить (лучше через соломинку) несколько глотков жидкости.

Уменьшение сухости во рту, облегчается пережевывание твёрдой пищи.

8. Кормить медленно: · называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту; · наполнить ложку на 2/3 твёрдой (мягкой) пищей; · коснуться ложкой нижней

губы, чтобы пациент открыл рот, · прикоснуться ложкой к языку и извлечь пустую ложку; · дать время пациенту прожевать и проглотить пищу; · предлагать питье после нескольких ложек твёрдой (мягкой) пищи.

Обеспечение адекватного питания и приёма жидкости.

9. Промокнуть губы салфеткой.

Соблюдение чувства собственного достоинства пациента.

3. Окончание манипуляции

1. Предложить пациенту после еды прополоскать полость рта водой.

Удаление остатков пищи и соблюдение личной гигиены.

2. Убрать после еды посуду и остатки пищи. Протереть столик (тумбочку) ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором, двукратно с интервалом 15 минут.

Обеспечение инфекционной безопасности.

3. Вымыть и осушить руки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

Задание 11: Кормление пациента через гастростому.

Ключи правильных ответов:

Гастростома - это искусственное отверстие в желудке, созданное хирургическим путем с целью искусственного кормления пациента при непроходимости пищевода или для его функционального исключения.

Для кормления пациента через гастростому в отверстие желудка вводится стерильный зонд, который должен быть зафиксирован. На свободный конец зонда накладывают зажим.

Цель: обеспечение индивидуального диетического питания.

Показания:

- сужение или непроходимость пищевода;
- стеноз привратника; травмы гортани и пищевода;
- тяжелые ожоги;
- неоперабельные опухоли.

Оснащение: воронка (шприц Жанэ), емкость с протертой или жидкой пищей (t50°C), вода кипяченая, салфетки стерильные, паста Лассара, лейкопластырь, зажим, емкость с дезраствором, перчатки (2 пары).

Алгоритм:

Этапы

I. Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить все необходимое.
2. Проветрить палату.
3. Предупредить пациента о предстоящем приеме пищи и получить его согласие.
4. Освободить место на тумбочке и протереть ее ветошью.
5. Помочь пациенту занять удобное положение для кормления.
6. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки.

II. Выполнение манипуляции.

7. Снять зажим (или заглушку) со свободного конца зонда.

8. Присоединить воронку или шприц Жанэ к зонду.

9. Наливать в воронку (или вводить шприцем) приготовленную пищу маленькими порциями (не более 30 мл).

III. Окончание манипуляции.

10. Промыть зонд кипяченой водой (30 мл).

11. Наложить зажим на свободный конец зонда. Отсоединить воронку или шприц и поместить их в дезраствор.

12. Помочь пациенту занять удобное положение.

13. Убрать остатки пищи и посуду. Протереть тумбочку.

14. Снять перчатки и погрузить их в дезраствор.

15. Вымыть и осушить руки.

16. Сделать отметку о проведении манипуляции в медицинской документации.

Примечание: пищу вводить 5-6 раз в день в объеме 150-200 мл. По мере привыкания к данному объему пищи по назначению врача объем пищи увеличивают до 500-600 мл, а частоту кормления урежают.

Задание 12: Катетеризация мочевого пузыря мужчины.

Ключи правильных ответов:

Цель: опорожнение и промывание мочевого пузыря, введение лекарственного вещества.

Показания: определяет врач.

Противопоказания: травма или острое воспаление мочеиспускательного канала.

Оснащение: стерильные: урологический катетер, марлевые салфетки и шарики, вазелиновое масло или глицерин, пинцет (2 шт.), лоток, пелёнка, перчатки (2 пары).

Клеёнка с пелёнкой, антисептический раствор (0,02% р-р фурацилина), 70% этиловый спирт, ширма, ёмкость для сбора отработанного материала.

Алгоритм манипуляции

Этапы

I. Подготовка к манипуляции.

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом. Уточнить понимание цели, хода предстоящей процедуры. Получить согласие.

2. Оградить пациента ширмой.

II. Выполнение манипуляции.

3. Вымыть руки, надеть маску, перчатки.

4. Попросить пациента лечь на спину. Подать судно пациенту (см. манипуляцию).

Провести туалет мочеполовых органов (см. манипуляцию «Подмывание пациента»).

5. Выбросить использованные салфетки в ёмкость для отработанного материала, убрать судно и пелёнку.

Снять перчатки.

6. Обработать руки антисептиком, надеть 2-ую пару перчаток.
7. Подстелить стерильную пелёнку. Рядом поставить ёмкость для сбора мочи (можно чистое судно).
8. Взять половой член между 3-м и 4-м пальцами левой руки, сдавить слегка головку, 1-м и 2-м пальцами слегка отодвинуть крайнюю плоть.
9. Правой рукой взять пинцет с шариком, смоченным раствором фурацилина и обработать головку полового члена сверху вниз от мочеиспускательного канала к периферии, меняя шарики.
10. Сменить пинцет.
11. Правой рукой взять пинцетом катетер на расстоянии 5-7 см от слепого конца, а дистальный конец катетера захватить 4-ым и 5-ым пальцами.
12. Облить клюв катетера, не касаясь его, стерильным вазелиновым маслом на длину 15-20 см, перед этим слив небольшое количество масла в лоток.
13. Ввести катетер пинцетом, первые 4-5 см, удерживая 1-м и 2-м пальцами левой руки, фиксирующими головку полового члена. свободный конец катетера поместить в ёмкость для сбора мочи, и немного продвинуть катетер пинцетом до появления мочи.
14. Перехватить пинцетом катетер ещё на 3-5 см от головки и медленно погружать в мочеиспускательный канал ещё на 11-13 см (всего 19-20 см). Опускать одновременно левой рукой половой член мужчины.
15. Извлечь катетер по окончании выделения мочи и поместить в ёмкость для отработанного материала с последующей дезинфекцией.
- III. Окончание манипуляции.
16. Убрать ёмкость с мочой.
17. Снять перчатки. Вымыть руки и обработать антисептиком.
18. Обеспечить физический и психологический покой пациентке.
19. Надеть другие чистые перчатки и провести дезинфекцию предметов ухода.
20. Снять перчатки (в дез. раствор). Вымыть руки.
21. Сделать запись в документации.

Задание13: Катетеризация мочевого пузыря женщины.

Ключи правильных ответов:

Цель: лечебная и диагностическая;

Показания: определяет врач (острая задержка мочи, промывание мочевого пузыря)

Противопоказания: определяет врач;

Оснащение: кожный антисептик; антисептический раствор (раствор фурацилина 1:5000) Октенисепт (для обработки слизистых), стерильная маска, стерильные перчатки ширма, стерильный катетер Фолея, лотки,; ватные и марлевые шарики в 70% спирте; стерильная кювета, накрытый стерильный лоток со стерильным инструментарием (пинцет, марлевые салфетки, ватные и марлевые шарики);

лоток для отработанного материала; ёмкости с дезрастворами (3% и 5% р-ры хлорамина); стакан с чистым инструментарием (пинцет, ножницы); аптечка «Анти-СПИД»; муляж, мешок для грязного белья; стерильное вазелиновое масло шприц одноразовый, емкость для сбора мочи, пеленка, клеенка,

Алгоритм действия медсестры.

1. Объяснить пациенту цель, ход предстоящей манипуляции, получить добровольное согласие пациента на выполнение манипуляции;
2. Отгородить пациента ширмой;
3. Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки;
4. Помочь пациенту занять положение в постели - лежа на спине с согнутыми в коленях ногами, постелить под таз пациента клеёнку и пелёнку;
5. Провести тщательный туалет промежности;
6. Поменять перчатки, обработать перчатки ватными шариками в 70 % спирте, отработанные шарики сбросить в лоток для отработанного материала;
7. Поставить между бедрами пациента лоток со стерильными салфетками и лоток для отработанного материала;
8. Вскрыть чистыми ножницами упаковку катетера и стерильным пинцетом выложить его в стерильную кювету;
9. Открыть пробку флакона с вазелиновым маслом стерильной салфеткой, несколько капель слить в лоток для отработанного материала;
10. Нанести на слепой конец катетера вазелиновое масло, закрыть флакон;
11. Набрать в шприц Жане раствор для промывания, положить его в стерильный лоток;
12. Выложить в стерильный лоток салфетки и марлевые шарики, залить р-ром «Октенисепта»;
13. Обработать перчатки ватными шариками в 70 % спирте, отработанные шарики сбросить в лоток для отработанного материала;
14. Развести стерильной салфеткой I и II пальцами левой руки большие и малые половые губы;
15. Обработать дважды салфетками, смоченными в Октенисепте, последовательно большие, затем малые половые губы, отверстие мочеиспускательного канала;
16. Промокнуть однократно эту область сухой стерильной салфеткой;
17. Захватить стерильным пинцетом катетер, отступя от слепого конца на 4-5 см (тыл кисти обращен к катетеру!), приподнимите свободный конец расположите между 4-5 пальцами;
18. Раздвинуть пальцами левой руки через стерильную салфетку половые губы, ввести катетер в уретру;
19. Опустить при появлении мочи периферический конец катетера в лоток и слить мочу в лоток;
20. Присоединить шприц Жане к катетеру и ввести в мочевого пузырь антисептический раствор (до появления дискомфорта у пациентки);

21. Выпустить из пузыря половину р-ра, удалить катетер, катет поместить в лоток для отработанного материала;
22. Убрать лотки, мочеприёмник, пелёнку и клеёнку;
23. Поправить постель, помочь пациенту занять удобное положение в постели, укрыть его, убедиться в том, что он себя комфортно чувствует;
24. Вынести всё оборудование, проветрить палату;
25. Инфекционная безопасность:
 - замочить катетер в 5% р-р хлорамина - 60 мин.;
 - засыпать содержимое мочеприёмника сухой хлорной известью (1:5) – 60 мин;
 - замочить салфетки в 3% р-р хлорамина - 120 мин.;
 - замочить лотки в 3% р-р хлорамина - 60 мин.;
 - положить пелёнки в мешок для грязного белья;
 - замочить шприц Жане в 5% р-р хлорамина - 60 мин
 - обработать клеёнку 2 р. с интервалом 15 мин. 3% р-ром хлорамина;
 - снять перчатки, замочить в 3% р-р хлорамина - 60 мин;
 - сменить халат, поместить его в мешок для грязного белья;
26. Обработать руки на гигиеническом уровне.

Задание 14: Уход за гастростомой.

Ключи правильных ответов:

Цель: Обеспечить продолжительное нахождение гастростомы в месте её установления.

Показания: Определяет врач (гигиенический уход).

Оснащение: Стерильная маска и перчатки; накрытый стерильный лоток с инструментарием (пинцет, шпатель); стакан с чистыми ножницами; стерильные шарики в ёмкости с 70% спиртом; стерильный лоток; стерильные шарики и салфетки; лоток для использованного материала; лейкопластырь (Клеол), стерильный бинт; ёмкость с водой Т-40*; паста «Лассара» или стерильный вазелин; ёмкости с дезрастворами: 3% хлорамина, 5% хлорамина, 70% спирт; раствор антисептика.

Алгоритм действий медицинской сестры:

1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей манипуляции, получить добровольное согласие пациента на выполнение манипуляции;
2. Помочь пациенту занять удобное положение;
3. Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть маску и перчатки;
4. Разрезать ножницами старую повязку положить в лоток для использованного материала;
5. Обработать кожу вокруг гастростомы ватным шариком, смоченным в тёплой воде (при показаниях обработать кожу шариками, смоченными в 70% спирте, смазать раствором бриллиантового зелёного).

6. Наложить шпателем пасту «Лассара» (стерильный вазелин) на кожу вокруг гастростомы;
7. Наложить сверху салфетки методом «штанишек»;
8. Зафиксировать стому пластырем (при показаниях для предотвращения выпадения гастростомической трубки, фиксировать её бинтом вокруг туловища, узел завязать на боку);
9. Инфекционная безопасность:
 - Замочить повязку в 3% р-ре хлорамина- 120 мин.;
 - Замочить ножницы в 70% спирт- 30 мин.;
 - Замочить шпатель в 3% р-ре хлорамина- 60 мин.;
 - Замочить лотки в 3% р-ре хлорамина- 60 мин.;
 - Снять и замочить перчатки в 3% р-ре хлорамина –60 мин.;
 - Снять и замочить маску в 3% р-ре хлорамина –120 мин.;
10. Обработать руки на гигиеническом уровне.

Задание 15: Смена калоприемника

Ключи правильных ответов:

Цель: соблюдение гигиенических требований, обеспечение продолжительной функции искусственного свища.

Показания: наличие искусственного свища, запор.

Оснащение: стерильные: резиновые перчатки, маска, толстый желудочный зонд, воронка, лоток, пинцет, шпатель, марлевые салфетки, салфетки «штанишки», вазелиновое масло; зажим, ножницы, бинт, паста Лассара, 70% этиловый спирт, 3 литра кипяченой воды температурой 25°C, лоток для отработанного материала, пакет для калоприемника, таз, емкости с дезинфицирующим средством.

Последовательность действий при промывании илео- или колостомы:

1. Вымыть руки, надеть маску, перчатки.
2. Уложить пациента на бок противоположный стоме.
3. Снять пинцетом грязную повязку и положить в лоток для отработанного материала.
4. Промокнуть салфеткой стому.
5. Смазан, конец зонда вазелиновым маслом.

Опрос

6. Присоединить воронку к зонду.
7. Заполнить зонд кипяченой водой, наложить на зонд на расстоянии 1 -2 см от воронки зажим.
8. Вести зонд без усилий в кишечник на 10-20 см через илео или колостому, присоединить к зонду воронку⁷ и держать ее на уровне стомы, наклонив к себе.
9. Налить в воронку 1 литр воды.

10. Снять зажим, поднять воронку вверх и держать до тех пор, пока вода не дойдет до устья воронки.

11. Опустить воронку вниз - промывные воды начнут поступать из кишечника в воронку.

12. Содержимое воронки вылить в таз.

13. Повторить действия до чистых промывных вод (следить, чтобы воздух не попал в кишечник).

14. Извлечь зонд с помощью салфетки, положить в лоток для отработанного материала.

Наложить марлевую салфетку (впитывающую повязку) на стому.

16 17 18 19

Провести обработку кожи вокруг стомы. Наложить салфетку «штанишки» вокруг стомы. Провести дезинфекцию предметов ухода.

Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим средством, вымыть руки.

Последовательность действий при смене калоприемника:

1. Вымыть руки, надеть маску, перчатки.

2. Взявшись за верхний край фиксатора, осторожно отделить использованный калоприемник.

3. Положить его в пакет и отложить в сторону, затем утилизировать.

4. Обработать кожу вокруг стомы.

5. Снять бумажное кольцо с фиксатора калоприемника, совместить нижний край отверстия на фиксаторе с нижней границей стомы.

6. Начиная с нижнего края пластинки фиксатора, приклеить калоприемник к коже так, чтобы на клейкой пластинке фиксатора не было складок, прижимать клейкую часть фиксатора к коже (в течение 1 минуты).

7. Провести дезинфекцию предметов ухода.

8. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим средством, вымыть руки.

Примечание: при правильном использовании калоприемник может оставаться на коже 3-5 дней, при этом периодически необходимо опорожнять его (при заполнении 1/2-1/3 объема).

Задание 16: Закапать капли в нос.

Ключи правильных ответов:

Цель: лечебный процесс (обеспечить носовое дыхание, противовоспалительная терапия, иммуностимуляция).

Показания: назначение врача.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость лекарственного средства.

Оснащение: перчатки, лекарственный препарат комнатной температуры (20-24°C), стерильная пипетка, ёмкость с дез. раствором.

Алгоритм манипуляции:

Этапы

1. Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции.
2. Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента.
3. Попросить пациента высморкаться (высмаркивать нужно каждую половину носа по отдельности, прикрывая при этом вторую, без усилия и напряжения) или самой провести гигиену полости носа.

II. Выполнение манипуляции.

4. Усадить пациента (можно уложить на спину без подушки).
5. Обработать руки, надеть перчатки.
6. Набрать в пипетку необходимое количество лекарственного раствора.
7. Попросить пациента слегка запрокинуть голову назад. Приподнять кончик носа пациента большим пальцем левой руки.
8. Ввести пипетку в один носовой ход на глубину 1-1,5 см, стараясь не касаться его стенок и закапать 3-4 капли. Прижать крыло носа к перегородке и наклонить голову в эту же сторону. Через 1-2 минуты закапать капли в той же последовательности в другой носовой ход.

Примечание: можно изначально слегка наклонить голову в соответствующую сторону (при закапывании в левую ноздрю – влево, в правую – вправо).

III. Окончание манипуляции.

9. Сбросить пипетку в дез. раствор.
10. Снять перчатки в дез. раствор. Обработать руки.
11. Сделать отметку о выполнении назначения.

Примечание: при некоторых заболеваниях носа и глотки в нос закапывают масляные капли, которые через нижний носовой ход попадают и на заднюю стенку глотки, оказывая лечебный эффект на слизистую оболочку носа и глотки. Перед закапыванием таких капель необходимо предупредить пациента, что он обязательно почувствует вкус капель после закапывания.

Задание 17: Закапать капли в ухо.

Цель: лечебный процесс, диагностическое обследование.

Показания: назначение врача.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость лекарственного средства.

Оснащение: лекарственный препарат температуры тела (36-37°C), стерильные: перчатки, пипетка, марлевые шарики, ёмкость с дез. раствором.

Алгоритм манипуляции

Этапы

1. Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции.

2. Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента.

II. Выполнение манипуляции.

3. Усадить пациента или уложить на спину без подушки. Голову повернуть на здоровую сторону. Можно уложить на бок (на здоровую сторону).

4. Обработать руки, надеть перчатки.

5. При наличии отделяемого из уха – очистить слуховой проход.

6. Набрать в пипетку лекарственное вещество.

7. Оттянуть ушную раковину кверху и кзади.

8. Закапать 2-3 капли в наружный слуховой проход. Надавить слегка на козелок уха.

9. Заложить марлевый (ватный) шарик. Положение головы не менять 5-10 минут.

10. При необходимости аналогично закапать капли в другое ухо.

11. Спросить пациента о самочувствии.

III. Окончание манипуляции.

12. Пипетку поместить в дез. раствор.

13. Снять перчатки в дез. раствор. Обработать руки.

14. Сделать отметку о выполнении назначения.

Задание 18: Подача кислорода через носоглоточный катетер

Ключи правильных ответов:

Цель: насыщение кислородом тканей.

Показания: заболевания органов дыхания, кровообращения, удушье, отравление газами.

Оснащение:

- источник кислорода (централизованная подача);
- аппарат Боброва;
- стерильные растворы (изотонический раствор натрия хлорида, дистиллированная вода, медицинский спирт 70 градусов);
- стерильный носоглоточный катетер;
- стерильные марлевые салфетки;
- стерильный лоток и лоток для использованного материала;
- лейкопластырь;
- ножницы;
- перчатки.

Подготовка к процедуре:

- если возможно установите доверительные отношения с пациентом;
- объясните пациенту цель и ход процедуры;
- подготовьте к работе аппарат Боброва;
- налейте в емкость стерильную дистиллированную воду с температурой 30- 40 градусов для увлажнения кислорода или другую назначенную врачом жидкость;

- герметично закройте винт на пробке;
- соедините резиновые трубки со стеклянными на аппарате Боброва (длинную – к источнику кислорода, короткую – к пациенту);
- придайте пациенту возвышенное положение;
- вымойте руки, наденьте перчатки.

Выполнение процедуры:

- вскройте упаковку с катетером;
- определите длину вводимой части катетера (расстояние от козелка ушной раковины до входа в нос, это примерно 15 см), поставьте отметку;
- переложите катетер в правую руку и возьмите его как писчее перо на расстоянии 3-4 см от вводимого конца;
- смочите вводимую часть катетера стерильным вазелином;
- введите катетер по нижнему носовому ходу до отметки;
- осмотрите зев, придавив спинку языка, кончик катетера должен находиться на 1 см ниже малого язычка;
- зафиксируйте лейкопластырем наружную часть катетера на щеке пациента;
- подсоедините катетер через резиновую трубку к короткой стеклянной трубке аппарата Боброва;
- откройте вентиль источника кислорода, отрегулируйте скорость подачи кислорода (2-3 литра в минуту).

Завершение процедуры:

- наблюдайте за состоянием пациента (продолжительность ингаляции 40- 60 минут);
- извлеките катетер;
- проведите дезинфекцию катетера, перчаток;
- вымойте и осушите руки.

Примечание: катетер может оставаться в полости носа не более 12 часов. Если необходимо продолжить подачу кислорода, то в целях предупреждения пролежней и сухости слизистой носового хода поменяйте положение катетера, введя его в другой носовой ход, после предварительного отключения кислорода.

Задание 19: Измерение АД.

Ключи правильных ответов:

Цель: оценка состояния сердечно – сосудистой системы.

Показания: назначение врача.

Оснащение: тонометр, фонендоскоп, спиртовые салфетки.

Подготовка к процедуре:

1. Проверить исправность аппарата, стрелка должна быть на 0.
2. Установить с пациентом доброжелательные отношения.
3. Обработать руки на гигиеническом уровне.
4. Придать удобное положение, сидя или лежа.
5. Проследить, чтобы он был в спокойном состоянии.

Последовательность выполнения:

- 1.Предложить освободить руку от одежды.
- 2.Уложить руку пациента на стол ладонью вверх, примерно на уровне сердца.
- 3.Наложить манжету тонометра на плечо пациента на 2 – 3 см выше локтевого сгиба. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться 2 пальца.
- 4.Постепенно нагнетать воздух грушей тонометра до исчезновения пульса (исчезновение пульса фиксируется пальпаторно).
- 5.Наблюдать за стрелкой тонометра, после исчезновения пульса поднять давление еще на 20 мм. рт. ст.
- 6.Плотно приложить мембрану фонендоскопа к артерии в области локтевого сгиба и слегка открыть запирающий винт на груше, поддерживать постоянную скорость выпуска воздуха, примерно 2 мм. рт. ст. в секунду.
- 7.Выслушивать артерию, следить за стрелкой и цифрами.
- 8.Систолическое давление определить по появлению первого звука.
- 9.Диастолическое давление определить по исчезновению звука.
- 10.Продолжать снижать давление в манжете на 20 мм. рт. ст. ниже уровня диастолического давления.
- 11.Повторить измерение через 5 минут.

Окончание процедуры:

- 1.Снять манжету.
- 2.Продезинфицировать головку фонендоскопа методом двукратного протирания спиртовыми салфетками.
- 3.Обработать руки на гигиеническом уровне.
- 4.Провести регистрацию результата цифровой и графической записью.

Задание 20: Измерение пульса.

Ключи правильных ответов:

Цель:оценка состояния сердечно- сосудистой системы.

Места исследования: височная артерия, сонная, лучевая, локтевая, бедренная, подколенная, тыла стопы.

Материальное обеспечение:секундомер, или часы с секундной стрелкой или, пульсоксиметр.

Последовательность исследования пульса на лучевой артерии.

- 1.Обработать руки на гигиеническом уровне.
- 2.Проследить, чтобы пациент был в спокойном состоянии.
- 3.Усадить или уложить пациента так, чтобы верхняя конечность была в расслабленном состоянии.
- 4.Захватить кисть пациента выше лучезапястного сустава таким образом, чтобы большой палец м\с находился с локтевой стороны, а остальные пальцы с ладонной стороны.

5. Прижать лучевую артерию к лучевой кости 2, 3 и 4 пальцами и определить место пульсации.

6. Посчитать пульс за 1 минуту.

7. Оценить частоту пульса:

-у взрослых 60 –90 ударов в мин,

-учащение пульса свыше 90 ударов – тахикардия,

-пульс реже 60 ударов в мин – брадикардия.

Окончание процедуры:

1. Провести регистрацию данных в карте вызова.

Задание 21: Измерение ЧДД.

Ключи правильных ответов:

Цель: оценка состояния пациента.

Материальное обеспечение: секундомер или часы с секундной стрелкой.

Последовательность выполнения:

1. Обработать руки на гигиеническом уровне.

2. Предложить пациенту лечь, исследование проводить через 5 – 7 мин после того, как пациент расслабился.

Не фиксировать внимание пациента на данном исследовании, потому что если он будет знать, что исследуют дыхательные движения, то может сосредоточиться на нем, в результате чего частота дыхания может измениться.

3. Положить руку пациента и свою руку на верхнюю часть живота или поперек груди, имитируя исследование пульса.

4. Наблюдать за движениями руки, подсчитать число дыхательных движений за 1 минуту (вдох и выдох – это одно дыхательное движение).

5. Дать оценку исследования взрослого человека:

-дыхание с частотой менее 16 раз – брадипноэ,

-учащенное дыхание с частотой более 20 – тахипноэ.

-нормальное дыхание – частота 16 – 20 в мин.

Окончание процедуры:

1. Провести регистрацию данных в карте вызова

Задание 22: Провести термометрию в подмышечной области и регистрацию результата в температурном листе.

Цель: определение температуры тела взрослого пациента.

Показания: наблюдение за функциональным состоянием организма, профилактика ВБИ.

Противопоказания: опрелости, воспалительные процессы в подмышечной области.

Оснащения: медицинский термометр, индивидуальная салфетка, емкость с дезинфицирующим раствором, температурный лист, ручка с черным стержнем,

часы, перчатки, сестринская история болезни.

Алгоритм:

I. Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить все необходимое.

1.1. Приготовить сухой чистый термометр: проверить его целостность, при необходимости – протереть насухо чистой салфеткой.

2. Осмотреть кожу в подмышечной области (при наличии гиперемии, местных воспалительных процессов нельзя проводить измерение температуры, т. к. показания термометра будут выше, чем температура тела).

3. Проинформировать пациента о целях и ходе предстоящей манипуляции и получить его согласие.

4. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.

5. Полотенцем пациента (или салфеткой) осушить подмышечную область.

II. Выполнение манипуляции.

6. Посмотреть показания термометра и встряхнуть его так, чтобы ртутный столбик опустился в резервуар ниже 35° С.

7. Расположить резервуар термометра в подмышечную впадину так, чтобы он полностью соприкасался с кожей (пациент должен прижать плечо к грудной клетке).

Примечание: обратите внимание, чтобы между термометром и телом пациента не было белья.

8. Время измерения температуры – 10 минут.

9. Извлечь термометр, посмотреть его показания.

III. Окончание манипуляции.

10. Сообщить пациенту показания термометра.

11. Встряхнуть термометр, чтобы ртутный столбик погрузился в резервуар.

Погрузить термометр в дезраствор.

12. Снять перчатки, погрузить их в дезраствор.

13. Вымыть и осушить руки.

14. Результаты термометрии занести в температурный лист (и в сестринскую историю болезни).

Задание 23: Взятие мазка из зева и носа.

Ключи правильных ответов:

Цель: диагностическая.

Показания: подозрение на дифтерию, ангину; контактным с больным дифтерией; обследование декретированных групп.

Противопоказания: нет.

Оснащение:

1. Две сухие стерильные пробирки, промаркированные «Н» и «З»

2. Стерильные прямые ватные тампоны в комплекте с пробирками или в отдельной упаковке
3. Шпатель стерильный в крафт-пакете
4. Штатив для пробирок
5. Термоконтeйнер для транспортировки
6. Стерильные перчатки, маска
7. Лоток для использованного материала.
8. Емкость с дез.раствором

Подготовка пациента:

1. Установить доброжелательное отношение с пациентом.
2. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения, получить информированное согласие.
3. Помочь пациенту занять нужное положение, лицом к источнику света.

Техника выполнения:

1. Оформить направление, промаркировать пробирки в соответствии с направлением, на одной поставить метку «Н», на другой метку «З».

I. Забор мазка из носа:

1. Повести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.
2. Взять пробирку с тампоном и меткой «Н» в левую руку и предложить пациенту слегка запрокинуть голову, правой рукой извлечь из пробирки тампон.
3. Первым пальцем левой руки слегка приподнять кончик носа пациента, правой - осторожно, стараясь не касаться наружной поверхности носа, легким вращательным движением ввести тампон в нижний носовой ход с одной, а затем с другой стороны.
4. Извлечь тампон из полости носа и осторожно опустить в пробирку, не касаясь стенок пробирки.
5. Поставить пробирку в штатив.

II. Забор мазка из зева:

1. Попросить пациента запрокинуть голову, широко открыть рот.
2. Взять в левую руку 1 и 2 пальцами шпатель, пробирку с тампоном и меткой «З» разместить между 4 и 5 пальцами, надавить шпателем на язык, не касаясь корня, а правой рукой извлечь из пробирки стерильный тампон (держась только за пробку) и ввести его в зев.
3. Осторожно провести тампоном сначала по правой дужке, правой миндалине, далее - по левой миндалине и левой дужке, при наличии фибриновых налетов, материал собирают на границе здоровой и пораженной ткани.
4. Извлечь тампон из полости рта, не касаясь слизистой оболочки рта и языка, и осторожно опустить его в стерильную пробирку, не касаясь стенок пробирки.
5. Поставить пробирку с тампоном в штатив.
6. Штатив с пробирками поместить в термоконтeйнер для транспортировки.
7. Обработать перчатки и использованный материал в соответствии с требованиями санэпидрежима.

8. Провести гигиеническую обработку рук.
9. Доставить материал в бактериологическую лабораторию.

Возможные осложнения: травма слизистой оболочки.

Примечание: забор материала производить натощак, или через 2 часа после еды, питья, полоскания ротовой полости; материал отправляется в лабораторию не позднее 2-х часов после забора; в инфекционных отделениях, возможно выполнение посева сразу на питательную среду на чашку Петри, сразу отправив посев в термостат.

Задание 24: Взятие кала для бактериологического исследования.

Ключи правильных ответов:

Цель: диагностическая.

Показания:

1. Подозрение на кишечные инфекции.
2. Контактные с больными кишечными инфекциями.
3. Обследование декретированных групп.

Противопоказания:

1. Кровотечения из прямой кишки.
2. Геморрой в фазе обострения.
3. Трещины ануса.
4. Выпадение слизистой прямой кишки.

Подготовить:

1. Стерильную стеклянную баночку с широким горлом.
2. Деревянный шпатель.
3. Горшок, подкладное судно.
4. Салфетки.
5. Стерильную пробирку с петлей и раствором консерванта.
6. Перчатки.
7. Емкость с дезинфицирующим раствором.
8. Направление в лабораторию.

Подготовка пациента:

1. Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход исследования, получить согласие на проведение манипуляции.
2. Пациента уложить лежа на левый бок, ноги согнуты в коленях и приведены к животу.

Техника выполнения:

При заборе кала из прямой кишки:

1. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.
2. В левую руку взять пробирку с консервантом между 5 и 4 пальцами, 1 и 2 пальцем развести ягодичы пациента.

3. Петлю вынуть из пробирки и осторожно ввести в прямую кишку на 3-4 см., сначала по направлению к пупку, а затем параллельно крестцу, также осторожно извлечь.

4. Материал погрузить в стерильную пробирку в консервант в соотношении 1/3.

При заборе кала из горшка и подкладного судна:

1. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.

2. Стерильным деревянным шпателем, лучше с верхушки каловых масс, собрать кал в количестве 1-2г, причем по возможности отобрать слизь и гной (но не кровь).

3. Материал поместить в стерильную баночку, закрыв её крышкой.

Последующий уход:

1. Обработать анальное отверстие, при необходимости подмыть пациента.

2. Провести обработку рук.

3. Оформить направление.

4. Доставить кал в лабораторию.

Возможные осложнения:

1. Травматизация.

2. Инфицирование.

Примечания:

1. Горшок, подкладное судно, предварительно обрабатывается антисептиком и хорошо промываются горячей водой.

2. Забор материала может быть осуществлен во время ректороманоскопии с помощью стерильного ватного тампона с последующим посевом на среду.

3. Собранный материал доставляется в лабораторию без промедления. Допускается хранение в консервирующей жидкости материала до 24 часов. При температуре +2-4°C в зависимости от типа возбудителя. Высеваемость патогенных м/о возрастает если посев испражнений производится непосредственно в отделении на плотные питательные среды (Плоскирева, Эндо, Левина).

Задание 25: Постановка газоотводной трубки.

Ключи правильных ответов:

Газоотводная трубка - это мягкая резиновая трубка длиной 30-50 см, диаметром 3-5 мм с закругленным концом, которая используется для выведения газов из кишечника, а также при постановке некоторых клизм (лекарственная, гипертоническая, масляная).

Цель:

- удаление газов из кишечника.

Показания:

- метеоризм.

Противопоказания:

- кишечное кровотечение;

- острые воспалительные или язвенные процессы в толстой кишке или в области заднего прохода;

- злокачественные образования в прямой кишке;
- трещины в области заднего прохода;
- выпадение прямой кишки;
- кровоточащий геморрой.

Оснащение: стерильная газоотводная трубка, вазелин, клеенка, клеенчатый передник, перчатки, стерильный пинцет, пеленка, судно или лоток с водой, стерильные салфетки, емкости с дезраствором, емкость для отработанных материалов, ширма (при выполнении процедуры в палате), туалетная бумага, шпатель.

Алгоритм манипуляции:

Этапы

I. Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить все необходимое.
2. Подготовить пациента и получить его.
3. Отгородить пациента ширмой (если процедуру проводят в палате).
4. Надеть перчатки, фартук.
5. Постелить клеенку с пеленкой под пациента.
6. Уложить пациента на левый бок с согнутыми в коленях и приведенными к животу ногами (или лежа на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами).

II. Выполнение манипуляции. 7. Шпателем взять вазелин и смазать закругленный конец трубки на расстоянии 15-20 см.

8. Взять в правую руку газоотводную трубку на расстоянии 4-5 см от закругленного ее конца как «писчее перо», а свободный (расширенный) конец трубки перегнуть и зафиксировать 4-м и 5-м пальцами правой руки. 9. Раздвинуть ягодицы 1-м и 2-м пальцами левой руки и вращательными движениями правой рукой осторожно ввести трубку на глубину: - 5-8 см у детей до 1 года; - 8-10 см от 1 до 3-х лет; - 10-15 см от 3 до 7 лет; - 20-30 см старшим детям и взрослым, ставив наружный конец не менее 10 см. 10. Опустить свободный конец трубки в судно или лоток с водой. 11. Укрыть пациента одеялом и оставить его на 1 час.

12. Снять перчатки и погрузить их в дезраствор. 13. Вымыть и осушить руки.
14. Каждые 15-20 минут проводить наблюдение за пациентом (общее состояние, отхождение газов).

III. Окончание манипуляции.

15. Надеть перчатки.
16. Осторожно через салфетку извлечь газоотводную трубку и поместить их в дез. раствор.
17. Провести дез. обработку использованного судна или лотка.
18. Обтереть анальное отверстие салфеткой с последующей её дезинфекцией.
19. Убрать клеенку и пеленку с последующей их обработкой.
20. Снять перчатки и фартук и погрузить их в дезраствор.
21. Вымыть и осушить руки.

22. Сделать отметку о проведенной манипуляции в медицинской документации. Примечание: при скоплении в кишечнике плотных каловых масс введение газоотводной трубки затруднено, поэтому в таких случаях необходима постановка микроклизмы с глицерином или ромашкой.

Задание 26: Постановка очистительной клизмы.

Ключи правильных ответов:

Очистительную клизму проводят в специальном помещении (клизменной), если позволяет состояние пациента, или в палате с использованием ширмы, при тяжелом состоянии пациента. Клизменная должна находиться рядом с туалетом.

Цель: лечебная, диагностическая

Показания:

- задержка стула (запор - constipatio, obstipatio - замедленное, затрудненное или систематически недостаточное опорожнение кишечника);
- атонический запор - обусловлен нарушением двигательной активности толстой кишки;
- спастический запор - обусловлен спазмом толстой кишки;
- перед родами, операциями;
- перед постановкой лекарственной и питательной клизм;
- перед проведением эндоскопических и рентгенологических исследований органов пищеварения, мочевого выделения и органов малого таза;
- при отравлениях.

Противопоказания:

- кишечное кровотечение;
- острые воспалительные или язвенные процессы в толстой кишке или в области заднего прохода;
- злокачественные образования в прямой кишке;
- трещины в области заднего прохода;
- выпадение прямой кишки;
- кровоточащий геморрой;
- первые дни после операции на органах желудочно-кишечного тракта;
- боли в животе неясного генеза;
- массивные отеки.

Оснащение: кружка Эсмарха с резиновой трубкой 1,5 м, диаметром около 1 см, стерильный наконечник, вазелин, шпатель, туалетная бумага, таз, судно (если процедура проводится в палате), клеенка, пеленка, перчатки, клеенчатый фартук, щиток, штатив, салфетка, емкости с дезраствором, вода $t - 20^{\circ}\text{C}$ (комнатной температуры); при атоническом запоре - вода $t - 18^{\circ}\text{C}$ и ниже, при спастическом запоре - вода $t - 38-40^{\circ}\text{C}$.

Алгоритм:

Этапы

I. Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить все необходимое.
2. Провести психологическую подготовку пациента (см. выше) и получить его согласие.
3. Отгородить пациента ширмой (если процедуру проводят в палате).
4. Надеть перчатки, фартук.
5. Заполнить кружку Эсмарха водой в объеме 1-1,5 л при закрытом вентиле, подвесить кружку на штатив на высоту 1-1,5м.
6. Присоединить к резиновой трубке наконечник.
7. Открыть вентиль и заполнить систему водой. Вентиль закрыть.
8. Постелить клеенку с пеленкой под пациента так, чтобы край клеенки свисал в таз.
9. Уложить пациента на левый бок с согнутыми в коленях и приведенными к животу ногами (или лежа на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами).

II. Выполнение манипуляции.

10. Смазать наконечник вазелином.
11. 1-м и 2-м пальцами левой руки раздвинуть ягодицы, а правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие на 8-10 см следующим образом:
 - первые 3-4 см по направлению к пупку;
 - а последующие - параллельно позвоночнику.
12. Открыть вентиль так, чтобы вода медленно поступала в кишечник.

Примечание:

если вода не поступает в кишечник, необходимо изменить положение наконечника или изъять его и проверить проходимость;

если пациент во время введения наконечника или воды жалуется на боль, необходимо прекратить введение и успокоить пациента.

13. После введения жидкости в кишечник закрыть вентиль, попросить пациента задержать воду в кишечнике на 5-10 минут (по возможности), осторожно извлечь наконечник через салфетку.

14. Обработать область анального отверстия туалетной бумагой.

III. Окончание манипуляции.

15. Помочь пациенту встать с кушетки и дойти до туалета или подать пациенту судно.
16. При необходимости подмыть пациента.
17. Разобрать систему, наконечник погрузить в дезраствор, с последующим проведением предстерилизационной обработки и стерилизации.
18. Снять перчатки и фартук и погрузить их в дезраствор.
19. Вымыть и осушить руки.
20. Сделать отметку о проведенной манипуляции в медицинской документации.

Задание 27: Постановка гипертонической клизмы.

Ключи правильных ответов:

Цель:

- удаление содержимого кишечника.

Показания:

- выраженные отеки;

- атония кишечника;

при заболеваниях, когда не желательно общее напряжение пациента (гипертонический криз, инсульт, повышение внутричерепного давления);

- при неэффективности очистительной клизмы.

Противопоказания:

- кишечное кровотечение;

- злокачественные образования в прямой кишке;

- выпадение прямой кишки; кровоточащий геморрой;

- острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке;

- трещины прямой кишки и анального отверстия;

- боли в животе неясного генеза.

Оснащение: грушевидный баллон емкостью 50-100 мл или шприц Жанэ, стерильная газоотводная трубка, шпатель, вазелин, салфетки, перчатки, клеенка, пеленка, туалетная бумага, ширма, если процедура выполняется в палате, емкости с дезрастворами, лоток, емкость для водяной бани, водный термометр, мерный стакан, 10 % раствор хлорида натрия или 20 % раствор магния сульфата, клеенчатый фартук.

Алгоритм:

Этапы

I. Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить все необходимое.

2. Провести психологическую подготовку пациента и получить его согласие.

3. Отгородить пациента ширмой (если процедуру проводят в палате).

4. Отмерить нужное количество раствора и подогреть на водяной бане до $t = 38^{\circ}\text{C}$.

5. Набрать в грушевидный баллон или шприц Жанэ 50-100 мл подогретого раствора.

6. Надеть перчатки, фартук.

7. Постелить клеенку с пеленкой под пациента.

8. Уложить пациента на левый бок с согнутыми в коленях и приведенными к животу ногами (или лежа на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами).

II. Выполнение манипуляции.

9. Шпателем взять вазелин и смазать закругленный конец газоотводной трубки на расстоянии 15-20 см.

10. Ввести газоотводную трубку в прямую кишку на расстояние 15-20 см.

11. Взять грушевидный баллон, выпустить из него воздух и подсоединить к газоотводной трубке.

12. Медленно ввести гипертонический раствор.

III. Окончание манипуляции.

13. Перегнуть газоотводную трубку и, не разжимая грушевидный баллон, отсоединить его от газоотводной трубки.
14. Через салфетку извлечь газоотводную трубку и поместить ее и грушевидный баллон в дезраствор.
15. Снять перчатки и поместить их в дезраствор. Снять фартук с последующей его обработкой дезраствором.
16. Помочь пациенту занять удобное в постели положение, укрыть его одеялом и напомнить, чтобы он задержал раствор в кишечнике на 20-30 минут
17. Надеть перчатки.
18. Обеспечить пациента судном или проводить его до туалета.
19. Провести туалет анального отверстия и промежности.
20. Убрать пеленку и клеенку с последующей их обработкой.
21. Снять перчатки и погрузить их в дезраствор.
22. Вымыть и осушить руки.
23. Сделать отметку о проведенной манипуляции в медицинской документации.

Задание 28: Постановка масляной клизмы.

Ключи правильных ответов:

Цель: лечебная: для расслабления кишечной мускулатуры, разжижения кала; снижение спазма и восстановление нормальной перистальтики.

Показания: неэффективность очистительной клизмы, спастический запор, длительный запор, воспалительные заболевания толстой кишки, послеоперационный период, после родов.

Противопоказания: желудочное или кишечное кровотечения, злокачественные новообразования прямой кишки, трещины в области заднего прохода или выпадение прямой кишки, кровоточащий геморрой.

Приготовьте: стерильные: газоотводную трубку, лоток, грушевидный баллончик или шприц Жане, шпатель, перчатки, салфетки, клеенку, пеленку, вазелиновое масло, масляный раствор в количестве 50 – 100 мл, емкость с дезраствором, КБУ.

Алгоритм действия:

1. Объясните пациенту ход и цель процедуры и получите его согласие.
2. Постелите на кушетку клеенку, сверху пеленку, отгородите пациента ширмой.
3. Уложите пациента на левой бок, правая нога должна быть согнута в коленном суставе и приведена к животу.
4. Проведите деконтаминацию рук на гигиеническом уровне, наденьте перчатки.
1. 5. Наберите в грушевидный баллончик или шприц Жане 50 – 100 мл масляного раствора, подогретого на «водяной» бане до $t^0 - 38^0\text{C}$, положите в лоток.
5. Смажьте закругленный конец газоотводной трубки вазелиновым маслом на протяжении 20 – 30 см.

6. Раздвиньте ягодичы I и II пальцами левой руки, а правой рукой осторожно легкими вращательными движениями введите газоотводную трубку в заднепроходное отверстие, продвигая ее в прямую кишку, вначале по направлению к пупку 3 - 4 см, а затем параллельно позвоночнику на глубину 20 – 30 см.
7. Присоедините к наружному концу газоотводной трубки грушевидный баллончик или шприц Жане, предварительно выпустив из него воздух, и медленно введите масляный раствор в прямую кишку.
8. Наложите на наружный конец газоотводной трубки зажим или пережмите ее.
9. Отсоедините, не разжимая грушевидный баллончик или шприц Жане, от газоотводной трубки.
10. Наберите в шприц Жане или грушевидный баллончик воздух, вновь присоедините их к газоотводной трубке, снимите зажим и протолкните (продуйте) оставшийся масляный раствор в трубке в прямую кишку («воздушный замок» способствует удержанию масляного раствора в прямой кишке).
11. Извлеките правой рукой вращательными движениями газоотводную трубку и погрузите в емкость с дезраствором.
12. Вытрите салфеткой кожу в направлении спереди назад (от промежности к анальному отверстию).
13. Попросите пациента принять удобное для него положение и глубоко дышать, менять положение тела в течение 10 – 12 часов.
14. Снимите перчатки, поместите салфетки, перчатки в КБУ.
15. Вымойте и осушите руки.

Задание 29: Постановка сифонной клизмы.

Сифонная клизма относится к опорожнительным. Обильное введение воды способствует проникновению ее во все отделы толстого кишечника и немедленному удалению каловых масс, ядовитых продуктов, попавших туда при отравлениях, т.к. кишечник промывается водой многократно. Таким образом, с помощью сифонной клизмы достигается более эффективное очищение кишечника.

Принцип постановки сифонной клизмы во многом сходен с принципом промывания желудка. В их основу положен закон сообщающихся сосудов.

Сифонная клизма - тяжелая для пациента манипуляция, поэтому необходимо постоянно следить за его состоянием и проводить ее в присутствии врача.

Цель:

- лечебная (удаление из кишечника токсинов, ядов, продуктов брожения, гниения);
- диагностическая (с целью диагностики кишечной непроходимости).

Показания:

- при неэффективности других клизм при запорах;
- для выведения ядов из кишечника;

- при подозрении на кишечную непроходимость. *Противопоказания:*
- кишечное кровотечение;
- острые воспалительные или язвенные процессы в толстой кишке или в области заднего прохода;
- злокачественные образования в прямой кишке;
- трещины в области заднего прохода;
- выпадение прямой кишки;
- кровоточащий геморрой;
- первые дни после операции на органах желудочно-кишечного тракта;
- боли в животе неясного генеза; массивные отеки.

Оснащение: система для сифонной клизмы, которая состоит - из 2-х стерильных толстых желудочных зондов (диаметром 0,8-1,0 см), соединенных стеклянной трубкой (закругленный конец одного зонда срезан), воронки (емкостью 0,5-1,0 л); вода $t -20^{\circ} \text{C}$ (комнатной температуры) 10 л, кувшин или ковш, емкость для промывных вод, перчатки, непромокаемый фартук, клеенка, пеленка, щиток, вазелин, шпатель, туалетная бумага, салфетки, емкости с дезрастворами, таз, емкость с водой.

Алгоритм манипуляции:

Этапы

I. Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить все необходимое.
2. Провести психологическую подготовку пациента (см.выше) и получить его согласие.
3. Процедуру проводят в клизменной.
4. Надеть перчатки, щиток и фартук.
5. Постелить клеенку с пеленкой под пациента так, чтобы край клеенки свисал в таз.
6. Уложить пациента на левый бок с согнутыми в коленях и приведенными к животу ногами.

II. Выполнение манипуляции.

7. Смазать закругленный конец зонда вазелином на протяжении 30-40 см.
8. 1-м и 2-м пальцами левой руки раздвинуть ягодицы, а правой рукой осторожно ввести закругленный конец зонда в анальное отверстие, осторожно продвигая его на 30-40 см.
9. Присоединить к свободному концу зонда воронку.
10. Держать воронку слегка наклонно ниже тела пациента (на уровне края кушетки или кровати).
11. Заполнить воронку водой (0,5-1,0 л).
12. Медленно поднять воронку на 0,5 м выше тела пациента.
13. Следить за поступлением жидкости в кишечник, пока уровень жидкости не достигнет устья воронки.

14. Быстро опустить воронку ниже уровня тела пациента.
15. Подождать, пока вода заполнит воронку доверху, вылить поступившую из кишечника воду в приготовленную емкость.
16. Наполнить вновь воронку водой и т.д. повторить пункты 10, 11, 12, 13, 14, 15 до чистых промывных вод.

Примечание: во время проведения манипуляции необходимо следить за общим состоянием пациента.

III. Окончание манипуляции.

17. Воронку снять и погрузить в дезраствор.
18. Трубку оставить в кишечнике еще на 10-15 минут для отхождения оставшейся жидкости и газов, опустив наружный конец трубки в емкость с водой.
19. Медленно через салфетку вывести зонд из кишечника и погрузить его в дезраствор.
20. Провести гигиену анального отверстия (при необходимости - промежности).
21. Снять перчатки, фартук и щиток, погрузив в дезрастор.
22. Вымыть и осушить руки. Проводить пациента в палату или организовать его транспортировку.
23. Надеть перчатки и фартук.
24. Убрать пеленку и клеенку с последующей дезинфекцией.
25. Провести дезинфекцию промывных вод кишечника.
26. Снять перчатки, фартук и поместить их в дезраствор.
27. Вымыть и осушить руки.
28. Сделать отметку о проведенной манипуляции в медицинской документации.
29. Проследить за самочувствием пациента, его Рс и АД.

Задание 30: Набор лекарственного средства из ампулы.

Цель: введения лекарственного средства по назначению врача.

Показания: введения лекарственного средства парентеральным способом.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость препарата.

Оснащение: одноразовые шприцы, одноразовые иглы для набора, стерильные шарики в стерильной упаковке, 70°спирт, стерильные перчатки, стерильный пинцет, упаковка с назначенным лекарственным средством в ампулах, емкость для использованных шариков и ампул.

Алгоритм манипуляции

Этапы

I. Подготовка к манипуляции.

- 1.1. Подготовить все необходимое для проведения манипуляции.
- 1.2. Обработать руки гигиеническим методом и надеть стерильные перчатки.
- 1.3. Прочитать название препарата и убедиться в его пригодности (срок годности, доза, физическое состояние).

- 1.4. Встряхнуть ампулу так, чтобы весь раствор оказался в ее широкой части.
- 1.5. Стерильным шариком со спиртом обработать шейку ампулы и надпилить.
- 1.6. Стерильным шариком со спиртом обработать шейку ампулы и отломить её в месте надпила.
- 1.7. Подготовить одноразовый или многоразовый шприц с иглой для набора препарата (см. манипуляцию).

II. Выполнение манипуляции.

- 2.1. Взять шприц с иглой и подвинуть поршень до конца цилиндра.
- 2.2. Взять ампулу в левую руку между 2-ой и 3-им пальцами, повернуть вверх донышком, вставить в отверстие ампулы иглу.
- 2.3. Пальцами левой руки: 1-ым, 4-ым и 5-ым, придерживать цилиндр шприца, а 2-ым и 3-им - ампулу.
- 2.4. Правой рукой медленно оттягивать поршень вниз, набирая назначенную дозу препарата.
- 2.5. Не извлекая иглу из ампулы, выпустить воздух из шприца.

III. Завершение манипуляции.

- 3.1. Вынуть иглу из ампулы.
- 3.2. При возможности произвести смену иглы.

Задание 31: Разведение антибиотиков.

Ключи правильных ответов:

Оснащение: флакон с антибиотиком, стерильный шприц ёмкостью 10мл, игла для набора лекарственных средств, ампулы с растворителем, спиртовые шарики (спирт – 70%), стерильный пинцет, перчатки, нестерильный пинцет, маска, кожный антисептик, антисептик для перчаток.

1. Надеть маску. Обработать руки (гигиенический уровень), надеть перчатки, обработать перчатки спиртовым шариком антисептиком для перчаток.
2. Проверить упаковку со шприцем на целостность и срок годности.
3. Вскрыть упаковку со шприцем со стороны поршня, присоединить иглу для набора лекарственного средства к шприцу.
4. Прочитать название антибиотика на флаконе, срок годности, дозировку.
5. Сопоставить дозу с записью в листе назначений.
6. На ампуле прочитать концентрацию и количество растворителя, срок годности прочитать на коробке.
7. Обработать спиртовым шариком металлическую крышку на флаконе.
8. Нестерильным пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки.
9. Обработать резиновую пробку флакона спиртовым шариком.
10. Вскрыть ампулу с растворителем и набрать нужное количество растворителя в шприц.
11. Проколоть резиновую пробку флакона и ввести иглу на половину длины стержня иглы.

12. Ввести во флакон растворитель – сначала 1 – 2мл, затем отсоединить шприц от иглы (впустить во флакон воздух), снова подсоединить шприц к игле и ввести ещё 1 – 2мл растворителя, выпустить воздух и так ввести весь раствор.
13. Обращать внимание на то, чтобы срез иглы не был в растворе, иначе из иглы выльется разведённый антибиотик.
14. После разведения иглу оставить во флаконе.
15. Подождать, пока растворится антибиотик, раствор должен быть прозрачным.
16. Разведенный антибиотик храниться в холодильнике и используется в течение 12 часов (перед использованием подогреть!).
17. Перед использованием антибиотика необходимо поставить пробу на чувствительность к данному препарату.

Примечание: спиртовые шарики берутся стерильным пинцетом.

Осложнения от введения антибиотиков: анафилактический шок и другие аллергические реакции, инфильтраты (при введении растворов высокой концентрации), медикаментозная эмболия (при введении суспензий).

Задание 32: Постановка внутрикожной инъекции.

Ключи правильных ответов:

Цель: диагностическая и местное обезболивание.

Показания: для проведения профилактических прививок, туберкулиновых проб, аллергологических проб, местное обезболивание.

Противопоказания: заболевания кожи.

Оснащение: манипуляционный столик, кушетка, емкость для дезинфекции - 2 шт., шприц инъекционный однократного применения 1,0 мл., длина иглы 15,0мм.(1 шт.), лоток почкообразный стерильный (1 шт.), лоток нестерильный-1шт., непрокалываемый контейнер и пакет для использованных шприцев -1шт., дезинфицирующее средство, антисептик для обработки инъекционного поля, для обработки рук, марлевые шарики или салфетки (3 шт.), мыло жидкое, перчатки стерильные (1 пара).

Алгоритм манипуляции

Этапы

I. Подготовка к процедуре.

1.1. Подготовить все необходимое к манипуляции.

Проверить фамилию больного, соответствие препарата врачебному назначению, прозрачность, цвет, срок годности. Уточнить аллергологический анамнез.

1.2. Разъяснить пациенту смысл манипуляции.

Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

1.3. Провести гигиеническую антисептику рук.

- 1.4. Обработать шейку ампулы (крышку флакона) шариками со спиртом - двукратно.
- 1.5. Подготовить шприц и иглу для набора препарата. Набрать лекарство в шприц из ампулы или флакона.
- 1.6. Произвести смену иглы (надеть на конус шприца иглу для в/м инъекции). Использованную иглу поместить в емкость с дез. раствором.
- 1.7. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа.
- 1.8. Определите место инъекции (выбрать, осмотреть пропальпировать).
- 1.9. Надеть перчатки (стерильные), непосредственно перед проведением инъекции целесообразно обработать нестерильные перчатки раствором антисептика

II. Выполнение процедуры.

- 2.1. Обработайте место инъекции в одном направлении раствором антисептика: первым шариком - широкое поле, вторым – непосредственно место инъекции, подождите, пока антисептик испарится (место инъекции должно быть сухим);
 2. 2. Пальцами левой руки натянуть кожу в месте инъекции, одновременно фиксируя руку.
 - 2.3. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем. Игла должна быть срезом вверх, ввести в кожу только срез иглы под углом 5 градусов.
 - 2.4. 2-ым пальцем правой руки зафиксировать иглу, прижав её к коже.
 - Обеспе 2.5. Левую руку перенести на поршень, осторожно ввести лекарство.
 - Обеспечение 2.6. Быстрым движением извлечь иглу.
- Запомните! После инъекции шарик не прикладывается!

Критерии правильности выполнения инъекций:

- на месте инъекции должна появиться папула;
- симптом «лимонной корочки».

- 2.7. Объяснить пациенту, что на место инъекции не должна попадать вода, нельзя травмировать это место до определения результата реакции.

III. Окончание процедуры.

- 3.1. Весь использованный инструментарий и материал подлежат дезинфекции.
- 3.2. Провести гигиеническую антисептику рук.
- 3.3. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Задание 33: Постановка подкожной инъекции.

Ключи правильных ответов:

Цель:лечебная и профилактическая.

Показания:

- для проведения профилактических прививок;
- при невозможности введения лекарственных средств через Ж.К.Т.;
- при необходимости быстрого воздействия лекарственных средств на организм пациента.

Противопоказания:

- отечность кожи и п/к клетчатки
- уплотнение кожи в результате предыдущей инъекции
- воспалительные изменения кожи в месте инъекции
- нарушение целостности кожи в месте инъекции

Оснащение: манипуляционный столик, кушетка, емкость для дезинфекции - 2 шт. шприц инъекционный однократного применения 2-5 мл., длина иглы не более 20-25мм.(1 шт.), лоток почкообразный стерильный (1 шт.), лоток нестерильный-1 шт., непрокалываемый контейнер и пакет для использованных шприцев-1 шт, дезинфицирующее средства, антисептик для обработки инъекционного поля, для обработки рук, марлевые шарики или салфетки (3 шт.), мыло жидкое, перчатки стерильные (1 пара).

Алгоритм манипуляции

Этапы

I. Подготовка к процедуре.

1.1. Подготовить все необходимое к манипуляции.

Проверить фамилию больного, соответствие препарата врачебному назначению, прозрачность, цвет, срок годности. Уточнить аллергологический анамнез.

1.2. Разъяснить пациенту смысл манипуляции.

Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

1.3. Провести гигиеническую антисептику рук.

1.4. Обработать шейку ампулы (крышку флакона) шариками со спиртом – двукратно.

1.5. Подготовить шприц и иглу для набора препарата. Набрать лекарство в шприц из ампулы или флакона.

1.6. Произвести смену иглы (надеть на конус шприца иглу для в/м инъекции). Использованную иглу поместить в емкость с дез. раствором.

1.7. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа.

1.8. Определите место инъекции (выбрать, осмотреть, пропальпировать).

1.9. Надеть перчатки (стерильные), непосредственно перед проведением инъекции целесообразно обработать нестерильные перчатки раствором.

антисептика;

II.Выполнение процедуры.

2.1. Обработайте место инъекции в

одном направлении раствором антисептика, первым шариком - широкое поле, вторым – непосредственно место инъекции, подождите, пока антисептик испарится (место инъекции должно быть сухим).

2.2. Собрать кожу одной рукой в складку треугольной формы основанием вниз.

2.3. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем.

2.4. Ввести иглу со шприцем срезом вверх быстрым движением под углом 45 градусов.

2.5. Не меняя положения правой руки ввести лекарственное средство, нажимая на поршень 1-ым пальцем левой руки. Наблюдать за состоянием пациента.

2.6. Извлечь иглу, продолжая придерживать ее за канюлю. Прижать к месту инъекции третий марлевый шарик с антисептиком.

III. Окончание процедуры.

3.1. Весь использованный инструментарий и материал подлежат дезинфекции.

3.2. Провести гигиеническую антисептику рук.

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

Примечание.

1. Объем вводимого препарата от 0,1 до 5,0 мл.

2. После инъекции возможно образование п/к инфильтрата (введение неподогретых масляных растворов), поэтому при введении масляных растворов необходимо предварительно подогреть ампулу на водяной бане.

3. При п/к введении гепарина необходимо держать иглу под углом 90°, не массировать место укола после инъекции.

4. Через 15-30 мин. после инъекции обязательно узнать у пациента о его самочувствии и о реакции на введенное лекарство (выявление осложнений и аллергических реакций).

5. При введении препарата в область плеча необходимо согнуть руку в локте и ладонь прижать к животу!

Задание 34: Постановка внутримышечной инъекции.

Ключи правильных ответов:

Цель: лечебная и профилактическая.

Показания:

- для достижения более быстрого терапевтического эффекта;
- при невозможности перорального применения препаратов;

- использование препаратов применяемых только для внутри- мышечных введений;
- плохое рассасывание препаратов при подкожном введении.

Противопоказания:

- индивидуальная непереносимость препарата;
- использование препаратов только для внутривенных инъекций;
- уплотнение (инфильтрат) в мышцах после предыдущих инъекций;
- воспалительные изменения кожи в месте инъекции;
- нарушение целостности кожи в месте инъекции.

Оснащение: манипуляционный столик, кушетка, шприц однократного применения 5-10 мл., длина иглы 40 - 60мм.(1 шт.), шприц однократного применения 2-5 мл., длина иглы 20-25 см.(1 шт.), игла для набора, лоток почкообразный стерильный (1 шт.), стерильная пеленка, лоток нестерильный-1 шт., непрокалываемый контейнер и пакет для использованных шприцев - 1 шт, дезинфицирующее средства, антисептик для обработки инъекционного поля, для обработки рук, марлевые шарики или салфетки (3 шт.), мыло жидкое, перчатки стерильные (1 пара).

Алгоритм манипуляций

Этапы

I. Подготовка к процедуре.

1.1. Подготовить все необходимое к манипуляции.

Проверить фамилию больного, соответствие препарата врачебному назначению, прозрачность, цвет, срок годности. Уточнить аллергологический анамнез.

1.2. Разъяснить пациенту смысл манипуляции.

Убедиться в наличии у пациента

Информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

1.3. Помогите пациенту занять удобное положение (если требуется, отгородите ширмой).

1.4. Провести гигиеническую антисептику рук.

1.5. Надеть перчатки (стерильные), непосредственно перед проведением инъекции целесообразно обработать нестерильные перчатки раствором антисептика.

1.6. Обработать шейку ампулы (крышку флакона) шариками со спиртом – двухкратно.

1.7. Подготовить шприц и иглу для набора препарата.

1.8. Набрать лекарство в шприц из ампулы или флакона.

1.9. Произвести смену иглы (надеть на конус шприца иглу для в/м инъекции).

Использованную иглу поместить в емкость с дез. раствором.

II. Выполнение процедуры.

2.1. Предложить пациенту лечь (или уложить пациента на живот или на бок), освободить место для инъекции.

- 2.2. Определите место инъекции (выбрать, осмотреть, пропальпировать).
- 2.3. Обработайте место инъекции в одном направлении раствором антисептика, первым шариком - широкое поле, площадь которого примерно 4х6 см., вторым – непосредственно место инъекции, делая мазки в одном направлении, подождите, пока антисептик испарится (место инъекции должно быть сухим).
- 2.4. Туго натянуть кожу большим и указательным пальцами одной руки. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы пальцем.
- 2.5. Введите иглу быстрым движением под углом 90° на 2/3 ее длины, оставляя 1 см. над поверхностью кожи (мизинец должен быть на канюле иглы, 2-ой палец на поршне сбоку, а 1-ый, 3-ий, 4-ый-на цилиндре). Потяните поршень на себя (при введении любого лекарственного средства), убедитесь, что в цилиндре нет крови.
- 2.6. Медленно введите лекарственное средство, нажимая на поршень 1-ым пальцем левой руки
- 2.7. Быстро извлечь иглу, продолжая придерживать ее за канюлю. Прижать шарик к месту инъекции.
- 2.8. Сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая шарика от кожи.

III .Окончание процедуры.

- 3.1. Весь использованный инструментарий и материал подлежат дезинфекции.
- 3.2. Провести гигиеническую антисептику рук.
- 3.3. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Примечание:

1.Объем вводимого препарата от 0,1 до 10 мл:

- дельтовидная мышца-0,1-2 мл.
- большая ягодичная мышца-0,1-10 мл.
- широкая латеральная мышца – бедра-0,1-5 мл.

При проведении инъекции в мышцы бедра или плеча шприц держать в правой руке, как писчее перо, под углом, чтобы не повредить надкостницу.

2. После введения лекарственного вещества 1-ый раз необходимо наблюдать за пациентом 30 мин.(выявление осложнений и аллергических реакций).
3. Место инъекции не массируется (т.к. очень быстрое всасывание лекарственного вещества при в/м инъекции не всегда допустимо).
4. Если инъекции назначены длительным курсом, только через 60 мин. можно пациенту предложить теплую грелку или сделать йодную сетку (для профилактики инфильтратов).

Задание 35: Наложение маевой повязки

Ключи правильных ответов:

1. Внимательно изучить инструкцию по применению мази. Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции.
2. Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента.
3. При необходимости отгородить пациента ширмой. Помочь пациенту занять удобное положение.
4. Обработать руки, надеть перчатки.
5. Осмотреть участок кожи или раны для применения мази.
6. Обработать и высушить кожу стерильной салфеткой.
7. С помощью стерильного шпателя нанести необходимое количество мази на стерильную салфетку.
8. По показаниям наложить салфетку с мазью на поражённый участок (на салфетку с сильнопахнущей или пачкающей одежду мазью можно положить сверху небольшой слой ваты). Зафиксировать бинтом (марлевым или трубчатым).
9. Спросить пациента, не испытывает ли он дискомфорт в связи с наложенной повязкой.
10. Снять перчатки и сбросить в лоток для отработанного материала.
11. Обеспечить пациенту комфортные условия.
12. Надеть перчатки, провести дезинфекцию отработанного материала. После снятия перчатки, обработать руки.
13. Сделать отметку о выполнении назначения.

Задание 36: Подача судна и мочеприемника

Ключи правильных ответов:

Цель: обеспечение потребностей выделять и быть чистым.

Показания: при необходимости опорожнения кишечника и мочевого пузыря и подмывания наружных половых органов.

Противопоказания: нет

Оснащение: судно или мочеприемник, клеенка, пеленка, туалетная бумага, перчатки, ширма.

Алгоритм:

Этапы

I. Подготовка к манипуляции.

1. Подготовить все необходимое.
2. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры.
3. Оценить возможность участия пациента в ходе процедуры.
4. Отгородить пациента ширмой (при необходимости).

II. Выполнение манипуляции.

5. Надеть перчатки.
 6. Ополоснуть судно теплой водой и вытереть насухо, оставив в нем немного воды.
 7. Помочь пациенту согнуть ноги в коленях и приподнять его таз одной рукой (при проведении процедуры одной медсестрой).
 8. Другой рукой подложить под таз пациента клеенку, покрытую пленкой.
 9. Приподнять одной рукой таз пациента, второй рукой подвести судно под таз таким образом, чтобы промежность пациента оказалась над судном.
- Примечание: если судном пользуется мужчина, то одновременно между его ног нужно поставить мочеприемник и бережно опустить его половой член в отверстие мочеприемника (если пациент сам этого не может сделать).
10. При необходимости (по его требованию) придать пациенту удобное положение.
 11. Снять перчатки и погрузить их в дез. раствор. Вымыть руки.
 12. Оставить пациента, предварительно информировав его о средствах связи.
- III. Окончание манипуляции.
13. Надеть перчатки.
 14. Приподнять таз пациента, убрать судно.
 15. Провести гигиенические мероприятия анального отверстия и промежности (если пациент сам не может это сделать).
 16. Убрать клеенку с пленкой (пленку поместить в мешок для грязного белья, а клеенку обработать дез. средством).
 17. Вылить содержимое судна (мочеприемника) в канализацию и погрузить его в дез. раствор.
 18. Снять перчатки и погрузить их в дез. раствор. Вымыть руки.
 19. Обеспечить пациенту возможность вымыть руки.
 20. Придать пациенту удобное положение.
 21. Сделать отметку о наличии и характере стула в медицинской документации.

Критерии и шкала оценивания компетенций на различных этапах их формирования

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТИРОВАНИЯ

№ п/п	тестовые нормы: % правильных ответов	оценка/зачет
1	85-100 %	отлично
2	70-84%	хорошо
3	51-69%	удовлетворительн о
4	менее 50%	неудовлетворител ьно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТОВ НА УСТНЫЕ ВОПРОСЫ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценк а
1.	4) полно и аргументированно отвечает по содержанию задания; 5) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные; 6) излагает материал последовательно и правильно.	отличн о
2.	студент дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «5», но допускает 1-2 ошибки, которые сам же исправляет.	хорош о
3.	ставится, если студент обнаруживает знание и понимание основных положений данного задания, но:	удовлет во рительн о

	4) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; 5) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; 6) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.	
4.	студент обнаруживает незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал; отмечаются такие недостатки в подготовке студента, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.	неудовлетворительно

Защита курсовой работы

Защита курсовой работы по ПМ.01. Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих, должностям служащих «младшая медицинская сестра по уходу за больными».

Перечень тем курсовых работ:

1. Система здравоохранения в России.
2. Место младшей медицинской сестры в системе здравоохранения.
3. Медицинская документация поста.
4. Права, обязанности и ответственность младшей медицинской сестры.
5. Роль младшей медицинской сестры в уходе.
6. Морально-этические нормы, правила и принципы профессионального поведения медицинской сестры.
7. Этический Кодекс Международного Совета медицинских сестер.
Этический кодекс медицинской сестры России.
8. Место младшей медицинской сестры по уходу за больными в системе субординации
9. Понятие, цели и задачи обучения в сестринском деле.
10. Типы общения, стили, средства общения в сестринском деле
11. Понятие инфекционной безопасности
12. Понятие ВБИ. Актуальность проблемы ВБИ.
13. Группы ВБИ. Источники ВБИ.
14. Группы риска ВБИ. Механизмы заражения и пути передачи ВБИ.
15. Мероприятия по профилактике ВБИ в ЛПУ.
16. Виды, методы, средства, режим стерилизации.
17. Контроль качества стерилизации
18. Работа со стерильным материалом

19. Внутрибольничные инфекции. Роль медсестры в осуществлении инфекционного контроля.
20. Профилактика внутрибольничной инфекции. Инфекционная безопасность медицинского персонала.
21. Внутрибольничные инфекции. Роль медсестры в осуществлении инфекционного контроля.
22. Профилактика внутрибольничных инфекций. Инфекционная безопасность медицинского персонала.
23. Обучение пациента как форма независимого сестринского вмешательства.
24. Внешний вид медсестры как элемент культуры в сестринском деле.
25. Дезинфектанты и стерильные нового поколения.
26. Лечебно-охранительный режим и его значение для пациента.
27. Профилактика постинъекционных осложнений.
28. Внутрибольничные инфекции. Роль медсестры в осуществлении инфекционного контроля.
29. Профилактика внутрибольничной инфекции. Инфекционная безопасность медицинского персонала.
30. Изучение особенностей работы медицинской сестры при подготовке пациента к инструментальным методам исследования.
31. Изучение особенностей работы медицинской сестры при подготовке пациента к рентгенологическим методам исследования.
32. Основные обязанности младших медицинских сестер при уходе за больными
33. Права и ответственность младшей медицинской сестры по уходу за больными
34. Техника выполнения основных функциональных обязанностей младшей медицинской сестры
35. Понятие эргономики. Основные принципы эргономики.
36. Биомеханика. Основные правила биомеханики
37. Виды положения в постели
38. Виды транспортировки
39. Профилактика травматизации пациента и медицинской сестры.
40. Лечебно-охранительный режим (ЛОР) в ЛПУ.
41. Элементы ЛОР. Значение соблюдения ЛОР.
42. Устройство и функции приемного отделения стационара
43. Содержание деятельности сестринского персонала приемного отделения.
Медицинская документация
44. Виды санитарной обработки пациента.

- 45.Педикулез. Обработка при педикулезе.
- 46.Значение и принципы гигиенического ухода
- 47.Бельевой режим стационара.
- 48.Уход за кожей и естественными складками.
- 49.Пролежни. Профилактика пролежней.
- 50.Слизистые оболочки. Уход за слизистыми оболочками
- 51.Дезинфекция предметов ухода и предметов медицинского назначения.
- 52.Значение учения А.Маслоу об основных человеческих потребностях для организации интенсивного сестринского ухода.
- 53.Критерии оценки качества сестринской деятельности.
- 54.Методика сестринского обучения пациента и его семьи.
- 55.Методы и способы обучения пациента необходимым элементам самоухода
- 56.Обучение пациентов как организационно-методическая стратегия обеспечения эффективности сестринских программ профилактики.
- 57.Организация интенсивного сестринского ухода за пациентом, находящимся на строгом постельном режиме.
- 58.Особенности сестринского процесса у стомированных пациентов.
- 59.Оценка качества сестринской помощи.
- 60.Перспективы совершенствования и развития сестринского дела.
- 61.Преимущества внедрения сестринского процесса в повседневную практическую деятельность медсестры.
- 62.Применение современных дезинфицирующих средств в ЛПУ.
- 63.Примерный перечень возможных психологических проблем пациента
- 64.Проблемы стандартизации в сестринском деле.
- 65.Профессиональная модель медицинской сестры.
- 66.Проявление синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала.
- 67.Сестринский процесс в работе медсестры приемного покоя.
- 68.Сестринский процесс в работе участковой медсестры.
- 69.Хосписное движение.
- 70.Этические элементы философии сестринского дела.
- 71.Дезинфекция, методы и виды
- 72.Средства и способы дезинфекции
- 73.Группы химических дезинфицирующих средств. техника безопасности при работе с дезинфицирующими средствами
- 74.Преимущества и недостатки дезинфицирующих средств.
- 75.Предстерилизационная очистка (ПСО).
- 76.Проведение дезинфекции химическим методом.

77. Этапы ПСО. схема проведения контроля качества
78. Контроль качества ПСО.
79. Стерилизация.
80. Подготовка ИМН(изделия медицинского назначения) к стерилизации.
81. Централизованное стерилизационное отделение(ЦСО).
82. Виды, методы, средства, режимы стерилизации.
83. Контроль качества стерилизации.
84. Устройство и функции приемного отделения
85. стационара.
86. Обработка при педикулезе.
87. Значение и принципы гигиенического ухода.
88. Транспортировки больных младшими медицинскими сестрами в лечебные отделения больницы
89. Пролежни. Обработка пролежней.
90. Кормление тяжелобольных пациентов
- 91.. Обучение пациента как форма независимого сестринского вмешательства.
92. Внешний вид медсестры как элемент культуры в сестринском деле.
93. Профилактика постинъекционных осложнений.
94. Дезинфекция и утилизацию использованного одноразового медицинского инструментария

Основные требования к курсовой работе:

Требования к структуре курсовой работы

По содержанию курсовая работа может носить реферативный, практический или опытно - экспериментальный характер. По объему курсовая работа должна быть не менее 15 - 20 страниц, напечатанных на стандартном листе писчей бумаги формата А4.

Структура курсовой работы

■ Титульный лист

■ Содержание

■ Введение

■ Основная часть, которая обычно состоит из двух разделов:

теоретические основы разрабатываемой темы;

практическая часть.

■ Заключение

■ Список литературы;

■ Приложения.

Содержание. После титульного листа следует содержание (лист не нумеруется). В нем содержится название разделов с указанием страниц. Размещается на одной странице и печатается через 1,5 интервала.

Введение. Во введении обосновывается актуальность темы исследования. Оно включает в себя краткий обзор литературы, оценку степени теоретической разработанности проблемы и анализ противоречий практики, обоснование темы исследования и необходимости ее дальнейшего изучения. Во введении определяется объект и предмет исследования, формулируются цели и задачи.

Основной текст (разделы). Основной текст разбивается, как правило, на два раздела – теоретический и практический. Объем основного текста не должен превышать 10 страниц.

Заключение. В заключении подводятся итоги, обобщаются основные теоретические положения и практические исследования, делаются выводы, а также даются рекомендации практического характера или делается вывод о практическом использовании материалов курсовой работы и при возможности определяются основные направления дальнейшего исследования проблемы в дипломном проекте (работе).

Студент разрабатывает и оформляет курсовую работу (проект) в соответствии с требованиями ГОСТ 2.105-95 ЕСКД

Оценочные средства по учебной и производственной практике

Учебная практика:

Оценка по учебной практике выставляется на основании аттестации по итогам практики, которая включает в себя:

- экспертную оценку выполнения манипуляций по учебной практике;
- анализ ведения дневника практики;
- анализ ведения листа сестринского наблюдения за пациентом;
- оценка текста беседы.

Темы для собеседования:

Задание 1: Подготовьте беседу с родственниками пациента на тему «Правила гигиенического ухода за тяжелобольным».

Задание 2: Подготовьте беседу с пациентом на тему: «Профилактика пролежней: самопомощь».

Задание 3: Подготовьте беседу с родственниками пациента на тему: «Правила кормления тяжелобольного пациента».

Задание 4: Подготовьте беседу с родственниками, ухаживающими за больным на тему «Профилактика травматизма при перемещении».

Задание 5: Подготовьте беседу на тему: «Питание пациента согласно назначенной диете».

Темы для докладов:

Задание 1: Провести анализ средств дезинфекции в различных подразделениях ЛПО (приемное отделение, пост лечебного отделения, процедурный кабинет) и подготовить сообщение о средствах дезинфекции.

Задание 2: Подготовьте реферативное сообщение на следующие темы по выбору:

1. «Целебное действие горчичников»
2. «Как действуют простейшие физиотерапевтические процедуры?»
3. «Нужны ли простейшие физиотерапевтические процедуры?»
4. «Проблемы пациентов и родственников при уходе за тяжелобольным пациентом»
5. «Хоспис: дом жизни или смерти». Написание мини-сочинения на тему «Благо больного – высший закон»;
6. «Как сделать обучение эффективным?».
7. «ВБИ: почему заболеваемость продолжает расти?».
8. «Профилактика гепатита В у медработников»
9. «Профилактика ВИЧ инфекции у медработников».
10. «Виды дезинфекции»
11. «Методы дезинфекции»
12. «Химическая дезинфекция»
13. «Дезинфекция: зачем она нужна?»
14. «Стерилизация, зачем она нужна?»
15. «Почему ЦСО лучше?»
16. «Профессиональные заболевания медицинских сестер»
17. «Факторы риска в работе медсестры»
18. «Стресс в работе медсестры»
19. «Профилактика ВИЧ инфекции у медработников»,
20. «Профилактика гепатита В у медработников»
21. «Вредные влияния на плод»

Производственная практика:

Практико-ориентированные задания

Задание 1: Продемонстрируйте технику постановки газоотводной трубки

Ключи правильных ответов:

Показание: накопление газов в толстом кишечнике

Оснащение:

1) резиновые перчатки

2) клеенка, пеленка

3) полотенце

4) газоотводная трубка (№ 1-6)

2) емкость с водой

3) вазелиновое масло

1. Объяснить маме цель и ход проведения процедуры.

2. Подготовить оснащение.

3. Обработать руки гигиеническим способом, надеть фартук и стерильные резиновые перчатки.

4. Постелить на ровную поверхность клеенку и пеленку.

5. Взять газоотводную трубку, слепой конец смазать вазелиновым маслом.

6. Уложить ребенка на левый бок с прижатыми к животу ногами (до 6-ти месяцев - на спинку и поднять ножки).

7. Раздвинуть ягодицы пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в этом положении.

8. Пережав свободный конец газоотводной трубки, осторожно, не прилагая усилий ввести его в анус и продвинуть на 1-2 см по направлению к пупку, затем параллельно к позвоночнику.

9. Свободный конец газоотводной трубки опустить в емкость с водой.

10. Помассажировать живот ребенка поглаживающими круговыми движениями по направлению часовой стрелки.

11. По мере прекращения появления воздушных пузырьков в емкости с водой с помощью салфетки убрать газоотводную трубку.

12. После дефекации, ребенка следует подмыть, подсушить промокательными движениями пеленкой и смазать естественные складки маслом. Одеть.

13. Убрать клеенку и пеленку, поместить в дезраствор.

14. Снять фартук, поместить в дезраствор.

15. Снять перчатки, сбросить в контейнер. Вымыть руки.

Примечание. Глубина введениягазоотводной трубки зависит от возраста ребенка

Задание 2: Продемонстрируйте технику выполнения подкожных инъекций

Ключи правильных ответов:

Цель:лечебная и профилактическая.

Показания:

- для проведения профилактических прививок;
- при невозможности введения лекарственных средств через Ж.К.Т.;
- при необходимости быстрого воздействия лекарственных средств на организм пациента.

Противопоказания:

- отечность кожи и п/к клетчатки
- уплотнение кожи в результате предыдущей инъекции
- воспалительные изменения кожи в месте инъекции
- нарушение целостности кожи в месте инъекции

Оснащение: манипуляционный столик, кушетка, емкость для дезинфекции - 2 шт. шприц инъекционный однократного применения 2-5 мл., длина иглы не более 20-25мм.(1 шт.), лоток почкообразный стерильный (1 шт.), лоток нестерильный-1 шт., непрокалываемый контейнер и пакет для использованных шприцев-1 шт, дезинфицирующее средства, антисептик для обработки инъекционного поля, для обработки рук, марлевые шарики или салфетки (3 шт.), мыло жидкое, перчатки стерильные (1 пара).

Алгоритм манипуляции

I. Подготовка к процедуре.

1.1. Подготовить все необходимое к манипуляции.

Проверить фамилию больного, соответствие препарата врачебному назначению, прозрачность, цвет, срок годности. Уточнить аллергологический анамнез.

1.2. Разъяснить пациенту смысл манипуляции.

Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

1.3. Провести гигиеническую антисептику рук.

1.4. Обработать шейку ампулы (крышку флакона) шариками со спиртом – двукратно.

1.5. Подготовить шприц и иглу для набора препарата. Набрать лекарство в шприц из ампулы или флакона.

1.6. Произвести смену иглы (надеть на конус шприца иглу для в/м инъекции). И использованную иглу поместить в емкость с дез. раствором.

1.7. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа.

1.8. Определите место инъекции (выбрать, осмотреть, пропальпировать).

1.9. Надеть перчатки (стерильные), непосредственно перед проведением инъекции целесообразно обработать нестерильные перчатки раствором.

антисептика;

II.Выполнение процедуры.

2.1. Обработайте место инъекции в одном направлении раствором антисептика, первым шариком - широкое поле, вторым – непосредственно место инъекции, подождите, пока антисептик испарится (место инъекции должно быть сухим).

2.2. Собрать кожу одной рукой в складку треугольной формы основанием вниз.

2.3. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем.

2.4. Ввести иглу со шприцем срезом вверх быстрым движением под углом 45 градусов.

2.5. Не меняя положения правой руки ввести лекарственное средство, нажимая на поршень 1-ым пальцем левой руки. Наблюдать за состоянием пациента.

2.6. Извлечь иглу, продолжая придерживать ее за канюлю. Прижать к месту инъекции третий марлевый шарик с антисептиком.

III.Окончание процедуры.

3.1. Весь использованный инструментарий и материал подлежат дезинфекции.

3.2. Провести гигиеническую антисептику рук.

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

Примечание.

1. Объем вводимого препарата от 0,1 до 5.0 мл.

2. После инъекции возможно образование п/к инфильтрата(введение неподогретых масляных растворов), поэтому при введении масляных растворов необходимо предварительно подогреть ампулу на водяной бане.

3. При п/к введении гепарина необходимо держать иглу под углом 90°, не массировать место укола после инъекции.
4. Через 15-30 мин. после инъекции обязательно узнать у пациента о его самочувствии и о реакции на введенное лекарство(выявление осложнений и аллергических реакций).
5. При введении препарата в область плеча необходимо согнуть руку в локте и ладонь прижать к животу!

Задание 3: Продемонстрируйте технику выполнения внутримышечных инъекций

Ключи правильных ответов:

Цель: лечебная и профилактическая.

Показания:

- для достижения более быстрого терапевтического эффекта;
- при невозможности перорального применения препаратов;
- использование препаратов применяемых только для внутри- мышечных введений;
- плохое рассасывание препаратов при подкожном введении.

Противопоказания:

- индивидуальная непереносимость препарата;
- использование препаратов только для внутривенных инъекций;
- уплотнение (инфильтрат) в мышцах после предыдущих инъекций;
- воспалительные изменения кожи в месте инъекции;
- нарушение целостности кожи в месте инъекции.

Оснащение: манипуляционный столик, кушетка, шприц однократного применения 5-10 мл., длина иглы 40 - 60мм.(1 шт.), шприц однократного применения 2-5 мл., длина иглы 20-25 см.(1 шт.), игла для набора, лоток почкообразный стерильный (1 шт.), стерильная пеленка, лоток нестерильный-1 шт., непрокалываемый контейнер и пакет для использованных шприцев - 1 шт, дезинфицирующее средства, антисептик для обработки инъекционного поля, для обработки рук, марлевые шарики или салфетки (3 шт.), мыло жидкое, перчатки стерильные (1 пара).

Алгоритм манипуляций

Этапы

I. Подготовка к процедуре.

1.1. Подготовить все необходимое к манипуляции.

Проверить фамилию больного, соответствие препарата врачебному назначению, прозрачность, цвет, срок годности. Уточнить аллергологический анамнез.

1.2. Разъяснить пациенту смысл манипуляции.

Убедиться в наличии у пациента

Информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

1.3. Помогите пациенту занять удобное положение (если требуется, отгородите ширмой).

1.4. Провести гигиеническую антисептику рук.

1.5. Надеть перчатки (стерильные), непосредственно перед проведением инъекции целесообразно обработать нестерильные перчатки раствором антисептика.

1.6. Обработать шейку ампулы (крышку флакона) шариками со спиртом – двухкратно.

1.7. Подготовить шприц и иглу для набора препарата.

1.8. Набрать лекарство в шприц из ампулы или флакона.

1.9. Произвести смену иглы (надеть на конус шприца иглу для в/м инъекции). Исползованную иглу поместить в емкость с дез. раствором.

II. Выполнение процедуры.

2.1. Предложить пациенту лечь (или уложить пациента на живот или на бок), освободить место для инъекции.

2.2. Определите место инъекции (выбрать, осмотреть, пропальпировать).

2.3. Обработайте место инъекции в одном направлении раствором антисептика, первым шариком - широкое поле, площадь которого примерно 4х6 см., вторым – непосредственно место инъекции, делая мазки в одном направлении, подождите, пока антисептик испарится (место инъекции должно быть сухим).

2.4. Туго натянуть кожу большим и указательным пальцами одной руки. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы пальцем.

2.5. Введите иглу быстрым движением под углом 90° на 2/3 ее длины, оставляя 1см. над поверхностью кожи(мизинец должен быть на канюле иглы,

2-ой палец на поршне сбоку, а 1-ый, 3-ий, 4-ый-на цилиндре). Потяните поршень на себя (при введении любого лекарственного средства), убедитесь, что в цилиндре нет крови.

2.6. Медленно введите лекарственное средство, нажимая на поршень 1-ым пальцем левой руки

2.7. Быстро извлеките иглу, продолжая придерживать ее за канюлю. Прижать шарик к месту инъекции.

2.8. Сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая шарика от кожи.

III .Окончание процедуры.

3.1. Весь использованный инструментарий и материал подлежат дезинфекции.

3.2. Провести гигиеническую антисептику рук.

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

Примечание:

1.Объем вводимого препарата от 0,1 до 10 мл:

- дельтовидная мышца-0,1-2 мл.

- большая ягодичная мышца-0,1-10 мл.

- широкая латеральная мышца – бедра-0,1-5 мл.

При проведении инъекции в мышцы бедра или плеча шприц держать в правой руке, как писчее перо, под углом, чтобы не повредить надкостницу.

2. После введения лекарственного вещества 1-ый раз необходимо наблюдать за пациентом 30 мин.(выявление осложнений и аллергических реакций).

3. Место инъекции не массируется (т.к. очень быстрое всасывание лекарственного вещества при в/м инъекции не всегда допустимо).

4. Если инъекции назначены длительным курсом, только через 60 мин. можно пациенту предложить теплую грелку или сделать йодную сетку (для профилактики инфильтратов).

Задание 4: Продемонстрируйте технику выполнения внутривенных инъекций

Ключи правильных ответов:

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: оказание неотложной помощи, лечение тяжелобольных, невозможность введения препарата другим способом, подготовка к инструментальным методам исследования с использованием контрастного вещества.

Противопоказания: - индивидуальная непереносимость препарата;

- невозможность обнаружения вены;

- флебиты;

- нарушение целостности кожи в месте инъекции.

Оснащение: лоток почкообразный стерильный - 1 шт., лоток нестерильный - 1 шт., жгут венозный-1 шт., шприц инъекционный однократного применения 10,0

- 20,0 мл.; длина иглы 38 - 40 мм- 1шт., непрокалываемый контейнер для транспортировки использованных шприцев - 1 шт., ампулы: коргликон, строфантин, глюкоза 40%, кальция хлорид 10%, натрия хлорид 0,9%, пилка для ампул, пробирки, бикс с перевязочным материалом, жидкое мыло, подушка клеёноччатая - 1шт., салфетка под резиновый жгут - 1 пара, перчатки стерильные- 1 пара, защитный экран (очки), маска, салфетки или ватные шарики-3 шт., дезинфицирующие средства.

Проверить укомплектованность «Аварийной аптечки»!

Алгоритм манипуляции

Последовательность действий

Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить все необходимое для проведения манипуляции.

2. Установить доброжелательные отношения с пациентом.

3. Уточнить информированность пациента о лекарственном средстве и получить его согласие на проведение манипуляции.

4. Надеть маску. Обработать руки гигиеническим уровнем с антисептиком и надеть стерильные перчатки.

5. Проверить пригодность лекарственного средства (название, дозу, срок годности, физическое состояние).

1.6 Повторно убедиться в соответствии лекарственного препарата с назначениями врача.

1.7 Набрать в шприц необходимое количество назначенного лекарственного средства, затем в этот же шприц набрать растворителя.

8. Надеть на конус шприца иглу для внутривенной инъекции, выпустить воздух. Поместить на стерильный лоток.

9. Приготовить не менее 5-ти шариков, смоченных спиртом и поместить на стерильный лоток.

2. Выполнение манипуляции.

1. Предложить пациенту лечь, при необходимости помочь ему. Освободить место для инъекции (место локтевой вены).

2. Под локоть пациента подложить обрабатываемый валик. Наложить жгут на плечо пациента на 5 см выше локтевого сгиба, покрытое салфеткой или его одеждой.

Примечание: при наложении жгута пульс на лучевой артерии не должен измениться. Кожные покровы ниже места наложения жгута багровеют, вена набухает. При ухудшении наполнения пульса, жгут необходимо ослабить.

3. Попросить пациента поработать кулачком (сжать-разжать кулак).

3. Исследовать вену пациента.
4. Обработать место инъекции шариком со спиртом от периферии к центру (снизу-вверх), площадью 10x10 см².
5. Взять шприц в правую руку так, чтобы указательный палец фиксировал иглу сверху. Проверить проходимость иглы и отсутствие воздуха в шприце.
6. Попросить пациента зажать кулак.
7. Зафиксировать вену большим пальцем левой руки, проколоть кожу возле пунктируемой вены (игла срезом вверх!) и войти вену на 1/3 длины иглы.
8. Потянуть поршень на себя для появления крови в шприце.
9. Развязать жгут. Попросить пациента ослабить кулак. (Рис. 1)
10. Потянуть поршень на себя, чтобы еще раз убедиться в том, что игла находится в вене.
11. Не меняя руки, надавить на поршень левой рукой и медленно ввести лекарственный препарат вену, наблюдая за состоянием пациента и спрашивая о самочувствии, если пациента в сознании. В шприце оставить 0,5 мл лекарственного препарата.
12. Приложить шарик со спиртом в месте прокола иглой кожи и резко выйти из вены.
13. Попросить пациента согнуть руку в локтевом сгибе и подержать 5-7 минут. Затем забрать у пациента использованный шарик (в дез. раствор), убедившись, что у пациента свернулась кровь в месте прокола. Если пациент не в состоянии согнуть руку, то наложить давящую повязку.
2. Окончание манипуляции.
- 3.1. Весь использованный материал поместить для дезинфекции.
- 3.2. Провести гигиеническую обработку рук.
- 3.3. Сделать записи о выполнении процедуры в медицинской документации.

Задание 5: Продемонстрируйте технику выполнения ухода за ушами пациента

Ключи правильных ответов:

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, профилактика заболеваний, предупреждение снижения слуха из – за скопления серы, закапывание лекарственного вещества.

Показания: тяжелое состояние пациента, наличие серы в слуховом проходе. Противопоказания: воспалительные процессы в ушной раковине, наружном слуховом проходе.

Приготовьте: стерильные: лоток, пипетку, пинцет, мензурку, ватные турунды, салфетки, перчатки, 3 % раствор перекиси водорода, мыльный раствор, емкости с дезинфицирующими растворами, КБУ.

Алгоритм действия:

1. Объясните пациенту ход процедуры, получите его согласие.
2. Проведите деконтаминацию рук на гигиеническом уровне, наденьте перчатки.
3. Приготовьте емкость с мыльным раствором.
4. Наклоните голову пациента в сторону, противоположенную обрабатываемому уху, подставьте лоток.
5. Смочите салфетку в теплом мыльном растворе и протрите ушную раковину, высушите сухой салфеткой (для удаления грязи).
6. Налейте в стерильную мензурку, предварительно подогретый на водяной бане ($T^0 - 36^0 - 37^0C$) 3 % раствор перекиси водорода.
7. Возьмите пинцетом ватную турунду в правую руку и смочите 3% раствором перекиси водорода, а левой рукой оттяните ушную раковину назад и вверх, чтобы выровнять слуховой проход и введите турунду вращательными движениями в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см на 2 – 3 минуты.
8. Введите сухую турунду легкими вращательными движениями в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см и оставьте на 2 – 3 минут.
9. Извлеките турунду вращательными движениями из наружного слухового прохода – обеспечивается удаление выделений и серы из слухового прохода.
10. Обработайте другой слуховой проход в такой же последовательности.
11. Снимите перчатки.
12. Поместите использованные перчатки, турунды, салфетки в КБУ, пинцет, мензурку в емкости с дезинфицирующими растворами.
13. Вымойте и осушите руки.

Примечание: при обработке ушей вату нельзя наматывать на твердые предметы, возможно травма слухового прохода.

Задание 6: Продемонстрируйте технику выполнения ухода за глазами пациента

Ключи правильных ответов:

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, подготовка глаз к введению лекарственных средств.

Показания: при наличии выделений из глаз.

Оснащение: стерильные: лоток, марлевые тампоны, резиновые перчатки, пинцет, мензурка, кипяченая вода или флакон с антисептическим раствором (0,02%-ный раствор фурацилина, бледно-розовый раствор перманганата калия или 1-2%-ный раствор натрия гидрокарбоната); полотенце, лоток для отработанного материала, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Вымыть руки с мылом, насухо вытереть чистой марлевой салфеткой, надеть перчатки.

2. Усадить пациента, грудь прикрыть полотенцем, голову запрокинуть.
3. В стерильный лоток пинцетом положить 8-10 марлевых тампонов.
4. В стерильную емкость (мензурку) налить кипяченую воду или один из антисептических растворов и туда же поместить несколько тампонов.
5. Слегка отжать тампон и протереть им ресницы и веко в направлении от наружного угла глаза к внутреннему; грязный тампон сбросить в лоток для отработанных материалов.
6. При необходимости повторить обработку, используя каждый раз новый тампон.
7. Осушить веко сухим стерильным тампоном.
8. Аналогично обработать другой глаз.
9. Убрать предметы ухода и использованные тампоны и разместить их в соответствующие емкости для дезинфекции.
10. Провести дезинфекцию предметов ухода.
11. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Задание 7: Продемонстрируйте технику осуществления ухода за носом

Ключи правильных ответов:

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, обеспечение свободного носового дыхания.

Показания: дефицит самоухода, при необходимости перед закапыванием лекарственного препарата в нос.

Противопоказания: нет.

Оснащение: стерильные перчатки, стерильный лоток, стерильные ватные турунды, стерильная пелёнка, стерильный пинцет, две гигиенические пелёнки (на клеёночной основе), лубрикант (глицерин или вазелиновое масло), лоток для отработанного материала, клеёночный мешок для грязного белья, ширма.

Алгоритм манипуляции

1. Приготовить всё необходимое для манипуляции. В стерильный лоток положить стерильную пелёнку. В неё поместить стерильные турунды и пинцет.
2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании).
3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один.
4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний.

- 5.Обработать руки. Надеть перчатки.
- 6.Аккуратно приподнять голову пациента и подстелить под неё гигиеническую пелёнку. Прикрыть грудь пациента второй пелёнкой.
- 7.Смочить турунды лубрикантом.
- 8.Приподнять кончик носа пациента, другой рукой ввести турунду вращательным движением в один носовой ход, а затем вторую турунду – в другой носовой ход.
- При необходимости оставить турунду на 1-3 минуты.
- 9.Использованные турунды поместить в лоток для использованного материала. Убрать гигиенические пелёнки в клеёчатый мешок.
- 10.Придать удобное положение. Убрать ширму.
- 11.Снять перчатки. Обработать руки.
- Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

Задание 8: Продемонстрируйте технику осуществления ухода за полостью рта больному в сознании

Ключи правильных ответов:

Цель: соблюдение личной гигиены пациента.

Показания: дефицит самоухода.

Противопоказания:нет.

Оснащение: перчатки, фартук, полотенце, лоток, стакан с тёплой водой, гигиеническая пелёнка (на клеёчатой основе), зубная паста, зубная щётка, крем для губ, чашка для протезов (при необходимости), ёмкость для отработанного материала, клеёчатый мешок для грязного белья, ширма.

Этапы

- 1.Приготовить всё необходимое для манипуляции.
- 2.Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании).
- 3.Поставить ширму, если пациент в палате находится не один.
- 4.Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний.
- 5.Обработать руки. Надеть перчатки.
- 6.Прикрыть грудь пациента пелёнкой.
- 7.Поставить почкообразный лоток под подбородком пациента на пелёнку.
- Попросить пациента придерживать лоток рукой, если это возможно.

8.Попросить пациента набрать в рот воды и прополоскать рот, затем сплюнуть воду в лоток. При необходимости насухо вытереть подбородок пациента полотенцем.

9.Если имеются зубные протезы, попросить пациента снять их и положить в специальную чашку. Если пациент не может самостоятельно снять протезы, то:
- используя салфетку, большим и указательным пальцем, крепко взяться за зубной протез; - колебательными движениями осторожно снять их и положить в чашку. После можно ещё раз прополоскать рот водой.

10.Смочить зубную щётку водой и нанести на неё зубную пасту.

11.Вычистить верхние зубы пациента:

- условно разделить зубы на верхней и нижней челюсти на 4 сегмента (на каждой челюсти);
- расположить зубную щётку на щёчной поверхности верхних зубов ~ под углом 45°. «Выметающими» движениями сверху вниз провести по каждому сегменту не менее 10 раз; - почистить жевательные поверхности верхних зубов;
- расположить щётку перпендикулярно верхним зубам, почистить их нёбную поверхность осторожными «выметающими» движениями сверху вниз; - аналогично почистить нижние зубы (щёчную, язычную и жевательную поверхности), а затем и язык пациента.

12.Попросить пациента набрать в рот воды и прополоскать рот.

13.Подготовить зубную нить:

- оторвать приблизительно 45 см нити (отмерить эту длину от кончика среднего пальца до локтя вашей руки); - обмотать большую часть этой нити вокруг среднего пальца одной руки, оставшуюся часть нити – вокруг среднего пальца другой руки так, чтобы между пальцами остался кусок нити длиной 2,5 см; - туго натянуть эту нить, захватив её большим и указательным пальцами обеих рук.

14.Осторожно продеть нить между соседними зубами, не задевая десну и не оказывая на неё давления: плавными пилящими движениями проводить нить между зубами, не касаясь десны; протирать нитью боковую поверхность зуба, двигая снизу вверх.

15.Прочистить один зуб, отмотать чистый участок нити длиной 2,5 см с одного пальца, а загрязнённый участок нити намотать на другой палец.

Чистить зубы в следующем порядке: - почистить боковые поверхности двух передних зубов; - почистить боковые поверхности одной половины верхних зубов, затем – второй половины, аналогично почистить нижние зубы; - почистить боковую поверхность задних зубов.

16.Использованную нить поместить в лоток для использованного материала.

17. Попросить пациента набрать в рот воды и прополоскать рот. Губы осушить полотенцем. Смазать гигиенической помадой.
18. Убрать гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок.
19. Придать удобное положение. Убрать ширму.
20. Снять перчатки. Обработать руки.
21. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

Задание 9: Продемонстрируйте технику осуществления ухода за полостью рта больному в бессознательном состоянии

Ключи правильных ответов:

Цель: соблюдение личной гигиены пациента.

Показания: дефицит самоухода.

Противопоказания: нет.

Оснащение: перчатки, полотенце или пелёнка, пелёнка на клеёнчатой основе, лоток, стакан с тёплой кипячёной водой (2% р-р натрия гидрокарбоната (сода)), гигиеническая пелёнка (на клеёнчатой основе), стерильные салфетки, крем для губ или гигиеническая помада, стерильные зажим и шпатель, ёмкость для отработанного материала, клеёнчатый мешок для грязного белья, ширма.

Алгоритм манипуляции:

Этапы

1. Приготовить всё необходимое для манипуляции.
2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании).
3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один.
4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение на бок или голову повернуть на бок, если нет противопоказаний.
5. Обработать руки. Надеть перчатки.
6. Под голову застелить клеёнку с пелёнкой. Прикрыть грудь пациента пелёнкой.
7. Поставить почкообразный лоток под щёку пациента на пелёнку.
8. В правую руку взять зажимом салфетку, а в левую шпатель. Салфетку смочить тёплой кипячёной водой.
9. При помощи шпателя не применяя силы открыть рот пациенту и удерживать.
10. Обработать смоченной салфеткой: нёбо, внутреннюю поверхность щёк, зубы, дёсны, язык, пространство под языком и губы. При необходимости менять салфетки по мере загрязнения слюной, налётом и липкой слюной.
11. Салфетки и зажим сбросить в ёмкость для отработанного материала.
12. Нанести на губы гигиеническую помаду.
13. Убрать лоток и пелёнки с клеёнкой в мешок для грязного белья.

14. Придать пациенту удобное положение. Убрать ширму.
15. Снять перчатки. Обработать руки.
16. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

Задание 10: Продемонстрируйте технику осуществления манипуляции «Закапывание глаз»

Ключи правильных ответов:

Цель: лечебный процесс, диагностическое обследование.

Показания: назначение врача.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость лекарственного средства.

Оснащение: лекарственный препарат комнатной температуры (20-24°C), стерильные: перчатки, пипетка, марлевые шарики, ёмкость с дез. раствором.

Алгоритм манипуляции

Этапы

Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции.
2. Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента.

II. Выполнение манипуляции.

3. Усадить пациента (голова слегка запрокинута) или уложить на спину без подушки.
 4. Обработать руки, надеть перчатки.
 5. Дать в руки пациенту два стерильных шарика/салфетки.
 6. Набрать лекарственное средство в пипетку правой рукой, а в левую руку взять стерильный марлевый шарик.
 7. Оттянуть нижнее веко левой рукой с помощью марлевого шарика.
 8. Попросить пациента посмотреть вверх.
 9. Закапать в нижний конъюнктивальный мешок 2-3 капли лекарственного препарата, ближе к носу (не подносить пипетку близко к конъюнктиве!).
 10. Попросить пациента закрыть глаза.
 11. Приложить к внутреннему углу глаза шарики и слегка надавить на внутренние углы глаза в течение 1 минуты (шарики в руке у пациента).
 12. Аналогично закапать капли в другой глаз.
- III. Окончание манипуляции.
13. Сбросить шарики в лоток для отработанного материала.
 14. Спросить пациента о самочувствии.
 15. Пипетку поместить в дез. раствор.
 16. Снять перчатки в дез. раствор. Обработать руки.

17.Сделать отметку о выполнении назначения.

Примечание:

- 1) для каждого лекарственного препарата нужна отдельная пипетка;
- 2) если в одном глазу есть гнойное воспаление, то закапываются капли отдельными пипетками, или вначале закапывают глаз без гнойного воспаления;
- 3) если есть необходимость закапать другие капли, делать это можно только после 15-20 минут, после применения предыдущего медикамента.

Задание 11: Продемонстрируйте технику закапывания ушей

Ключи правильных ответов:

Цель: лечебный процесс, диагностическое обследование.

Показания: назначение врача.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость лекарственного средства.

Оснащение: лекарственный препарат температуры тела (36-37°C), стерильные: перчатки, пипетка, марлевые шарики, ёмкость с дез. раствором.

Алгоритм манипуляции

Подготовка к манипуляции.

- 1.Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции.
- 2.Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента.

Выполнение манипуляции.

- 3.Усадить пациента или уложить на спину без подушки. Голову повернуть на здоровую сторону. Можно уложить на бок (на здоровую сторону).
- 4.Обработать руки, надеть перчатки.
- 5.При наличии отделяемого из уха – очистить слуховой проход.
- 6.Набрать в пипетку лекарственное вещество.
- 7.Оттянуть ушную раковину кверху и кзади.
- 8.Закапать 2-3 капли в наружный слуховой проход. Надавить слегка на козелок уха.
- 9.Заложить марлевый (ватный) шарик. Положение головы не менять 5-10 минут.
- 10.При необходимости аналогично закапать капли в другое ухо.
- 11.Спросить пациента о самочувствии.

Окончание манипуляции.

12. Пипетку поместить в дез. раствор.
13. Снять перчатки в дез. раствор. Обработать руки.
14. Сделать отметку о выполнении назначения.

Задание 12: Придать пациенту положение Фаулера.

Ключи правильных ответов:

Показания:

- вынужденное или пассивное положение пациента;
- риск развития пролежней;
- личная гигиена пациента;
- кормление пациента;
- необходимость физиологических отпавлений в постели;

Противопоказания: травма позвоночника, операция на позвоночнике, эпидуральная анестезия;

Оснащение: валики из одеял, упор для ног, подушки, перчатки.

Алгоритм манипуляции.

Этапы

I. Подготовка к манипуляции.

1. Подготовить все необходимое к манипуляции.
2. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие.
3. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.
4. Надеть перчатки.
5. Опустить боковые поручни, если они есть, с той стороны, где находится медсестра.

6. Убедиться, что пациент лежит на спине посредине кровати и убрать подушки (если пациент находится в другом положении, то придать ему положение «лежа на спине»).

II. Выполнение манипуляции.

7. Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (30°- это низкое Фаулера положение, а 90°- это высокое Фаулера положение) или подложить необходимое количество подушек (2-3 шт.).

III. Завершение манипуляции.

8. Подложить под голову небольшую подушку (если поднималось только изголовье).
9. Подложить пациенту под поясницу подушку.
10. Подложить под предплечья и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.
11. Подложить небольшую подушку или валик под колени пациента.
12. Подложить небольшую подушку пациенту под пятки.
13. Обеспечить упор для поддержания стоп под углом 90° (при необходимости).

14. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни.
15. Снять перчатки и поместить их в дез. раствор.
16. Вымыть и осушить руки.

Задание 13: Придать пациенту положение Симса.

Ключи правильных ответов:

Показания: вынужденное пассивное положение, риск развития пролежней.

Противопоказания: травма позвоночника, операция на позвоночнике, эпидуральная анестезия.

Оснащение: подушки, валик, упор для ног, перчатки.

Алгоритм манипуляции.

Этапы

I. Подготовка к манипуляции.

- 1.Подготовить все необходимое к манипуляции.
- 2.Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры. Получить его согласие (заручиться его поддержкой).
- 3.Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.
- 4.Надеть перчатки.
- 5.Опустить боковые поручни, если они есть, с той стороны, где находится медсестра.
- 6.Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки).
- 7.Опустить кровать до уровня середины бедра (если это возможно).
- 8.Положить пациента на спину.
- 9.Переместить пациента к краю кровати (смотри манипуляцию «Перемещение пациента в постели»).

II. Выполнение манипуляции

- 10.Переместить пациента в положении лежа на боку и частично на животе.

III. Завершение манипуляции.

- 11.Подложить подушку под голову пациента.
12. Подложить подушку под «верхнюю», согнутую в локтевом и плечевом суставах руку под углом 90 градусов. «Нижнюю» руку положить на постель (простыню) не сгибая, ладонью вверх.
13. Подложить подушку под «верхнюю» согнутую ногу.
14. Обеспечить упор для стопы выпрямленной ноги («нижней») под углом 90о.

15. Убедиться, что пациент лежит удобно. Расправить простыню и подкладную пеленку.

15. Поднять поручни кровати.

17. Снять перчатки и погрузить их в дез. раствор. Вымыть и осушить руки.

Задание 14: Продемонстрируйте технику осуществления кормления через назогастральный зонд

Ключи правильных ответов:

Цель: обеспечение индивидуального диетического питания.

Показания:

- нарушение акта глотания;
- бессознательные состояния;
- отсутствие сосательного и глотательного рефлекса у недоношенных новорожденных;
- перелом челюстных костей заболевания полости рта;
- отказ от пищи при психических заболеваниях.

Оснащение: стерильный назогастральный зонд, воронка или шприц Жанэ, зажим, полотенце, салфетки, перчатки, маска, питательная смесь (t-38-40°C), кипяченая вода (50-100 мл), емкость с дез. раствором, фонендоскоп, шприц.

Алгоритм

Этапы

I. Подготовка к манипуляции

1. Приготовить всё необходимое
2. Объяснить пациенту (если это возможно) ход предстоящей манипуляции и получить его согласие.
3. Уточнить у пациента понимание хода манипуляции и его поведение во время нее.
4. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки.
5. Придать пациенту низкое положение Фаулера. Измерить расстояние от кончика носа до мочки уха и вниз по передней брюшной стенки так, чтобы конец зонда был на 2-5 см ниже мечевидного отростка грудины.
6. Прикрыть грудь пациента полотенцем или салфеткой.
7. Смазать зонд глицерином.
8. Взять зонд в руку как «писчее перо» и осторожно через нижний носовой ход ввести его на глубину 15-18 см.
9. Пальцем левой кисти определить положение зонда в носоглотке и прижать его к задней стенке глотки.

10. Слегка наклонить голову пациента вперед, попросить его пить маленькими глотками воду, заглатывая зонд, продвигаемый м/с.

Если у пациента появился кашель, цианоз, выходит воздух из зонда во время выдоха, срочно подтянуть зонд назад и повторить процедуру.

11. Ввести зонд до нужной метки и наложить зажим на дистальный конец зонда. Проверить правильность введения зонда:

- набрать в шприц воздух;
- присоединить шприц к зонду;
- поставить головку фонендоскопа на область желудка;
- снять зажим;
- ввести воздух через зонд в желудок под контролем фонендоскопа - вы услышите звуки, свидетельствующие о поступлении воздуха в желудок.

Значит, зонд находится в желудке.

Если звуков нет, необходимо зонд сместить.

II. Выполнение манипуляции.

12. Набрать пищу в шприц Жанэ и подсоединить его к зонду (или подсоединить ворону к зонду).

13. Пищу вливать в желудок небольшими порциями (30 мл), постепенно с интервалами между порциями в 1-3 мин.

14. Если используется воронка, то необходимо:

- опустить воронку до уровня желудка;
- наполнить ее питательной смесью;
- медленно приподнять ее выше уровня желудка;
- как только питательная смесь дойдет до устья воронки, опустить воронку до уровня желудка и снова наполнить ее питательной смесью.

15. По окончании кормления влить небольшое количество кипяченой воды для промывания зонда.

III. Окончание манипуляции.

16. Отсоединить шприц Жанэ или воронку, поместить их в емкость с дезраствором.

17. Зонд закрыть заглушкой (в случае его дальнейшего использования по назначению врача) и зафиксировать его.

18. Помочь занять пациенту комфортное положение.

19. Снять перчатки, поместить их в дезраствор.

20. Вымыть и осушить руки.

21. Сделать отметку о проведении процедуры в медицинской документации.

Задание 15: Продемонстрируйте технику осуществления смены постельного белья продольным способом.

Ключи правильных ответов:

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, создание комфортного состояния

Показания: загрязнение белья. Применяется для больных способных повернуться на бок, но находящихся на постельном режиме

Противопоказания: определяет врач

I. Подготовка к манипуляции:

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить

II. Приготовьте оснащение: перчатки, комплект чистого белья, мешок для грязного белья.

III. Выполнение манипуляции

1. Наденьте перчатки
2. Оцените положение и состояние пациента
3. Снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья
4. Чистую простыню скатайте по длине до половины
5. Поднимите голову пациента и уберите из под нее подушку
6. Подвиньте пациента к краю кровати, повернув его на бок

Опрос

7. Грязную простыню скатайте по всей длине по направлению к пациенту
8. На освободившейся части постели расстелите чистую простыню
9. Поверните пациента на спину, а затем на другой бок, чтобы он оказался на чистой простыне
10. Уберите грязную простыню в мешок и расправьте чистую.
11. Осторожно положите подушку под голову
12. Края простыни подверните под матрац
13. Надеть чистый пододеяльник. Укрыть пациента

Окончание манипуляции.

1. Поместите грязный пододеяльник в мешок для белья
2. Спросите пациента, удобно ли ему лежать.
3. Снимите перчатки, погрузите в дезраствор
4. Вымойте руки.

Задание 16: Продемонстрируйте технику осуществления смены постельного белья поперечным способом.

Ключи правильных ответов:

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, создание комфортного состояния

Показания: загрязнение белья. Применяется для больных не способных повернуться на бок, находящихся на строгом постельном режиме.

I. Подготовка к манипуляции:

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить

II Приготовьте оснащение:

- Перчатки
- Комплект чистого белья
- Мешок для грязного белья

III. Выполнение манипуляции

1. Наденьте перчатки.
2. Чистую простыню полностью скатайте, как бинт, в поперечном направлении
3. Осторожно приподнимите верхнюю часть туловища пациента, уберите подушки
4. Быстро скатайте грязную простынь со стороны изголовья кровати, до поясницы положив на освободившуюся часть кровати чистую простыню
5. На чистую простыню положите подушку и опустите на нее голову пациента
6. Приподнимая таз, а затем ноги пациента, сдвиньте грязную простыню, продолжая расправлять чистую.
7. Опустите таз и ноги пациента, заправьте края простыни под матрац.

IV. Окончание манипуляции.

1. Спросите пациента, удобно ли ему лежать
2. Уберите грязную простыню в мешок.
3. Снимите перчатки, опустите в дезраствор
4. Вымойте руки

Перечень вопросов для аттестации по итогам производственной практики:

Вопросы к устному опросу:

1. Требования к личной гигиене и медицинской одежде персонала.
2. Способы мытья рук.
3. Обработка рук, при попадании на них крови.

4. Обработка слизистых глаз, носа, рта при контакте с кровью.
5. Дезинфекция: понятие, виды, методы.
6. Техника безопасности при работе с дезинфицирующими средствами.
7. Оказание первой помощи при попадании хлорсодержащих растворов на кожу и слизистые.
8. Текущая и генеральная уборка процедурного кабинета.
9. Текущая и генеральная уборка палат.
10. Дезинфекция использованных шприцев и игл.
11. Дезинфекция суден и мочеприемников.
12. Дезинфекция грелки, пузыря со льдом.
13. Дезинфекция ванны и резиновых ковриков.
14. Дезинфекция ватных шариков и перевязочного материала.
15. Этапы предстерилизационной очистки ИМИ.
16. Контроль качества предстерилизационной очистки ИМН.
17. Стерилизация сухим горячим воздухом.
18. Стерилизация текучим паром под давлением.
19. Правила пользования стерильным биксом.
20. Меры профилактики передачи парентеральных гепатитов и ВИЧ-инфекции.
21. Философия сестринского дела. Понятие.
22. Стандарты в сестринском деле. Значение.
23. Сестринский процесс. Понятие, цели. Этапы, их взаимосвязь и содержание.
24. Лечебное питание. Понятие о диетах. Виды искусственного питания.
25. Понятие простейшей физиотерапии. Виды простейших физиотерапевтических процедур.
26. Понятие оксигенотерапии. Виды. Техника безопасности при работе с кислородом.
27. Понятие гирудотерапии. Показания, противопоказания, возможные осложнения.
28. Понятие о системе терморегуляции.
29. Лихорадка. Понятие. Классификация лихорадок.
30. Типы дыхания.
31. Понятие артериального пульса, его основные характеристики.
32. Артериальное давление. Виды, нормальные показатели.
33. Виды клизм. Механизм действия. Показания, противопоказания, возможные осложнения.
34. Катетеризация мочевого пузыря. Цели. Показания, противопоказания, возможные осложнения.
35. Понятие стомы. Виды стом. Общие принципы ухода за стомами.

36. Подготовка пациента к анализу мочи на диастазу, по Нечипоренко, на сахар.
37. Подготовка пациента к анализу кала на яйца гельминтов, простейшие, на скрытую кровь, копрологическое исследование.
38. Подготовка пациента к общему анализу мокроты, на бактериологическое исследование, на микобактерии туберкулеза, атипичные (опухолевые) клетки.
39. Пути и способы введения лекарственных средств. Особенности, преимущества и недостатки.
40. Осложнения инъекций. Признаки. Причины.

Практико-ориентированные задания:

Задание 1: Укладка материала в бикс для стерилизации

Ключи правильных ответов:

Оснащение:

- биксы;
- перевязочный материал;
- резиновые перчатки;
- полотенца, пеленка;
- чистая ветошь;
- антисептик;
- индикаторы стерильности на 120 °С, 132°С.

Последовательность выполнения:

Вымыть руки.

Надеть маску, перчатки, обработать их спиртом.

Приготовить бикс: внутреннюю поверхность бикса и крышки протрите ветошью, смоченной раствором антисептика двукратно, с интервалом 15 минут.

Снять перчатки, вымыть руки.

Застелить бикс пеленкой.

На дно бикса положить индикатор стерильности.

Стерилизуемый материал уложить рыхло, послойно, а перевязочный материал – по секторам.

В средний слой снова вложить индикатор стерильности.

Края пеленки завернуть внутрь.

Сверху положить третий индикатор стерильности.

Заккрыть крышку бикса.

Открыть боковые отверстия и заблокировать пояс.

Закрепить на ручке бикса промаркированную бирку («ватные шарики» и др.).

Отправить бикс в ЦСО для стерилизации в автоклаве.

Внимание!

бикс без фильтра – срок годности 3 суток.

бикс с фильтром – 20 суток.

Задание 2: Надевание стерильного халата

Ключи правильных ответов:

Цель: создать барьер, препятствующий распространению и передаче инфекции.

Оснащение:

- бикс со стерильным халатом, масками, перчатками;
- бикс со стерильными шариками;
- этиловый спирт 70%.

Последовательность выполнения:

Медицинская сестра обрабатывает руки гигиеническим способом.

Используя ножную педаль, открывает крышку бикса.

Проверяет вид индикатора на стерильность (цвет согласно эталона) и достает из бикса халат правой рукой и перекладывает в левую руку.

Держит левой кистью халат за край ворота на вытянутой руке так, чтобы он не касался окружающих предметов. Разворачивает его по всей длине, соблюдая осторожность и не загрязняя его.

Медицинская сестра надевает халат на правую вытянутую руку (левой делает складку у ворота ближе к правому рукаву).

Правой рукой берет левый край ворота (правая кисть прикрыта халатом), надевает его на левую руку.

Вытягивает руки вперед и вверх.

Завязывает тесемки на рукавах, 2-3 раза обернув обшлаг рукава.

Помощница завязывает тесемки на халате со стороны спины.

Медсестра достает из кармана халата пояс, держит на расстоянии 30-40 см от себя спереди, свободные концы подает помощнице, чтобы она завязала, не касаясь стерильного халата.

Медсестра разворачивает упаковку с перчатками и надевает их согласно алгоритма, чтобы они закрывали тесемки рукавов.

Задание 3: Накрытие стерильного стола процедурной медицинской сестры

Ключи правильных ответов:

Цель: соблюдение стерильности медицинского инструментария, шприцев, игл, что обеспечивает профилактику ВБИ.

Оснащение:

- манипуляционный столик;
- рабочий стол: стерильный бикс (инструментарий, ватные шарики, марлевые салфетки, стерильные перчатки); этиловый спирт 70%; сухая стерильная емкость для пинцетов или стерильная емкость с одним из дезинфицирующих растворов; емкость для использованного материала;
- стерильный бикс на педальной установке: халат, маска, перчатки, колпак, 2 большие простыни, полотенце, пинцет, зажим, пеленка, емкость для пинцета.

Последовательность выполнения:

Перед накрытием стерильного стола медицинская сестра: моет руки, надевает маску, перчатки, обрабатывает дважды столик дезинфицирующим раствором с интервалом 15 минут, затем смывает остатки дезинфицирующего раствора чистой ветошью.

Снимает перчатки, моет руки.

Проверяет бикс с одеждой (герметичность, дату стерилизации), ставит дату вскрытия и время на бирке.

Проводит гигиеническую обработку рук.

Открывает бикс на педальной установке, проверяет изменение цвета индикатора согласно эталону.

Достает стерильный пинцет из бикса и им по очереди достает: емкость для пинцета, стерильный халат, маску, перчатку (надевает их согласно алгоритма).

Стерильным пинцетом достает простынь и кладет ее в левую руку, пинцет кладет в сухую стерильную емкость (бикс).

На вытянутых руках разворачивает простынь, сложенную в 4-е слоя и накрывает процедурный столик движением «от себя» так, чтобы нижние края свисали на 20-30 см.

Достает вторую простынь, сложенную в 4-е слоя, разворачивает и кладет поверх первой.

Сзади захватывает цапками все 8-м слоев простыней, впереди захватывает 2-мя цапками только 4-е верхних слоя по краям. Стол накрыт.

Открывает стерильный стол за передние цапки «от себя», сложив слои гармошкой, не доводя до края 10-15 см, цапки свисают за стол.

Выкладывает пинцетом на столик необходимый стерильный инструмент в удобном порядке (или по принятой схеме).

Взявшись за передние цапки, поднимает их вверх, расправляет «гармошку» и движение «на себя» закрывает стол, не касаясь стерильной части стола.

Прикрепляет к левому верхнему углу простыни бирку (дата стерилизации стерильного стола, время накрытия и подпись медицинской сестры).

Внимание!

Стерильный стол накрывается до 6 часов.

После взятия со стола инструментария тут же закрывается.

Со стерильного стола медицинская сестра берет инструментарий стерильным сухим пинцетом.

Неиспользованный инструмент, взятый со стерильного стола, обратно не возвращается.

Задание 4: Гигиеническое мытье рук с мылом

Ключи правильных ответов:

Цель: удаление загрязнений и снижение количества микроорганизмов до безопасного уровня (профилактика ИСМП).

Показания:

- перед непосредственным контактом с пациентом;
- после контакта с неповрежденной кожей пациента;
- перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;
- после контакта с биологическими средами организма, слизистыми оболочками, повязками;
- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;
- после лечения пациента с гнойными воспалительными процессами;
- после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость используемого мыла или кожного антисептика.

Условия эффективности:

- коротко постриженные ногти;
- отсутствие лака на ногтях;
- отсутствие искусственных ногтей;
- отсутствие ювелирных украшений на руках (колец, перстней и т.д.);
- обеспечение в достаточном количестве эффективными средствами для мытья и обеззараживания рук, а также средствами для ухода за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы).

Оснащение: раковина, оснащенная краном с локтевым (бесконтактным) вентилем; жидкое мыло; дозатор для жидкого мыла (локтевой или другой бесконтактный); бумажные полотенца (или индивидуальное матерчатое полотенце); держатель для бумажного полотенца; педальное ведро с пакетом для отходов класса А.

Этапы

- 1.1. Проверить условия необходимые для эффективного мытья рук.
- 1.2. Приготовить всё необходимое.
- 1.3. Встать перед раковиной, стараясь не касаться её поверхности руками и одеждой.
- 1.4. Включить воду и отрегулировать температуру воды до комфортного значения (35-40 оС).
- 2.1. Намочить кисти рук водой.
- 2.2. Нанести мыло на ладонь при помощи локтевого дозатора (или любого другого).
- 2.3. Тереть ладонью о ладонь.
- 2.4. Правой ладонью тереть по тыльной стороне левой кисти и наоборот.
- 2.5. Обработать межпальцевые промежутки: тереть ладони со скрещенными растопыренными пальцами.
- 2.6. Соединить пальцы в замок, тереть тыльной стороной согнутых пальцев по ладони другой руки.
- 2.7. Тереть поочередно круговыми движениями большие пальцы рук.
- 2.8. Тереть разнонаправленными круговыми движениями поочередно ладонь кончиками пальцев противоположной руки.
- 2.9. Смыть мыло проточной водой.

Примечание: доза жидкого мыла и время обработки согласно инструкции к применению.

- 3.1. Выключить воду локтевым краном.
- 3.2. Вытереть насухо руки бумажным полотенцем (индивидуальным матерчатым).
- 3.3. Выбросить бумажное полотенце в педальное ведро с пакетом для отходов класса А, не касаясь его.

Примечание: если раковина не имеет бесконтактный кран, сначала вытирают руки, затем закрывают вентиль, пользуясь использованным для вытирания рук медсестры бумажным полотенцем.

Задание 5: Гигиеническая обработка рук кожным антисептиком.

Ключи правильных ответов:

Цель: удаление загрязнений и снижение количества микроорганизмов до безопасного уровня (профилактика ИСМП).

Показания:

- перед непосредственным контактом с пациентом;
- после контакта с неповрежденной кожей пациента;
- перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;

после контакта с биологическими средами организма, слизистыми оболочками, повязками;

после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;

после лечения пациента с гнойными воспалительными процессами;

после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость используемого мыла или кожного антисептика.

Условия эффективности:

коротко постриженные ногти;

отсутствие лака на ногтях;

отсутствие искусственных ногтей;

отсутствие ювелирных украшений на руках (колец, перстней и т.д);

обеспечение в достаточном количестве эффективными средствами для мытья и обеззараживания рук, а также средствами для ухода за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы).

Оснащение: кожный антисептик, разрешенный к применению в локтевом дозаторе (или другом бесконтактном) или в индивидуальной ёмкости.

Этапы

1.1. Проверить условия необходимые для эффективной обработки рук кожным антисептиком.

1.2. Приготовить всё необходимое.

2.1. Нанесите на сложенную горсткой ладонь кожный антисептик в количестве, рекомендованном инструкцией к применению.

2.2. Тереть ладонью о ладонь.

2.3. Правой ладонью тереть по тыльной стороне левой кисти и наоборот.

2.4. Обработать межпальцевые промежутки: тереть ладони со скрещенными растопыренными пальцами.

2.5. Соединить пальцы в «замок», тереть тыльной стороной согнутых пальцев по ладони другой руки.

2.6. Тереть поочередно круговыми движениями большие пальцы рук.

2.7. Тереть разнонаправленными

круговыми движениями поочередно ладонь кончиками пальцев противоположной руки.

Примечание: продолжительность обработки определяется инструкцией по применению; важно поддерживать руки во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

3.1. Растереть раствор антисептика до суха.

Задание 6: Надевание стерильных перчаток.

Ключи правильных ответов:

Оснащение: промышленная упаковка стерильных перчаток, манипуляционный стол.

Алгоритм манипуляции:

Этапы

- 1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем (по окончании обработки руки должны быть сухими).
- 1.2. Взять упаковку с перчатками, проверить целостность упаковки и срок годности (стерильности).
- 1.3. Вскрыть и развернуть упаковку с перчатками на манипуляционном столе.
- 2.1. Взять перчатку для правой руки за отворот левой рукой так, чтобы пальцы не касались наружной (рабочей) поверхности перчаток.
- 2.2. Сомкнуть пальцы правой руки и ввести их в перчатку.
- 2.3. Разомкнуть пальцы правой руки и натянуть перчатку на пальцы не нарушая её отворота.
- 2.4. Завести под отворот левой руки 2-й, 3-й, 4-й, пальцы правой руки, уже одетой в перчатку, так чтобы 1-й палец правой руки был направлен в сторону 1-го пальца на левой перчатке.
- 2.5. Держать левую перчатку 2-м, 3-м и 4-м пальцами правой руки вертикально.
- 2.6. Сомкнуть пальцы левой руки и ввести её в перчатку.
- 3.1. Расправить отворот в начале на левой перчатке, натянув её на рукав; затем на правой, с помощью 2-го и 3-го пальцев, подводя их под подвернутый край перчатки.

Примечание: если медсестра левша, то манипуляцию она начинает с надевания перчатки на левую руку - правой рукой.

Задание 7: Снятие использованных перчаток.

Ключи правильных ответов:

Показания к снятию перчаток:

- повреждение перчаток;
- завершение контакта с кровью и другими биологическими жидкостями или поврежденной кожей или слизистыми оболочками;

- завершение работы со средствами дезинфекции, ПСО, стерилиантами, цитостатиками, гормональными кремами и др.;
- завершение работы с медицинскими отходами;
- если необходимо провести гигиену рук.

Оснащение: ёмкость с дезраствором, пакет для медицинских отходов класса Б, ёмкость медицинских отходов класса Б.

Алгоритм манипуляции:

Этапы

- 1.1. При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой) смоченной раствором дезинфицирующего средства в концентрации соответствующей вирусным гепатитам или антисептиком, убрать видимые загрязнения. Если перчатки не загрязнены, медсестра сразу приступает к их снятию.
- 2.1. Пальцами правой руки в перчатке сделать отворот на левой перчатке, касаясь её только с наружной стороны.
- 2.2. Пальцами левой руки сделать аналогичный отворот на правой перчатке.
- 2.3. Снять перчатку с левой руки держа за отворот.
- 2.4. Вывернуть её наизнанку.
- 2.5. Держать снятую перчатку в правой руке.
- 2.6. Лево́й рукой взять перчатку на правой руке за отворот.
- 2.7. Снять перчатку с правой руки выворачивая её наизнанку.
- 3.1. Поместить перчатки в ёмкость с дезраствором или в пакет для медицинских отходов класса Б заправленный в ёмкость для отходов аналогичного класса в соответствии с принятыми в медицинской организации нормативами.

Оценочные материалы для экзамена (квалификационного)

**Вопросы для подготовки к экзамену (квалификационному) по ПМ.04.
Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих,
должностям служащих «Младшая медицинская сестра по уходу за
больными»**

Практико-ориентированные задания:

Задание 1: Продемонстрируйте технику постановки газоотводной трубки

Ключи правильных ответов:

Показание: накопление газов в толстом кишечнике

Оснащение:

- 1) резиновые перчатки

- 2) клеенка, пеленка
 - 3) полотенце
 - 4) газоотводная трубка (№ 1-6)
 - 2) емкость с водой
 - 3) вазелиновое масло
 1. Объяснить маме цель и ход проведения процедуры.
 2. Подготовить оснащение.
 3. Обработать руки гигиеническим способом, надеть фартук и стерильные резиновые перчатки.
 4. Постелить на ровную поверхность клеенку и пеленку.
 5. Взять газоотводную трубку, слепой конец смазать вазелиновым маслом.
 6. Уложить ребенка на левый бок с прижатыми к животу ногами (до 6-ти месяцев - на спинку и поднять ножки).
 7. Раздвинуть ягодицы пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в этом положении.
 8. Пережав свободный конец газоотводной трубки, осторожно, не прилагая усилий ввести его в анус и продвинуть на 1-2 см по направлению к пупку, затем параллельно к позвоночнику.
 9. Свободный конец газоотводной трубки опустить в емкость с водой.
 10. Помассажировать живот ребенка поглаживающими круговыми движениями по направлению часовой стрелки.
 11. По мере прекращения появления воздушных пузырьков в емкости с водой с помощью салфетки убрать газоотводную трубку.
 12. После дефекации, ребенка следует подмыть, подсушить промокательными движениями пеленкой и смазать естественные складки маслом. Одеть.
 13. Убрать клеенку и пеленку, поместить в дезраствор.
 14. Снять фартук, поместить в дезраствор.
 15. Снять перчатки, сбросить в контейнер. Вымыть руки.
- Примечание. Глубина введения газоотводной трубки зависит от возраста ребенка

Задание 2: Продемонстрируйте технику выполнения подкожных инъекций

Ключи правильных ответов:

Цель: лечебная и профилактическая.

Показания:

- для проведения профилактических прививок;

- при невозможности введения лекарственных средств через Ж.К.Т.;
- при необходимости быстрого воздействия лекарственных средств на организм пациента.

Противопоказания:

- отечность кожи и п/к клетчатки
- уплотнение кожи в результате предыдущей инъекции
- воспалительные изменения кожи в месте инъекции
- нарушение целостности кожи в месте инъекции

Оснащение: манипуляционный столик, кушетка, емкость для дезинфекции - 2 шт. шприц инъекционный однократного применения 2-5 мл., длина иглы не более 20-25мм.(1 шт.), лоток почкообразный стерильный (1 шт.), лоток нестерильный-1 шт., непрокалываемый контейнер и пакет для использованных шприцев-1 шт, дезинфицирующее средства, антисептик для обработки инъекционного поля, для обработки рук, марлевые шарики или салфетки (3 шт.), мыло жидкое, перчатки стерильные (1 пара).

Алгоритм манипуляции

I. Подготовка к процедуре.

1.1. Подготовить все необходимое к манипуляции.

Проверить фамилию больного, соответствие препарата врачебному назначению, прозрачность, цвет, срок годности. Уточнить аллергологический анамнез.

1.2. Разъяснить пациенту смысл манипуляции.

Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

1.3. Провести гигиеническую антисептику рук.

1.4. Обработать шейку ампулы (крышку флакона) шариками со спиртом – двукратно.

1.5. Подготовить шприц и иглу для набора препарата. Набрать лекарство в шприц из ампулы или флакона.

1.6. Произвести смену иглы (надеть на конус шприца иглу для в/м инъекции).

Использованную иглу поместить в емкость с дез. раствором.

1.7. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа.

1.8. Определите место инъекции (выбрать, осмотреть, пропальпировать).

1.9. Надеть перчатки (стерильные), непосредственно

перед проведением инъекции целесообразно обработать нестерильные перчатки раствором.

антисептика;

II.Выполнение процедуры.

2.1. Обработайте место инъекции в

одном направлении раствором антисептика, первым шариком - широкое поле, вторым – непосредственно место инъекции, подождите, пока антисептик испарится (место инъекции должно быть сухим).

2.2. Собрать кожу одной рукой в складку треугольной формы основанием вниз.

2.3. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем.

2.4. Ввести иглу со шприцем срезом вверх быстрым движением под углом 45 градусов.

2.5. Не меняя положения правой руки ввести лекарственное средство, нажимая на поршень 1-ым пальцем левой руки. Наблюдать за состоянием пациента.

2.6. Извлечь иглу, продолжая придерживать ее за канюлю. Прижать к месту инъекции третий марлевый шарик с антисептиком.

III.Окончание процедуры.

3.1. Весь использованный инструментарий и материал подлежат дезинфекции.

3.2. Провести гигиеническую антисептику рук.

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

Примечание.

1. Объем вводимого препарата от 0,1 до 5.0 мл.

2. После инъекции возможно образование п/к инфильтрата(введение неподогретых масляных растворов), поэтому при введении масляных растворов необходимо предварительно подогреть ампулу на водяной бане.

3. При п/к введении гепарина необходимо держать иглу под углом 90°, не массировать место укола после инъекции.

4. Через 15-30 мин. после инъекции обязательно узнать у пациента о его самочувствии и о реакции на введенное лекарство(выявление осложнений и аллергических реакций).

5. При введении препарата в область плеча необходимо согнуть руку в локте и ладонь прижать к животу!

Задание 3: Продемонстрируйте технику выполнения внутримышечных инъекций

Ключи правильных ответов:

Цель: лечебная и профилактическая.

Показания:

- для достижения более быстрого терапевтического эффекта;
- при невозможности перорального применения препаратов;
- использование препаратов применяемых только для внутри- мышечных введений;
- плохое рассасывание препаратов при подкожном введении.

Противопоказания:

- индивидуальная непереносимость препарата;
- использование препаратов только для внутривенных инъекций;
- уплотнение (инфильтрат) в мышцах после предыдущих инъекций;
- воспалительные изменения кожи в месте инъекции;
- нарушение целостности кожи в месте инъекции.

Оснащение: манипуляционный столик, кушетка, шприц однократного применения 5-10 мл., длина иглы 40 - 60мм.(1 шт.), шприц однократного применения 2-5 мл., длина иглы 20-25 см.(1 шт.), игла для набора, лоток почкообразный стерильный (1 шт.), стерильная пеленка, лоток нестерильный-1 шт., непрокалываемый контейнер и пакет для использованных шприцев - 1 шт, дезинфицирующее средства, антисептик для обработки инъекционного поля, для обработки рук, марлевые шарики или салфетки (3 шт.), мыло жидкое, перчатки стерильные (1 пара).

Алгоритм манипуляций

Этапы

I. Подготовка к процедуре.

1.1. Подготовить все необходимое к манипуляции.

Проверить фамилию больного, соответствие препарата врачебному назначению, прозрачность, цвет, срок годности. Уточнить аллергологический анамнез.

1.2. Разъяснить пациенту смысл манипуляции.

Убедиться в наличии у пациента

Информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

1.3. Помогите пациенту занять удобное положение (если требуется, отгородите ширмой).

1.4. Провести гигиеническую антисептику рук.

1.5. Надеть перчатки (стерильные), непосредственно перед проведением инъекции целесообразно обработать нестерильные перчатки раствором антисептика.

1.6. Обработать шейку ампулы (крышку флакона) шариками со спиртом – двукратно.

1.7. Подготовить шприц и иглу для набора препарата.

1.8. Набрать лекарство в шприц из ампулы или флакона.

1.9. Произвести смену иглы (надеть на конус шприца иглу для в/м инъекции). Исползованную иглу поместить в емкость с дез. раствором.

II. Выполнение процедуры.

2.1. Предложить пациенту лечь (или уложить пациента на живот или на бок), освободить место для инъекции.

2.2. Определите место инъекции (выбрать, осмотреть, пропальпировать).

2.3. Обработайте место инъекции в одном направлении раствором антисептика, первым шариком - широкое поле, площадь которого примерно 4х6 см., вторым – непосредственно место инъекции, делая мазки в одном направлении, подождите, пока антисептик испарится (место инъекции должно быть сухим).

2.4. Туго натянуть кожу большим и указательным пальцами одной руки. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы пальцем.

2.5. Введите иглу быстрым движением под углом 90° на 2/3 ее длины, оставляя 1см. над поверхностью кожи(мизинец должен быть на канюле иглы,

2-ой палец на поршне сбоку, а 1-ый, 3-ий, 4-ый-на цилиндре). Потяните поршень на себя (при введении любого лекарственного средства), убедитесь, что в цилиндре нет крови.

2.6. Медленно введите лекарственное средство, нажимая на поршень 1-ым пальцем левой руки

2.7. Быстро извлечь иглу, продолжая придерживать ее за канюлю. Прижать шарик к месту инъекции.

2.8. Сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая шарика от кожи.

III .Окончание процедуры.

3.1. Весь использованный инструментарий и материал подлежат дезинфекции.

3.2. Провести гигиеническую антисептику рук.

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

Примечание:

1. Объем вводимого препарата от 0,1 до 10 мл:

- дельтовидная мышца-0,1-2 мл.
- большая ягодичная мышца-0,1-10 мл.
- широкая латеральная мышца – бедра-0,1-5 мл.

При проведении инъекции в мышцы бедра или плеча шприц держать в правой руке, как писчее перо, под углом, чтобы не повредить надкостницу.

2. После введения лекарственного вещества 1-ый раз необходимо наблюдать за пациентом 30 мин.(выявление осложнений и аллергических реакций).

3. Место инъекции не массируется (т.к. очень быстрое всасывание лекарственного вещества при в/м инъекции не всегда допустимо).

4. Если инъекции назначены длительным курсом, только через 60 мин. можно пациенту предложить теплую грелку или сделать йодную сетку (для профилактики инфильтратов).

Задание 4: Продемонстрируйте технику выполнения внутривенных инъекций

Ключи правильных ответов:

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: оказание неотложной помощи, лечение тяжелобольных, невозможность введения препарата другим способом, подготовка к инструментальным методам исследования с использованием контрастного вещества.

Противопоказания: - индивидуальная непереносимость препарата;

- невозможность обнаружения вены;
- флебиты;
- нарушение целостности кожи в месте инъекции.

Оснащение: лоток почкообразный стерильный - 1 шт., лоток нестерильный - 1 шт., жгут венозный-1 шт., шприц инъекционный однократного применения 10,0 - 20,0 мл.; длина иглы 38 - 40 мм- 1шт., непрокалываемый контейнер для транспортировки использованных шприцев - 1 шт., ампулы: коргликон, строфантин, глюкоза 40%, кальция хлорид 10%, натрия хлорид 0,9%, пилка для ампул, пробирки, бикс с перевязочным материалом, жидкое мыло, подушка клеёноччатая - 1шт., салфетка под резиновый жгут - 1 пара, перчатки стерильные- 1 пара, защитный экран (очки), маска, салфетки или ватные шарики-3 шт., дезинфицирующие средства.

Проверить укомплектованность «Аварийной аптечки»!

Алгоритм манипуляции

Последовательность действий

Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить все необходимое для проведения манипуляции.
2. Установить доброжелательные отношения с пациентом.
3. Уточнить информированность пациента о лекарственном средстве и получить его согласие на проведение манипуляции.
4. Надеть маску. Обработать руки гигиеническим уровнем с антисептиком и надеть стерильные перчатки.
5. Проверить пригодность лекарственного средства (название, дозу, срок годности, физическое состояние).
- 1.6 Повторно убедиться в соответствии лекарственного препарата с назначениями врача.
- 1.7 Набрать в шприц необходимое количество назначенного лекарственного средства, затем в этот же шприц набрать растворителя.
8. Надеть на конус шприца иглу для внутривенной инъекции, выпустить воздух. Поместить на стерильный лоток.
9. Приготовить не менее 5-ти шариков, смоченных спиртом и поместить на стерильный лоток.

2. Выполнение манипуляции.

1. Предложить пациенту лечь, при необходимости помочь ему. Освободить место для инъекции (место локтевой вены).
2. Под локоть пациента подложить обрабатываемый валик. Наложить жгут на плечо пациента на 5 см выше локтевого сгиба, покрытое салфеткой или его одеждой.

Примечание: при наложении жгута пульс на лучевой артерии не должен измениться. Кожные покровы ниже места наложения жгута багровеют, вена набухает. При ухудшении наполнения пульса, жгут необходимо ослабить.

3. Попросить пациента поработать кулачком (сжать-разжать кулак).
3. Исследовать вену пациента.
4. Обработать место инъекции шариком со спиртом от периферии к центру (снизу-вверх), площадью 10x10 см².
5. Взять шприц в правую руку так, чтобы указательный палец фиксировал иглу сверху. Проверить проходимость иглы и отсутствие воздуха в шприце.
6. Попросить пациента зажать кулак.
7. Зафиксировать вену большим пальцем левой руки, проколоть кожу возле пунктируемой вены (игла срезом вверх!) и войти вену на 1/3 длины иглы.

- 8.Потянуть поршень на себя для появления крови в шприце.
- 9.Развязать жгут. Попросить пациента ослабить кулак. (Рис. 1)
- 10.Потянуть поршень на себя, чтобы еще раз убедиться в том, что игла находится в вене.
- 11.Не меняя руки, надавить на поршень левой рукой и медленно ввести лекарственный препарат вену, наблюдая за состоянием пациента и спрашивая о самочувствии, если пациента в сознании. В шприце оставить 0,5 мл лекарственного препарата.
- 12.Приложить шарик со спиртом в месте прокола иглой кожи и резко выйти из вены.
- 13.Попросить пациента согнуть руку в локтевом сгибе и подержать 5-7 минут. Затем забрать у пациента использованный шарик (в дез. раствор), убедившись, что у пациента свернулась кровь в месте прокола. Если пациент не в состоянии согнуть руку, то наложить давящую повязку.
- 2.Окончание манипуляции.
- 3.1. Весь использованный материал поместить для дезинфекции.
- 3.2. Провести гигиеническую обработку рук.
- 3.3. Сделать записи о выполнении процедуры в медицинской документации.

Задание 5: Продемонстрируйте технику выполнения ухода за ушами пациента

Ключи правильных ответов:

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, профилактика заболеваний, предупреждение снижения слуха из – за скопления серы, закапывание лекарственного вещества.

Показания: тяжелое состояние пациента, наличие серы в слуховом проходе. Противопоказания: воспалительные процессы в ушной раковине, наружном слуховом проходе.

Приготовьте: стерильные: лоток, пипетку, пинцет, мензурку, ватные турунды, салфетки, перчатки, 3 % раствор перекиси водорода, мыльный раствор, емкости с дезинфицирующими растворами, КБУ.

Алгоритм действия:

- 14.Объясните пациенту ход процедуры, получите его согласие.
- 15.Проведите деконтаминацию рук на гигиеническом уровне, наденьте перчатки.
- 16.Приготовьте емкость с мыльным раствором.
- 17.Наклоните голову пациента в сторону, противоположенную обрабатываемому уху, подставьте лоток.
- 18.Смочите салфетку в теплом мыльном растворе и протрите ушную раковину, высушите сухой салфеткой (для удаления грязи).

19. Налейте в стерильную мензурку, предварительно подогретый на водяной бане ($T^0 - 36^0 - 37^0C$) 3 % раствор перекиси водорода.
20. Возьмите пинцетом ватную турунду в правую руку и смочите 3% раствором перекиси водорода, а левой рукой оттяните ушную раковину назад и вверх, чтобы выровнять слуховой проход и введите турунду вращательными движениями в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см на 2 – 3 минуты.
21. Введите сухую турунду легкими вращательными движениями в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см и оставьте на 2 – 3 минут.
22. Извлеките турунду вращательными движениями из наружного слухового прохода – обеспечивается удаление выделений и серы из слухового прохода.
23. Обработайте другой слуховой проход в такой же последовательности.
24. Снимите перчатки.
25. Поместите использованные перчатки, турунды, салфетки в КБУ, пинцет, мензурку в емкости с дезинфицирующими растворами.
26. Вымойте и осушите руки.

Примечание: при обработке ушей вату нельзя накручивать на твердые предметы, возможно травма слухового прохода.

Задание 6: Продемонстрируйте технику выполнения ухода за глазами пациента

Ключи правильных ответов:

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, подготовка глаз к введению лекарственных средств.

Показания: при наличии выделений из глаз.

Оснащение: стерильные: лоток, марлевые тампоны, резиновые перчатки, пинцет, мензурка, кипяченая вода или флакон с антисептическим раствором (0,02%-ный раствор фурацилина, бледно-розовый раствор перманганата калия или 1-2%-ный раствор натрия гидрокарбоната); полотенце, лоток для отработанного материала, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

6. Вымыть руки с мылом, насухо вытереть чистой марлевой салфеткой, надеть перчатки.
7. Усадить пациента, грудь прикрыть полотенцем, голову запрокинуть.
8. В стерильный лоток пинцетом положить 8-10 марлевых тампонов.
9. В стерильную емкость (мензурку) налить кипяченую воду или один из антисептических растворов и туда же поместить несколько тампонов.
10. Слегка отжать тампон и протереть им ресницы и веко в направлении от наружного угла глаза к внутреннему; грязный тампон сбросить в лоток для отработанных материалов.

10. При необходимости повторить обработку, используя каждый раз новый тампон.
11. Осушить веко сухим стерильным тампоном.
12. Аналогично обработать другой глаз.
13. Убрать предметы ухода и использованные тампоны и разместить их в соответствующие емкости для дезинфекции.
12. Провести дезинфекцию предметов ухода.
13. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Задание 7: Продемонстрируйте технику осуществления ухода за носом

Ключи правильных ответов:

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, обеспечение свободного носового дыхания.

Показания: дефицит самоухода, при необходимости перед закапыванием лекарственного препарата в нос.

Противопоказания: нет.

Оснащение: стерильные перчатки, стерильный лоток, стерильные ватные турунды, стерильная пелёнка, стерильный пинцет, две гигиенические пелёнки (на клеёночной основе), лубрикант (глицерин или вазелиновое масло), лоток для отработанного материала, клеёночный мешок для грязного белья, ширма.

Алгоритм манипуляции

1. Приготовить всё необходимое для манипуляции. В стерильный лоток положить стерильную пелёнку. В неё поместить стерильные турунды и пинцет.
2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании).
3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один.
4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний.
5. Обработать руки. Надеть перчатки.
6. Аккуратно приподнять голову пациента и подстелить под неё гигиеническую пелёнку. Прикрыть грудь пациента второй пелёнкой.
7. Смочить турунды лубрикантом.
8. Приподнять кончик носа пациента, другой рукой ввести турунду вращательным движением в один носовой ход, а затем вторую турунду – в другой носовой ход.

При необходимости оставить турунду на 1-3 минуты.

9.Использованные турунды поместить в лоток для использованного материала.

Убрать гигиенические пелёнки в клеёночный мешок.

10.Придать удобное положение. Убрать ширму.

11.Снять перчатки. Обработать руки.

Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

Задание 8: Продемонстрируйте технику осуществления ухода за полостью рта больному в сознании

Ключи правильных ответов:

Цель: соблюдение личной гигиены пациента.

Показания: дефицит самоухода.

Противопоказания:нет.

Оснащение: перчатки, фартук, полотенце, лоток, стакан с тёплой водой, гигиеническая пелёнка (на клеёночной основе), зубная паста, зубная щётка, крем для губ, чашка для протезов (при необходимости), ёмкость для отработанного материала, клеёночный мешок для грязного белья, ширма.

Этапы

1.Приготовить всё необходимое для манипуляции.

2.Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании).

3.Поставить ширму, если пациент в палате находится не один.

4.Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение Фаулера, если нет противопоказаний.

5.Обработать руки. Надеть перчатки.

6.Прикрыть грудь пациента пелёнкой.

7.Поставить почкообразный лоток под подбородком пациента на пелёнку.

Попросить пациента придерживать лоток рукой, если это возможно.

8.Попросить пациента набрать в рот воды и прополоскать рот, затем сплюнуть воду в лоток. При необходимости насухо вытереть подбородок пациента полотенцем.

9.Если имеются зубные протезы, попросить пациента снять их и положить в специальную чашку. Если пациент не может самостоятельно снять протезы, то:
- используя салфетку, большим и указательным пальцем, крепко взяться за зубной протез; - колебательными движениями осторожно снять их и положить в чашку. После можно ещё раз прополоскать рот водой.

10.Смочить зубную щётку водой и нанести на неё зубную пасту.

11.Вычистить верхние зубы пациента:

- условно разделить зубы на верхней и нижней челюсти на 4 сегмента (на каждой челюсти);
- расположить зубную щётку на щёчной поверхности верхних зубов ~ под углом 45°. «Выметающими» движениями сверху вниз провести по каждому сегменту не менее 10 раз;
- почистить жевательные поверхности верхних зубов;
- расположить щётку перпендикулярно верхним зубам, почистить их нёбную поверхность осторожными «выметающими» движениями сверху вниз;
- аналогично почистить нижние зубы (щёчную, язычную и жевательную поверхности), а затем и язык пациента.

12.Попросить пациента набрать в рот воды и прополоскать рот.

13.Подготовить зубную нить:

- оторвать приблизительно 45 см нити (отмерить эту длину от кончика среднего пальца до локтя вашей руки);
- обмотать большую часть этой нити вокруг среднего пальца одной руки, оставшуюся часть нити – вокруг среднего пальца другой руки так, чтобы между пальцами остался кусок нити длиной 2,5 см;
- туго натянуть эту нить, захватив её большим и указательным пальцами обеих рук.

14.Осторожно продеть нить между соседними зубами, не задевая десну и не оказывая на неё давления: плавными пилящими движениями проводить нить между зубами, не касаясь десны; протирать нитью боковую поверхность зуба, двигая снизу вверх.

15.Прочистить один зуб, отмотать чистый участок нити длиной 2,5 см с одного пальца, а загрязнённый участок нити намотать на другой палец.

Чистить зубы в следующем порядке: - почистить боковые поверхности двух передних зубов; - почистить боковые поверхности одной половины верхних зубов, затем – второй половины, аналогично почистить нижние зубы; - почистить боковую поверхность задних зубов.

16.Использованную нить поместить в лоток для использованного материала.

17.Попросить пациента набрать в рот воды и прополоскать рот. Губы осушить полотенцем. Смазать гигиенической помадой.

18.Убрать гигиенические пелёнки в клеёночный мешок.

19.Придать удобное положение. Убрать ширму.

20.Снять перчатки. Обработать руки.

21.Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

Задание 9: Продемонстрируйте технику осуществления ухода за полостью рта больному в бессознательном состоянии

Ключи правильных ответов:

Цель: соблюдение личной гигиены пациента.

Показания: дефицит самоухода.

Противопоказания: нет.

Оснащение: перчатки, полотенце или пелёнка, пелёнка на клеёночной основе, лоток, стакан с тёплой кипячёной водой (2% р-р натрия гидрокарбоната (сода)), гигиеническая пелёнка (на клеёночной основе), стерильные салфетки, крем для губ или гигиеническая помада, стерильные зажим и шпатель, ёмкость для отработанного материала, клеёночный мешок для грязного белья, ширма.

Алгоритм манипуляции:

Этапы

1. Приготовить всё необходимое для манипуляции.
2. Ознакомить пациента с целью и этапами манипуляции и получить его согласие (если пациент в сознании).
3. Поставить ширму, если пациент в палате находится не один.
4. Поднять кровать до необходимого уровня. Опустить боковые поручни кровати с одной стороны. Придать положение на бок или голову повернуть на бок, если нет противопоказаний.
5. Обработать руки. Надеть перчатки.
6. Под голову застелить клеёнку с пелёнкой. Прикрыть грудь пациента пелёнкой.
7. Поставить почкообразный лоток под щеку пациента на пелёнку.
8. В правую руку взять зажимом салфетку, а в левую шпатель. Салфетку смочить тёплой кипячёной водой.
9. При помощи шпателя не применяя силы открыть рот пациенту и удерживать.
10. Обработать смоченной салфеткой: нёбо, внутреннюю поверхность щёк, зубы, дёсны, язык, пространство под языком и губы. При необходимости менять салфетки по мере загрязнения слюной, налётом и липкой слюной.
11. Салфетки и зажим сбросить в ёмкость для отработанного материала.
12. Нанести на губы гигиеническую помаду.
13. Убрать лоток и пелёнки с клеёнкой в мешок для грязного белья.
14. Придать пациенту удобное положение. Убрать ширму.
15. Снять перчатки. Обработать руки.
16. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

Задание 10: Продемонстрируйте технику осуществления манипуляции «Закапывание глаз»

Ключи правильных ответов:

Цель: лечебный процесс, диагностическое обследование.

Показания: назначение врача.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость лекарственного средства.

Оснащение: лекарственный препарат комнатной температуры (20-24°C), стерильные: перчатки, пипетка, марлевые шарики, ёмкость с дез. раствором.

Алгоритм манипуляции

Этапы

Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции.

2. Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента.

II. Выполнение манипуляции.

3. Усадить пациента (голова слегка запрокинута) или уложить на спину без подушки.

4. Обработать руки, надеть перчатки.

5. Дать в руки пациенту два стерильных шарика/салфетки.

6. Набрать лекарственное средство в пипетку правой рукой, а в левую руку взять стерильный марлевый шарик.

7. Оттянуть нижнее веко левой рукой с помощью марлевого шарика.

8. Попросить пациента посмотреть вверх.

9. Закапать в нижний конъюнктивальный мешок 2-3 капли лекарственного препарата, ближе к носу (не подносить пипетку близко к конъюнктиве!).

10. Попросить пациента закрыть глаза.

11. Приложить к внутреннему углу глаза шарики и слегка надавить на внутренние углы глаза в течение 1 минуты (шарики в руке у пациента).

12. Аналогично закапать капли в другой глаз.

III. Окончание манипуляции.

13. Сбросить шарики в лоток для отработанного материала.

14. Спросить пациента о самочувствии.

15. Пипетку поместить в дез. раствор.

16. Снять перчатки в дез. раствор. Обработать руки.

17. Сделать отметку о выполнении назначения.

Примечание:

1) для каждого лекарственного препарата нужна отдельная пипетка;

2) если в одном глазу есть гнойное воспаление, то закапываются капли отдельными пипетками, или вначале закапывают глаз без гнойного воспаления;

3) если есть необходимость закапать другие капли, делать это можно только после 15-20 минут, после применения предыдущего медикамента.

Задание 11: Продемонстрируйте технику закапывания ушей

Ключи правильных ответов:

Цель: лечебный процесс, диагностическое обследование.

Показания: назначение врача.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость лекарственного средства.

Оснащение: лекарственный препарат температуры тела (36-37°C), стерильные: перчатки, пипетка, марлевые шарики, ёмкость с дез. раствором.

Алгоритм манипуляции

Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции.
2. Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента.

Выполнение манипуляции.

3. Усадить пациента или уложить на спину без подушки. Голову повернуть на здоровую сторону. Можно уложить на бок (на здоровую сторону).
4. Обработать руки, надеть перчатки.
5. При наличии отделяемого из уха – очистить слуховой проход.
6. Набрать в пипетку лекарственное вещество.
7. Оттянуть ушную раковину кверху и кзади.
8. Закапать 2-3 капли в наружный слуховой проход. Надавить слегка на козелок уха.
9. Заложить марлевый (ватный) шарик. Положение головы не менять 5-10 минут.
10. При необходимости аналогично закапать капли в другое ухо.
11. Спросить пациента о самочувствии.

Окончание манипуляции.

12. Пипетку поместить в дез. раствор.
13. Снять перчатки в дез. раствор. Обработать руки.
14. Сделать отметку о выполнении назначения.

Задание 12: Придать пациенту положение Фаулера.

Ключи правильных ответов:

Показания:

- вынужденное или пассивное положение пациента;
- риск развития пролежней;

- личная гигиена пациента;
- кормление пациента;
- необходимость физиологических отправлений в постели;

Противопоказания: травма позвоночника, операция на позвоночнике, эпидуральная анестезия;

Оснащение: валики из одеял, упор для ног, подушки, перчатки.

Алгоритм манипуляции.

I. Подготовка к манипуляции.

1. Подготовить все необходимое к манипуляции.
2. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие.
3. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.
4. Надеть перчатки.
5. Опустить боковые поручни, если они есть, с той стороны, где находится медсестра.
6. Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати и убрать подушки (если пациент находится в другом положении, то придать ему положение «лежа на спине»).

II. Выполнение манипуляции.

7. Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (30° - это низкое Фаулера положение, а 90° - это высокое Фаулера положение) или подложить необходимое количество подушек (2-3 шт.).

III. Завершение манипуляции.

8. Подложить под голову небольшую подушку (если поднималось только изголовье).
9. Подложить пациенту под поясницу подушку.
10. Подложить под предплечья и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.
11. Подложить небольшую подушку или валик под колени пациента.
12. Подложить небольшую подушку пациенту под пятки.
13. Обеспечить упор для поддержания стоп под углом 90° (при необходимости).
14. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни.
15. Снять перчатки и поместить их в дез. раствор.
16. Вымыть и осушить руки.

Задание 13: Придать пациенту положение Симса.

Ключи правильных ответов:

Показания: вынужденное пассивное положение, риск развития пролежней.

Противопоказания: травма позвоночника, операция на позвоночнике, эпидуральная анестезия.

Оснащение: подушки, валик, упор для ног, перчатки.

Алгоритм манипуляции.

Этапы

I. Подготовка к манипуляции.

1.Подготовить все необходимое к манипуляции.

2.Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры. Получить его согласие (заручиться его поддержкой).

3.Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.

4.Надеть перчатки.

5.Опустить боковые поручни, если они есть, с той стороны, где находится медсестра.

6.Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки).

7.Опустить кровать до уровня середины бедра (если это возможно).

8.Положить пациента на спину.

9.Переместить пациента к краю кровати (смотри манипуляцию «Перемещение пациента в постели»).

II. Выполнение манипуляции

10.Переместить пациента в положении лежа на боку и частично на животе.

III. Завершение манипуляции.

11.Подложить подушку под голову пациента.

12. Подложить подушку под «верхнюю», согнутую в локтевом и плечевом суставах руку под углом 90 градусов. «Нижнюю» руку положить на постель (простыню) не сгибая, ладонью вверх.

13. Подложить подушку под «верхнюю» согнутую ногу.

14. Обеспечить упор для стопы выпрямленной ноги («нижней») под углом 90о.

15.Убедиться, что пациент лежит удобно. Расправить простыню и подкладную пеленку.

15.Поднять поручни кровати.

17. Снять перчатки и погрузить их в дез. раствор. Вымыть и осушить руки.

Задание 14: Продемонстрируйте технику осуществления кормления через назогастральный зонд

Ключи правильных ответов:

Цель: обеспечение индивидуального диетического питания.

Показания:

- нарушение акта глотания;
- бессознательные состояния;
- отсутствие сосательного и глотательного рефлекса у недоношенных новорожденных;
- перелом челюстных костей заболевания полости рта;
- отказ от пищи при психических заболеваниях.

Оснащение: стерильный назогастральный зонд, воронка или шприц Жанэ, зажим, полотенце, салфетки, перчатки, маска, питательная смесь (t-38-40°C), кипяченая вода (50-100 мл), емкость с дез. раствором, фонендоскоп, шприц.

I. Подготовка к манипуляции

1. Приготовить всё необходимое
 2. Объяснить пациенту (если это возможно) ход предстоящей манипуляции и получить его согласие.
 3. Уточнить у пациента понимание хода манипуляции и его поведение во время нее.
 4. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки.
 5. Придать пациенту низкое положение Фаулера. Измерить расстояние от кончика носа до мочки уха и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы конец зонда был на 2-5 см ниже мечевидного отростка грудины.
 6. Прикрыть грудь пациента полотенцем или салфеткой.
 7. Смазать зонд глицерином.
 8. Взять зонд в руку как «писчее перо» и осторожно через нижний носовой ход ввести его на глубину 15-18 см.
 9. Пальцем левой кисти определить положение зонда в носоглотке и прижать его к задней стенке глотки.
 10. Слегка наклонить голову пациента вперед, попросить его пить маленькими глотками воду, заглатывая зонд, продвигаемый м/с.
- Если у пациента появился кашель, цианоз, выходит воздух из зонда во время выдоха, срочно подтянуть зонд назад и повторить процедуру.
11. Ввести зонд до нужной метки и наложить зажим на дистальный конец зонда. Проверить правильность введения зонда:
 - набрать в шприц воздух;
 - присоединить шприц к зонду;
 - поставить головку фонендоскопа на область желудка;

- снять зажим;
- ввести воздух через зонд в желудок под контролем фонендоскопа - вы услышите звуки, свидетельствующие о поступлении воздуха в желудок. Значит, зонд находится в желудке.

Если звуков нет, необходимо зонд сместить.

II. Выполнение манипуляции.

12. Набрать пищу в шприц Жанэ и подсоединить его к зонду (или подсоединить воронку к зонду).

13. Пищу вливать в желудок небольшими порциями (30 мл), постепенно с интервалами между порциями в 1-3 мин.

14. Если используется воронка, то необходимо:

- опустить воронку до уровня желудка;
- наполнить ее питательной смесью;
- медленно приподнять ее выше уровня желудка;
- как только питательная смесь дойдет до устья воронки, опустить воронку до уровня желудка и снова наполнить ее питательной смесью.

15. По окончании кормления влить небольшое количество кипяченой воды для промывания зонда.

III. Окончание манипуляции.

16. Отсоединить шприц Жанэ или воронку, поместить их в емкость с дезраствором.

17. Зонд закрыть заглушкой (в случае его дальнейшего использования по назначению врача) и зафиксировать его.

18. Помочь занять пациенту комфортное положение.

19. Снять перчатки, поместить их в дезраствор.

20. Вымыть и осушить руки.

21. Сделать отметку о проведении процедуры в медицинской документации.

Задание 15: Продемонстрируйте технику осуществления смены постельного белья продольным способом.

Ключи правильных ответов:

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, создание комфортного состояния

Показания: загрязнение белья. Применяется для больных способных повернуться на бок, но находящихся на постельном режиме

Противопоказания: определяет врач

I. Подготовка к манипуляции:

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить

II. Приготовьте оснащение: перчатки, комплект чистого белья, мешок для грязного белья.

III. Выполнение манипуляции

1. Наденьте перчатки
2. Оцените положение и состояние пациента
3. Снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья
4. Чистую простыню скатайте по длине до половины
5. Поднимите голову пациента и уберите из под нее подушку
6. Подвиньте пациента к краю кровати, повернув его на бок

Опрос

7. Грязную простыню скатайте по всей длине по направлению к пациенту
8. На освободившейся части постели расстелите чистую простыню
9. Поверните пациента на спину, а затем на другой бок, чтобы он оказался на чистой простыне
10. Уберите грязную простыню в мешок и расправьте чистую.
11. Осторожно положите подушку под голову
12. Края простыни подверните под матрац
13. Надеть чистый пододеяльник. Укрыть пациента

Окончание манипуляции.

1. Поместите грязный пододеяльник в мешок для белья
2. Спросите пациента, удобно ли ему лежать.
3. Снимите перчатки, погрузите в дезраствор
4. Вымойте руки.

Задание 16: Продемонстрируйте технику осуществления смены постельного белья поперечным способом.

Ключи правильных ответов:

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, создание комфортного состояния

Показания: загрязнение белья. Применяется для больных не способных повернуться на бок, находящихся на строгом постельном режиме.

I. Подготовка к манипуляции:

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить

II Приготовьте оснащение:

- Перчатки
- Комплект чистого белья
- Мешок для грязного белья

III. Выполнение манипуляции

8. Наденьте перчатки.

9. Чистую простыню полностью скатайте, как бинт, в поперечном направлении

10. Осторожно приподнимите верхнюю часть туловища пациента, уберите подушки

11. Быстро скатайте грязную простынь со стороны изголовья кровати, до поясицы положив на освободившуюся часть кровати чистую простыню

12. На чистую простыню положите подушку и опустите на нее голову пациента

13. Приподнимая таз, а затем ноги пациента, сдвиньте грязную простыню, продолжая расправлять чистую.

14. Опустите таз и ноги пациента, заправьте края простыни под матрац.

IV. Окончание манипуляции.

5. Спросите пациента, удобно ли ему лежать

6. Уберите грязную простыню в мешок.

7. Снимите перчатки, опустите в дезраствор

8. Вымойте руки

Разноуровневые задания и задачи:

Задание 1: При заборе крови медсестра загрязнила перчатки кровью. Что необходимо сделать медсестре?

Задание 2: Медсестра выполняет инъекции без перчаток. Мотивирует это тем в перчатках трудно работать. Каково Ваше мнение по этому поводу?

Задание 3: Выйдя из отпуска, медсестра обратила внимание на то, что в процедурном кабинете новый кожный антисептик. Что должна сделать медсестра?

Задание 4: Процедурная медсестра в течении двух месяцев находилась на больничном. Получала большое количество лекарственных препаратов. Она одела латексные опудренные перчатки и, через некоторое время, кожа рук покраснела, появился зуд. Что произошло в этом случае?

Задание 5: Процедурная медсестра, надев перчатки в начале смены, работает в них целый рабочий день. Она моет руки в перчатках после и перед каждым пациентом. правильно ли поступает медсестра?

Задание 6: Младшая медсестра, надев перчатки, сначала поменяла памперс, а потом начала умывать пациента. Оцените правильность действий медсестры.

Задание 7: Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к пациенту, осмотрел его, сделал внутримышечную инъекцию. Какого уровня должна быть обработка рук и сколько раз он должен обработать руки?

Задание 8: Медсестра получила у старшей медсестры жидкое мыло и долила его в дозатор. Оцените действие медсестры.

Задание 9: Сестра хозяйка выдаёт процедурной медсестре одно индивидуальное полотенце на рабочий день. Медсестра требует несколько полотенец. Оцените правоту этих сотрудников.

Задание 10: Процедурная медицинская сестра вышла из отпуска и имеет длинные искусственные ногти. Старшая медсестра сделала ей замечание. Права ли старшая медсестра?

Задание 11: Процедурная медсестра получила для обработки рук кожный антисептик предназначенный для обработки только операционного поля. Можно ли пользоваться этим антисептиком для гигиенической обработки рук?

Задание 12: Медсестра ассистирует хирургу при катетеризации магистрального сосуда. Каким уровнем должны обработать руки хирург и медсестра?

Ключи правильных ответов:

1. Следует тампоном (салфеткой) смоченным раствором дезинфицирующего средства (антисептика) снять видимые загрязнения, затем снять перчатки в дезраствор (концентрация дезраствора по режиму вирусных гепатитов). После снятия перчаток руки обработать антисептиком.
2. Медсестра должна работать в перчатках, так как при инъекциях возможен контакт с кровью.
3. Необходимо ознакомиться с инструкцией с новым антисептиком.
4. Возможна аллергическая реакция или на латекс, или на пудру. Следует воспользоваться неопреновыми или нитриловыми неопудренными перчатками.
5. Нет, не правильно. Она должна после каждого пациента снимать перчатки, обрабатывать руки гигиеническим уровнем и надевать новые перчатки.
6. Медсестра должна была начать утренний туалет с умывания, после чего должна менять памперс. Если она начала со смены памперса, то перед

- умыванием она должна снять перчатки, обработать руки гигиеническим уровнем и надеть новые перчатки.
7. Гигиенический уровень обработки рук: обработать кожным антисептиком без их предварительного мытья. Три раза: перед осмотром; после осмотра и перед инъекцией; после инъекции.
 8. Доливать новую порцию мыла в дозатор следует после его полного опорожнения, дезинфекции, промывания водой и высушивания.
 9. Сестра хозяйка не права. Медсестра права, поскольку индивидуальное полотенце при намокании должно меняться.
 10. Старшая медсестра права, так как СанПиН 2.1.3.2630-10 требует для эффективного мытья и обеззараживания рук, коротко остриженных ногтей, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствия на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Кроме снижения уровня деконтаминации длинные ногти способствуют нарушению целостности перчаток.
 11. Нет, нельзя, так как кожный антисептик для операционного поля при многократном использовании для мытья рук может вызвать контактный дерматит. Кожный антисептик для операционного поля может содержать краситель. Следует поменять кожный антисептик у старшей медсестры.
 12. Они должны обработать руки хирургическим уровнем.

4. Описание шкал оценивания компетенций на различных этапах их формирования

Критерии оценки докладов:

- Оценка «отлично» выставляется студенту, если ответ полностью соответствует данной теме.
- Оценка «хорошо» ставится студенту, если ответ верный, но допущены некоторые неточности;
- Оценка «удовлетворительно» ставится студенту, если ответ является неполным и имеет существенные логические несоответствия;
 - оценка «неудовлетворительно» если тема не раскрыта.

Критерии оценки тестового контроля знаний:

5 «отлично» – 90-100% правильных ответов

4 «хорошо» – 81-90% правильных ответов

3 «удовлетворительно» – 71-80% правильных ответов

2 «неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов

Критерии оценки устного опроса - Оценка «отлично» выставляется студенту, если ответ полностью соответствует данной теме.

- Оценка «хорошо» ставится студенту, если ответ верный, но допущены некоторые неточности;
- Оценка «удовлетворительно» ставится студенту, если ответ является неполным и имеет существенные логические несоответствия;
- оценка «неудовлетворительно» если тема не раскрыта.

Критерии оценки творческого задания (памятка, рекламный буклет, санитарный бюллетень):

Оценка 5 отлично ставится, если выполнены все требования к оформлению : обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению.

Оценка 4 хорошо – основные требования выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка 3 удовлетворительно – имеются существенные отступления от требований. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании.

Оценка 2 неудовлетворительно - тема не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблем

Критерии оценки решения разноуровневых задач задачи:

Оценка «отлично»: в логических рассуждениях и решении нет ошибок, правильный выбор тактики действий при решении задачи, задача решена рациональным способом.

Оценка «хорошо»: в логических рассуждениях и решении нет существенных ошибок, правильный выбор тактики действий при решении задачи, но задача решена нерациональным способом, либо допущено не более двух несущественных ошибок.

Оценка «удовлетворительно»: в логических рассуждениях нет существенных

Шкала оценивани	Уровень освоенности	Результат освоенности компетенции
--------------------	------------------------	-----------------------------------

ошибок, но допущена существенная ошибка в математических расчётах.

Оценка «неудовлетворительно»: имеются существенные ошибки в логических рассуждениях и в решении, неправильно выбранная тактика действий, отсутствует правильный ответ на задание.

Критерии оценки практико-ориентированных заданий:

«отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно, в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается, в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются;

«хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но неуверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается, в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

«удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается, в соответствии с требованиями санэпидрежима;

«неудовлетворительно» – затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Критерии и шкала оценивания уровней освоения компетенций

я	компетенции	
зачтено	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании, изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
	продвинутый	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу, обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
	базовый	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
незачтено	компетенции не	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил

	сформированы	принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.
--	--------------	--

Отметка за зачет по предмету выставляется с учетом полученных отметок в соответствии с правилами математического округления.

Рекомендации по проведению зачета

1. Студенты должны быть заранее ознакомлены с требованиями к зачету, критериями оценивания.

2. Необходимо выяснить на зачете, формально или нет владеет студент знаниями по данному предмету. Вопросы при ответе по билету помогут выяснить степень понимания студентом материала, знание им связей излагаемого вопроса с другими изучавшимися им понятиями, а практические задания – умения применять знания на практике.

3. На зачете следует выяснить, как студент знает программный материал, как он им овладел к моменту зачета, как он продумал его в процессе обучения и подготовки к зачету.

4. При устном опросе целесообразно начинать с легких, простых вопросов, ответы на которые помогут подготовить студента к спокойному размышлению над дальнейшими более трудными вопросами и практическими заданиями.

5. Тестирование по дисциплине проводится либо в компьютерном классе, либо в аудитории на бланке с тестовыми заданиями.

Во время тестирования обучающиеся могут пользоваться калькулятором. Результат каждого обучающегося оценивается в соответствии с оценочной шкалой, приведённой в пункте 3.

6. Выполнение практических заданий осуществляется в учебной аудитории. Результат каждого обучающегося оценивается в соответствии с оценочной шкалой, приведённой в пункте 3.

Критерии и шкала оценивания уровней освоения компетенций

Шкала оценивания	Уровень освоённости компетенции	Результат освоённости компетенции
отлично	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании, изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо	продвинутый	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу, обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно	базовый	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.

неудовлетворительно	компетенции не сформированы	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.
---------------------	-----------------------------	---

Отметка за экзамен по предмету выставляется с учетом полученных отметок в соответствии с правилами математического округления.

Рекомендации по проведению экзамену

1. Студенты должны быть заранее ознакомлены с требованиями к экзамену, критериями оценивания.

2. Необходимо выяснить на экзамене, формально или нет владеет студент знаниями по данному предмету. Вопросы при ответе по билету помогут выяснить степень понимания студентом материала, знание им связей излагаемого вопроса с другими изучаемыми им понятиями, а практические задания – умения применять знания на практике.

3. На экзамене следует выяснить, как студент знает программный материал, как он им овладел к моменту экзамена, как он продумал его в процессе обучения и подготовки к экзамену.

4. При устном опросе целесообразно начинать с легких, простых вопросов, ответы на которые помогут подготовить студента к спокойному размышлению над дальнейшими более трудными вопросами и практическими заданиями.

5. Выполнение практических заданий осуществляется в учебной аудитории. Результат каждого обучающегося оценивается в соответствии с оценочной шкалой.

Критерии оценки курсовой работы

1. Не допускаются к защите и возвращаются для повторного написания - курсовые работы (проекты), полностью или в значительной степени выполненные не самостоятельно (путем сканирования, ксерокопирования или механического переписывания материала из источников информации без использования цитирования), и (или) курсовые работы, объем цитированного текста которых составляет более 50%;

2 работы, в которых выявлены существенные ошибки (например, использование утративших силу нормативных правовых актов, комментариев к ним и т. п.), недостатки, свидетельствующие о том, что основные вопросы темы не усвоены;

3. работы, характеризующиеся низким уровнем грамотности и небрежным оформлением.

4. Оценкой защиты курсовой работы является: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При получении неудовлетворительной оценки работа должна быть переработана с учетом высказанных замечаний и представлена на защиту в сроки, установленные руководителем.

Оценка за защиту курсовой работы (проекта) выставляется преподавателями на титульном листе работы, в зачётную книжку и в ведомость, которая сдается в учебный отдел.

5. Процедура оценивания знаний и умений, характеризующих этапы формирования компетенций

Оценка знаний, умений, навыков, характеризующих этапы формирования компетенций, осуществляется в ходе текущего и промежуточного контроля. Текущий контроль организуется в формах: устного опроса (индивидуального опроса, фронтальный, сообщений); контрольных работ; проверки письменных заданий решения ситуационных и разноуровневых задач; тестирования.

Промежуточный контроль осуществляется в формах тестовых аттестаций и итогового экзамена. Каждая форма промежуточного контроля должна включать в себя теоретические вопросы, позволяющие оценить уровень освоения студентами знаний и практические задания, выявляющие степень сформированности умений и навыков.

Процедура оценивания компетенций, обучающихся основана на следующих принципах:

периодичности проведения оценки, многоступечатости оценки по устранению недостатков, единства используемой технологии для всех обучающихся, выполнения условий сопоставимости результатов оценивания, соблюдения последовательности проведения оценки.

Краткая характеристика процедуры реализации текущего и промежуточного контроля для оценки компетенций обучающихся включает:

Собеседование - продукт работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы. Подготовка осуществляется во внеурочное время. На подготовку дается одна неделя. Результаты озвучиваются на втором занятии, регламент - 7 минут на выступление. В оценивании результата наравне с преподавателем принимают участие студенты группы.

Доклад – продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы с демонстрацией презентации.

Устный опрос – устный опрос по основным терминам может проводиться в начале/конце лекционного или практического занятия в течении 15-20 мин. Либо устный опрос проводится в течение всего практического занятия по заранее выданной тематике.

Тестовые задания – проводится на заключительном занятии по определенной теме или разделу, как аттестационный. Позволяет оценить уровень знаний студентами теоретического материала по пройденному разделу или теме. Осуществляется на бумажных носителях по вариантам. Количество вопросов в каждом варианте- 20. Отведенное время – 45 мин.

Разноуровневые задачи и задания (кейс задания, ситуационные задачи и тд.). Цель решения задач — обучить студентов умению проводить анализ реальных ситуаций.

- Самостоятельное выполнение задания;
- Анализ и правильная оценка ситуации, предложенной в задаче;
- Правильность выполняемых действий и их аргументация;
- Самостоятельное формулирование выводов.

Зачет – проводится в заданный срок согласно графику учебного процесса. Зачет проходит в устной форме в виде собеседования по вопросам итогового контроля. При выставлении результата по зачету учитывается уровень приобретенных компетенций студента. Компонент «знать» оценивается теоретическими вопросами по содержанию дисциплины, компоненты «уметь»

и «владеть» - практикоориентированными заданиями. Аудиторное время, отведенное студенту на подготовку – 15-20 мин.

экзамен

Творческое задание - продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой оформленную наглядную работу по представлению теоретического материала по выбранной теме. Изложение понимания проблемы определяет критерии его оценки: новизна текста; обоснованность выбора источника; степень раскрытия сущности вопроса; соблюдения требований к оформлению.

Новизна текста: а) актуальность темы исследования; б) новизна и самостоятельность в постановке проблемы, формулирование нового аспекта известной проблемы в установлении новых связей (межпредметных, внутрипредметных, интеграционных); в) умение работать с исследованиями, критической литературой, систематизировать и структурировать материал; г) явленность авторской позиции, самостоятельность оценок и суждений; д) стилевое единство текста, единство жанровых черт.

Защита курсовой работы

Защита курсового проекта является обязательной и проводится за счет объема времени, предусмотренного на изучение профессионального модуля.

Курсовая работа в завершенном виде должна быть представлена руководителю (преподавателю) не позднее, чем за неделю до установленного срока защиты курсовой работы.

Курсовая работа (проект) допускается к защите при условии законченного оформления и наличии положительной оценки.

Защита курсовых работ проводится в соответствии с расписанием, в котором указывается дата проведения защиты, кабинет, Ф.И.О. преподавателей присутствующих на защите.