

Тиркез
Буйрук

№632

18.08.2018 ч.

**«Медайымдык иш боюнча стандарттык операциялык процедуралары
бекитүү жөнүндө»**

Медициналык кызматтын сапатын камсыз кылуу жана баардык адистердин иш-аракеттерин стандартташтыруу жана далилдүү медицинанын принциптерине ылайык ишти аткарууда ката кетирүү коркунучун азайтуу максатында **буйрук кылам:**

БУЙРУК КЫЛАМ:

1. Стандарттык операциялык процедуралар бекитилсин(Тиркеме):
 - Чондордун антропометриясы;
 - Балдардын антропометриясы;
 - Артериалдык кан басымын өлчөө;
 - Термометрия;
 - Дем алуу жыштыгын өлчөө;
 - Пульсту изилдөө;
 - Пульсоксиметрия;
 - Пикфлоуметрия;
 - Глюкометрия;
 - Сүт бездерин текшерүү жана пальпациялоо;
 - Калкан безин текшерүү жана пальпациялоо;
 - Суунун балансын жана суткалык диурезди аныктоо;
 - Спейсер аркылуу ингаляциялоо техникасы;
 - Небулайзерди пайдалануу техникасы;
 - Кычкылтек терапиясы;
 - Электрокардиография өткөрүү;
 - Ашказанды жууп тазалоо;
 - Вена ичине жасалуучу инфузия;
 - Вена ичине жасалуучу инъекция;
 - Булчуң ичине жасалуучу инъекция;
 - Тери алдына жасалуучу инъекция;



- Тери ичине жасалуучу инъекция;
 - Сепме дары, пластырь жана мазь колдонуу;
 - Көз тамчыларын тамчылатуу жана көзгө сүртчү маздарды колдонуу;
 - Табарсыкка катетер коюу;
 - Асептикалык таңгыч коюу;
 - Бейтапты ташып жеткирүү;
 - Бейтаптын туалети;
 - Мурун тамчыларын тамчылатуу жана мурун майларын коюу;
 - Жууп тазалоо иштерин өткөрүү;
 - Дезинфекциялоочу аралашмаларды даярдоо;
 - БМСЖ уюмдарында пациенттерди баштапкы кабыл алуу
 - Гипертониялык оорулуу бейтаптарды алып баруу;
 - 2-түрдөгү кант диабети менен жабыркаган пациенттерди алып баруу.
2. МЖУЖДСБ начальнигинин м.а. (Ибраева Н. С.), КМКДЖКЖМИ ректору (Курманов Р.А.), саламаттык сактоо мекемелеринин жана медициналык окуу жайлардын жетекчилери СОПтордун киргизилишин жана жайылтылышын камсыз кылсын.
3. СОПтордун маалыматтарынын көбөйтүлүп басылып чыгышы, өнөктөштөрдүн каражаттарынын (макулдашуу боюнча) каржылансын.
4. Бул буйруктун аткарылышын контролдоо министрдин орун басары М. М. Каратаевге жүктөлсүн.

ПРИКАЗ

«Об утверждении стандартных операционных процедур по сестринскому делу»

В целях обеспечения качества медицинских услуг и для стандартизации действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ в соответствии с принципами доказательной медицины **приказываю:**

1. Утвердить стандартные операционные процедуры (Приложение):
 - Антропометрия у взрослых;
 - Антропометрия у детей;
 - Измерение артериального давления;
 - Термометрия;
 - Измерение частоты дыхания;
 - Исследование пульса;
 - Пульсоксиметрия;
 - Пикфлоуметрия;
 - Глюкометрия;





СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА АНТРОПОМЕТРИЯ у взрослых

Стандартная операционная процедура (далее СОП) антропометрия разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ

СОП определяют порядок организации работы медицинских сестер. Данный СОП является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости СОП могут быть пересмотрен и изменен по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Антропометрия – это определение физического развития человека путем измерения тела и его частей. Антропометрия включает определение массы тела пациента, роста, окружности грудной клетки и др.

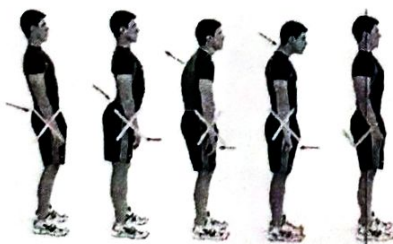
Определение роста взрослого человека

Измерение роста необходимо для определения физического развития пациента, диагностики некоторых заболеваний обмена веществ (гипофиза и др.).

Оснащение:

Ростомер, который состоит из площадки, вертикальной стойки с сантиметровыми делениями, горизонтально расположенной планшетки, передвигающейся вдоль вертикальной стойки.

Выполнение процедуры:



1. Помочь пациенту снять обувь и правильно встать на площадку: пятки, ягодицы, лопатки и затылок прикасаются к стойке ростомера; голову держать прямо (чтобы верхний край ушной раковины и наружный угол глаз были на одной горизонтальной линии).
2. Опустить планшкетку ростомера на голову пациента и определить по шкале количество сантиметров от исходного уровня до нижнего края планшетки.
- 3 Сообщить пациенту результат измерения.
4. Помочь пациенту сойти с площадки и записать результат в соответствующую медицинскую документацию.

5. Обработать ростомер после каждого больного, протираются 2-хкратно с интервалом 15 минут рабочим дезраствором.

Определение массы тела пациента

Определение массы тела необходимо для определения физического развития человека, диагностики некоторых заболеваний обмена веществ (гипофиза, пищеварительной системы, сердца, почек и др.), а также для проведения расчета лекарственных препаратов и контроля динамики отеков.

Оснащение:

Медицинские весы, поверенные, правильно расположенные и хорошо отрегулированные.

Подготовка:

1. Объяснить пациенту сущность данного исследования: производится без верхней одежды и обуви, после посещения туалета (для определения динамики отеков: утром, натощак, в привычной одежде).
2. Проверить регулировку весов: открыть затвор, расположенный над панелью, и отрегулировать весы винтом: уровень коромысла весов, на котором все гири находятся в нулевом положении, должен совпадать с контрольным пунктом.
3. Закрыть затвор.

Выполнение процедуры:

1. Помочь пациенту снять обувь и осторожно встать в центр площадки весов.
2. Открыть затвор и передвинуть гири на планках коромысла влево до тех пор, пока оно не встанет вровень с контрольным пунктом.
3. Закрыть затвор.
4. Сообщить пациенту результаты. Помочь ему сойти с площадки весов.
5. Записать результат в соответствующую медицинскую документацию
6. Обработать весы после каждого больного, протираются 2-хкратно с интервалом 15 минут рабочим дезраствором.

Индекс массы тела (англ. *body mass index (BMI)*, ИМТ) — величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста и, тем самым, косвенно оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной. Расчёт ИМТ важен при определении показаний для необходимости лечения.

Индекс массы тела рассчитывается по формуле:

$$I = \frac{m}{h^2}, \text{ где: } m — \text{масса тела в килограммах}$$

h — рост в метрах, и измеряется в кг/м^2 .

Например, масса человека = 85 кг, рост = 164 см., следовательно, индекс массы тела в этом случае равен:

$$\text{ИМТ} = 85 : (1,64 \times 1,64) = 31,6 \text{ кг/м}^2.$$

В соответствии с рекомендациями ВОЗ разработана следующая интерпретация показателей ИМТ (табл.):

Таблица

Индекс массы тела	Соответствие между массой человека и его ростом
16 и менее	Выраженный дефицит массы
16—18,5	Недостаточная (дефицит) масса тела
18,5—25	Норма

25—30	Избыточная масса тела
30—35	Ожирение первой степени
35—40	Ожирение второй степени
40 и более	Ожирение третьей степени (морбидное)

Измерение окружности грудной клетки

Измерение окружности грудной клетки играет определенную роль в диагностике заболеваний легких.

Оснащение:

Сантиметровая лента.

Выполнение процедуры:

Сантиметровую ленту накладывают вокруг грудной клетки, сзади по нижним углам лопатки, а спереди по IV ребру. Руки пациента должны быть опущены, дыхание спокойное; измерение проводят при спокойном дыхании, глубоком вдохе и выдохе. Записать результат в соответствующую медицинскую документацию.

Продезинфицировать сантиметровую ленту антисептиком путем протирания с двух сторон.

Утверждено

приказом МЗ КР № 632

от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА АНТРОПОМЕТРИЯ У ДЕТЕЙ

Стандартная операционная процедура (далее СОП) антропометрия у детей разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ

СОП определяют порядок организации работы медицинских сестер. Данный СОП является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости СОП могут быть пересмотрен и изменен по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Показания: Наблюдение за динамикой процесса роста, развития ребёнка

Оснащение: Весы, горизонтальный ростомер, см. лента, пелёнка

Возможная проблема: Беспокойство ребёнка

АНТРОПОМЕТРИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

1. Подготовка к манипуляции:

1.1. Приготовить: весы, горизонтальный ростомер, сантиметровую ленту

2. Выполнение манипуляции:

2.1. Измерение массы тела:

- отрегулировать весы,
- закрыть затвор,
- посадить (положить) ребенка,
- открыть затвор,
- передвигать гири на планке пока он не станет вровень с контрольным пунктом,
- закрыть затвор,
- по шкале определить массу,
- снять ребенка

2.2. Измерение роста:

- горизонтальный ростомер установить шкалой к себе,
- уложить ребенка головой к неподвижной планке;
- нажать на колени, выпрямить ножки,
- подвижную планку подвинуть к ножкам, по шкале определить рост.

2.3. Измерение окружности головы:

- спереди ленту положить на уровне надбровных дуг;
- сзади через затылочный бугор;

- определить по ленте величину.

2.4. Измерение окружности груди:

- раздеть ребенка до пояса;
- спереди ленту положить на уровне сосков;
- сзади на уровне нижних углов лопаток;
- опустить руки ребенка;
- определить по ленте величину.

Окончание манипуляции.

3.1. Данные записать в историю развития ребёнка

3.2. Обработать весы, ростомер, см. ленту в соответствии САН ПИН.

3.3 Вымыть руки

АНТРОПОМЕТРИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

1. Подготовка к манипуляции:

- 1.1. Предупредить ребенка.
- 1.2. Исследование провести натощак.
- 1.3. Предварительно опорожнить мочевой пузырь, освободить кишечник.
- 1.4. Раздеть до нижнего белья.

2. Выполнение манипуляции:

2.1. Измерение массы:

- отрегулировать весы;
- закрыть затворку;
- поставить ребенка на середину площадки весов;
- открыть затвор;
- передвигать гири определить массу;
- закрыть затвор,
- спустить ребенка,

2. Измерение роста:

- поставить, касаясь ростомера пятками, ягодицами, лопатками, затылком,
- опустить планшетку к голове,
- по шкале определить рост,

3. Измерение окружности головы

- сантиметровую ленту спереди положить на головы: уровне надбровных дуг;
- сзади через затылочный бугор,
- определить по ленте величину.

4. Измерение окружности груди

- спереди ленту положить на уровне сосков; груди;
- сзади - на уровне нижних лопаток;
- опустить руки;
- определить по ленте величину.

Окончание манипуляции.

3.1. Данные записать в историю развития ребёнка

3.2. Обработать весы в соответствии САН ПИН.

3.3 Вымыть руки

Утверждено
приказом МЗ КР

№ 632

от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА

Измерение артериального давления на периферических артериях

Стандартная операционная процедура (далее СОП) по измерению артериального давления разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Определение: Артериальное давление (АД) является мерой давления, оказываемого кровью, когда она течет по артериям. Измеряется в миллиметрах ртутного столба (мм рт. ст.).

Целью измерения артериального давления является:

- Определить гемодинамический статус человека;
- Получить базовый уровень;
- Мониторинг изменений от базовой линии.

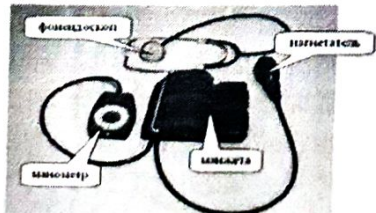
Измерения артериального давления учитывают:

- Систолические измерения (сокращение желудочков) и
- Диастолические измерения (желудочки в покое и наполнении).

Нормальный систолический диапазон для взрослого человека составляет 100-140 мм рт. ст., нормальный диастолический - 60-89 мм рт.

Аускультативный метод при помощи сфигмоманометра (тонометра). Это наиболее распространенный и удобный способ мониторинга уровня кровяного давления в больничных условиях и дома.

Виды тонометра:



Механический



Автоматический

Положение пациента:

- Сидя в комфортных условиях
- Рука на столе фиксирована

- Манжета на уровне сердца, на 2см выше локтевого сгиба

Обстоятельства:

- Исключается употребление кофе и напитков, содержащих кофеин (Кока-кола, какао, чай и др.) в течение 1 часа перед исследованием
- Запрещается курить в течение не менее чем за 15 мин. до измерения
- Исключается применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли
- В покое после 5-минутного отдыха

Оснащение:

- Манжета – следует выбрать соответствующий размер (резиновая часть должна быть не менее $\frac{2}{3}$ длины предплечья и не менее $\frac{3}{4}$ окружности руки)
- Тонометр должен раз в год подвергаться проверке, положение стрелки тонометра перед началом измерения должны находиться на нуле.

Кратность измерения:

- Для оценки уровня артериального давления следует выполнить не менее 3 измерений с интервалом не менее 1 мин., при разнице более 5 мм.рт.ст. проводятся дополнительные измерения. За конечное значение принимается среднее из 2 последних измерений.
- Для диагностики заболевания должно быть выполнено не менее 3 измерений с разницей не менее 1 недели.

Алгоритм действия:

Начальная подготовка:

1. Представьте себя и подтвердите личность пациента.
2. Получите согласие пациента на оценку и объясните процедуру.
3. Пациент должен иметь возможность отдохнуть в течение 5 минут после активности. Необходимо учитывать, что глубокое дыхание приводит к повышенной изменчивости артериального давления, поэтому необходимо информировать об этом пациента до начала измерения.
4. Выполните гигиену рук.
5. Выберите место измерения:
 - предпочтительным местом является область плечевого пульса, где плечевая артерия пересекает антекубитальную (локтевую) ямку.
 - другим местом является задняя часть бедра, где подколенная артерия проходит за коленным суставом.
 - участок должен быть свободен от боли, травм, хирургических разрезов, внутривенных канюль, центральных венозных или артериальных линий, участков с плохой перфузией, артериовенозных свищей или шунтов. Это снижает риск нанесения вреда пациенту и помогает обеспечить точность результата.
6. Позиционируйте пациента, сидя, стоя, или лежа, в зависимости от выбранного места измерения, однако во всех случаях необходимо обеспечить положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца. Не допускается положение руки "на весу".
 - для проведения измерения артериального давления в положении "стоя" необходимо использовать специальные упоры для поддержки руки либо во время измерения поддерживать руку пациента в районе локтя.
 - если сидеть, их ноги должны быть плоскими на полу.
 - конечность должна быть полностью открыта, чтобы манжета могла быть правильно наложена - не надевайте манжету на одежду.

- при использовании руки пациенты должны поддерживаться таким образом, чтобы средняя точка плеча находилась на одном уровне с сердцем с вытянутым локтем и ладонью вверх. Затем пальпируйте плечевую артерию, чтобы определить местоположение, и наденьте манжету прямо на плечевую артерию. Обычно есть стрелка, указывающая центр манжеты, который должен находиться непосредственно над плечевой артерией. Оберните полностью сдутую манжету примерно на 2 см выше антекубитальной ямки и закрепите.

- при использовании ноги (рисунок 2): расположите ногу так, чтобы она находилась на уровне сердца, затем оберните манжету вокруг бедра так, чтобы нижняя часть манжеты была немного выше колена. Подколенная артерия будет использоваться для измерения АД. Это легче, если пациент находится в положении лежа. Обратите внимание, что систолическое давление в подколенной артерии обычно на 20-30 мм рт.ст. выше, чем в плечевой артерии.

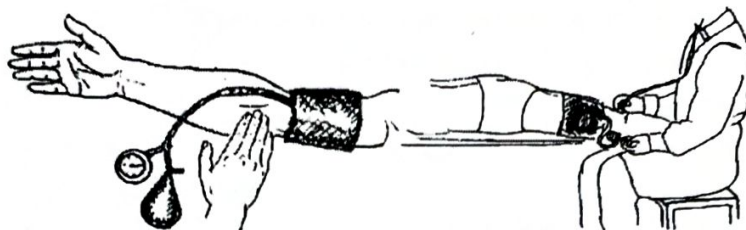


рисунок 1

рисунок 2

7. Пальпируйте артерию, чтобы определить систолическое АД:

- это гарантирует, что аускультативный пробел не мешает точному считыванию АД.

- надуйте манжету и обратите внимание, когда пульсация больше не ощутима.

- отпустите манжету и подождите 1-2 минуты.

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

9. Выслушать АД:

- накачайте до 20 мм рт. ст. выше пальпируемого систолического АД.

- медленно сбросьте давление, чтобы оно упало на 2-3 мм рт. ст. в секунду. При давлении более 200 мм рт.ст. допускается увеличение этого показателя до 4-5 мм рт.ст./с.

- запомнить по шкале на приборе для измерения артериального давления появление первого тона Короткова - это систолическое давление.

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

10. Если повторение необходимо, подождите 1 минуты, прежде чем снова надуть манжету.

11. Если требуется для вашей оценки, повторите процедуру на другой руке или в положении стоя для постурального АД. У больных старше 65 лет, больных сахарным диабетом и получающих антигипертензивную терапию, следует также произвести измерение стоя через 2 мин.

12. Снимите манжету.

13. Консультировать пациента о результате.
14. Обработать оборудование антисептическим средством.
15. Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию. Об изменении артериального давления у пациента сообщить врачу

Электронные приборы

Способы измерения давления электронным устройством:

1. Перед надеванием манжеты освобождают плечо руки. Необходимо убрать рукав верхней одежды так, чтобы он не пережимал верхний отдел плеча. Лучший вариант – мониторинг АД на обеих руках. Для самостоятельного измерения манжету накладывают на руку, не являющуюся ведущей. Однако правильные показания будут на той руке, на которой уровень АД будет выше, чем на другой.
2. Руку укладывают на ровную поверхность, это можно сделать на столе или подлокотнике кресла. При этом разгибательная часть предплечья находится на поверхности, а конечность пребывает в расслабленном состоянии.
3. Проверьте состояние электронного устройства. Оно не должно иметь повреждений, перекрутов или изгибов на поверхности шланга.
4. Рассоедините края манжеты. Наденьте ее методом кругового обматывания на плечо, чуть выше (на два пальца) от локтевого сгиба. При этом шланг подачи воздуха должен проходить ровно посередине между условной линией середины сгиба локтя и среднего пальца кисти.
5. Если манжета устройства помечена линией установки, расположите ее так, чтобы она находилась в среднем положении внутри плечевой поверхности.
6. Запустите устройство нажатием кнопки.
7. Ждите, пока аппарат накачает и спустит воздух. Находитесь в расслабленном состоянии и не трогайте устройство.
8. На табло устройства появятся цифры. Верхний показатель отвечает за систолическое давление, нижний за диастолическое. Многие аппараты также фиксируют ЧСС. Это значение будет отображаться ниже других. При этом диастолическое АД будет расположено над пульсом, в средней колонке.
9. Выключите устройство через кнопку и дождитесь его полного отключения.
10. Уберите манжету с плеча. Диагностика завершена!

Автоматический тонометр очень удобен и должен присутствовать дома у каждого гипертоника.

Порядок дезинфекции тонометра и стетофонендоскопа

1. Возьмите салфетку.
2. Смочите салфетку 70% этиловым спиртом.
3. Протрите салфеткой, смоченной в спирте, грушу, манометр, резиновые трубки, затем манжету тонометра и также резиновые трубки, затем головку стетофонендоскопа.
4. Сбросьте салфетку в контейнер для отходов класса Б.
5. Дождитесь полного высыхания спирта на поверхности прибора.
6. После высыхания спирта прибор готов к дальнейшему использованию.

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА ТЕРМОМЕТРИЯ

Стандартная операционная процедура (далее СОП) термометрия разработано на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящий СОП могут быть пересмотрен и изменен по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Измерение температуры тела в подмышечной впадине

Показания:

- наблюдение за показателями температуры в течение суток.
- при изменении состоянии пациента.

Противопоказания: воспалительные процессы подмышечной области.

Оснащение: медицинские термометры, температурный лист, емкости для хранения чистых термометров со слоем ваты на дне, емкости для дезинфекции термометров с дезинфицирующим раствором, часы, полотенце, салфетки.

Алгоритм действий:

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции, ходе ее выполнения и получите согласие.
2. Возьмите чистый термометр, проверьте его целостность
3. Встряхните термометр до $t < 35^{\circ}\text{C}$.
4. Осмотрите и вытрите область подмышечной впадины пациента сухой салфеткой.
5. Поставьте термометр в подмышечную впадину, так чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом (обратить внимание, чтобы между телом и термометром не было нательного белья пациента). Попросить пациента удерживать термометр прижатием согнутой руки, при необходимости фиксировать руку пациента, прижав ее к грудной клетке. Фиксировать время измерения температуры.
6. Измеряйте температуру в течение 10 минут.
7. Извлеките термометр, определите температуру тела.
8. Обработайте термометр в соответствии с требованиями.
9. Обработайте руки.
10. Зарегистрируйте результаты температуры температурном листе
11. Храните термометры в сухом виде в емкости для чистых термометров.

Примечание.

- не измеряйте температуру у спящих пациентов.
- температуру измеряют, как правило, два раза в день: утром натощак (с 7 до 9 часов) и вечером (с 17 до 19). По назначению врача температура может измеряться через каждые 2-3 часа.

Измерение температуры тела на слизистых в прямой кишке, ротовой полости

- Показания:**
- наблюдение за показателями температуры в течение суток.
 - при изменении состояния пациента.

Противопоказания: травмы и заболевания слизистой ротовой полости, диарея, заболевания прямой кишки.

Осложнения: травма слизистой, отравления ртутью при нарушении целостности.

Оснащение: медицинские термометры, температурный лист, емкости для хранения чистых термометров со слоем ваты на дне, дезинфицирующий раствор, часы, полотенце, салфетки.

Алгоритм действий:

Измерение температуры тела в ротовой полости:

Противопоказания: детям до 4-5 лет, детям с повышенной возбудимостью и психическим больным, травмы, заболевания полости рта, расстройство носового дыхания.

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Возьмите чистый медицинский термометр, проверьте его целостность.
3. Встряхните термометр до $t < 35^{\circ}\text{C}$.
4. Поставьте термометр под язык пациента на 3 минут (пациент губами удерживает корпус термометра).
5. Перед измерением температуры тела у пожилых снимают съемные зубные протезы.
6. Извлеките термометр, определите температуру тела.
7. Зарегистрируйте полученные результаты в температурном листе.
8. Обработайте термометр в соответствии с требованиями.
9. Обработайте руки.

Измерение температуры тела в прямой кишке - этот способ измерения температуры применяются при термоневрозах, а также у детей до 4-5 лет, истощенных и ослабленных больных (у которых градусник в подмышечной области не плотно охватывается мягкими тканями).

Противопоказания: задержка стула, диарея, заболевания прямой кишки.

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки, наденьте нестерильные перчатки.
3. Уложите пациента на бок, попросить согнуть ноги в коленях и прижать их к животу.
4. Смазать ректальный термометр на $\frac{1}{2}$ его длины вазелином.
5. Развести ягодицы пациента левой рукой, а правой ввести резервуар термометра за внутренний сфинктер прямой кишки на 2-3 см (взрослому больному можно предоставить это сделать самому).
6. Извлечь термометр через 3 мин с помощью салфетки, определить его показания и поместить в лоток для отработанного материала.
7. Вытереть салфеткой область заднего прохода и поместить салфетку в контейнер мед отходов класса Б.

8. Погрузить термометр в емкости для дезинфекции.
9. Снять перчатки, поместить в контейнер мед отходы класса Б.
10. Обработайте руки.

Измерение температуры тела бесконтактным термометром

Показания:

- наблюдение за показателями температуры в течение суток.
- при изменении состояния пациента.

Противопоказания: воспалительные процессы в области измерения температуры.

Осложнения: отсутствуют.

Оснащение: медицинский бесконтактный термометр, температурный лист, бумажные полотенца, салфетки, антисептический раствор.

Алгоритм действий:

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции, ходе ее выполнения и получить согласие.
1. Подготовить необходимое оснащение.
2. Определить готовность бесконтактного медицинского термометра к работе.
3. Осмотреть кожу лобной области/за мочкой уха пациента, убрать волосы и при необходимости - вытереть насухо бумажным полотенцем.
4. Навести бесконтактный медицинский термометр на лоб пациента на расстоянии 3 – 5 см согласно инструкции.
5. Нажать курок/кнопку бесконтактного медицинского термометра однократно.
6. Произвести считывание показаний с дисплея.
7. Сообщить пациенту результаты измерения.
8. Обработать корпус бесконтактного медицинского термометра с хлопчатобумажной салфеткой, смоченной 70% спиртом.
9. Провести обработку рук.
10. Провести регистрацию температуры тела в температурном листе графическим способом.

Обработка и хранение медицинского термометра.

1. Промыть термометр проточной водой.
2. В ёмкость уложить на дно вату, для того чтобы не повредить резервуар с ртутью и наполнить её дезинфицирующим раствором или использовать пластмассовую контейнер.
3. Уложить термометры в ёмкость таким образом, чтобы они были полностью погружены в дезинфицирующий раствор.
4. Выдержать термометры в дезинфицирующем растворе время, указанное в инструкции к раствору.
5. Изъять термометры из раствора, ополоснуть проточной водой, вытереть насухо.
6. Хранятся медицинские термометры в ёмкости с подписью «Чистые термометры».

Электронный медицинский термометр достаточно протереть одним из дезинфицирующих растворов. При этом необходимо учитывать материал, из которого изготовлен градусник, как правило, это пластмассовый корпус с металлическим наконечником, в котором находится термоэлемент и правильно подобрать дезинфицирующий раствор

Внимание!!! Не промывайте ртутный градусник в горячей или даже тёплой воде – это может привести к выходу его из строя (поломке).

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА ИЗМЕРЕНИЕ ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ

Стандартная операционная процедура (далее СОП) измерение частоты дыхания разработано на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Оснащение:

- секундомер или часы с секундной стрелкой
- дневник пациента или лист наблюдения

Измерение частоты дыхания у взрослого

Алгоритм действий:

Подготовка:

1. Представиться пациенту, получить его согласие.
2. Приготовьте часы с секундомером или секундомер.
- 3.Обработайте руки.

Выполнение:

1. Попросите пациента лечь удобно, чтобы вы видели верхнюю часть передней поверхности грудной клетки.
2. Возьмите руку пациента, как для исследования пульса на лучевой артерии, чтобы пациент думал, что вы исследуете его пульс.
3. Смотрите на грудную клетку: вы увидите, как она поднимается и опускается.
4. Если вам не удастся увидеть движение грудной клетки, положите свою руку на грудную клетку пациента, и вы почувствуете эти движения.
5. Подсчитайте частоту за 1 минуту (только количество вдохов).

Завершение:

1. По окончании процесса измерения помогите пациенту сесть удобнее, уберите все лишнее.
2. Обработайте руки.
3. Зарегистрируйте данные измерения в листе наблюдения пациента.

Примечание:

- в норме дыхательные движения ритмичные (т.е. повторяются через равные промежутки времени).
- ЧДД у взрослого человека в покое составляет 16-20 в минуту, причем у женщин она на 2-4 дыхания чаще, чем у мужчин.
- во время сна дыхание обычно становится реже (до 14-16 в минуту), дыхание учащается при физической нагрузке, эмоциональном возбуждении;
- учащение ЧДД называется тахипноэ; урежение ЧДД – брадипноэ; апноэ – отсутствие дыхания;
- типы дыхания: грудное – у женщин, брюшное – у мужчин, смешанное – у детей;
- проводя подсчет ЧДД, обратите внимание на глубину и ритм дыхания, а также продолжительность вдоха и выдоха, запишите тип дыхания.

Измерение частоты дыхания у детей

Алгоритм действия

1. Объясните матери цель и ход проведения процедуры
2. Вымойте руки, осушите, согрейте.
3. Уложите ребенка, освободите переднюю часть грудной клетки и живот (у детей грудного возраста подсчет правильно проводить во время сна).
4. Наблюдайте за движением грудной клетки и живота в течение минуты.
5. Если визуальный подсчет затруднен, расположите руку на грудную клетку или на живот в зависимости от типа дыхания, подсчитайте дыхание в течение минуты:
 - у детей до 1 года – брюшной тип дыхания;
 - у детей 1-2 года – смешанный тип дыхания;
 - у детей 3-4 года – грудной тип дыхания;
 - у девочек - брюшной тип дыхания.
6. Зарегистрируйте данные измерения в листе наблюдения пациента.
7. Вымойте руки, осушите.

Примечание: при подсчете дыхания у детей раннего возраста можно использовать фонендоскоп.

Частота дыхания:

- у доношенного ребенка – 40-60 в мин,
- у недоношенного ребенка – 60-80 в мин,
- у детей 1-2 года – 30-35 в мин,
- у детей 5 лет – 20-25 в мин,
- у детей 10 лет – 18-20 в мин,
- у детей 15 лет – 16-18 в мин.

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА ИССЛЕДОВАНИЕ ПУЛЬСА

Стандартная операционная процедура (далее СОП) исследование пульса разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Места исследования пульса: Лучевая артерия, височная артерия, сонная артерия, бедренная артерия, подколенная артерия, артерия тыла стопы

Параметры пульса: ритм, частота, наполнение, напряжение, величина.

Оснащение:

- Часы с секундной стрелкой;
- Лист пациента или динамического наблюдения

Алгоритм действий:

1. Проследите, чтобы больной был в спокойном состоянии.
2. Усадите или уложите больного так, чтобы верхняя конечность находилась в расслабленном положении.
3. Захватите кисть больного выше лучезапястного сустава таким образом, чтобы ваш большой палец находился с локтевой стороны, а остальные пальцы с ладонной стороны.



4. Прижмите лучевую артерию к лучевой кости II, III и IV пальцами и определите место пульсации (рис).

Техника определения пульса:

а - на лучевой артерии; б - на височной артерии; в - на сонной артерии

5. Определите все параметры пульса:

Ритм - это промежутки времени между пульсовыми волнами. Если промежутки времени между пульсовыми волнами одинаковые, то пульс ритмичный, или правильный, если промежутки неодинаковые, то пульс аритмичный, или неправильный.

Частота пульса - это количество пульсовых волн за 1 мин, что соответствует частоте сердечных сокращений и зависит от возраста:

- у новорожденных, доношенных - 120 - 140 ударов в 1 мин;
- у новорожденных недоношенных - 140 - 160;

- к году - 110 - 120;
- к 5 годам - 100;
- к 10 годам - 90;
- к 12 - 13 годам - 80 - 70;
- у подростков и взрослых - 60 - 90 ударов в 1 мин.

Учащение пульса свыше 90 ударов в 1 мин называется тахикардией, а пульс реже 60 ударов в 1 мин - брадикардией.

Если пульс ритмичный, то частоту пульса можно подсчитать за 1/2 мин и умножить на 2. Если пульс аритмичный, то частоту пульса исследуйте на обеих руках в течение 1 мин поочередно, затем полученные данные сложите и разделите на 2.

Наполнение пульса зависит от нагнетательной способности сердца в период систолы, количества выбрасываемой крови, тонуса кровеносных сосудов. Наполнение определите по той силе, с которой вы прижимаете лучевую артерию к лучевой кости, чтобы ощутить пульсовую волну. Чем меньше сила, тем лучше наполнение пульса, чем больше сила, тем слабее наполнение. По наполнению пульс характеризуется как полный и пустой.

Напряжение пульса зависит от величины систолического артериального давления. Напряжение пульса определяется по той силе, с которой нужно прижать лучевую артерию, чтобы полностью прекратить в ней пульсацию. Если артериальное давление нормальное, артерия сдавливается при умеренном усилии - такой пульс умеренного напряжения. При высоком артериальном давлении артерию сжать труднее - такой пульс называется напряженным или твердым. В случае низкого артериального давления артерия сжимается легко - пульс называется мягким или нитевидным (при шоке и низком АД).

Величина пульса зависит от напряжения и наполнения пульса. Пульс хорошего наполнения и напряжения называется большим, слабого - малым. Если величина пульсовых волн определяется с трудом, то такой пульс называется нитевидным.

6. Оформите результат исследования цифровой записью ($P_s = 72$ удара в 1 мин, ритмичный, полный, умеренного напряжения, большой) в медицинской или амбулаторной карте.

7. Занесите результаты исследования в температурный лист (графическая запись). Обратите внимание - цена деления одной клеточки до 100 равна 2, а выше 100-4 ударам в 1 мин.

Примечание:

- Если при исследовании обнаружен пульс аритмичный или нитевидный, то немедленно поставьте в известность об этом врача.
- Если исследование пульса на лучевой артерии затруднено (гипсовая повязка, ожоги, травмы и др.), то исследуйте пульс на сонных артериях поочередно, с каждой стороны без сильного давления на артерию. При сильном давлении возможно резкое замедление сердечной деятельности вплоть до остановки сердца и падения артериального давления, у исследуемого могут появиться головокружение, обморок, судороги.

Особенности исследования пульса у детей:

- у новорожденных пульс определяется на плечевой артерии;
- у детей до 2х лет на височной артерии;
- у детей старше 2 лет на лучевой артерии.
- подсчитайте пульс строго в течение 1 минуты (у детей пульс не ритмичный)

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от "18" 08 2020г



СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА **проведение пульсоксиметрии**

СОП по проведению пульсоксиметрии разработан на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ

СОП определяют порядок организации работы при проведении пульсоксиметрии. Данный СОП является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЕ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Цель процедуры: Определение степени насыщения крови кислородом и частоты пульса пациента

Показание процедуры:

- кислородная терапия;
- дыхательная недостаточность;
- риск гипоксии (в том числе при разных хронических процессах);
- длительный наркоз;
- хроническая гипоксемия;
- послеоперационный период (особенно при дистальных вмешательствах, операциях по восстановлению стенки сосудов или ортопедической хирургии);
- разные виды апноэ или подозрение на него.

Оснащение:

- пульсоксиметр
- мыло и кожный антисептик для обработки рук
- антисептическое средство для обработки пульсоксиметра

Алгоритм действия:

1. Представить себя пациенту;
2. Провести идентификацию пациента согласно внутренним правилам организации;
3. Перед тем как применять пульсоксиметр, нужно проверить уровень зарядки батарей. Если уровень заряда низкий, необходимо его зарядить;
4. Объяснить цель и ход процедуры;
5. Провести обработку рук согласно требованиям гигиены рук;
6. Включить пульсоксиметр, подождать несколько секунд, пока он завершит самотестирование;

7. Закрепить датчик на пальце пациента так, чтобы фиксация была надежной, но отсутствовало излишнее давление;
8. Подождать 5-20 секунд пока пульсоксиметр выведет на дисплей данные по сатурации и пульсу:
 - норма – 95% и более;
 - 1 степень – 90-94%;
 - 2 степень – данные менее 75%;
 - гипоксемическая кома – менее 60%.
9. Провести обработку рук согласно требованиям гигиены рук;
10. Документировать показатель сатурации и пульса в медицинскую карту и сообщить лечащему/дежурному врачу.

Пульсоксиметрия



Примечание:

- важнейшее условие достоверности получаемых данных – это полная неподвижность пальца в процессе исследования;
- красители, включая лак для ногтей, могут спровоцировать заниженное значение сатурации

Важно:

- надо помнить, что пульсоксиметр чувствителен к яркому внешнему свету, дрожи, движениям. Все это может искусственно создать кривую пульса и исказить показатели сатурации.
- пульсоксиметр даст ошибочные показания и в случае, если пациент отравлен угарным газом и в его крови присутствует карбоксигемоглобин. Прибор может показать 100% сатурацию, что неверно.

Порядок дезинфекции пульсоксиметра

1. Возьмите салфетку.
2. Смочите салфетку 70% этиловым спиртом.
3. Протрите салфеткой, смоченной в спирте, внешние и внутренние поверхности пульсоксиметра.
4. Сбросьте салфетку в контейнер для отходов класса Б.
5. Дождитесь полного высыхания спирта на поверхности прибора.
6. После высыхания спирта прибор готов к дальнейшему использованию.



СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА ПИКФЛОУМЕТРИЯ

Стандартная операционная процедура (далее СОП) Пикфлоуметрия разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ

СОП определяют порядок организации работы медицинских сестер при Пикфлоуметрии. Данный СОП является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Пикфлоуметрия – это метод функциональной диагностики, предназначенный для оценки проходимости бронхиальных путей, который позволяет измерять – **пиковую скорость выдоха**.

Оснащение: Пикфлоуметр, дневник пациента, ручка.

I. Подготовка к процедуре:

1. Проинформировать пациента о том, что тест проводится утром и вечером до приема лекарственных средств.
2. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.
3. Предложить/помочь пациенту занять положение: стоя или сидя. Перед процедурой рекомендуется расслабиться и отдохнуть 5 минут для стабилизации дыхания.
4. Вымыть руки.
5. Отвести стрелку пикфлоуметра на начало шкалы.

II Выполнение процедуры:

7. Предложить пациенту взять пикфлоуметр, так, чтобы пальцами не закрывать щель, по которой движется стрелка.
8. Предложить пациенту сделать сначала спокойный медленный выдох, а затем глубокий вдох.
9. Предложить пациенту плотно обхватить мундштук губами, держа пикфлоуметр горизонтально, и сделать резкий (насколько это возможно) выдох.
10. Оценить результат по шкале - это цифра, на которую указывает стрелка.
11. Предложить пациенту повторить процедуру еще два раза.

12. III Окончание процедуры:

13. Выбрать из трех попыток высший показатель и занести его в дневник пациента.

14. Дезинфекция

Дезинфекция мундштуков может осуществляться физическим (кипячение, паровой или воздушный метод) и химическим (с использованием растворов химических средств) методами.

Для дезинфекции химическими методами должны использоваться нехлорсодержащий дезинфицирующий раствор с моющим эффектом. Приготовление и использование рабочих растворов дезинфицирующих средств должно осуществляться в соответствии с инструкциями на эти средства. После окончания дезинфекционной выдержки мундштук извлекают из раствора и промывают под проточной водой.

Перед применением обработать мундштук пикфлоуметра ватным тампоном или марлевой салфеткой, смоченной спиртом 70%.

Утверждено
приказом МЗ КР № 612
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА ГЛЮКОМЕТРИЯ

Стандартные операционные процедуры (далее СОП) глюкометрии разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ

СОП определяют порядок организации работы медицинских сестер при определении глюкозы свежей капиллярной крови. Данный СОП является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Определение: Глюкометр – прибор для количественного определения уровня глюкозы свежей капиллярной крови с помощью тест-полоски.

Ресурсы/оснащение:

- 1) Глюкометр;
- 2) медицинский спирт и вата или спиртовые салфетки;
- 3) тест-полоски;
- 4) ручка или скарификатор для прокола кожи;
- 5) мыло и кожный антисептик;
- 6) контейнер для медицинских отходов класса Б.

Алгоритм действия:

- 1) Представить себя пациенту;
- 2) Провести идентификацию пациента согласно правилам;
- 3) Подготовить спирт и ватный тампон или спиртовую салфетку;
- 4) Объяснить пациенту ход процедуры;
- 5) Перед непосредственным измерением необходимо проверить, чтобы код на флаконе и на тест-полоске совпадали с кодом на дисплее глюкометра. Если наблюдаются различия, то необходимо перекодировать прибор;
- 6) Перед процедурой провести обработку рук согласно требованию гигиены рук;
- 7) Помассировать палец пациента перед тем, как брать кровь из пальца;
- 8) Обработать палец пациента ватным тампоном, смоченным спиртом или спиртовой салфеткой, дождитесь пока палец высохнет от спирта;
- 9) Отрегулировать и натянуть пружину ручки;
- 10) Приложить к коже ручку для прокола или проколоть кожу скарификатором;

- 11) Забор крови осуществляется краями тест-полоски, а не плоскостью. Поэтому каплю необходимо подносить именно к краю тест-полоски. Кровь будет втягиваться в тест-полоску автоматически. Этому способствуют капиллярные силы;
- 12) Вставить в прибор тест-полоску с кровью пациента, после чего он самостоятельно включится.
- 13) Приблизительно через 10 секунд измерение завершено. На дисплей выводится результат измерения (прибор сохраняет этот результат);
- 14) Вытащить использованную тест-полоску, затем прибор выключится самостоятельно.
- 15) После проведения исследования использованную тест-полоску утилизировать в емкость для сбора медицинских отходов класса Б;
- 16) Зафиксировать спиртовую салфетку (вату) на пальце пациента, где был осуществлен прокол;
- 17) Провести обработку рук по требованию гигиены рук;



Примечания:

- 1) Доставать тест-полоску нужно непосредственно перед процедурой измерения глюкозы крови.
- 2) Коды тест-полоски и глюкометра должны быть идентичными.
- 3) Не следует слишком глубоко прокалывать кожу, чтобы не повредить ткани.
- 4) Слишком большая капля крови может исказить результат, поэтому не следует специально выдавливать ее или капать на тест-полоску больше чем положено.
- 5) Не следует брать первую каплю крови, ее лучше просто убрать спиртовой салфеткой (ватой). Капля крови не должна быть смазанной, иначе тест-полоска ее не впитает.

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА

Осмотр и пальпация молочных желез

Стандартная операционная процедура (далее СОП) осмотр и пальпация молочных желез разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяет порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлена на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящий СОП может быть пересмотрен и изменен по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Осмотр молочных желёз

Пациентка стоит выпрямив спину и развернув плечи. Специалист оценивает следующие моменты:

1. Внешний вид. Здоровые молочные железы, как правило, симметричные, допускается небольшое различие в размерах. Исключение – сильное искривление позвоночника. Обе груди должны иметь одинаковые контуры.
2. Расположение сосков. В норме они должны находиться на одном уровне, быть идентично выпуклыми.
3. Качество кожных покровов. Если имеет место патология, значит, кожа над ней гиперемирована или имеет вид апельсиновой корки, возможен отёк.
4. Внешний вид ареолы. Пигментированное пятно вокруг соска должно быть однородным.

Техника самостоятельной пальпации молочной железы

Женщина сама в состоянии контролировать состояние груди. Самостоятельный осмотр молочных желез, включает два этапа: осмотр и пальпацию, проводится ежемесячно, если женщина находится в репродуктивном периоде (месячные регулярные), то диагностика делается на 7-10 день менструального цикла, от первого дня менструации. В постменопаузе нужно выбрать удобный для себя день, когда молочные железы минимально напряжены, и ежемесячно проводить самообследование.

Осмотр:

1. Обнажитесь до пояса и встаньте перед зеркалом.
2. Осмотрите форму молочной железы и внешний вид кожи, сосков с опущенными руками, а затем с поднятыми руками.
3. Обратите внимание на увеличение или уменьшение формы или размера одной из молочных желез, втянутость соска, изменение цвета кожи.

4. Поднимите руки медленно вверх, внимательно наблюдая за грудью. Теперь одну руку опустите, поднимите противоположную молочную железу и внимательно осмотрите её снизу. Сделайте то же самое с другой грудью.

5. Поставьте руки на бедра. Ещё раз изучите в зеркале молочные железы – их форму, соски, высоту. Отметьте для себя всё, что вызывает подозрение и запишите.

Пальпация:

Пальпация молочных желез проводится:

- при помощи 2, 3 и 4 пальцев (задействованы только подушечки)

- в двух положениях тела пациента: стоя и лежа

Пальпация бывает: поверхностная, средняя и глубокая. Сначала изучаются поверхностные слои тканей, затем средние, потом глубокие.

1. Пальпация по радиусу. Поднимите вверх правую руку, в это время левой проведите пальпацию груди, расположенной на противоположной стороне. Начните с большого круга и двигайтесь по часовой стрелке. Сначала легко нажимая на грудь, потом средне и затем глубоко, продавливая ткани до грудной стенки. Постепенно продвигайтесь к области соска (малый круг).

2. Отдельно исследуйте сосок. Сдавите сосок у его основания большим и указательным пальцами и посмотрите, есть ли какие-либо выделения.

3. Лягте на ровную и достаточно жёсткую поверхность. Правую руку заведите за голову, под бок положите подушку.левой рукой подушечками пальцев пропальпируйте молочную железу. Изучите подмышки, обратив внимание на наличие увеличенных лимфоузлов.

2. Повторите то же самое с другой молочной железой.

Обратите внимание! Самостоятельная пальпация должна проводиться в один и тот же день. В противном случае полученная информация будет неверна. Молочные железы в течение цикла претерпевают значительные изменения. Начиная примерно с середины или чуть позднее и вплоть до начала месячных, ткани груди становятся грубыми, напряжёнными, у некоторых женщин болезненными.

Техника выполнения пальпации молочной железы

Сначала проводится обследование, в положении лёжа, при ощупывании правой молочной железы под правую лопатку положите небольшую подушку, а ладонь правой руки - под голову. Обследуйте правую молочную железу левой рукой. Исследуйте левую молочную железу таким же способом.



Пальпация проводится: по радиусу, по вертикали и циркулярно.

В первую очередь проводится пальпация здоровой молочной железы, потом той, где предполагаются какие-то патологические изменения.

Осмотр в положении больного «лежа» имеет большую информативность для

пациенток с большими размерами молочных желез.

1. Пальпация груди начинается с места соединения грудины с ключицей и заканчивается подмышечной областью (для выявления увеличенных лимфоузлов) При пальпации используются циркулярные движения.
2. Движения рук вертикальные. Каждый последующий изучаемый сегмент накладывается на предыдущий, чтобы не пропустить ни сантиметра ткани.
3. Ареола и подсосковая область также пальпируются. Обязательно аккуратно сдавливается сам сосок на случай, если из него выделяется содержимое. Далее по точно такой же схеме исследуется нездоровая молочная железа. Затем пациентку просят принять вертикальное положение и повторяют пальпацию по вышеописанной технике, плюс добавляют прощупывание, расположив грудь между двумя руками.

Положение больного «стоя, руки за головой»:

1. Пальпация проводится, начиная с потенциально здоровой молочной железы;
2. Желательно использовать смотровые перчатки (особенно, если есть источники патологических выделений);
3. Начинать пальпацию следует с области соединения ключицы и грудины, используя подушечки указательного, среднего и безымянного пальцев ведущей руки, другая рука используется для фиксации (иммобилизации) объема молочной железы;
4. Ткань молочной железы прижимают к грудной клетке небольшими циркулярными движениями. Легкое давление используется для оценки поверхностного слоя, умеренные усилия для пальпации среднего слоя и более ощутимое давление при попытке пальпации глубоко расположенной ткани железы;
5. Сначала проводят поверхностную пальпацию, затем среднюю и глубокую;
6. Пальпируют железу методично, в вертикальном направлении, так чтобы границы осматриваемых фрагментов накладывались друг на друга. Продолжайте пальпацию до тех пор, пока не будет осмотрена вся железа, включая подмышечную область;
7. Проводится пальпация ареолы и околососковой области;
8. Осторожно сдавливается сосок между указательным и большим пальцами, проводится оценка выделений;
9. Осмотр по аналогичной схеме, с другой стороны.

Для обнаружения других патологий и увеличенных лимфоузлов

1. Опускают руку пациента, последовательно с двух сторон пальпируют подмышечную впадину
2. Проводят пальпацию надключичных и подключичных ямок в положении «лицом к лицу» с пациентом;
3. Проводят пальпацию надключичных ямок в положении пациента «спиной к врачу»;

Признаки злокачественного новообразования

- Кровянистые выделения из соска
- Наличие плотного образования в молочной железе, не исчезающего в положении лежа

- Наличие плотной, малоподвижной опухоли, часто спаянной с кожей и подлежащими тканями
- Изъязвление кожи, соска
- Втяжение и/или отек ареоларно - сосковой зоны
- Втяжение и/или выбухание кожи над опухолью
- Локальный над уплотнением или тотальный отек кожи молочной железы в виде «лимонной корки»
- Отечность надключичной области и отек верхней конечности
- Наличие увеличенных лимфатических узлов в подмышечной, надключичной или шейной областях
- Диффузное уплотнение ткани молочной железы, деформация молочной железы.

Внимание! При обнаружении хотя бы одного признака, следует незамедлительно отправить на консультацию к маммологу/онкологу с указанием в направлении предполагаемого диагноза для целенаправленного дальнейшего обследования

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА

Обследование щитовидной железы

Стандартная операционная процедура (далее СОП) осмотр и пальпация щитовидной железы разработано на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящий СОП могут быть пересмотрен и изменен по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Пальпация щитовидной железы – процедура диагностики с помощью прощупывания. Проводя ее, ощупывается горло пациента в месте, где расположена щитовидная железа. Методом пальпации можно диагностировать увеличение щитовидки, определить наличие в ней новообразований и других патологий.

Цель: определить при пальпации щитовидки:

- Размер органа;
- Увеличение является признаком зоба, гиперфункции, новообразований;
- Структура. В норме щитовидная железа не имеет узелков и уплотнений, левая и правая доли одинакового размера. При нарушении этих показателей подозревают узловое диффузное воспаление;
- Местная температура в области перешейка щитовидной железы. При воспалении температура кожи над щитовидкой будет повышена, поскольку орган находится сразу под кожей и влияет на ее состояние.
- Болезненность при пальпации. В норме при аккуратной пальпации боли пациент не чувствует – только легкую степень дискомфорта. Боль при касании – признак воспаления, новообразований или других патологий органа.

Техника проведения процедуры:

Перед тем как прощупать щитовидку, стоит вспомнить о ее чувствительности. Грубое надавливание провоцирует усиленный выброс гормонов в кровь, что чревато обострением болезни при увеличенной щитовидке. Грамотная пальпация должна быть бережной, аккуратной, осуществляться только подушечками пальцев и проводится поэтапно — сначала поверхностная, затем глубокая (специальная).

Осмотр и пальпация щитовидной железы выполняется тремя методами. Во время проведения пальпации пациент сидит на стуле, а специалист:

- Располагается напротив, одну руку расположив на затылке обследуемого. Это необходимо для того, чтобы человек во время осмотра не дернулся в сторону или назад в случае сильной боли. Свободной рукой врач мягко ощупывает щитовидку, оценивая ее состояние.

- Находится справа, левую руку расположив на затылке пациента. Большой палец правой расположен на горле пациента справа, остальные находятся слева.
- Стоит сзади, положив большие пальцы обеих рук на затылок пациента. Оставшиеся пальцы пальпируют орган.

Исследование в положении пациента **стоя в покое** проводится слегка наклонив голову вниз (пациента просят: «Проглотите, пожалуйста, слюну»), и во время глотания, когда щитовидная железа, поднимаясь вместе с гортанью, скользит под пальцами медицинского работника, что позволяет оценить величину железы, ее долей, плотность органа.

Большие пальцы рук находятся на области щитовидной железы, а другие расположены вокруг шеи, от середины щитовидного хряща вниз, и скользящим движением ощупываем переднюю поверхность шеи до яремной вырезки, что позволяет определить болезненность железы, наличие крупных узлов.

Алгоритм осмотра пациента с большой жировой или мышечной массой отличается. Его перед осмотром укладывают на кушетку. Прощупать железу под слоями мышц или жира намного сложнее, чем у человека обычной комплекции. При пальпации есть риск не только спровоцировать выброс гормонов в кровь, но и случайно сдавить сонную артерию. Для обследования щитовидки требуется знание анатомии горла, которого у обычного человека нет.

Методы проверки щитовидки:

- Выпить воды перед зеркалом. При совершении глотательных движений на горле в районе ямочки у женщин или адамова яблока у мужчин не должно возникать бугорка.
- Надеть одежду привычного размера с воротником. Если он кажется слишком тугим – вероятней всего, проблема с щитовидкой.
- Обратить внимание на ощущения при разговоре, глотании. Если возникает першение и дискомфорт при отсутствии респираторных болезней – это сигнал о возможных проблемах с щитовидной железой.

Если пальпация щитовидной железы в норме, то у першения в горле и боли при глотании другая причина появления – психогенные факторы, аллергия и т.д.

Особенности пальпации щитовидки у детей

Из-за низкого роста и неспособности сидеть на стуле, упираясь ногами в пол, детей обследуют стоя или укладывают на кушетку. При пальпации у грудничка ребенка удерживают на руках родители, специалист осторожно осматривает шею. Многие в детском возрасте боятся врачей, поэтому во время процедуры осмотра родители должны быть рядом с ребенком, чтобы успокоить его и уговорить не двигаться.

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА **определение водного баланса и суточного диуреза**

Стандартная операционная процедура (далее СОП) определение водного баланса и суточного диуреза разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Цель: диагностика скрытых отеков, контроль действия диуретических средств.

Показания: заболевания сердечно - сосудистой системы, почек.

Оснащение: медицинские весы, мерная градуированная емкость (до 3 л) для сбора мочи, весы для взвешивания лист учета водного баланса.

Алгоритм действий:

Подготовка к манипуляции.

1. Приготовить все необходимое.
2. Установить доверительные отношения с пациентом, оценить его способность к самостоятельному проведению процедуры.
3. Убедиться, что пациент сможет проводить учет жидкости. Если не в состоянии, то это должна делать медсестра.
4. Объяснить цель и ход исследования и получить согласие пациента на процедуру.
5. Объяснить пациенту необходимость соблюдения обычного водно-пищевого и двигательного режима.
6. Убедиться, что пациент не принимал диуретики в течение 3 дней до исследования.
7. Дать подробную информацию о порядке записей в листе учета водного баланса, убедиться в умении заполнять лист.
8. Объяснить примерное процентное содержание воды в продуктах питания для облегчения учета водного баланса.
9. Примечание: твердые продукты питания могут содержать от 60 до 80% воды.

Выполнение манипуляции.

10. Объяснить, что в 6.00 необходимо выпустить мочу в унитаз.
11. Собирать мочу после каждого мочеиспускания в градуированную емкость, измерять диурез.

12. Фиксировать количество выделенной жидкости в листе учета.
13. Фиксировать количество поступившей жидкости в листе учета.
14. Объяснить, что необходимо указывать время приема или введения жидкости, а также время выделения жидкости в листе учета водного баланса в течение суток, до 6.00 следующего дня.
15. В 6.00 следующего дня сдать лист учета.

Окончание манипуляции.

16. Определить какое количество жидкости должно выделиться вместе с мочой (в норме).
17. Сравнить количество выделенной жидкости с количеством рассчитанной жидкости (в норме).
18. Считать водный баланс отрицательным, если выделяется меньше жидкости, чем рассчитано (в норме). Примечание: отеки нарастают (или есть).
19. Считать водный баланс положительным, если выделено больше жидкости, чем рассчитано.

Примечание: это может быть результатом действия диуретических лекарственных мочегонных продуктов питания, влияния холодного времени года.

Сделать записи в листе учета водного баланса.

Примечание: положительный водный баланс свидетельствует об эффективности лечения и схождении отеков. Отрицательный водный баланс свидетельствует о нарастании отеков или неэффективности дозы диуретических средств

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от "18" "08" 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА Применение спейсера

Стандартная операционная процедура (далее СОП) техника ингаляции через спейсер разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Показания: Заболевания органов дыхания (БА, ХОБЛ, бронхоспастический синдром) по назначению врача.

Противопоказания: устанавливаются индивидуально.

Оснащение: Ингалятор с лекарственным веществом для индивидуального пользования.

I. Подготовка к процедуре:

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство.
2. Проверьте название и срок годности лекарственного средства.
3. Обработайте руки.

II. Выполнение процедуры:



4. Продемонстрируйте пациенту выполнение процедуры, используя ингаляционный баллончик без лекарственного вещества.
5. Усадите пациента прямо (выпрямив спину).
6. Снимите крышку. Большой палец правой руки положите на крышку мундштука, средний – на дно ингалятора.

7. Энергично встряхните препарат и вставьте его в отверстие спейсера.
8. Сделайте глубокий выдох, затем слегка приподнимите подбородок, чтобы выпрямить дыхательные пути.

9. Плотно обхватите мундштук губами.
10. Дышите медленно и ровно.
11. Обхватите губами мундштук спейсера.
12. Начинайте делать глубокий вдох через рот и одновременно нажмите на дно ингалятора сверху
13. Вдыхайте через рот медленно, как можно глубже.
14. Задержите дыхание на 10 секунд, а затем сделайте медленный и ровный выдох через нос.
15. Сделайте еще один медленный и глубокий вдох из спейсера без надавливания на баллончик.
16. Если необходимо ввести еще одну дозу препарата, подождите приблизительно полминуты, а затем повторите маневр.

III. Окончание процедуры:

17. Закройте ингалятор защитным колпачком.
18. Обработайте руки.
19. Сделайте соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинский документ.

20. Дезинфекция

Дезинфекцию отработанного спейсера проводят способом полного погружения в дезинфицирующий раствор. Заполняя полости спейсера, избегая образования воздушных пробок. Для дезинфекции применяют не хлорсодержащий дезинфицирующий раствор с моющим эффектом.

С помощью вспомогательных средств (марлевых тампонов) проводят механическую очистку. После окончания дезинфекционной выдержки спейсера, извлекают из раствора и промывают под проточной водой.

Перед применением обработать мундштук ватным тампоном или марлевой салфеткой, смоченной спиртом 70%.



СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА

Техника использования небулайзера

Стандартная операционная процедура (далее СОП) техника использования небулайзера разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ

СОП определяют порядок организации работы медицинских сестер по использованию небулайзера. Данный СОП является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Небулайзер - устройство для проведения ингаляции, использующее сверхмалое дисперсное распыление лекарственного вещества. Применяется при лечении бронхиальной астмы и респираторных заболеваний.

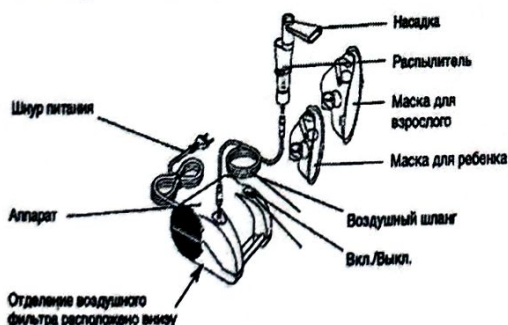
Оснащение:

Небулайзер, лекарственное средство (по назначению врача).

Алгоритм применения лекарственных средств через небулайзер.

I. Подготовка к процедуре:

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.
2. Проверить название и срок годности лекарственного средства.
3. Предложить/помочь пациенту занять положение сидя, откинувшись на спинку стула (в удобном положении).
4. Обработать руки.



5. Проверьте надежность соединения трубок и чистоту фильтра, подготовьте небулайзер к ингаляции (подключить к сетевому питанию, залить в резервуар назначенную врачом дозу лекарственного средства, прикрепить нужную ингаляционную насадку)

II Выполнение процедуры:

6. Предложить пациенту взять загубник в рот (или одеть маску для ингаляции) для грудного малыша,

дыхательную маску и мундштук.

7. Включить небулайзер и предложить пациенту дышать спокойно, медленно, глубоко загубник или маску.

III Окончание процедуры:

8. Выключить небулайзер из сети. Вынуть загубник из полости рта.

9. Дезинфекция

Дезинфекция небулайзера должна осуществляться обязательно. При игнорировании данного требования размножается болезнетворная микрофлора, которая попадает в дыхательные пути при очередном использовании ингалятора.

Правила очистки

В процессе очистки небулайзера подлежат:

- маска или трубка (мундштук) для вдыхания;
- трубка, которая соединяет маску и контейнер;
- емкость, куда помещаются лекарственные средства, а также крышка к ней;
- трубочка, через которую подается газ от аппарата.

Внутри небулайзера располагается фильтр в виде губки. Он задерживает некоторые вещества, попадающие туда из воздуха. В процессе использования он также загрязняется. Рекомендуется не чистить его, а заменять новым.

Процесс простой очистки ингалятора проходит в несколько этапов.

1. Предварительно разобрать небулайзер, убрать в сторону блок, который очистке не подлежит.
2. Полное погружение в дезинфицирующий раствор (не хлорсодержащий с моющим эффектом), заполняя каналы и полости изделий, избегая образования воздушных пробок.
3. Промывание каждой детали при помощи проточной теплой воды, дать просохнуть.
4. Перед применением обработать загубник ватным тампоном или марлевой салфеткой, смоченной спиртом 70%.

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА КИСЛОРОДНАЯ ТЕРАПИЯ

Стандартная операционная процедура (далее СОП) кислородная терапия разработано на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Кислородная терапия, или оксигенотерапия – применение кислорода в лечебных целях. Основная его задача - восполнение кислорода в тканях организма и профилактика кислородного голодания.

Оснащение:

- пульсоксиметр для измерения насыщаемости крови кислородом
- антисептик для обработки рук
- концентратор кислорода
- одноразовая носовая канюля, назальный катетер
- дистиллированная вода
- стул или кушетка (для больного).

Показания к оксигенотерапии:

- дыхательная недостаточность при болезнях дыхательной системы (хронической обструктивной болезни легких, бронхиальной астме, пневмонии, отеке легких и др.);
- острая и хроническая гипоксия (кислородная недостаточность), в том числе вызванная нарушениями кровообращения вследствие заболеваний сердечно-сосудистой системы;
- угроза развития хронической кислородной недостаточности (при росте напряженности компенсаторных реакций организма на пониженное содержание кислорода в атмосфере).

Алгоритм действия:

1. Обработать руки;
2. Измерить сатурацию кислорода (SpO₂) пульсоксиметром;
 - если сатурация кислорода ниже 88%, то необходимо обеспечить подачу кислорода, чтобы достигнуть уровня кислорода до 90-95%.
3. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры
4. Проверить наличие дистиллированной воды в увлажнителе;

5. Включить аппарат;
6. Подключить стерильную кислородную канюлю к аппарату и надеть на лицо пациента;
6. Проверить исправность концентратора кислорода соответствии с инструкцией по его применению.
8. Установить скорость подачи кислорода от 1 л/мин. Измерить сатурацию через 20-30 минут после первого подключения, и увеличивать и уменьшать скорость подачи до достижения уровня SpO₂ 90-95 %.
9. Установить концентратор в хорошо проветриваемом месте вдали от нагревательных приборов. Расстояние до стен. Крупных предметов мебели, штор должно превышать 30 см, чтобы обеспечить неограниченный приток воздуха к задней стенке прибора, поскольку концентратор охлаждается воздухом.
10. Придать пациенту удобное положение, усадить или уложить его.

Примечание: Оксигенотерапия является достаточно полезной и эффективной для организма. Кислород не вызывает привыкания, не вызывает побочных эффектов, главное – использовать его по назначению. Оксигенотерапия практически не дает осложнений.

Дезинфекция кислородных концентраторов - обязательная часть обслуживания аппарата по выделению O₂. При правильном уходе генератор кислорода прослужит дольше и будет производить качественный очищенный кислород.

Периодически нужно очищать следующие детали кислородного концентратора:

- фильтры для грубой фильтрации;
- фильтрующие элементы тонкой очистки;
- увлажнитель;
- гарнитуру для дыхания (маску, канюли для носа).

Правила очистки и обработки кислородных концентраторов:

- Перед тем как начать дезинфицировать концентратор кислорода, выдерните шнур из розетки.
- Фильтры чистятся пылесосом или промываются теплым мыльным раствором и водой, а затем сушатся на воздухе. Фильтры чистятся или заменяются раз в две недели (грубой очистки) и рекомендуется менять один раз в 6 месяцев (тонкой очистки).
- В увлажнитель кислорода необходимо заливать исключительно дистиллированную воду и заменяется на новую после каждого сеанса оксигенотерапии. Раз в неделю следует помыть увлажнитель водой с мылом. В каждом увлажнителе есть метки минимума и максимума, необходимое количество воды должно соответствовать данным границам.
- Очищать и обрабатывать концентраторы кислорода следует регулярно, чтобы предотвратить размножение инфекции и засорение колонок цеолита.

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от 18.08.2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА Снятие электрокардиографии (ЭКГ)

Электрокардиография (ЭКГ) – это метод исследования сердца, основанный на регистрации и анализе электрических потенциалов, возникающих во время работы сердца и отводимых с поверхности тела или с его полостей.

Запись ЭКГ производится с помощью электрокардиографов и различных систем отведений ЭКГ.

Каждое отведение регистрирует разность потенциалов, существующую между двумя определенными точками электрического поля сердца, в которых установлены электроды.

Оснащение:

- электрокардиограф;
- электродная паста (гель);
- нестерильные перчатки;
- одноразовая пленка;
- бумажные салфетки;
- спиртовые салфетки;
- кожный антисептик для обработки рук;
- КБСУ для медицинских отходов класса «Б».

Подготовка пациента:

- ЭКГ регистрируется в тепловом помещении, удаленном от возможных источников электрических помех, через 10-15 мин отдыха пациента, не ранее чем через 2 ч после приема пищи.

- Если пациент принимал с утра какие-либо препараты (особенно сердечно-сосудистые средства) предупредите медперсонал, чтобы на ЭКГ сделали отметку, это поможет врачу при расшифровке

Алгоритм действия:

- 1) Представить себя пациенту;
- 2) Провести идентификацию пациента согласно внутренним правилам организации;
- 3) Объяснить цель и ход процедуры;
- 4) Попросить пациента снять одежду до пояса и оголить нижнюю треть голеней. Если пациент не в состоянии снять одежду самостоятельно, то медицинскому персоналу необходимо снять одежду с пациента самостоятельно, либо с привлечением другого сопровождающего;

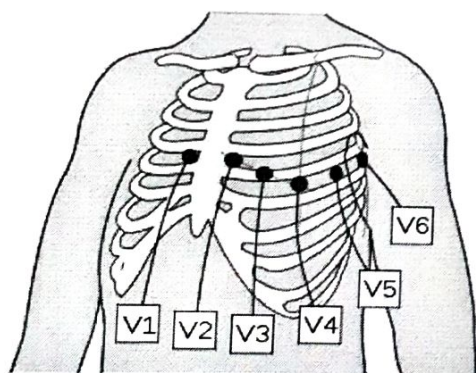
- 5) Постелить одноразовую пленку на кушетку;
- 6) Провести обработку рук согласно требованиям по обработке рук;
- 7) Надеть перчатки;
- 8) Правильно расположить пациента (лежа на спине), освободить от одежды до пояса и нижнюю треть голеней.

- 9) Обезжирить кожу салфеткой, смоченной в 0,9% растворе хлорида натрия и покрыть электроды специальной пастой (гель) при необходимости;

- 10) Правильно расположить электроды на внутренних поверхностях конечностей, создав условия для контакта:

Правая рука – электрод красного цвета.

- Левая рука – желтого цвета.
 Левая нога – зеленого цвета.
 Правая нога (заземление) – черный цвет.
- 11) Отведения. Расположение регистрирующего электрода:
 V1 в 4-м межреберье у правого края грудины;
 V2 в 4-м межреберье у левого края грудины;
 V3 на середине расстояния между V2 и V4;
 V4 в 5-м межреберье по срединно-ключичной линии;
 V5 на пересечении горизонтального уровня 4-го отведения и передней подмышечной линии;
 V6 на пересечении горизонтального уровня 4-го отведения и средней подмышечной линии;
- 12) Установить скорость записи (50 мм с – 1 или 25 мм с-1). Провести калибровку. Провести запись сначала в стандартных отведениях, затем грудных отведений. После окончания исследования, снять электроды с пациента и предоставить пациенту салфетку для вытирания геля с кожных покровов, либо вытереть гель с тела пациента самостоятельно
- 13) Утилизировать бумажные салфетки и пеленку в медицинские отходы класса «Б»;
- 14) Снять перчатки и утилизировать в медицинские отходы класса «Б»;
- 15) Провести обработку рук согласно требованию;
- 16) На электрокардиографической ленте записать идентификационные данные пациента согласно правилам, а также зафиксировать дату и время исследования.
- 17) Обработать электроды спиртовыми салфетками.



Документирование: Электрокардиографическую ленту после расшифровки подшивают в медицинскую карту больного.

Примечания:

- 1) Запись ЭКГ осуществлять при спокойном дыхании;
 - 2) Вначале записывают ЭКГ в стандартных отведениях (I, II, III), затем в усиленных отведениях от конечностей (aVR, aVL и aVF) и грудных отведениях (V1 — V6);
 - 3) В каждом отведении регистрируют не менее 4 сердечных циклов, при необходимости регистрируют больше.
 - 4) ЭКГ регистрируют, как правило, при скорости движения бумаги 25 мм/сек.
 - 5) При работе с электрокардиографом следует соблюдать основные правила техники безопасности;
 - 6) Пациент не должен касаться металлических частей кровати / кушетки;
- Электрокардиограф и металлическая кровать / кушетка, на которой лежит пациент, во время записи ЭКГ должны быть заземлены.

Обработка аппарата ЭКГ

Аппарат ЭКГ по классификации медицинского оборудования относится к категории — «некритичные». К этой категории относятся аппараты для проведения процедур обследования пациента, которые контактируют с кожным покровом (то есть кожные покровы, не имеющие каких-либо повреждений). Риск инфицирования через электроды аппарата ЭКГ очень низкий, поэтому можно проводить дезинфицирование низкого уровня.

Электроды аппарата ЭКГ

У аппарата ЭКГ контактирующей частью с кожей пациента являются электроды. И именно они подвергаются дезинфекции перед каждым приемом нового пациента, так как на кожных покровах даже у здорового человека присутствуют различные патогенные микроорганизмы. Без проведения дезинфекции они способны очень быстро размножаться.

Электроды бывают одноразовыми и многоразовыми, от их типа зависят требуемые нормы по обеззараживающим и профилактическим манипуляциям.

Одноразовые после проведения работы подлежат утилизации.

Многоразовые электроды ЭКГ аппарата подвергаются дезинфекции после проведенной диагностической процедуры с помощью спирта (70% этиловый) или других дезинфицирующих средств. Ватным шариком, смоченным в спирте или дезсредстве, протираются поверхности электродов. После полного высыхания обработанной поверхности можно проводить следующую диагностику ЭКГ.

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от 18.08.2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Цель: лечебная и диагностическая (удаление ядов, бактерий и токсинов из желудка, диагностика промывных вод).

Показания:

- острые отравления;
- большими дозами лекарств;
- недоброкачественными продуктами;
- алкоголем;
- грибами;
- химическими веществами и т.д.

Противопоказания:

- органические сужения пищевода;
- кровотечения из пищевода и желудка;
- инфаркт миокарда, стенокардия, аневризма аорты;
- нарушение мозгового кровообращения;
- тяжелые химические ожоги слизистой оболочки гортани, пищевода и желудка;
- судороги.

Оснащение: стерильная система для промывания желудка, которая состоит из: двух толстых стерильных желудочных зондов, соединенных стеклянной трубкой; стерильная воронка емкостью 0,5-1 л; полотенце; салфетки; стерильная емкость с крышкой для диагностики промывных вод; емкость (ведро) с водой комнатной температуры (20° С); ковш емкостью 0,5-1 л; емкость для сбора промывных вод (таз); стерильные перчатки; непромокаемый фартук - 2 шт; очки или щиток - 1 шт; стерильное вазелиновое масло или глицерин; роторасширитель; емкости с дезраствором.

Алгоритм действие:

1.Подготовка к манипуляции.

1. Объяснить пациенту необходимость, ход манипуляции, а также возможность появления тошноты, позывов на рвоту, которую можно подавить, если глубоко дышать через нос; постараться не сдавливать просвет зонда зубами и не выдергивать его.
- 2.Провести психологическую подготовку пациента.
- 3.Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры, получить его согласие.
- 4.Приготовить все необходимое оснащение.
- 5.Надеть на себя фартук.
- 6.Вымыть руки. Надеть перчатки.
- 7.Усадить пациента на стул, слегка наклонить его голову назад.
- 8.Надеть пациенту фартук.

9. У ног пациента поставить таз для промывных вод.

10. Определить расстояние, на которое необходимо ввести зонд (рост минус сто, или от губ до мочки уха и вниз по передней брюшной стенке, так, чтобы последнее отверстие зонда было ниже мечевидного отростка), сделать отметку.

11. Надеть очки или щиток.

12. Объяснить пациенту, что во время введения зонда надо дышать носом, делать глотательные движения, нельзя зонд сдавливать зубами, выдергивать.

13. Смазать слепой конец зонда стерильным вазелиновым маслом или глицерином.

14. Взять систему для промывания, стать справа от пациента и предложить ему открыть рот.

15. Положить слепой конец зонда на корень языка и попросить пациента сделать глотательные движения, продвигая в это время зонд.

Примечание:

1. Если во время продвижения зонда у пациента возникает кашель, затруднение дыхания, лицо синеет, то немедленно извлеките зонд назад (зонд попал в трахею или гортань), затем повторно введите зонд.

2. Если при введении зонда у пациента возникают позывы на рвоту, введение прекратите, предложите ему сделать несколько глубоких вдохов носом, а затем продолжите введение.

16. Введите зонд до установленной отметки.

17. Присоединить к зонду воронку и опустить ее ниже уровня желудка (до уровня колен пациента), немного наклонив ее.

II. Выполнение манипуляции.

18. Налить воду в воронку (0,5 - 1,0 л).

19. Медленно поднять воронку выше желудка пациента, следя за уровнем воды в воронке. Как только вода достигнет устья воронки, быстро опустить ее ниже колен пациента. Вода с содержимым желудка обратно поступит в воронку. Проследить, чтобы количество выведенной жидкости было равно количеству введенной.

Примечание: *нельзя допустить попадания воздуха в систему!*

20. Опустить воронку над тазиком и слить ее содержимое.

Примечание: *если содержимое желудка необходимо исследовать, то первую порцию промывных вод собрать в стерильную маркированную банку с крышкой, оформить направление и передать в лабораторию через кого-либо (помощника).*

21. Процедуру промывания (18 -20 пункты) повторить до получения чистых промывных вод (используя 10-12 л воды).

Примечание: Во время промывания постоянно необходимо осматривать промывные воды и следить за состоянием пациента!

При появлении в них прожилков крови промывание прекратить и срочно вызвать врача!

III. Окончание манипуляции.

22. После окончания промывания отсоединить воронку и поместить ее в дезраствор.

23. Опустить зонд над тазом до полного стока остатков жидкости.

24. Осторожно извлечь зонд из желудка и поместить в емкость с дезраствором.
25. Дать пациенту прополоскать рот, обтереть кожу вокруг рта салфеткой.
26. Снять с пациента фартук поместить его в дезраствор.
27. Провести дезинфекцию промывных вод.
28. Обеспечить пациенту психический и физический покой.
29. Снять щиток, фартук и перчатки, поместить их в емкости с дезраствором.
30. Вымыть и осушить руки.
31. Сделать отметку в медицинской документации о проделанной манипуляции.

Примечание:

- Если пациент находится в бессознательном состоянии, промывание проводится с использованием шприца Жанэ, или после предварительной интубации трахеи.
- При отсутствии зонда начать промывание «стаканным методом»: предлагается выпить 6-8 стаканов воды и вызвать рвоту раздражением корня языка, если пациент в сознании. Однако, проводить промывание желудка «стаканным методом» не рекомендуется.
- Возможно промывание желудка тонким зондом (0,3-0,5 см), введенным интраназально, при этом в шприц Жане набирается вода в объеме 0,5 л, вводится в желудок и аспирируется обратно этим же шприцем.
- При уремии промывание проводить 2% - 4% раствором натрия гидрокарбоната.
- При подозрении на отравление, при пищевой токсикоинфекции, брать первую порцию промывных вод на исследование в стерильную ёмкость. При остром экзогенном отравлении в чистую емкость взять первую и последнюю порции промывных вод. Первую – для определения неизвестного яда, последнюю - для определения качества промывания желудка.
- Необходимо проводить учет введенного и выведенного объема воды.
- При наличии в промывных водах крови проведение процедуры остановить для коррекции последующих действий.
- При промывании желудка ребенка необходимо выбрать диаметр зонда, соответствующий возрасту:

Новорожденному 2-3 мм

До 3 мес 3-4 мм

До 3 лет 5 мм

До 4-6 лет 10 мм

Зонд. До 3-х мес – желудочный катетер № 6, 8, 10, у детей до 3-х лет – тонкий зонд, старше – толстый.

- Ребенку раннего возраста открыть рот шпателем обернуть бинтом.
- В воронку налить или набрать в шприц воду.

На одномоментное введение в объеме:

Новорожденному – 20 мл

1-2 мес 60-80 мл

5-6 мес 100 мл

9-12 мес 120-150 мл

2-3 года 200-250 мл

6-7 лет 350-400 мл

- Нельзя допускать полного перехода всей жидкости из шприца (воронки) в желудок, т.к. после жидкости насасывается воздух, что затрудняет в дальнейшем удаление содержимого желудка.

- С целью профилактики водно-солевых нарушений и развития отека головного мозга для процедуры следует использовать солевые растворы (изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера, гемодез, воду с добавлением поваренной соли), контролировать количество жидкости, введенной в желудок и выведенной из него.

- Контроль состояния ребенка. У детей раннего возраста поршень не извлекают. С его помощью удаляют содержимое желудка.

- После процедуры очередное кормление ребенка следует пропустить!

Достижимые результаты и их оценка: Наличие чистых промывных вод

Утверждено
приказом МЗ КР № 63д
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА ВНУТРИВЕННАЯ ИНФУЗИЯ

Стандартная операционная процедура (далее СОП) внутривенная инфузия разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Внутривенная инфузия (вливание) — инфузия («капельница») является парентеральным способом введения лекарственных, а также питательных веществ в организм человека через кровеносное русло, но в большом объеме жидкости. При внутривенной инфузии растворы вводятся с помощью капельной системы. Внутривенное капельное введение лекарственных и питательных веществ проводится при наличии показаний у пациента. Медицинская сестра строго следует врачебному назначению и на уровне ПМСП делает под наблюдением врача (используя онлайн связь, телемедицину, телеконсультирование и т.д.)

Места венепункции: Капельная система для инфузий устроена таким образом, что на одном конце ее находится игла воздуховода для прокалывания крышки флакона, на другом — канюля для соединения с инъекционной иглой. Чтобы ввести раствор в просвет вены, необходимо провести венепункцию (из латинского *vena* — вена, *punctio* — колоть).

Наиболее легко пунктируются хорошо выраженные вены. Ближе всего к коже находятся вены:

- внутренней поверхности локтевых сгибов
- предплечья
- тыльной стороны кисти



При прокалывании вены важно учитывать длительность процедуры и располагать иглу так, чтобы пациенту было максимально комфортно. Неоднократная внутривенная инфузия, введение большого объема жидкости могут служить показаниями к применению внутривенного катетера вместо иглы.

Подготовка к процедуре: К внутривенной инфузии необходимо провести подготовку:

- рабочего пространства и оснащение
- пациента, которому назначено вливание
- медицинского работника, собирающегося проводить процедуру

Оснащение:

- Одноразовые нестерильные перчатки
- Манипуляционный передвижной столик
- Венозный жгут
- Одноразовая система для внутривенной инфузии
- Шприц нужного размера
- При необходимости — внутривенный катетер и фиксирующий пластырь для него
- Ножницы или пинцет для открывания флаконов
- Пилка для вскрывания ампул
- Спиртовые салфетки или ватные шарики + спирт 70% для обработки ампул, флаконов и кожи пациента (спирт 70% или другой антисептик)
- Стерильные салфетки, фиксирующий бинт или лейкопластырь
- Иглоотсекатель
- Штатив (стойка) для системы внутривенного вливания
- Подушка для подкладывания под место венепункции
- Кровать или кушетка
- Необходимые растворы и лекарственные препараты по назначению врача
- Непрокальываемая емкость-контейнер для сбора колющих отходов класса Б
- Контейнеры для сбора отходов классов А и Б

Подготовка медицинской сестры: Медицинская сестра обрабатывает руки в соответствии требованию гигиены рук. Чистыми руками надевает медицинскую маску, защитные очки или щитки.

Подготовка пациента: Медицинская сестра устанавливает доверительные отношения с пациентом: представляется ему, сообщает о назначении врачом внутривенного вливания. Пациенту объясняет цель введения лекарственного вещества капельным методом, суть и ход процедуры.

Пациенту предлагается опорожнить мочевой пузырь перед процедурой, а затем принять удобное полусидячее или полуплежачее положение на кушетке или кровати.

Подготовка к процедуре:

1. Проверить флакон с раствором на срока годности, оценить цвет, прозрачность, убедиться в отсутствии осадка и внешних повреждений.

2. Пинцетом или ножницами вскрыть центральную часть металлической крышки флакона, затем обработать резиновую пробку флакона спиртовой салфеткой.

3. При необходимости введения в раствор лекарственного вещества из ампулы или небольшого флакона во флакон с растворителем.

- ампулу или флакон с лекарственным веществом проверить на соответствие названию назначенного препарата, срока годности, прозрачность, отсутствие повреждений и осадка.

- приготовить шприц с иглой для введения лекарственного вещества в растворитель.

- обработать спиртовой салфеткой крышку флакона или горлышко ампулы, вскрыть ампулу или проколоть иглой флакон, вскрыть, шприцом набрать препарат. Ввести препарат во флакон с растворителем.
- отработанную иглу отсечь с иглоотсекателем, а отработанный шприц — в контейнер для отходов класса «Б».



4. Вскрыть упаковочный пакет, извлечь систему.
5. Снять колпачок с иглы воздуховода, ввести иглу в резиновую пробку флакона до упора.
6. Открыть заглушку, закрывающую отверстие воздуховода.
7. Закрывать винтовой зажим системы, перевернуть флакон вверх дном и установить его на штативе.
8. Пальцами с двух сторон аккуратно сдавить капельницу, заполнив ее раствором наполовину.

Если капельное устройство жесткое, оно заполняется при открытии винтового зажима.

9. При наличии в капельном устройстве фильтра он должен быть полностью заполнен раствором, предназначенным для вливания.
 10. Открыть винтовой зажим и медленно заполнить длинную трубку системы до полного вытеснения жидкости и появления капель раствора из соединительной канюли.
 11. Присоединить стерильную инъекционную иглу с колпачком.
 12. Убедиться в отсутствии пузырьков воздуха на всем протяжении системы.
 13. Закрывать зажим и укрепить (повесить) систему на штативе.
 14. Приготовить 2 полоски узкого лейкопластыря длиной около 5 см для фиксации иглы системы.
 15. У кровати или кушетки пациента установить штатив с капельной системой, а также манипуляционный столик со всем приготовленным оснащением.
- Проведение процедуры:**
16. Убедиться в удобстве позы пациента.
 17. Под место предполагаемой венопункции положить подушку для внутривенных инъекций.
 18. Пропальпировать место предполагаемой венопункции, чтобы убедиться в отсутствии повреждений, гематом и инфильтратов. При наличии таковых сообщить об этом врачу и выбрать другой место венопункции.
 19. Наложить венозный жгут на среднюю треть плеча через рубашку или пеленку таким образом, чтобы на лучевой артерии пальпировался пульс.
 20. Одеть нестерильные одноразовые перчатки.
 21. Попросить пациента сжать кисть в кулак и держать ее в этом положении.
 22. Кожу на месте предполагаемой венопункции обработать спиртовыми салфетками. Используются минимум 2 салфетки, при необходимости — больше. Кожа протирается от центра к периферии круговыми движениями, дождитесь пока кожа высохнет от спирта.
 23. Взять иглу правой рукой за канюлю, левой снять колпачок, большим пальцем одной руки зафиксировать вену, натянув кожу. Другой рукой пунктировать вену

иглой с подсоединенной к ней системой, держа иглу срезом вверх параллельно коже. При попадании иглы в вену появится ощущение попадания в пустоту. Иглу ввести в вену не более чем на 1/2 длины.



24. При появлении в канюле крови попросить пациента разжать кулак и расслабить руку. Одновременно снять или ослабить жгут.

25. Открыть винтовой зажим и отрегулировать скорость капельного вливания согласно назначению врача.

26. Зафиксировать иглу и трубку системы к коже пациента с помощью узкого лейкопластыря. Иглу

прикрыть сухой стерильной салфеткой.

27. Снять перчатки и поместить их в контейнер для отходов класса «Б». Обработать руки по требованию гигиены рук.

28. Наблюдать за пациентом: его внешним видом, поведением, самочувствием на протяжении всего времени инфузии.

29. Если потребуется последовательно ввести лекарственные растворы из нескольких флаконов, поступают следующим образом: когда в первом флаконе останется небольшое количество раствора, вводят иглу системы в пробку второго флакона, заранее укрепленного на крепителе.

Окончание процедуры:

30. Обработать руки по требованию гигиены рук и надеть нестерильные одноразовые перчатки.

31. Закрыть винтовой зажим, приложить спиртовую салфетку к месту венепункции, извлечь иглу из вены наиболее безболезненно.

32. Иглу вставить в иглоотсекатель и отсекать иглу, систему сбросить в емкость для медотходов класса Б. Спиртовую салфетку сменить на стерильную марлевую салфетку, на которую наложить фиксирующий бинт, как сухую давящую повязку.

33. Убедиться в отсутствии наружного кровотечения из места венепункции.

34. Отработанные материалы, контактировавшие с кожей пациента, а также перчатки сбросить в контейнер для отходов класса «Б».

35. Пустой флакон и другие отработанные материалы, не контактировавшие с кожей пациента, помещаются в контейнер для отходов класса «А».

36. После окончания процедуры обработать руки по требованию гигиены рук.

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА ВНУТРИВЕННАЯ ИНЪЕКЦИЯ

Стандартная операционная процедура (далее СОП) внутривенная инъекция разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Определение: Внутривенная инъекция - введение лекарственных средств в вену. Введение лекарственных веществ парентеральным способом — быстрый метод доставки лекарственного вещества в организм человека.

Показание: Внутривенное струйное введение лекарственных веществ проводят однократно либо курсом лечения:

- при оказании неотложной помощи
- при необходимости быстрого введения лекарственного средства в кровяное русло

Показания для внутривенных инъекций определяются исключительно врачом. Медицинская сестра выполняет процедуру по врачебному назначению.

Место инъекций: Для введения препарата в венозный просвет необходима **венепункция** (от латинского *vena* — вена, *punctio* — колоть). Пунктировать легче хорошо выраженные вены. Места, где вены находятся близко под кожей:

- локтевые сгибы
- тыльная сторона кисти
- предплечье
- височные вены — у новорожденных

Подготовка к процедуре: Перед инъекцией проводится подготовка:

- оснащения
- пациента
- медицинского работника

Оснащение: Для проведения процедуры понадобятся:

- Кушетка
- Манипуляционный передвижной столик или лоток
- Кресло для внутривенных манипуляций. При его отсутствии — подушка для подкладывания под локтевой сгиб или другое место инъекции.
- Стул со спинкой

- Ножницы или пинцет (нестерильные) для открывания флаконов
- Пилка для открывания ампулы
- Спиртовые салфетки или ватные шарики + спирт 70% для обработки ампул, флаконов и кожи пациента (спирт 70% или другой антисептик)
- Чистый лоток со стерильной салфеткой
- Нестерильные одноразовые перчатки
- Венозный жгут
- Шприц
- Лекарственное средство
- Иглоотсекатель
- Контейнер для сбора колющих отходов класса Б2
- Контейнеры для сбора отходов классов А и Б3

Подготовка медицинской сестры: Медицинская сестра обрабатывает руки в соответствии с правилами гигиенической обработки рук. Затем чистыми руками надевается маска, защитные очки.

Подготовка пациента: Медицинская сестра устанавливает доверительные отношения с пациентом: представляется ему, объяснить ему о процедуре, если на уровне ПМСП уточнить каким врачом сделано назначение, если есть контакты врача, написать ее в процедурном журнале (на неотложный случай). Также следует выяснить, как давно пациент принимал пищу. Большинство препаратов нельзя вводить внутривенно струйно натошак. В некоторых ситуациях, наоборот, не следует принимать пищу перед инъекцией. Предложить пациенту занять удобное положение.

Подготовка к процедуре:

1. Взять флакон или ампулу с лекарственным средством, проверить срок годности, сверить название с назначением врача, убедиться, что больному назначено данное лекарство и проверить отсутствие внешних повреждений, оценить прозрачность раствора.
2. Взять шприц необходимого объема с достаточной длиной и толщиной иглы, проверить срок годности и целостность упаковки, вскрыть шприц.
3. Набрать лекарственное средство в шприц:
 - **При наборе препарата из ампулы:** проверить название, внешний вид, дозировку и срок годности лекарственного средства. Встряхнуть ампулу, чтобы раствор оказался в ее широкой части, надпилить шейку, протереть шейку спиртовой салфеткой, надломить горлышко, набрать препарат, выпустить из шприца воздух, при необходимости одеть колпачок методом одной руки и положить шприц в чистый лоток со стерильной салфеткой.
 - **При наборе лекарственного средства из флакона:** проверить название, внешний вид, дозировку и срок годности лекарственного средства. Ножницами или пинцетом отогнуть часть крышки, закрывающую резиновую пробку, протереть пробку спиртовой салфеткой, поместить иглу через пробку во флакон под углом 90 градусов, чтобы срез находился внутри флакона. Перевернуть флакон вверх дном, набрать раствор в шприц. Заменить иглу шприца на стерильную, выпустить из шприца воздух, не снимая колпачка с иглы, при необходимости положить шприц в чистый лоток со стерильной салфеткой. Использованную иглу поместить в непроколываемый контейнер класс Б.

Для внутривенной инъекции чаще всего используется действующее лекарственное вещество в малом количестве (в среднем от 1 до 10 мл) и

физиологический раствор для разведения. Дозировку как основного действующего вещества, так и раствора для разведения, определяет врач.



В случае наличия у пациента только мелких просматриваемых вен, а также для детей, пользуются иглой-бабочкой различных размеров — от 21G до 27G.

Алгоритм проведения процедуры:

4. Выбрать конкретное место венепункции. Осмотреть и пропальпировать его на наличие признаков воспаления, повреждений, инфильтрации. При их наличии поменять место инъекции, сообщить лечащему врачу.

5. Наложить пациенту жгут выше места инъекции. В случае пунктирования локтевой (кубитальной) вены — на среднюю треть плеча жгут накладывается не на кожу, а поверх одежды или пеленки. При этом на ближайшей артерии должен пальпироваться пульс. При инъекции в кубитальную вену пациент максимально разгибает руку в локтевом суставе. С этой целью по локоть подкладывается специальная подушка. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак.

6. Обработать руки антисептиком и надеть нестерильные одноразовые перчатки.

7. Осмотреть и пропальпировать вену, которая будет пунктирована.

8. Кожу на месте предполагаемой венепункции обработать спиртовыми салфетками. Используются минимум 2 салфетки, при необходимости — больше. Кожа протирается от центра к периферии круговыми движениями, дождитесь пока кожа высохнет от спирта.

9. Непосредственно перед пункцией вены попросить пациента сжать кулак и держать его в этом положении.

Венепункция

10. В правую руку взять шприц, защитный колпачок снять. Указательным пальцем придерживать канюлю иглы. Игла находится *срезом вверх!*

11.левой рукой зафиксировать вену пациента, натянув кожу вниз большим пальцем. При этом палец находится ниже места инъекции на 4-5 см.

12. Держа иглу срезом вверх, проколоть кожу почти параллельно ее поверхности, под углом не более 30° по направлению к вене. Далее пунктируется вена — игла вводится не больше, чем на половину своей длины. При попадании иглы в вену появляется ощущение попадания «в пустоту».

13. Чтобы убедиться, что игла находится в вене, проводится контроль. Зафиксировав шприц одной рукой, другой оттянуть поршень шприца на себя. Если кровь поступает в полость шприца — игла в вене.

14. Снять (ослабить) жгут, попросить пациента разжать кулак. Повторно провести контроль нахождения иглы в вене.

Введение лекарственного вещества

15. Придерживая в фиксированном положении одной рукой цилиндр и канюлю шприца, другой рукой медленно нажимать на поршень, вводя раствор в кровеносное русло. Около 0,5 мл раствора оставляется в шприце.

16. Время введения препарата прописывается врачом. В процессе процедуры медицинская сестра должна контактировать с пациентом, узнать о его самочувствии.

При ухудшении состояния пациента срочно сообщить врачу через нарочного или связь.

17. Прижав к месту прокола спиртовую салфетку, быстро, но аккуратно извлечь иглу. Не следует выдергивать резко, это вызывает боль.
18. Попросить пациента придержать салфетку.
19. Использованный шприц вставить в иглоотсекатель и отсечь иглу, пластиковую часть шприца сбросить в емкость для медотходов класса Б.
20. Спиртовую салфетку у пациента заменить на сухую стерильную салфетку, наложить поверх нее давящую повязку.
21. Снять перчатки, отработанные материалы, контактировавшие с кожей пациента, а также перчатки сбросить в контейнер для отходов класса «Б».
22. Пустой флакон и другие отработанные материалы, не контактировавшие с кожей пациента, помещаются в контейнер для отходов класса «А».
23. Обработать руки антисептиком.
24. Оценить состояние пациента, узнать о его самочувствии.
25. Сделать необходимые отметки в медицинской документации на бумажных и электронных носителях.
26. Осмотреть место инъекции через 20-25 минут, выясните состояние пациента

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА ВНУТРИМЫШЕЧНАЯ ИНЪЕКЦИЯ

Стандартная операционная процедура (далее СОП) внутри мышечная инъекция разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

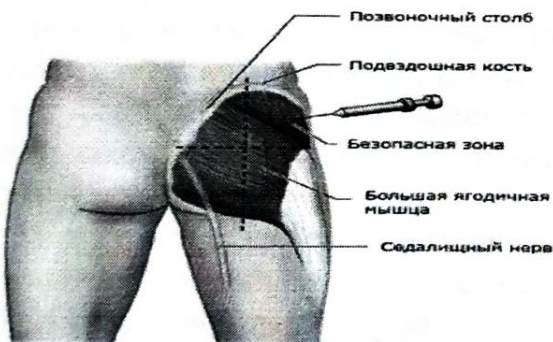
В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Внутримышечная инъекция - введение лекарственных средств в мышечную ткань.

Показания к внутримышечным инъекциям определяет исключительно лечащий или дежурный врач. Медицинская сестра выполняет процедуру по врачебному назначению.

Противопоказания. Определяются врачом. В месте инъекции не должно быть воспалительных и/или дегенеративных процессов (гнойники, сыпь, ожоги и т.п.)

Места введения: внутримышечная инъекция производится в одной из анатомических областей:



- верхненаружный квадрат ягодицы (большая ягодичная мышца)
- бедро, средняя переднебоковая поверхность (прямая мышца бедра и латеральная головка четырехглавой мышцы бедра)
- плечо (дельтовидная мышца)

Подготовка к процедуре: перед инъекцией проводится подготовка:

- оснащения
- пациента
- медицинского работника

Оснащение: Для проведения процедуры понадобятся:

- Манипуляционный столик
- Кушетка
- Ампула или флакон с лекарственным средством;
- Шприц нужного объема;
- Иглоотсекатель

- Ножницы или пинцет (нестерильные) для открывания флаконов
- Пилка для открывания ампулы
- Спиртовые салфетки или стерильные ватные шарики + спирт 70% для обработки ампул, флаконов и кожи пациента (спирт 70% или другой антисептик)
- Контейнер для сбора колющих отходов класса Б2
- Контейнеры для сбора отходов классов А и Б3

Подготовка пациента: Медицинская сестра устанавливает доверительные отношения с пациентом: представляется ему, объяснить ему о процедуре, если на уровне ПМСП уточнить каким врачом сделано назначение, если есть контакты врача, написать ее в процедурном журнале (на неотложный случай). Предложить пациенту занять удобное положение.

Подготовка медицинской сестры: Медицинская сестра обрабатывает руки в соответствии правилам гигиенической обработки рук.

Подготовка к процедуре:

1. Взять флакон или ампулу с лекарственным средством, проверить срок годности, сверить название с назначением врача, убедиться, что больному назначено данное лекарство и проверить отсутствие внешних повреждений, оценить прозрачность раствора.
2. Взять шприц необходимого объема с достаточной длиной и толщиной иглы, проверить срок годности и целостность упаковки, вскрыть шприц.
3. Набрать лекарственное средство в шприц:
 - **При наборе препарата из ампулы:** проверить название, внешний вид, дозировку и срок годности лекарственного средства. Встряхнуть ампулу, чтобы раствор оказался в ее широкой части, надпилить шейку, протереть шейку спиртовой салфеткой, надломить горлышко, набрать препарат, выпустить из шприца воздух, при необходимости одеть колпачок методом одной руки и положить шприц в лоток со стерильной салфеткой.
 - **При наборе лекарственного средства из флакона:** проверить название, внешний вид, дозировку и срок годности лекарственного средства. Ножницами или пинцетом отогнуть часть крышки, закрывающую резиновую пробку, протереть пробку салфеткой с антисептиком, поместить иглу через пробку во флакон под углом 90 градусов, чтобы срез находился внутри флакона. Перевернуть флакон вверх доньшком, набрать раствор в шприц. Заменить иглу шприца на стерильную, выпустить из шприца воздух, не снимая колпачка с иглы. При необходимости положить шприц в лоток со стерильной салфеткой. И использованную иглу поместить в непрокалываемый контейнер класса Б.
4. Предложить пациенту занять удобное положение.
5. Выбрать место инъекции, осмотреть и пропальпировать его на наличие признаков воспаления и инфильтрации. При их наличии поменять место инъекции, сообщить лечащему врачу.
6. Обработать руку антисептиком.
7. Обработать место инъекции не менее чем двумя спиртовыми салфетками. Дождитесь пока кожа высохнет от спирта.
8. Кожу пациента в районе намечаемого прокола растянуть большим и указательным пальцем одной руки для увеличения объема мышцы и облегчения ввода иглы.
9. В другую руку взять шприц (указательный палец на поршне, мизинец — придерживает канюлю иглы, остальные — на цилиндре), расположить его

перпендикулярно поверхности тела пациента. При внутримышечных инъекциях в бедро и в плечо шприц необходимо держать под углом, как писчее перо, для предупреждения повреждения надкостницы.

10. Быстрым легким движением ввести иглу шприца под углом 90 градусов на глубину 7-8 см оставляя не менее 1 см между кожей и муфтой иглы. Слегка оттянув поршень, убедиться в отсутствии крови в шприце.

11. Придерживая канюлю иглы и нажимая на поршень, медленно ввести лекарственный раствор в мышцу.

12. Прижимая спиртовую салфетку к месту прокола, быстрым движением извлечь иглу.

13. Продолжая прижимать салфетку, нельзя массировать место инъекции.

14. Использованный шприц вставить в иглоотсекатель и отсечь иглу, пластиковую часть шприца и салфетку сбросить в емкость для медотходов класса Б.

15. При необходимости наложить лейкопластырную стерильную повязку на место прокола.

16. Отработанные материалы, контактировавшие с кожей пациента в контейнер для отходов класса «Б».

17. Пустой флакон и другие отработанные материалы, не контактировавшие с кожей пациента, помещаются в контейнер для отходов класса «А».

18. Обработать руки в соответствии правилам гигиенической обработки рук.

19. Через 20-25 минут после процедуры узнать о самочувствии пациента и его реакции на введение препарата. При наличии жалоб на самочувствие со стороны пациента сообщить лечащему врачу.

20. Занести данные о процедуре внутримышечная инъекция в медицинскую документацию.

Утверждено

приказом МЗ КР № 632

от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА ПОДКОЖНАЯ ИНЪЕКЦИЯ

Стандартная операционная процедура (далее СОП) подкожная инъекция разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Подкожная инъекция – это введение лекарственного средства в подкожно-жировую клетчатку.

Показания к подкожным инъекциям определяет исключительно лечащий или дежурный врач. Медицинская сестра выполняет процедуру по врачебному назначению.

Противопоказания. Определяются врачом. В месте инъекции не должно быть воспалительных и/или дегенеративных процессов (гнойники, сыпь, ожоги и т.п.)

Места введения: Подкожная инъекция производится в одной из анатомических областей:

- наружная поверхность плеча (средняя треть)
- переднебоковая поверхность бедра,
- подлопаточные области
- переднебоковая поверхность брюшной -стенки с развитой подкожно-жировой клетчаткой

Подготовка к процедуре: Перед инъекцией проводится подготовка:

- оснащение
- пациента
- медицинского работника

Оснащение: Для проведения процедуры понадобятся:

- Манипуляционный столик
- Кушетка
- Ампула или флакон с лекарственным средством;
- Шприц нужного объема;
- Лоток со стерильной салфеткой для шприца с лекарственным средством
- Ножницы или пинцет (нестерильные) для открывания флаконов

- Пилка для открывания ампулы
- Спиртовые салфетки или стерильные ватные шарики + спирт 70% для обработки ампул, флаконов и кожи пациента (спирт 70% или другой антисептик)
- Иглоотсекатель
- Контейнер для сбора колющих отходов класса Б2
- Контейнеры для сбора отходов классов А и Б3

Подготовка медицинской сестры: Медицинская сестра обрабатывает руки в соответствии правилам гигиенической обработки рук.

Подготовка пациента: Медицинская сестра устанавливает доверительные отношения с пациентом: представляется ему, объяснить ему о процедуре, если на уровне ПМСП уточнить каким врачом сделано назначение, если есть контакты врача, написать ее в процедурном журнале (на неотложный случай). Предложить пациенту занять удобное положение. Обнажить у пациента место инъекции. Определить место инъекции.

Подготовка к процедуре:

1. Взять флакон или ампулу с лекарственным средством, проверить срок годности, сверить название с назначением врача, убедиться, что больному назначено данное лекарство и проверить отсутствие внешних повреждений, оценить прозрачность раствора.
 2. Взять шприц необходимого объема с достаточной длиной и толщиной иглы, проверить срок годности и целостность упаковки, вскрыть шприц.
 3. Набрать лекарственное средство в шприц:
 - **При наборе препарата из ампулы:** проверить название, внешний вид, дозировку и срок годности лекарственного средства. Встряхнуть ампулу, чтобы раствор оказался в ее широкой части, надпилить шейку, протереть шейку спиртовой салфеткой, надломить горлышко, набрать препарат, выпустить из шприца воздух, при необходимости одеть колпачок методом одной руки и положить шприц в лоток со стерильной салфеткой.
 - **При наборе лекарственного средства из флакона:** проверить название, внешний вид, дозировку и срок годности лекарственного средства. Ножницами или пинцетом отогнуть часть крышки, закрывающую резиновую пробку, протереть пробку спиртовой салфеткой, поместить иглу через пробку во флакон под углом 90 градусов, чтобы срез находился внутри флакона. Перевернуть флакон вверх дном, набрать раствор в шприц. Заменить иглу шприца на стерильную, выпустить из шприца воздух, не снимая колпачка с иглы, при необходимости положить шприц в чистый лоток со стерильной салфеткой.
 4. Обработать руку антисептиком.
 5. Обработать место инъекции не менее чем двумя спиртовыми салфетками. Дождаться пока кожа высохнет от спирта.
- Техника подкожной инъекции:**
6. Сделать складку в месте инъекции 1-м и 2-м пальцами свободной руки. Ввести быстрым движением иглу под углом 45 градусов в основании складки на глубину 15 мм (2/3 длины иглы) держа ее срезом вверх;

7. Оттянуть слегка пальцами левой руки поршень на себя, убедиться, что игла не попала в сосуд (отсутствие крови в шприце). Ввести медленно лекарственное средство;
8. Извлечь быстрым движением шприц с иглой. Прижать спиртовым шариком или спиртовой салфеткой место инъекции.
9. Использованный шприц вставить в иглоотсекатель и отсечь иглу, пластиковую часть шприца и салфетку сбросить в емкость для медотходов класса Б.
10. При необходимости наложить лейкопластырную стерильную повязку на место прокола.
11. Отработанные материалы, контактировавшие с кожей пациента в контейнер для отходов класса «Б».
12. Пустой флакон и другие отработанные материалы, не контактировавшие с кожей пациента, помещаются в контейнер для отходов класса «А».
13. Обработать руки в соответствии правилам гигиенической обработки рук.
14. Через 20-25 минут после процедуры узнать о самочувствии пациента и его реакции на введение препарата. При наличии жалоб на самочувствие со стороны пациента сообщить лечащему врачу.
15. Занести данные о процедуре подкожной инъекции в медицинскую документацию.

Примечания:

Объем вводимого лекарственного средства не должен превышать 1-2 мл за одно введение.

Утверждено

приказом МЗ-КР № 632

от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА ВНУТРИКОЖНАЯ ИНЪЕКЦИЯ

Стандартная операционная процедура (далее СОП) подкожная инъекция разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Внутрикожная инъекция – представляет собой неглубокую или поверхностную инъекцию, так как проводится введения лекарственного препарата непосредственно в средний слой кожи – собственно дерму, под эпидермис.

Внутрикожная инъекция выполняется шприцем емкостью 1—2 мл, длина иглы 30 - 40 мм. Вводить внутрикожно от 0,1 до 1 мл жидкости

Цель: диагностическая (туберкулиновая проба, выявление аллергии к различным веществам и др.), профилактическая, а также для местного обезболивания.

Показания к внутрикожным инъекциям определяет исключительно лечащий или дежурный врач. Медицинская сестра выполняет процедуру по врачебному назначению.

Противопоказания. Определяются врачом. В месте инъекции не должно быть воспалительных и/или дегенеративных процессов (гнойники, сыпь, ожоги и т.п.)

Места введения: средняя треть внутренней поверхности предплечья, наружная поверхность плеча.

Подготовка к процедуре: Перед инъекцией проводится подготовка:

- оснащение
- пациента
- медицинского работника

Оснащение:

- Манипуляционный столик
- Кушетка
- Ампула или флакон с лекарственным средством;
- Шприц нужного объема;

- Чистый лоток со стерильной салфеткой для шприца с лекарственным средством
- Ножницы или пинцет (нестерильные) для открывания флаконов
- Пилка для открывания ампулы
- Спиртовые салфетки или стерильные ватные шарики + 70% спирт для обработки ампул, флаконов и кожи пациента (спирт 70% или другой антисептик)
- Контейнер для сбора колющих отходов класса Б
- Контейнеры для сбора отходов классов А и Б

Подготовка пациента: Медицинская сестра устанавливает доверительные отношения с пациентом: представляется ему, объяснить ему о процедуре, если на уровне ПМСП уточнить каким врачом сделано назначение, если есть контакты врача, написать ее в процедурном журнале (на неотложный случай), получить согласие на ее проведение. У пациента следует поинтересоваться о наличии в анамнезе аллергических реакций и об опыте подобных манипуляций. Пациент должен дать согласие на проведение медицинского вмешательства «внутрикожная инъекция». Предложить пациенту занять удобное положение. Обнажить у пациента место инъекции. Определить место инъекции.

Подготовка медицинской сестры: Медицинская сестра обрабатывает руки в соответствии правилам гигиенической обработки рук.

Подготовка к процедуре:

1. Взять флакон или ампулу с лекарственным средством, проверить срок годности, сверить название с назначением врача, убедиться, что больному назначено данное лекарство и проверить отсутствие внешних повреждений, оценить прозрачность раствора.
 2. Взять шприц необходимого объема с достаточной длиной и толщиной иглы, проверить срок годности и целостность упаковки, вскрыть шприц.
 3. Набрать лекарственное средство в шприц:
 - **При наборе препарата из ампулы:** проверить название, внешний вид, дозировку и срок годности лекарственного средства. Встряхнуть ампулу, чтобы раствор оказался в ее широкой части, надпилить шейку, протереть шейку спиртовой салфеткой, надломить горлышко, набрать препарат, выпустить из шприца воздух, при необходимости одеть колпачок методом одной руки и положить шприц в лоток со стерильной салфеткой.
 - **При наборе лекарственного средства из флакона:** проверить название, внешний вид, дозировку и срок годности лекарственного средства. Ножницами или пинцетом отогнуть часть крышки, закрывающую резиновую пробку, протереть пробку спиртовой салфеткой, поместить иглу через пробку во флакон под углом 90 градусов, чтобы срез находился внутри флакона. Перевернуть флакон вверх дном, набрать раствор в шприц. Заменить иглу шприца на стерильную, выпустить из шприца воздух, не снимая колпачка с иглы, при необходимости положить шприц в чистый лоток со стерильной салфеткой.
 4. Обработать руки антисептиком.
 5. Обработать место инъекции не менее чем двумя спиртовыми салфетками.
- Дождитесь пока кожа высохнет от спирта.

Техника внутрикожной инъекции:

5. Натяните кожу в месте инъекции.
6. Вколите иглу в кожу, держа её срезом вверх, почти параллельно коже, на незначительную глубину и продвиньте параллельно поверхности кожи 3-4 мм.
6. Выпустите по 1-2 капли жидкости. На коже при этом появится бугорок, а при дальнейшем продвижении иглы и введении капель раствора – “лимонная корочка”
7. Извлеките иглу, аккуратно не прижимая ватным тампоном место инъекции, уберите шприц с иглой, не массируйте место.
8. Осмотрите через 20-25 минут место инъекции и выясните состояние пациента

Примечания:

Объяснить пациенту, что после постановки туберкулиновой пробы нельзя мыть место инъекции в течение 3 дней (если инъекция выполнялась с диагностической целью).

Утверждено
приказом МЗ КР № 63д
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА ПРИМЕНЕНИЕ ПРИСЫПКИ, ПЛАСТЫРЯ И МАЗИ

Стандартная операционная процедура (далее СОП) по применению присыпки, пластыря и мази разработан на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Применение присыпки

Показания к присыпке определяет исключительно лечащий или дежурный врач. Медицинская сестра выполняет процедуру по врачебному назначению.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость присыпки, раздражение кожи, повреждение кожных покровов.

Оснащение: перчатки, присыпка, салфетки, вода (37-38°C), лоток, ширма

Алгоритм действия:

1. Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции.
 2. Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента.
 3. Отгородить пациента ширмой. Помочь пациенту занять удобное положение.
 4. Обработать руки, надеть перчатки.
 5. Обработать и осушить промокательными движениями кожу салфетками.
 6. Равномерно встряхивающими движениями нанести на кожу присыпку («припудрить»).
 7. Снять перчатки и сбросить в медицинские отходы класса Б.
- Сделать отметку о выполнении назначения.

Применение пластыря

Показания к пластырю определяет исключительно лечащий или дежурный врач. Медицинская сестра выполняет процедуру по врачебному назначению.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость лекарственного средства, раздражение кожи, повреждение кожных покровов.

Оснащение: перчатки, пластырь, салфетки, вода (37-38°C), лоток, ширма

Алгоритм действия:

1. Приготовить всё необходимое для выполнения манипуляции.

2. Сообщить пациенту информацию о ходе манипуляции и о лекарственном средстве. Получить согласие пациента.
 3. Отгородить пациента ширмой. Помочь пациенту занять удобное положение.
 4. Обработать руки, надеть перчатки.
 5. Обработать и высушить кожу салфеткой или полотенцем (аккуратно побрить при необходимости участок, куда будет накладываться пластырь).
 6. Вскрыть упаковку пластыря.
 7. Снять защитный слой, не касаясь руками внутренней поверхности.
 8. Наложить пластырь на подготовленную кожу и слегка прижать, не оставляя воздушных пузырей (размер пластыря, содержащего лекарственное вещество, должен соответствовать площади очага поражения).
 9. Снять перчатки и сбросить в медицинские отходы класса Б
- Сделать отметку о выполнении назначения.

Применение мази

Показания к пластыря определяет исключительно лечащий или дежурный врач. Медицинская сестра выполняет процедуру по врачебному назначению.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость лекарственного средства

Оснащение: перчатки, мазь, аппликатор, вода (37-38°C), раствор антисептика для обработки кожи (по необходимости), лоток, ширма

Алгоритм действия:

I. Втирание мази в кожу

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. Отгородить пациента ширмой. Помочь пациенту занять удобное положение.
 4. Обработать руки, надеть перчатки.
 5. Осмотреть участок кожи для применения мази.
 6. Обработать и высушить кожу салфеткой или полотенцем.
 7. Нанести мазь из тюбика на аппликатор; при его отсутствии втирать мазь только в перчатках.
- Не втирайте мазь пациенту незащищёнными руками – это небезопасно для Вашего здоровья!
8. Втирать мазь лёгкими вращательными движениями 3-4 минуты до полного всасывания, в некоторых случаях имеются точные инструкции о том, когда следует прекратить втирание (обеспечить тепло, если указано в инструкции по применения мази).
 9. Аппликатор в медицинские отходы класса Б.
 10. Снять перчатки и сбросить в медицинские отходы класса Б.
 11. Сделать отметку о выполнении назначения.

II. Нанесение мази на кожу

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 для применения мази.
 6. Выдавить из тюбика на аппликатор нужное количество мази.
 7. Нанести тонкий слой мази на кожу и оставить кожу открытой в течение 10-15 минут до полного всасывания.
 8. Снять перчатки, сбросить в ёмкость для отработанного материала.
 9. Обработать руки.
 10. Через 10-15 мин. осмотреть кожу, убедиться, что мазь впиталась.
- Сделать отметку в документации о выполнении назначения.

Утверждено
приказом МЗ КР № 532
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА **Закапывание глазных капель и закладывание глазных мазей**

Стандартная операционная процедура (далее СОП) закапывание глазных капель и закладывание глазных мазей разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Закапывание глазных капель

Показания к закапыванию глазных капель определяет исключительно лечащий или дежурный врач. Медицинская сестра выполняет процедуру по врачебному назначению.

Оснащение: стул, глазные капли, пипетки, ватные или марлевые шарики, векоподъемники, перчатки, флакон с глазными каплями

Алгоритм действий:

1. Объяснить порядок проведения процедуры пациенту, получить согласие
2. Обработать руки
3. Проверить соответствие названия капель назначению врача
4. Встряхните, а затем откройте бутылочку с капельками
5. Отклоните слегка голову назад. Указательным пальцем одной руки оттяните немного нижнее веко вниз так, чтобы образовалось пространство между глазом и веком, так называемый «кармашек»
6. Оттянуть нижнее веко, не касаясь ресниц, поднести пипетку к глазу ближе чем на 1 см, закапать капли в конъюнктивальную складку одного, а затем другого глаза
7. Если Вы уверены, что капли попали в нужное место, то можно больше не капать, т.к. больше двух капель в этот «кармашек» не помещается
8. Закройте глаза и прижмите указательный палец к внутреннему уголку глаза (к тому, что находится у носа) на 1-2 минуты. Таким образом лекарство попадет в ткани глаза, а не утечет в носовые пазухи
9. Плотнo закрутите крышку флакончика
10. Поместить отработанные предметы в емкость с дезраствором
11. Обработать руки
12. Сделать отметку о выполнении назначения.

Закладывание глазной мази

1. Глазную мазь закладывают через 10 минут после закапывания всех капель.

2. Если мазь хранится в холодильнике, то перед применением согрейте её в руке, чтобы она легче выдавливалась из тюбика. Руки должны быть вымытыми и сухими.
3. Открутите пробку от тюбика и возьмите тюбик большим и указательным пальцами одной руки.
4. Отклоните слегка голову назад. Указательным пальцем другой руки оттяните немного нижнее веко вниз так, чтобы образовалось пространство между глазом и веком, так называемый «кармашек».
5. Отведите взор вверх и выдавите примерно 1 см. мази в образовавшийся «кармашек», не касаясь тюбиком глаза и век.
6. Поморгайте глазами пару раз (так мазь лучше распределится по глазу). Помните, что после закладывания мази, зрение в течение 15- 20 минут остается мутным. Не трите глаза!
7. Закройте плотно тюбик с мазью
8. Сделать отметку о выполнении назначения.

Примечание:

- при одновременном закапывании двух капель в один глаз обычно одна капля вытекает;
- количество пипеток для одного пациента зависит от количества лекарственных препаратов, для каждого препарата необходима другая пипетка;
- при наличии гнойных выделений глаза вначале промойте, а затем закапайте лекарственное средство.

Утверждено
приказом МЗ КР № 63д
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТ ОПЕРАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Стандартная операционная процедура (далее СОП) катетеризация мочевого пузыря разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Катетеризация мочевого пузыря — процедура введения катетера через уретру в мочевой пузырь с целью удаления мочи при обструкции мочевыводящих путей, задержке мочи в мочевом пузыре, лабораторной диагностики мочи на микрофлору, введении рентген контрастных препаратов при инструментальном исследовании пациента, ирригации мочевого пузыря, медикаментозного лечения.

Показания к катетеризации мочевого пузыря определяет исключительно лечащий или дежурный врач. Медицинская сестра выполняет процедуру по врачебному назначению.

Противопоказания. Определяются врачом.

Подготовка к процедуре: Перед катетеризацией проводится подготовка:

- оснащение
- пациента
- медицинского работника

Оснащение:

- стерильный одноразовый набор для катетеризации;
- ватный шарик, антисептический раствор
- пинцеты в стерильном лотке, корнцанг;
- антисептический раствор для обработки наружного отверстия мочеиспускательного канала
- стерильное вазелиновое масло;
- стерильные салфетки, ватные тампоны;
- ёмкость для мочи;
- клеёнка, стерильные перчатки.
- ширма

Подготовка пациента: Медицинская сестра устанавливает доверительные отношения с пациентом: представляется ему, объяснить ему о процедуре, получить

согласие на ее проведение. Пациент должен дать согласие на проведение медицинского вмешательства «катетеризация мочевого пузыря». Напомнить пациенту о необходимости подмывания перед процедурой. При невозможности самостоятельного подмывания перед процедурой – подмойте. Предложить пациенту занять е положение лежа. Поставить ширму (в случае если в помещении находится другие). Помогите пациенту принять удобное положение: попросите его лечь на спину, согнуть ноги в коленях и развести их

Подготовка медицинской сестры: Медицинская сестра обрабатывает руки в соответствии правилам гигиенической обработки рук.

Алгоритм действия катетеризации мочевого пузыря у мужчин:

1. Подложить под больного клеёнку, сверху неё постелить пелёнку.
2. Между ногами поставить ёмкость для мочи.
4. Провести гигиеническую асептику рук, надеть стерильные перчатки.
5. Обхватите пальцами нерабочей руки пенис за головку и обнажите головку, оттянув крайнюю плоть
6. Правой рукой, взяв корнцангом марлевый тампон, смочить его в антисептическом растворе и обработать головку полового члена вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала в направлении сверху вниз (от мочеиспускательного канала к периферии), меняя тампоны.
7. Влить 3-4 капли стерильного вазелинового масла в открытое наружное отверстие мочеиспускательного канала и нанести на катетер (на длину 15-20 см) стерильное вазелиновое масло (для облегчения введения катетера и предупреждения неприятных ощущений у больного).
8. Возьмите в рабочую руку пинцетом катетер на расстоянии 3-5 см от слепого конца, а наружный конец удерживайте 4-5 пальцами этой же руки
9. Осторожно введите катетер в мочеиспускательный канал, постепенно продвигайте его по каналу, а пенис подтягивайте кверху, как бы натягивая его на катетер. Если при продвижении катетера возникает препятствие, успокойте пациента, посоветуйте расслабиться, если ощущается сильное сопротивление, следует немедленно остановить процедуру!
10. Закрепите катетер лейкопластырем, чтобы уменьшить его подвижность в уретре
11. Опустите свободный конец катетера в мочеприемник или судно при появлении мочи. Мочеприемник должен находиться ниже уровня мочевого пузыря (не будет дренажа из-за силы тяготения) и выше уровня пола (восходящее загрязнение с пола)
12. Осуществляйте наблюдение за функцией катетера:
 - при прекращении выделения мочи необходимо провести осмотр с целью исключения сдавления, перегиба, выпадения из уретры, инкрустации;
 - проверить проходимость катетера промыванием дезинфицирующим раствором;
 - при неэффективности промывания катетер необходимо заменить.
13. По окончании процедуры осторожно извлечь катетер из мочеиспускательного канала.
14. Катетер и отработанные материалы, поместить в контейнер для отходов класса «Б».
15. Снять перчатки, обработать руки в соответствии правилам гигиенической обработки рук.

16. Занести данные о процедуре в медицинскую документацию.

Алгоритм действия катетеризации мочевого пузыря у женщин:

Порядок выполнения процедуры:

1. Подложить под больную клеёнку, сверху неё постелить пелёнку.
2. Между ногами поставить ёмкость для мочи.
3. Провести гигиеническую асептику рук, надеть стерильные перчатки.
4. Первым и вторыми пальцами левой руки раздвинуть половые губы, чтобы обнажить наружное отверстие мочеиспускательного канала.
6. Правой рукой, взяв корнцангом марлевый тампон, смочить его в антисептическом растворе и обработать им область между малыми половыми губами в направлении сверху вниз.
7. Влить 3-4 капли стерильного вазелинового масла в открытое наружное отверстие мочеиспускательного канала и нанести на катетер (на длину 15-20 см) стерильное вазелиновое масло (для облегчения введения катетера и предупреждения неприятных ощущений у больного).
8. Возьмите в рабочую руку пинцетом катетер на расстоянии 3-5 см от слепого конца, а наружный конец удерживайте 4-5 пальцами этой же руки.
9. Обнажите наружное отверстие мочеиспускательного канала
10. Введите катетер в мочеиспускательный канал на 3-5 см осторожно, медленно. Если при продвижении катетера возникает препятствие, успокойте пациента, посоветуйте расслабиться, если ощущается сильное сопротивление, следует немедленно остановить процедуру!
10. Закрепите катетер лейкопластырем, чтобы уменьшить его подвижность в уретре
11. Опустите свободный конец катетера в мочеприемник или судно при появлении мочи. Мочеприемник должен находиться ниже уровня мочевого пузыря (не будет дренажа из-за силы тяготения) и выше уровня пола (восходящее загрязнение с пола)
12. Осуществляйте наблюдение за функцией катетера:
 - при прекращении выделения мочи необходимо провести осмотр с целью исключения сдавления, перегиба, выпадения из уретры, инкрустации;
 - проверить проходимость катетера промыванием дезинфицирующим раствором;
 - при неэффективности промывания катетер необходимо заменить.
13. По окончании процедуры осторожно извлечь катетер из мочеиспускательного канала.
14. Катетер и отработанные материалы, поместить в контейнер для отходов класса «Б».
15. Снять перчатки, обработать руки в соответствии правилам гигиенической обработки рук.
17. Занести данные о процедуре в медицинскую документацию.

Примечание: Обязательно проведите дезинфекцию уретры противовоспалительными или антимикробными мазями\гелями за 2-3 мин. до манипуляции в наружное отверстие уретры ввести мазь

Длительность катетеризации мочевого пузыря при различных клинических случаях

Показания	Длительность катетеризации, дни
Трансуретральная резекция простаты	До 5 дней, при отсутствии выраженной гематурии и сгустков
Пересадка почек	До 8 дней
Почечная недостаточность с олигоурией	Удалять немедленно, как только устранена причина
Полиурия	1-2 дня, > 3 литров мочи в день
Задержка мочеиспускания	1-2 дня после общей и перидуральной анестезии; удалять немедленно, как только устранена причина обструкции
Недержание мочи	Удалять немедленно, как только устранена причина недержания
Гипотензия	1 день после стабилизации состояния сердечно-сосудистой системы и отмены вазопрессоров
Послеоперационный период (не урология)	1 день

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА НАЛОЖЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКИХ ПОВЯЗОК

Стандартная операционная процедура (далее СОП) наложение асептической повязки разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Цель: защита раны вторичного инфицирования и неблагоприятного воздействия окружающей среды

Показания: ожоги, отморожения, случайные раны. Сухая антисептическая повязка применяется преимущественно при оказании первой помощи.

Оснащение: стерильный лоток, лоток для использованного материала, антисептик, стерильные марлевые салфетки, бинты разных размеров или лейкопластырь, стерильные перчатки, стерильные ножницы, стерильный пинцет или зажим, ножницы.

Алгоритм выполнения процедуры

Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту (родственникам), цель и ход предстоящей процедуры
2. Подготовить необходимое оснащение
3. Надеть медицинскую шапочку и маску
4. Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение
5. Освободить от одежды место наложения повязки
6. Обработать руки гигиеническим способом
7. Обработать руки антисептиком. Надеть стерильные перчатки

Выполнения процедуры

8. Обработать кожу вокруг раны антисептиком.
9. С помощью пинцета или зажима наложить на рану сухую стерильную салфетку.
10. Зафиксировать салфетку при помощи бинта или лейкопластыря.

Завершение манипуляции

12. Снять перчатки, поместить их и отработанные материалы в емкость для отходов класса Б.
13. Вымыть руки гигиеническим способом, осушить.
14. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинской документации.

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА

Стандартная операционная процедура (далее СОП) по проведению транспортировки и перекладывание пациента разработан на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Транспортировка пациента - один из методов помощи пациентов для организации быстрой, безопасной, щадящей транспортировки (доставки) больного или пострадавшего.

Показания процедуры: поддержка и перемещение пациента, способного оказать содействие

Вид транспортировки в зависимости от тяжести состояния пациента определяет врач. Пациент в удовлетворительном состоянии добирается в отделение пешком в сопровождении медсестры. Пациента в тяжелом состоянии доставляют: – на носилках; – на каталке; – на кресле-каталке; – на руках.

Оснащение:

- Носилки (мягкие, жесткие),
- каталка;
- кресло-каталка;
- одеяло;
- подушка;
- простыня;
- клеенка, пеленка.

Транспортировка на носилке

Алгоритм действия:

1. Поднимайте и опускайте осторожно и одновременно, удерживайте их в горизонтальном направлении.
2. Не допускайте раскачивания носилок, толчков, резких поворотов, для этого идите в ногу.
3. По ровной местности и при подъеме по лестнице носилки несите головным концом вперед, приподнимайте ножной конец, а при спуске с лестницы - ногами вперед, приподнимайте ножной конец.
4. Если кто-либо из санитаров при переноске почувствовал усталость, то следует

немедленно сообщить об этом, так как уставшие пальцы рук могут непроизвольно расслабиться.

Транспортировка на каталке

Алгоритм действия:

1. Поставьте каталку перпендикулярно кушетке так, чтобы ее головной конец подходил к ножному концу кушетки.
2. Встаньте возле пациента все трое с одной стороны: один подводит руки под голову и лопатки пациента, второй - под область таза и верхнюю область бедер, третий - под середину бедер и голени.
3. Поднимите пациента и повернитесь с ним на 90° в сторону каталки.
4. Уложите пациента на каталку и укройте одеялом.
5. Транспортируйте пациента в отделение головным концом каталки вперед.
6. В палате головной конец каталки, подведите к ножному концу кровати, поднимите пациента и, повернувшись на 90° , положите его на подготовленную кровать, укройте одеялом.
7. Каталку после использования продезинфицируйте.
8. Проведите гигиеническую обработку рук.

Транспортировка на кресле-каталке:

Алгоритм действия:

1. Наклоните кресло-каталку вперед, наступив на подставку для ног
2. Попросите пациента встать на подставку для ног, затем, поддерживая его, усадите в кресло.
3. Опустите кресло-каталку в исходное положение.
4. С помощью рамки, расположенной за спинкой кресла-каталки, придайте пациенту нужное положение: сидя, полулежа или лежа.
5. Транспортируйте пациента в отделение, следите, чтобы его руки не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки.
6. В палате помогите пересесть на приготовленную кровать, уложите, укройте его.
7. Кресло-каталку продезинфицируйте.
8. Проведите гигиеническую обработку рук.

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА ТУАЛЕТ БОЛЬНОГО

Стандартная операционная процедура (далее СОП) туалет больного разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ:

СОП определяют порядок организации работы и является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Умывание пациента

Оснащение: таз, рукавичка или губка, полотенце, теплая вода.

Подготовка к процедуре:

1. Установите доброжелательные отношения, объясните ход процедуры.
2. Поставьте таз с тёплой водой на стул рядом с кроватью.

Выполнение процедуры:

3. Вымойте руки.
4. Смочите рукавичку или губку в тёплой воде, налитой в таз (можно воспользоваться концом полотенца).
5. Умойте пациента (последовательно – лицо, шею, руки с помощью губки или рукавички).
6. Аккуратно высушите кожу полотенцем, промокающими движениями.

Окончание процедуры:

7. Вымойте руки, осушите.
8. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

Обтирание кожи

Кожу тяжелобольного пациента необходимо ежедневно, не менее 2 раз, обтирать.

Оснащение: перчатки, таз с теплой водой, рукавичка или ватный тампон, полотенце.

Подготовка к процедуре:

1. Установите доброжелательные отношения, объясните ход процедуры.
2. Поставьте таз с тёплой водой на стул рядом с кроватью.

Выполнение процедуры:

3. Вымойте руки, наденьте перчатки.
4. Смочите рукавичку или ватный тампон (можно воспользоваться концом полотенца) в теплой воде.

5. Оботрите последовательно грудь и живот пациента.
6. Затем насухо промокните кожу полотенцем. Особенно тщательно протрите и высушите складки кожи под молочными железами у женщин (особенно у тучных), подмышечные впадины.
7. Поверните пациента на бок и оботрите спину, делая при этом легкий массаж. Затем высушите.

Окончание процедуры:

8. Уложите удобно пациента, накройте одеялом.
9. Снимите перчатки, продезинфицируйте, вымойте руки.
10. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

Мытье ног

Ноги тяжелобольному пациенту моют 1 раз в неделю.

Оснащение: перчатки, клеенка, таз с тёплой водой, полотенце, мыло, губка.

Подготовка к процедуре:

1. Установите доброжелательные отношения, объясните ход процедуры.
2. Постелите клеенку на ножном конце кровати.
3. Поставьте на клеенку таз с тёплой водой.

Выполнение процедуры:

4. Вымойте руки, наденьте перчатки.
5. Поместите в таз ноги пациента (ноги при этом слегка согнуты в коленях).
6. Помогите пациенту вымыть ноги при помощи губки.
7. Вылейте грязную воду и наполните таз тёплой водой.
8. Ополосните ноги пациента.
9. Высушите ноги пациента полотенцем, особенно тщательно между пальцами.

Окончание процедуры:

10. Уберите все предметы для мытья ног, продезинфицируйте их.
11. Снимите перчатки, продезинфицируйте, вымойте руки.
12. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

Стрижка ногтей

Тяжелобольным пациентам необходимо регулярно, но не реже 1 раза в неделю подстригать ногти на руках и ногах. Ногти необходимо подстригать так, чтобы свободный край был округлым (на руках) или прямым (на ногах).

Оснащение: ножницы, щипчики-кусачки, пилочка для ногтей, полотенце, клеенка, тазик с тёплым мыльным раствором.

Подготовка к процедуре:

1. Установите доброжелательные отношения, объясните ход процедуры.
2. Подстелите клеенку под руку или ногу пациента (в зависимости от того, где Вы будете стричь ногти).

Выполнение процедуры:

3. Поставьте на клеенку тазик с горячим мыльным раствором.
4. Опустите пальцы в горячий мыльный раствор на 10-15 минут для размягчения ногтей.
5. Затем пальцы поочередно вытрите насухо полотенцем и укоротите ногти до требуемой длины, используя для этого ножницы или щипчики-кусачки.
6. При помощи пилочки свободному краю ногтей придайте необходимую форму (прямую - на ногах, округлую - на руках). Опиливать ногти глубоко с боков не

следует, так как можно травмировать кожу боковых валиков и тем самым вызвать трещины и усиленное ороговение кожи.

7. Повторите те же действия с другой конечностью.

Окончание процедуры:

8. Уберите оснащение, продезинфицируйте ножницы.

9. Вымойте руки.

10. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

Бритье пациента безопасной бритвой

Оснащение: станок для бритья, мыльная пена или крем для бритья, салфетка, емкость (лоток) с водой, полотенце, перчатки, кисточка для бритья.

Подготовка к процедуре:

1. Установите доброжелательные отношения, объясните ход процедуры.

2. Подготовьте необходимое оснащение.

3. Придайте пациенту положение Фаулера, прикройте шею и грудь пеленкой.

Выполнение процедуры:

4. Вымойте руки, наденьте перчатки.

5. Намочите салфетку в тёплой воде и отожмите ее.

6. Положите салфетку на лицо пациента на 5-7 минут.

7. Нанесите на лицо мыльную пену или крем для бритья, равномерно распределите с помощью кисти для бритья

8. Оттягивая кожу в направлении, противоположном движению станка, аккуратно побейте пациента.

9. Протрите лицо пациента влажной салфеткой.

10. Высушите лицо полотенцем.

Окончание процедуры:

11. Снимите перчатки, продезинфицируйте.

12. Вымойте руки.

13. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

Бритьё пациента электробритвой

Оснащение: электробритва, салфетка, емкость (лоток) с водой, полотенце, перчатки, лосьон.

Подготовка к процедуре:

1. Установите доброжелательные отношения, объясните ход процедуры.

2. Подготовьте необходимое оснащение.

3. Придайте пациенту положение Фаулера.

4. Предложите пациенту вымыть лицо тёплой водой с мылом, протереть полотенцем.

Выполнение процедуры:

5. Смочить лицо лосьоном для бритья.

6. Пальцами одной руки натягивать кожу лица, другой – круговыми движениями брить электробритвой.

7. Протереть лицо влажной салфеткой и вытереть насухо.

Окончание процедуры:

8. Смочить лицо лосьоном после бритья.

9. Вымойте руки.

10. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

Уход за носом

Оснащение: перчатки, 2 лотка, ватные турунды, вазелиновое масло (растительное масло или глицерин), мензурка, пинцет, емкость с дезраствором.

Подготовка к процедуре:

1. Установите доброжелательные отношения, объясните ход процедуры.
2. Подготовьте необходимое оснащение.

Выполнение процедуры:

3. Вымойте руки, наденьте перчатки.
4. В положении лежа или сидя (в зависимости от состояния пациента) слегка наклоните голову пациента назад.
5. Налейте в мензурку немного вазелинового масла.
6. Возьмите турунду пинцетом и смочите ее вазелиновым маслом, слегка отожмите о край мензурки и переложите в руку.
7. Приподнимите кончик носа пациента левой рукой, а правой введите турунду вращательными движениями в носовой ход, оставьте на 1-3 минуты.
8. Затем удалите турунду, обработайте другой носовой ход таким же способом.

Окончание процедуры:

9. Поместите пинцет, мензурку в емкость с дезраствором.
10. Снимите перчатки, и вымойте руки.
11. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

Примечание: можно предварительно закапать в нос одно из перечисленных масел, а затем прочистить носовые ходы ватными турундами. Слизь из носовой полости можно удалить сухими ватными турундами.

Уход за глазами

Для удаления выделений из глаз, склеивании ресниц и век во время утреннего туалета необходимо промывать глаза.

Оснащение: стерильные перчатки, 2 лотка (один стерильный), стерильные марлевые шарики, раствор фурациллина 1:5000, пинцет, мензурка, емкость с дезраствором.

Подготовка к процедуре:

1. Установите доброжелательные отношения, объясните ход процедуры.
2. Подготовьте необходимое оснащение.

Выполнение процедуры:

3. Вымойте руки, наденьте стерильные перчатки.
4. Налейте в мензурку немного раствора фурациллина.
5. Возьмите шарик пинцетом, смочите его в растворе фурациллина, отожмите о стенки мензурки, переложите в руку и протрите одно веко по направлению от наружного угла глаза к внутреннему.
6. Смочите другой шарик в растворе фурациллина таким же образом и повторите протирание в том же направлении.
7. Повторите протирание 4-5 раз разными шариками.
8. Протрите веко сухим шариком в том же направлении.
9. Обработайте второй глаз таким же способом.

Окончание процедуры:

10. Поместите отработанные шарики, пинцет, мензурку в емкость с дезраствором.
11. Снимите перчатки, продезинфицируйте их и вымойте руки.

12. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

Уход за ушами

Пациентам с постельным режимом следует периодически проводить туалет наружных слуховых проходов.

Оснащение: перчатки, 3% раствор перекиси водорода, пипетка, ватные турунды, 2 лотка, мензурка, емкость с дезраствором.

Подготовка к процедуре:

1. Установите доброжелательные отношения, объясните ход процедуры.
2. Подготовьте необходимое оснащение.

Выполнение процедуры:

3. Вымойте руки, наденьте перчатки.
4. Налейте в мензурку тёплый 3% р-р перекиси водорода
5. Усадите пациента, наклоните голову к противоположному плечу или в положении лежа поверните голову набок.
6. Возьмите пинцетом ватную турунду и смочите в 3% р-ре перекиси водорода, слегка отожмите о край мензурки.
7. Переложите турунду в правую руку.
8. Оттяните левой рукой ушную раковину назад и вверх так, чтобы выровнять слуховой проход.
9. Вращательными движениями введите ватную турунду в наружный слуховой проход на глубину 1 см. на 2-3 минуты.
10. Сменив турунду повторить несколько раз манипуляцию.
11. Те же действия повторить с другим наружным слуховым проходом, предварительно повернув голову в противоположную сторону.

Окончание процедуры:

12. Поместите отработанный пинцет, мензурку в емкость с дезраствором.
13. Снимите перчатки и вымойте руки.
14. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

ЗАПОМНИТЕ! Нельзя пользоваться для удаления серы из ушей жесткими предметами во избежание повреждения барабанной перепонки.

Уход за полостью рта:

Пациентам с постельным режимом следует периодически проводить уход за полостью рта.

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.

Подготовка к процедуре:

1. Установите доброжелательные отношения, объясните ход процедуры.
2. Подготовьте необходимое оснащение.

Выполнение процедуры:

3. Вымойте руки, наденьте перчатки.
4. Прикрыть грудь пациента пелёнкой.
5. Поставить почкообразный лоток под подбородком пациента на пелёнку.
6. Попросить пациента набрать в рот воды и прополоскать рот, затем сплюнуть воду в лоток. При необходимости насухо вытереть подбородок пациента полотенцем.

7. 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.
8. 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. Убрать гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок.
14. Убрать ширму.
15. Снять перчатки. Обработать руки.
16. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

Мытье головы пациента:

Пациентам с постельным режимом следует периодически проводить уход за волосами.

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.

Подготовка к процедуре:

1. Установите доброжелательные отношения, объясните ход процедуры.
2. Подготовьте необходимое оснащение.

Выполнение процедуры:

3. Вымойте руки, наденьте перчатки.
4. Приготовить всё необходимое для манипуляции.
5. 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.
6. Поместить под голову клеёнку, на шею и плечи – пелёнку.
7. Поставить таз у изголовья. Спустить клеёнку в таз, подвернув края клеёнки, чтобы вода стекала прямо в таз.
8. На лоб пациента по краю волос можно положить салфетку. Смочить волосы водой, намылить шампунем волосы, помассировать кожу головы и смыть.
9. Осушить волосы полотенцем и расчесать. Дать пациенту зеркало, чтобы пациент мог посмотреть на себя.
10. Убрать предметы ухода, гигиенические пелёнки в клеёнчатый мешок.
11. Придать удобное положение пациенту. Убрать ширму.
12. Снять перчатки. Обработать руки.
13. Сделать отметку в документации о выполнении манипуляции.

Стрижка волос

Принадлежности:

- Ножницы, машинка для стрижки волос.
- Таз для сжигания волос, спички.
- Спирт 70%.

Последовательность выполнения процедуры:

1. Подготовить к проведению санитарно-гигиенической обработки необходимые принадлежности.
2. Постелить на табуретку (кушетку) клеенку, посадить на нее больного и накрыть ему плечи полиэтиленовой пленкой.
3. Снять волосы машинкой для стрижки волос, при кожном заболевании волосистой части головы – остричь волосы над подготовленным тазом.
4. Сжечь волосы.
5. Обработать ножницы, бритву спиртом.

Подмывание женщины

Оснащение:

- стерильные: лоток, корнцанг, салфетки, перчатки;
- клеенка, пленка;
- кувшин или кружка Эсмарха с водой температура 35 – 38 градусов;
- мыло;
- ширма.

Подготовка к процедуре:

- установите доброжелательные отношения;
- объясните цель и ход процедуры, получите согласие пациента;
- установите ширму;
- вымойте руки, наденьте перчатки;
- подстелите клеенку с пленкой под пациента, поставьте судно под крестец;
- попросите (помогите) согнуть ноги в коленях и слегка развести их в стороны;
- заполните кувшин (кружку Эсмарха) жидкостью.

Выполнение процедуры:

- встаньте справа от пациента;
- возьмите в левую руку кувшин (трубку от кружки Эсмарха), а корнцанг с марлевой салфеткой в правую руку;
- обработайте наружные половые органы в следующей последовательности: сначала большие половые губы, затем малые половые губы и уретру, а в конце – заднепроходное отверстие (меняя салфетки после каждого движения);
- осушите половые органы в той же последовательности и направлении, меняя салфетки.

Завершение процедуры:

- уберите судно, клеенку, перчатки для дезинфекции;
- расправьте постельное и нательное белье;
- укройте женщину;
- уберите ширму;
- снимите перчатки, вымойте руки.

Подмывание мужчины

Оснащение:

- стерильные: лоток, корнцанг, салфетки, перчатки;

- клеенка, пеленка;
- кувшин или кружка Эсмарха с водой температура 35 – 38 градусов;
- мыло;
- ширма.

Подготовка к процедуре:

- установите доброжелательные отношения;
- установите ширму;
- вымойте руки, наденьте перчатки;
- подстелите клеенку с пеленкой под пациента, поставьте судно под крестец;
- попросите (помогите) согнуть ноги в коленях и слегка развести их в стороны;
- заполните кувшин (кружку Эсмарха) жидкостью.

Выполнение процедуры:

- возьмите одной рукой половой член, оттяните крайнюю плоть;
- вымойте головку полового члена от мочеиспускательного канала к области лобка круговыми движениями, осушите;
- верните крайнюю плоть в естественное положение;
- тщательно обработайте, ополосните и высушите кожу мошонки, анального отверстия.

Завершение процедуры:

- уберите судно, клеенку, перчатки для дезинфекции;
- расправьте постельное и нательное белье, укройте мужчину;
- уберите ширму;
- снимите перчатки, вымойте руки.

Утверждено
приказом МЗ-КР № 632
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА

Закапывание капель в нос и введение мази в нос

Стандартная операционная процедура (далее СОП) Закапывание капель в нос разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ

СОП определяют порядок организации работы медицинских сестер. Данный СОП является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Закапывание капель в нос

Показания: ликвидировать воспалительный процесс в носовых ходах, улучшить проходимость, предупредить прохождение инфекции по носоглотке.

Оснащения:

- 1) лекарственный препарат;
 - 2) аэрозольная пипетка;
 - 3) ватные шарики;
 - 4) лоток для отработанного материала.
1. Объяснить маме цель и ход проведения процедуры.
 2. Подготовить оснащение.
 3. Обработать руки гигиеническим способом.
 4. Прочитать надпись на флаконе с лекарственным препаратом (наименование, доза, срок годности).
 5. Очистить носовые ходы стерильным ватным тампоном (жгутики).
 6. Слегка запрокинуть голову ребенка и повернуть в ту сторону, в которую собираетесь ввести лекарство.
 7. Положить ладонную поверхность руки на лоб и зафиксировать голову, а большим пальцем этой руки приподнять кончик носа.
 8. Закапать в нижний носовой ход 3-4 капли (не вводя пипетку глубоко в нос) так, чтобы они не попали на слизистую оболочку наружной стенки носа.
 9. Пальцами прижать крыло носа к перегородке и сделать легкие вращательные движения.
 10. Закапать капли во вторую ноздрю, повторяя указанные действия.
 11. Пипетку замочить в дезрастворе с последующей предстерилизационной обработкой.

Примечание. Лекарственный препарат необходимо подогреть до комнатной температуры 22-24°C.

Введение мази в нос.

Цель: лечебная - введение ЛС в нос.

Показания: патологические процессы в носу.

Оснащение:

-лоток с ватными шариками (турундами), салфетками, пинцет, мазь, перчатки, ёмкость для сброса отработанного материала, стул или кушетка.

Алгоритм выполнения.

1. Объяснить пациенту ход проведения манипуляции, получить от него согласие.
2. Усадить пациента на стул лицом к свету со слегка запрокинутой головой или уложить на спину без подушки.
3. Вымыть руки по требованию гигиены рук.
4. Осмотреть носовые ходы, при необходимости предварительно провести туалет носа.
5. Из ватного шарика сделать турунду.
6. Из туба на турунду выдавить полоску мази.
7. Большим пальцем левой руки приподнимите кончик носа.
8. Введите турунду с мазью, вращательным движением, в нижний носовой ход на глубину 1—1,5 см, на 2-3 мин.
9. Удалите турунду.
10. Таким же образом заложить мазь на турунде в другой носовой ход пациента.
11. Поместить отработанный перевязочный материал и пипетки в ёмкости с дез. раствором.
12. Обработать руки.

Утверждено
приказом МЗ КР № 63д
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА при проведении уборок

Стандартная операционная процедура (далее СОП) при проведении уборок в организациях здравоохранения разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ

СОП определяют порядок организации работы медицинских сестер. Данный СОП является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости СОП могут быть пересмотрен и изменен по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Уборка проводится для обеспечения профилактических/противоэпидемических мероприятий, предупреждения распространения инфекций, соблюдения санитарно-гигиенического режима, обеспечивает, как эстетический вид помещения, так и для удаления микроорганизмов.

Задачи:

- Обеспечение санитарно-противоэпидемического режима.
- Обеспечение надлежащего качества уборки.
- Обеспечение эстетического состояния помещений.

Виды категорий чистоты помещений:

А- Особо чистые: операционные, родильные залы, асептические боксы, палаты для недоношенных детей, стерилизационная (чистое помещение)

Б- Чистые: процедурные, перевязочные, предоперационные, палаты и залы реанимации, детские палаты

В- Условно чистые: палаты отделений, коридоры примыкающие к операционным и родильным залам, смотровые, боксы и палаты инфекционных отделений, ординаторские, материальные, кладовые чистого белья

Г- Грязные: коридоры и административные помещения, лестничные марши, санитарные комнаты, туалеты, помещения для временного хранения грязного белья и временного хранения отходов

Существуют следующие виды уборок:

- предварительная
- текущая уборка (влажная);
- генеральная уборка;
- заключительная и уборка по типу заключительной дезинфекции.

Предварительная уборка осуществляется утром с использованием влажной ветоши. Ее цель — удалить скопившуюся за ночь пыль с горизонтальных поверхностей и подготовить помещение к рабочему дню.

Цель **текущей уборки** заключается в том, чтобы очищать помещение в течение всего рабочего дня. Она должна осуществляться не менее два раза в день. Помимо наведения общего порядка, медсестра должна дезинфицировать использованные инструменты, перевязочный материал и т.д.

В конце дня проводится заключительная уборка. Она необходима для того, чтобы завершить рабочий день, очистив помещения от загрязнений.

Предварительная, текущая и заключительная уборки проводятся по похожим алгоритмам, тогда как генеральная имеет свой порядок и задачи.

Область применения:

- все виды уборок в лечебной организации осуществляются средним и младшим медицинским персоналом. Дезинфекция и мытье медицинской техники, рабочих поверхностей, медицинского оборудования и изделий при текущей и генеральной уборке проводится медицинской сестрой, остальное санитаркой, уборщицей.
- персонал, проводящий уборку должен пройти квалифицированный документированный тренинг по видам уборок.
- контроль за проведением уборок ведут старшие медицинские сестры и сестры хозяйки.
- контроль и мониторинг проведения уборок осуществляют служба инфекционного контроля.
- во всех подразделениях медицинского учреждения должны быть письменные графики проведения уборок.

Перечень оборудования:

- специальная одежда (перчатки (нестерильные, хозяйственные перчатки), халат, шапочка, сменная обувь. Халат и шапочка стирается по мере загрязнения, но не реже 2 раз в неделю. И использованные перчатки подлежат дезинфекции. При очистке и мытье медицинских изделий используют защитные очки или лицевой щиток: после использования очки протирают дезинфицирующим раствором.);
- комплект уборочного инвентаря (ветоши, щетки, швабры, ерши, пульверизаторы);
- моющие и дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в Кыргызской Республике;
- емкости для проведения уборки должны быть с маркировкой, использоваться по назначению.

Алгоритм проведения текущей (влажной) уборки

1. надевается специальная сменная одежда;
2. осматривается помещение для определения объемов работы;
3. подготавливаются дезинфицирующие растворы;
4. уборка поверхностей по принципу «от чистого к грязному»: в первую очередь мытье/чистка/дезинфекция медицинского оборудования, медицинской мебели (при обработке мебели сверху вниз, но не до самого пола, а на 5 см. выше), далее – мытье окон, батареи, стен, двери, раковины, емкости для мусора;
5. Внимание! После уборки поверхность руками не трогать!
6. соблюдать технику безопасности при работе с электроприборами, оргтехниккой и медоборудованием!
7. специальной шваброй моется пол с использованием дезраствора;
8. в конце уборочный инвентарь обеззараживается и ополаскивается в большом количестве проточной воды, он тщательно сушится и хранится в чистой емкости.

Алгоритм проведения генеральной уборки.

Генеральная уборка проводится 1 раз в неделю по утвержденному графику с обработкой и дезинфекцией оборудования, мебели, инвентаря в следующих помещениях: операционные блоки, перевязочные кабинеты, родильные залы, процедурные кабинеты, манипуляционные кабинеты, стерилизационные, палаты интенсивной терапии, смотровые кабинеты, инвазивные кабинеты, помещения с асептическим режимом, палатах.

Генеральная уборка 1 раз в месяц по утвержденному графику и по эпидемиологическим показаниям проводится с обработкой стен, пола, оборудования, мебели и инвентаря в следующих помещениях: вспомогательных помещениях, кабинетах, коридорах.

Процедура:

1. Подготовка к генеральной уборке:

- а) надеть специальную одежду (халат, шапочка, маска, перчатки);
- б) постельные принадлежности (матрацы, подушки, одеяла) подвергают камерной дезинфекции или обработке растворами дезинфекционных средств;
- в) непосредственно в день уборки необходимо убрать все содержимое из шкафов, тумбочек и с полок, помещение максимально освободить от мебели или отодвинуть ее к центру помещения, для обеспечения свободного доступа к обрабатываемым поверхностям и объектам;
- д) приготовить рабочие растворы (моющие и дезинфицирующие) согласно инструкции по приготовлению растворов;
- е) вынести медицинские отходы и обеззаразить емкости.

2. Проведение генеральной уборки:

- а) потолки, стены, кровати, тумбочки, столы и другую мебель, а также оборудование кабинетов обработать дезинфицирующим раствором с добавлением 0,5% моющего раствора (50гр. порошка на 10 литров воды) или дезсредством с моющим эффектом, чистящими средствами обрабатываются раковины и имеющиеся керамические поверхности. Плинтуса обрабатываются с использованием щётки, после чего дезинфицирующий состав смывается специальной ветошью.
- б) потолки, стены, кровати, тумбочки, столы, и другую мебель, а также оборудование кабинетов обработать методом орошения или протирания ветошью, смоченной дезинфицирующим средством утвержденной концентрации; Бактерицидные установки протирать ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором. Кварцевые лампы протирать ветошью, смоченной 70% спиртом. Окна специальным средством для мытья стекол. Батареи ветошью, смоченной чистой водой.
- в) после чего помещение закрывается на определенную экспозицию дезинфицирующего раствора;
- г) после экспозиции, помещение проветривается;
- д) все поверхности смываются водой и просушиваются (стены, потолок, мебель, аппаратура, оборудование) чистой ветошью;
- е) уборка завершается мытьем пола с дезинфицирующим раствором;
- ё) затем проводится кварцевание (согласно перечня) по объему помещений, с последующим проветриванием;
- ж) после уборки ветоши обеззараживаются в дезинфицирующем растворе с добавлением моющего раствора, промываются под проточной водой до исчезновения запаха дезинфицирующего средства и высушиваются;

- з) специальная одежда сдается в прачечную;
и) о проведении генеральной уборки и кварцевания медицинская сестра отмечает в Журнале генеральных уборок и кварцевания.

Алгоритм проведения уборки по типу заключительной дезинфекции

Заключительная дезинфекция - после выписки, перевода, смерти больного, в освободившейся палате проводится уборка по типу заключительной дезинфекции.

Подготовка к уборке по типу заключительной дезинфекции:

- а) надеть специальную одежду (халат, шапочка, маски, перчатки);
- б) постельные принадлежности (матрацы, подушки, одеяла) подвергают камерной дезинфекции или обработке растворами дезинфекционных средств;
- в) помещение максимально освободить от мебели или отодвинуть ее к центру помещения, для обеспечения свободного доступа к обрабатываемым поверхностям и объектам;
- г) приготовить рабочие растворы согласно инструкции по приготовлению растворов;
- д) вынести медицинские отходы и обеззаразить емкости.

Проведение уборки по типу заключительной дезинфекции:

- а) методом орошения или протирания обработать потолки, стены, кровати, тумбочки, столы и другую мебель, смоченной дезинфицирующим раствором влажной ветошью утвержденной концентрации для заключительной уборки;
- б) после чего помещение закрывается на время выдержки экспозиции;
- в) после экспозиции, помещение проветривается;
- г) все поверхности смываются водой и просушиваются (стены, потолок, мебель, аппаратура, оборудование) чистой ветошью;
- д) уборка завершается мытьем пола с дезинфицирующим раствором;
- е) затем проводится кварцевание (согласно перечня) по объему помещений, с последующим проветриванием;
- ё) после уборки ветоши обеззараживаются в дезинфицирующем растворе, промываются под проточной водой до исчезновения запаха дезинфицирующего средства и высушиваются;
- ж) специальная одежда сдается в прачечную;
- з) о проведение заключительной дезинфекции и кварцевания медицинская сестра отмечает в Журнале генеральных уборок и кварцевания.

Перечень кварцевания помещений

Кварцевание проводится после генеральной уборки по объему помещения с последующим проветриванием в следующих помещениях:

- Операционные блоки;
- перевязочные кабинеты;
- Родильные залы;
- Процедурные кабинеты;
- Манипуляционные кабинеты;
- Стерилизационные;
- Палаты интенсивной терапии;
- Смотровые кабинеты;
- Инвазивные кабинеты;
- Помещения с асептическим режимом.

- Палаты общие (1 раз в неделю после генеральной уборки и после заключительной уборки)

Примечание:

- Любые медицинские манипуляции должны производиться в условиях стерильности, чистоты и порядка.
- При любой уборке очень важно не путать ветошь и инвентарь и использовать их только для определённых поверхностей. В случае нарушения этого правила все усилия по обеззараживанию помещений сводятся к нулю.
- Все уборки в режимных кабинетах проводятся совместно с медсестрой, медсестра начинает уборку с чистой зоны, т.е. манипуляционный столик, перевязочный стол, медицинские шкафы, холодильник, кушетку, рабочий стол медсестры, а санитарка протирает подоконник, стул, дверь, дверные ручки, санитарные узлы и заканчивает мытьем пола.
- В палатах санитарка начинает с кроватей, подоконников, дверных ручек, санитарные узлы и заканчивает мытьем пола.
- Обеденные столы, прикроватные тумбочки и холодильник для продуктов обрабатывает раздатчица.
- Мытье оконных стекол проводится не реже 1 раза в месяц изнутри, не реже 1 раза в 3 месяца снаружи и по мере загрязнения, специальным средством для мытья стекол.
- Когда уборка проводится дезсредством с моющим эффектом, 1-этап обработки 0,5% моющего раствора отменяется.
- При осуществлении уборки устанавливать на видном месте знак «Осторожно! Мокрый пол!» до высыхания поверхности пола, а также не допускать разлива воды на пол во избежание падений пациентов и персонала!

Режим мытья холодильника

Наружную часть холодильника протирают ветошью, смоченной в дезрастворе, (исключая возможность попадания используемых растворов внутрь органов управления индикации)

Ежемесячно и по мере надобности проводить размораживание холодильника:

1. переложить содержимое холодильника в другой холодильник, обеспечивающий такой же температурный режим.
2. отключить его от сети.
3. оставить дверь холодильника открытой.
4. произвести уборку холодильника:
 - камеру холодильника вымыть теплой мыльной водой с пищевой содой (1ч. ложка пищевой соды на 1 литр воды)
 - насухо вытереть мягкой тканью
 - тщательно проветрить.

Примечание:

- Примерно 1 раз в год нужно при помощи щетки или пылесоса очищать от пыли и грязи конденсатор, который расположен на задней стенке оборудования.
- Запрещено при уборке холодильника использовать какие-либо порошки, пасты и растворы на основе щелочей.

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА приготовление дезинфицирующих растворов

Стандартная операционная процедура (далее СОП) приготовления дезинфицирующих растворов разработана на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ

СОП определяют порядок организации работы медицинских сестер. Данный СОП является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости СОП могут быть пересмотрен и изменен по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Рабочий раствор дезинфицирующего средства – это раствор органических и (или) неорганических веществ с точно известной концентрацией, применяемый для дезинфекции и обладающий антимикробной активностью.

Оснащение: клеенчатый фартук, резиновые перчатки, герметичные очки, респиратор, дополнительный халат, косынка, контейнеры или эмалированные емкости (стеклянные) с плотно притертыми крышками, дезинфектанты, рекомендованные к применению, весы или мерная емкость, вода, мыло, деспенсер с одноразовым полотенцем, крем для рук, вода.

Техника безопасности:

Приготовление концентрированных дезрастворов занимается обученное лицо. Приготовление проводится в хорошо проветриваемом помещении с применением спецодежды, резиновых перчаток, герметических очков и четырехслойной марлевой повязке. Хранят дезинфицирующие средства в местах, недоступных для детей и лиц, не занимающихся дезинфекцией. Емкости с дезинфицирующими средствами должны иметь плотно закрывающие крышки и быть промаркированы. На каждой емкости должна быть этикетка с указанием названия, концентрации, а также даты приготовления, срока годности, росписи лица, приготовленного данный раствор. Запас дезсредств хранят в сухом темном месте, прохладном помещении под замком.

Первая помощь при отравлении дезинфектантами связана с участком поражения:

1. При повреждении глаз необходимо сразу прополоскать их чистой водой или приготовить слабый раствор кальцинированной соды. Затем рекомендуется закапать альбуцидом или другим анестетиком согласно инструкции к их применению.
2. Если химикаты попали в рот, нужно напоить пострадавшего таким количеством воды, чтобы вызвать рвоту. Можно предложить слабый раствор марганцовки. Важно

знать, что если дезинфицирующее средство имеет в своём составе кислоту, тогда вызывать извержение желудка нельзя. Кислота может обжечь пищевод и ротовую полость. Больному нужно дать выпить активированный уголь или жжёной магнезии. Нельзя давать воду, если причиной отравления послужило пенящееся вещество. Желудок рекомендуется промыть антисептиком.

3. При попадании ядовитого вещества внутрь, у пострадавшего возникает трудность с дыханием. Нужно срочно возобновить способность дышать, сделать массаж сердца.

4. Когда дезвещество попадает на слизистые, у пострадавшего может начаться носовое кровотечение. Остановит его холодный компресс на переносице и затылке.

5. При поражении кожи агрессивным соединением, немедленно нужно промыть пострадавшее место чистой водой. Хорошо купирует воздействие активного средства обычное хозяйственное мыло.

В любом случае больного нужно вывести из объекта дезинфекции на свежий воздух, освободить его от одежды, очистить открытые участки тела. Пострадавшему рекомендуется дать подогретого молока, размешав его с пищевой содой.

Алгоритм приготовления рабочих растворов дезинфектантов:

Подготовка к процедуре:

1. Выберите или уточните у старшей медицинской сестры необходимую концентрацию и объем рабочего раствора дезсредства.

2. В соответствии с инструкцией по применению дезсредства установите, какой объем воды и какое количество концентрата понадобится для приготовления заданного объема рабочего раствора.

3. Подготовьте контейнер (емкость) достаточного объема для приготовления рабочего раствора дезсредства.

4. Выполните гигиеническую обработку рук.

5. Наденьте специальную сменную одежду.

Выполнение процедуры:

1. Проверьте срок годности дезинфицирующего средства, указанный на тарной этикетке (упаковке).

2. Отмерьте с помощью градуированной мерной посуды необходимый объем питьевой воды комнатной температуры и налейте ее в контейнер (емкость) для приготовления рабочего раствора дезсредства.

3. Отмерьте с помощью градуированной мерной посуды необходимый объем концентрированного дезсредства (жидкого концентрата, порошка или гранул). Если дезсредство имеет форму таблеток, отсчитайте их необходимое количество.

4. Аккуратно добавьте дезсредство в питьевую воду, не создавая брызг.

5. Плотнo закройте крышкой контейнер (емкость) с рабочим раствором.

6. Прикрепите к контейнеру (емкости) самоклеящуюся бирку для маркировки, на которой укажите:

– название дезсредства и назначение рабочего раствора;

– концентрацию рабочего раствора;

– дату приготовления рабочего раствора;

– дату конечной реализации рабочего раствора.

Окончание процедуры:

1. Плотнo закройте флакон (банку) с концентрированным дезинфицирующим средством.

2. Снимите перчатки.

3. Выполните гигиеническую обработку рук.

Примечание:

- Для приготовления дезинфицирующего рабочего раствора нужной концентрации произвести в соответствии в инструкции дезинфицирующего средства.

- Рабочий раствор готовят непосредственно перед применением. Срок годности указан в инструкции по использованию дезинфектанта.

Порядок хранения, транспортировки и использования дезинфицирующих препаратов

1. Склад для хранения дезинфицирующих средств размещается в отдельно стоящем здании, оборудованном приточно-вытяжной вентиляцией. Дезинфицирующие средства хранятся в неповрежденной таре. Средства дезинфекции, дезинсекции и дератизации хранятся отдельно в разных помещениях.

2. Препараты дезинсекции и дератизации хранятся в плотно закрытой неповрежденной таре, с соответствующей предупредительной маркировкой, включающей надпись «ЯД» или «ТОКСИЧНО».

3. Для хранения мелкотарных дезинфицирующих средств устанавливаются металлические стеллажи, а для хранения бутылей - деревянные полки.

4. В помещениях для хранения и использования дезинфицирующих средств не допускается хранение посторонних предметов, курение, прием пищи.

5. Не допускается передавать дезинфицирующих средств постороннему лицу и оставлять их без присмотра.

6. Учет прихода и расхода дезинфицирующих средств проводится в журнале о поступлении и выдачи дезинфицирующих препаратов по форме согласно приложение 1, учет использования - в журнале учета при проведении дезинфекционных работ по форме согласно приложению 2.

7. Дезсредства, оставшиеся после обработок, в конце рабочего дня передаются ответственному лицу.

8. Дезсредства транспортируются специализированными автотранспортными средствами или другими транспортными средствами, приспособленными для перевозки опасных грузов.

9. При выгрузке дезсредств из вагона (контейнера), перед открытием проверяется целостность пломб. При наличии просыпанных (пролитых) дезсредств проводится уборка и дезактивация транспортного средства.

10. Фасовка дезсредств осуществляется в вытяжном шкафу или под вытяжным зонтом в специально отведенном помещении.

11. Тара из-под дезсредств обезвреживается после тщательной очистки от остатков препаратов с последующим промыванием 3 - 5 процентным раствором кальцинированной соды (300 - 500 граммов на 10 литров воды). После промывки тара заливается этим раствором, время экспозиции составляет не менее 6 часов, затем многократно промывается водой.

12. На местах работы с дезсредствами размещаются наглядные пособия, брошюры, инструкции, плакаты и памятки о мерах безопасности при использовании дезсредств и правилах оказания первой помощи при отравлениях.

Форма журнала о поступлении и выдаче дезсредств

№	Наименование дез. средства	Номер счета, дата получения препарата Срок годности до	Количество полученного препарата	Дата выдачи	Количество выданного дезсредства	остаток	ФИО лица, отв. за выдачу дез средства

Форма журнала учета при проведении дезинфекционных работ

№	Дата проведения	Обработанный объект	Площадь помещений (кв. м)	Наименования и концентрация дезсредства	Количество израсходованного препарата (кг, л)	ФИО, подпись, ответственного за проведение дезинфекционных работ

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от 18.08.2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА медицинской сестры при проведении первичного приема пациента на уровне ПМСП

Стандартная операционная процедура (далее СОП) при проведении первичного приема пациентов в организациях здравоохранения ПМСП разработаны на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ

СОП определяют порядок организации работы медицинских сестер при проведении первичного приема пациентов в организациях здравоохранения ПМСП. Данный СОП является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Цель: Постановка предварительного диагноза и определение тактики ведения пациента до выздоровления (стабилизации состояния в зависимости от диагноза)

Оснащение: в соответствии с оснащением кабинета сестринского приема

Подготовка:

- прийти на прием за 30 мин до начала приема
- подготовить кабинет к работе:
- принести дезинфекционные растворы
- провести влажную уборку
- проветрить помещение
- подготовить бланки направлений на диагностические обследования
- подготовить медицинскую документацию для проведения приема

Алгоритм действий:

1. Приветствовать пациента
2. Установить доверительные отношения с пациентом
3. Зарегистрировать пациента в журнал регистрации амбулаторных больных или электронно ввести в базу
4. Сверить данные удостоверений личности пациентов, при отсутствии приписки по данному адресу объяснить правила прикрепления к ПМСП
5. Провести сбор жалоб

6. Собрать анамнез (анамнез жизни, анамнез заболевания, при инфекционных заболеваниях - эпиданамнез, наследственность, аллергологический анамнез, гинекологический анамнез у женщин, в т.ч.)
7. Провести антропометрию, расчет индекса массы тела
9. Провести термометрию тела пациента
10. Провести оценку общего состояния, определить самочувствие пациента
11. Провести объективный осмотр пациента
12. Оценить психоневрологический статус
13. Оценить тип телосложения
14. Осмотреть кожные покровы и видимые слизистые оболочки
 - оценить цвет, тургор кожных покровов
 - определить наличие отёков
 - пропальпировать периферические лимфатические узлы, щитовидную и молочные железы
15. Оценить функции опорно-двигательного аппарата (визуальный осмотр, пальпация, определение объёма движений в суставах)
16. Объективно исследовать органы дыхания
 - определить форму грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
 - осмотреть зев
 - определить ЧДД
17. Объективно исследовать органы кровообращения
 - провести визуальный осмотр области сердца
 - измерить АД, ЧСС, пульсоксиметрию
18. Объективно исследовать органы пищеварения
 - осмотреть полость рта (зубы, язык)
 - осмотреть область живота
19. Объективно исследовать органы мочеполовой системы (визуальный осмотр, пальпация, перкуссия области почек)
20. Обследовать на признаки глаукомы взрослых путем измерения внутриглазного давления
21. Определить уровень холестерина крови (СОП)
22. Определить уровень глюкозы крови (СОП)
23. Установить сестринский (предварительный) диагноз
24. При выявлении патологии по данным обследования пациента, передать информацию семейному врачу и направить пациента.
25. Дать профилактические рекомендации (профилактический осмотр, профилактические прививки, соблюдение здорового образа жизни)
26. Назначить дату повторного осмотра.
27. Сделать запись осмотра в амбулаторной карте (электронной карте)

Индикаторы эффективности: стабилизация/ улучшение/ выздоровление пациента, выявление заболевания на ранних стадиях

Утверждено
приказом МЗ КР № 632
от "18" 08 2020г

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА **для медицинских сестер по ведению пациентов с гипертонической болезнью** **на уровне ПМСП**

Стандартная операционная процедура (далее СОП) по ведению пациентов с гипертонической болезнью в организациях здравоохранения ПМСП разработаны на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ

СОП определяют порядок организации работы медицинских сестер по ведению пациентов с гипертонической болезнью. Данный СОП является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Гипертоническая болезнь - это хроническое, часто бессимптомное заболевание с точно неустановленной причиной, основным проявлением которого является повышение артериального давления с последующим вовлечением в патологический процесс органов мишеней: сердца, мозга, почек, артерий, глаз.

Цель: Постановка предварительного диагноза и определение тактики ведения пациента до стабилизации состояния в зависимости от диагноза

Оснащение: в соответствии оснащением кабинета сестринского приема

Алгоритм действий:

1. Приветствовать пациента
2. Установить доверительные отношения с пациентом
3. Собрать анамнез (анамнез жизни, анамнез заболевания, наследственность, аллергологический анамнез, гинекологический анамнез у женщин, в т.ч.)

Сбор информации при приеме:

Расспрос пациента:

- соблюдении диеты, о режиме питания;
- физических нагрузках в течение дня;
- проводимом лечении, приемом назначенных врачом лекарственных средств;
- давности исследования анализов крови, мочи, сахар крови, холестерин, ЭКГ;
- наличии у пациента аппарата для измерения АД, умении им пользоваться;
- посещении в прошлом и в настоящее время «Школы пациента»;

- наличии у пациента «Дневник наблюдения пациента»;
- развитии в прошлом гипертонического криза, их причинах и симптомах;
- умении оказывать самопомощь;
- жалобах пациента в момент осмотра.

Осмотр пациента:

- провести оценку общего состояния, определить самочувствие пациента
- определение ИМТ, объем талии;
- определить наличие отеков;
- измерение артериального давления, ЧСС, ЧД, пульса
- снятие ЭКГ(по показанию);
- определить уровень холестерина крови

4. Установить сестринский (предварительный) диагноз и дальнейшее действие по сестринскому процессу при Гипертонической болезни

5. При выявлении отклонений и патологии по данным обследования пациента, передать информацию семейному врачу.

5. Сестринские вмешательства, включая работу с семьей пациента:

- побеседовать о необходимости ежедневной влажной уборки комнаты, где находится пациент, доступа свежего воздуха в помещение;
- провести беседу с пациентом и его близкими об особенностях питания, придерживаться бессолевой диеты, режиме питания и дать рекомендации по правильному, сбалансированному питанию.
- убедить пациента о важности избавления от вредных привычек.
- убедить пациента в необходимости физических нагрузок.
- контроль ИМТ, при наличии ожирения понижение веса
- провести беседу о причинах, сущности заболевания и его осложнениях.
- убедить пациента в необходимости постоянного наблюдения, вести дневник самоконтроля, где указываются показатели АД, съеденные за день продукты, получаемая терапия, изменения самочувствия.
- рекомендовать периодические осмотры семейного врача.
- рекомендовать занятия в «Школе пациента».
- информировать пациента о причинах и симптомах гипертонического криза.
- убедить пациента в необходимости при незначительном ухудшении самочувствия и высоких показателей АД сразу обращаться к медицинскому работнику.
- обучить пациента и его родственников:
- контролировать пульс,
- правильно измерять давление,
- семья или ухаживающий за больным человек, должен распознать предвестники гипертонического криза, и суметь оказать первую помощь;

6. Назначить дату повторного осмотра.

7. Сделать запись осмотра в амбулаторной карте (электронной карте)

Индикаторы эффективности: стабилизация/ улучшение/ выздоровление пациента, выявление заболевания на ранних стадиях



СТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ для медицинских сестер по ведению пациентов сахарным диабетом 2го типа на уровне ПМСП

Стандартные операционные процедуры (далее СОП) по ведению пациентов сахарным диабетом 2го типа в организациях здравоохранения ПМСП разработаны на основе международных рекомендаций и местных нормативно-методических документов.

НАЗНАЧЕНИЕ

СОП определяют порядок организации работы медицинских сестер по ведению пациентов с сахарным диабетом. Данный СОП является неотъемлемой частью системы обеспечения качества медицинских услуг и направлен на стандартизацию действия всех специалистов и снижение риска ошибок при выполнении работ.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНЕНИЮ

В период действия СОП, его выполнение является обязательным, любые отклонения должны быть мотивированы, зафиксированы документально и согласованы с Министерством здравоохранения КР. В случае необходимости настоящие СОП могут быть пересмотрены и изменены по согласованию с Министерством здравоохранения КР.

Сахарный диабет — эндокринное заболевание, характеризующееся синдромом хронической гипергликемии, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов.

Цель: Постановка предварительного диагноза и определение тактики ведения пациента до стабилизации состояния в зависимости от диагноза

Оснащение: в соответствии с оснащением кабинета сестринского приема

Алгоритм действий:

1. Приветствовать пациента
2. Установить доверительные отношения с пациентом
3. Собрать анамнез (анамнез жизни, анамнез заболевания, наследственность, аллергологический анамнез, гинекологический анамнез у женщин, в т.п.)

Сбор информации при приеме:

Расспрос пациента о:

- соблюдении диеты, режиме питания;
 - физических нагрузках в течении дня;
 - проводимом лечении, приемом назначенных врачом лекарственных средств:
1. инсулинотерапии (название инсулина, доза, длительность его действия, схема лечения);
 2. антидиабетических таблетированных препаратах (название, доза, особенности их приема, переносимость);
- давности исследования анализов крови и мочи на содержание глюкозы и обследования у эндокринолога;

- наличии у пациента глюкометра, умении им пользоваться;
- умении пользоваться инсулиновым шприцом и шприц-ручкой;
- знании мест и техники введения инсулина, профилактики осложнений (гипогликемии и липодистрофии в местах инъекций);
- ведении дневника наблюдений больного сахарным диабетом;
- посещении в прошлом и в настоящее время «Школы пациента»;
- развитии в прошлом гипогликемической и гипергликемической ком, их причинах и симптомах;
- умении оказывать самопомощь;
- наличии у пациента «Дневник наблюдения пациента»;
- наследственной предрасположенности к сахарному диабету;
- сопутствующих заболеваниях (заболевания поджелудочной железы, других эндокринных органов, ожирении, ГБ, КБС);
- жалобах пациента в момент осмотра.

Осмотр пациента:

- цвет, влажность кожных покровов, наличие расчесов;
- определение массы тела;
- измерение артериального давления;
- определение пульса на лучевой артерии и на артерии тыла стопы.
- определение уровня глюкозы крови

- осмотр стоп на наличие трещин, незаживающих ран

4. Установить сестринский (предварительный) диагноз и дальнейшее действие по сестринскому процессу при сахарном диабете

5. При выявлении отклонений и патологии по данным обследования пациента, передать информацию семейному врачу.

6. Сестринские вмешательства, включая работу с семьей пациента:

- провести беседу с пациентом и его близкими об особенностях питания в зависимости от типа сахарного диабета, режиме питания и дать несколько образцов меню на сутки.
- убедить пациента в необходимости строго соблюдать диету.
- убедить пациента в необходимости физических нагрузок.
- при ожирении рекомендовать снижение веса.
- провести беседу о причинах, сущности заболевания и его осложнениях.
- информировать пациента об инсулинотерапии (видах инсулина, начале и длительности его действия, связи с приемом пищи, особенностях хранения, побочных эффектах, видах инсулиновых шприцов и шприц-ручках).
- обеспечить своевременное введение инсулина и прием антидиабетических препаратов.
- рекомендовать постоянный контроль содержания глюкозы в крови и моче.
- убедить пациента в необходимости постоянного наблюдения, ведении дневника наблюдения, где указываются показатели уровня глюкозы в крови, моче, уровень АД, съеденные за день продукты, получаемая терапия, изменения самочувствия.
- рекомендовать периодические осмотры семейного врача.
- рекомендовать занятия в «Школе пациента».
- информировать пациента о причинах и симптомах гипогликемии, коматозных состояний.

-убедить пациента в необходимости при незначительном ухудшении самочувствия и показателей крови сразу обращаться к медицинскому работнику.

- обучить пациента и его родственников:

- составлению меню;
- набору и подкожному введению инсулина инсулиновым шприцом;
- правилам ухода за ногами;
- оказывать самопомощь при гипогликемии;
- определению уровня сахара;
- измерению артериального давления.

7. Назначить дату повторного осмотра.

8. Сделать запись осмотра в амбулаторной карте (электронной карте)

Индикаторы эффективности: стабилизация/ улучшение/ выздоровление пациента, выявление заболевания на ранних стадиях